

ANTÔNIO MACENA DE FIGUEIREDO

**O ENSINO DA BIOÉTICA
NA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DA ÁREA DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL**

**Brasília, DF
2009**

ANTÔNIO MACENA DE FIGUEIREDO

**O ENSINO DA BIOÉTICA
NA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DA ÁREA
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa

**Brasília, DF
2009**

Figueiredo, Antônio Macena

O Ensino da bioética na pós-graduação *stricto sensu* da área de ciências da saúde no Brasil

Antônio Macena de Figueiredo. – BRASÍLIA /2009

204 f : 29 cm

Referências: f. 171-180

Orientador: Professor Dr. Volnei Garrafa.

Faculdade de Ciências da Saúde, Tese (Doutorado). - Universidade de Brasília - UnB. 2009.

1. Ensino da bioética. 2. Pós-graduação. 3. Ciências da saúde. 4. Capes/CNPq

CDU 614.254

VI – Título .

TERMO DE APROVAÇÃO

O ENSINO DA BIOÉTICA NA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DA ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área de concentração em Bioética.

a

ANTÔNIO MACENA DE FIGUEIREDO

pela banca examinadora:

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Cátedra da UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB)
Presidente da Banca

Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo
Prof. da Universidade de Brasília (UnB)
Membro

Prof. Dr. Genival Veloso de França
Prof. da Universidade Federal da Paraíba(UFPB)
Membro

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo
Pror. da Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Membro

Prof. Dr. José Garrofe Dórea
Prof. da Universidade de Brasília (UnB)
Membro

Prof. Dra. Helena Eri Shimizu
Prof^{ra}. Universidade de Brasília (UnB)
Membro Suplente

**Brasília, DF
2009**

À minha querida esposa, pessoa que sempre esteve ao meu lado diante de todos os obstáculos com que deparei nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a mim pela serenidade e sabedoria para lidar com as adversidades da vida acadêmica.

Ao meu orientador, professor Dr. Volnei Garrafa, pela acolhida, confiança, apoio amigo e incentivo.

Ao Coordenador da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, professor Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz.

Ao professor Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo, pelo apoio e valiosa colaboração nesta jornada.

À minha esposa, Soraia Riva G. de Souza, pelo seu apoio e incentivo no desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Dr. Genival Veloso de França pelo apoio e incentivo nesta jornada.

À professora Dra. Simone Cruz Machado Ferreira, pelo esforço em assumir a coordenação da disciplina Ética, Bioética e legislação profissional na minha ausência.

À professora Enilda Carvalho Alves, Chefe de Departamento da EEAAC da Universidade Federal Fluminense, pelo carinho sempre que necessitei de sua ajuda.

A Edigrês Alves de Souza e Shirleide Vasconcelos Ribeiro, secretárias do Programa de Pós-Graduação, pela dedicação, presteza, carinho e auxílio em todos os momentos que necessitei.

Ao meu sogro, Rui Virgínio de Souza.

À minha sogra, Maria Eunice Goudinho de Souza.

À minha cunhada, Dra. Jussara Elite G. de Souza.

Ao meu cunhado, Dr. Valdo Antônio de Oliveira Silva.

Ao meu filho, Marcos Antônio de C. de Figueiredo, pelo incentivo.

Aos meus sobrinhos, Victor Goudinho de S. Silva e Virgínia Goudinho S.Silva.

“Há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e, por outro lado, realidades e problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários. [...] A hiperespecialização impede de ver o global (que ela fragmenta em parcelas), bem como o essencial (que ela dilui). [...] o retalhamento das disciplinas (seja graduação ou na pós-graduação) torna impossível apreender ‘o que é tecido junto’, isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo.”
Edgar Morin (2000)

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução – Este estudo representa uma análise sobre o cenário do ensino da Bioética na Pós-Graduação no Brasil. **Objetivo** - Conhecer o panorama do ensino de Bioética nos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* no contexto brasileiro. **Método** - Pesquisa documental, exploratória e descritiva com abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados por meio de levantamento dos Programas de Pós-Graduação em Bioética na área interdisciplinar, dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da grande área das Ciências da Saúde reconhecidos pela CAPES e do perfil dos professores na base da plataforma Lattes do CNPq. Foram avaliados 199 Programas de Pós-Graduação da área interdisciplinar, 691 cursos de Mestrado e de Doutorado e mapeado o perfil do corpo docente. **Resultados** - Existem 2 programas específicos em Bioética credenciados pela CAPES na área interdisciplinar; 163 cursos de Mestrado e Doutorado com a disciplina de Bioética; 32 disciplinas de natureza Ética deontológica com módulos de Bioética; e, em outras 36 os conteúdos estão estruturados com base nos aspectos éticos, deontológicos e legais. A frequência de instituições públicas com cursos de Mestrado e Doutorado com a disciplina de Bioética foi significativamente diferente das privadas (X^2 p-valor < 0,05). O maior percentual comum de horas/aulas entre os cursos é de 20 a 30h e, em regra, o ensino está sob a responsabilidade de um único professor. O ensino da Bioética tem como referência predominante a teoria principialista, sendo o modelo único em 67 (39,2%), das 171 disciplinas distribuídas nos 163 cursos. Em 13 disciplinas o ensino de Bioética é conduzido pelos fundamentos da Ética Profissional. As correntes casuística, Bioética da Intervenção, Bioética da Proteção, Contratualista, Teologia da Libertação, Reflexão Autônoma e Bioética de inspiração Feminista apareceram em 26 (15,2%) disciplinas. Na bibliografia indicada, as obras originais citadas não correspondem na mesma proporção das correntes teóricas mencionadas no conteúdo das disciplinas e vice-versa. Quanto ao perfil dos docentes, 38(39,6%) são do sexo feminino e 58(60,4%) masculino, sendo 45(46,9%) da área médica. 36(37,5%) têm duas ou mais titulações. Com formação específica nas áreas de concentração em Filosofia, Ética e Bioética foram identificados 13(13,5%) professores. 16 (n=16,7%) relataram que integram Comitês de Ética e 5 (5,2%) já haviam tido alguma participação. **Conclusão** – O estudo sugere que a Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética no Brasil ainda encontra-se em fase de construção. Não obstante, se considerar as raízes da tradição moral no campo da saúde, a presença de 163 cursos com disciplinas relacionadas com a Bioética, representam um salto qualitativo. Vindo assim, suprir em parte, as lacunas das insuficiências do modelo clássico do ensino conduzido pela disciplina de Deontologia e cumprir a missão da Pós-Graduação, que é capacitar pesquisadores de diversas áreas para realizar a análise ética no cotidiano da vida prática. Restando contudo, o maior desafio, vencer a carência de profissionais qualificados para o ensino em Bioética.

Palavras chave: Ensino. Bioética. Programa de Pós-Graduação em saúde. Cursos. Brasil.

ABSTRACT

Introduction - This study represents an analysis about the scenery of Bioethics teaching in Post Graduation in Brazil. **Purpose** - to know the panorama of the bioethics teaching in courses Post Graduation *Stricto Sensu* in Brazilian context. **Method:** Documentary, exploratory and descriptive research with quantitative and qualitative approach. The data were collected by means of survey of the post graduation programs in bioethics in interdisciplinary area, of the courses of Post Graduation *Stricto Sensu* of the big area of the Health Sciences recognized by CAPES and the profile of the teachers in the basis of the platform Lattes of CNPq. Were evaluated 199 Program Of Pos Graduate of the interdisciplinary area, 691 courses of Master's degree and Ph.D. and defined the profile of the academic faculty. **Results:** there are 2 programs accredited by CAPES on Bioethics in interdisciplinary; 163 Masters and Ph.D. courses in the discipline of Bioethics; 32 disciplines of the deontological ethics nature with Bioethics modules; and, in 36 other disciplines the content is structured based on ethical, legal and ethical. The frequency of public institutions with master's and Ph.D. courses in the discipline of bioethics was significantly different from private (X^2 p-value <0.05). The biggest common percentage of hours/class between the courses is from 20h to 30h and, in rule; the teaching is under the responsibility of a unique teacher. The education of the Bioética has as predominant reference the principalista theory, the model only in 67 (39.2%) of 171 discipline distributed in 163 courses. In 13 disciplines the teaching of bioethics is driven by fundamentals of Professional Ethics. The casuistry mainstreams, Bioethics of intervention, Bioethics of protection, Contractualist, Theology of the release, Autonomous Reflection and Feminist Bioethics of inspiration appear in 26 (15,2%) discipline. In the indicated bibliography, the original works quoted don't correspond in the same ratio of the theoretical mainstream mentioned in the content of the subjects and vice-versa. As for the professors profile, 38(39,6%) are of the sex feminine and 58(60,4%) masculine, being 45(46,9%) of the medical area. With Ph.D. also predominates the professors of the medical area (n=22; 22,9%). 36(37,5%) possess two or more titles. With specific training in the areas of concentration in Philosophy, Ethics and Bioethics were identified 13 (13.5%) teachers. 16 (n=16,7%) tell that integrate Ethics Committees and 5 (5.2%) already had had some participation. **Conclusion** – The study suggests that the Post Graduation *Stricto Sensu* in Bioethics in Brazil is still in construction phase. However, considering the roots of the moral tradition in the health area, the presence of 163 courses that included bioethics as an autonomous subject, represent a qualitative leap. Come thus, to supply, in part, the gaps of the insufficiencies of the classic model of teaching lead by subject of deontology and to fulfill to the mission of post graduation, that is to enable researchers of diverse areas to carry through the ethical analysis in the daily of the practical life. Remaining, however, the biggest challenge, to win the lack of qualified professionals for teaching bioethics.

Key words: Teaching. Bioethics. Post graduation program in health. Courses. Brazil.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> EM BIOÉTICA RECONHECIDOS PELA CAPES - 2008.....	122
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> ENTRE AS ÁREAS DE AVALIAÇÃO - 2008.....	129
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> COM DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA E DE NATUREZA ÉTICA DEONTOLÓGICA - 2008.....	137
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> DE ACORDO COM A NATUREZA ADMINISTRATIVA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO - 2008.....	140
GRÁFICO 5 - PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELAS DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA DE ACORDO COM O SEXO - 2008.....	151

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> AVALIADOS E RECONHECIDOS PELA CAPES COM DADOS ATUALIZADOS ATÉ 03/07/2008 - 2008....	96
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> DA GRANDE ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE RECONHECIDOS PELA CAPES QUE TÊM DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA - 2008.....	128
TABELA 3 - SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA NA DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS (M/D/F) COM DISCIPLINAS DE BIOÉTICA POR ÁREA DE AVALIAÇÃO E A RELAÇÃO PERCENTUAL COM O TOTAL DOS CURSOS - 2008.....	130
TABELA 4 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTU SENSU</i> QUE TÊM DISCIPLINAS DE NATUREZA ÉTICA DEONTOLÓGICA COM MÓDULOS DE BIOÉTICA - 2008.....	134
TABELA 5 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTU SENSU</i> QUE TÊM DISCIPLINAS DE NATUREZA ÉTICA DEONTOLÓGICA SEM MÓDULOS DE BIOÉTICA - 2008.....	135
TABELA 6 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> COM DISCIPLINAS DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A NATUREZA ADMINISTRATIVA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR - 2008.....	139
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA (CH) DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA ENTRE OS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> DE ACORDO COM AS INSTITUIÇÕES FEDERAIS(IF), ESTADUAIS(IE), PRIVADAS (PCCF) E PARTICULARES COM FINS LUCRATIVOS (PFL) - 2008	141
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFESSORES DE ACORDO COM AS DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA - 2008.....	142
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA POR ÁREA DE AVALIAÇÃO DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS TEÓRICAS COM BASE NA ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DAS DISCIPLINAS - 2008.....	145
TABELA 10- DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS COM MÓDULOS DE BIOÉTICA POR ÁREA DE AVALIAÇÃO DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS TEÓRICAS COM BASE NA ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DAS DISCIPLINAS - 2008	149
TABELA 11- PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA E ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO - 2008.....	155

TABELA 12- PERFIL ACADÊMICO DOS RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A TITULAÇÃO POR ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - 2008.....	158
TABELA 13- PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A FORMAÇÃO NAS ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO EM FILOSOFIA, ÉTICA E BIOÉTICA E PARTICIPAÇÃO DOS DOCENTES EM COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA - 2008.....	160

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1A - ÍNDICES DE INFERÊNCIAS RELACIONADAS ÀS CORRENTES TEÓRICAS EM BIOÉTICA E AS OBRAS ORIGINAIS DE REFERÊNCIAS CORRESPONDENTES AOS DIVERSOS MODELOS TEÓRICOS - 2008.....	116
QUADRO 1B - ÍNDICES DE INFERÊNCIAS RELACIONADAS ÀS CORRENTES TEÓRICAS EM BIOÉTICA E AS OBRAS ORIGINAIS DE REFERÊNCIAS CORRESPONDENTES AOS DIVERSOS MODELOS TEÓRICOS - 2008.....	117
QUADRO 2 - ÍNDICES DE INFERÊNCIAS RELACIONADAS AO PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA PARA SUBSIDIAR A PESQUISA NOS CURRÍCULOS LATTES NA BASE DE DADOS DO CNPq- 2008.....	118
QUADRO 3 - GRADE CURRICULAR DO PROGRAMA DE MESTRADO EM BIOÉTICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO - SÃO PAULO - 2008.....	125
QUADRO 4 - GRADE CURRICULAR DO PROGRAMA DE MESTRADO E DOUTORADO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB) - DISTRITO FEDERA - 2008.....	126
QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CORRESPONDENTES AS CORRENTES TEÓRICAS IDENTIFICADAS NOS PROGRAMAS DAS 171 DISCIPLINAS DE BIOÉTICA E DAS 32 DISCIPLINAS COM MÓDULOS DE BIOÉTICA - 2008.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS

ALC	-	América Latina e do Caribe
ASCOFAME	-	Associação Colombiana de Faculdades de Medicina
BIO	-	Unidade de Bioética da OPS/OMS
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEPs	-	Comitês de Ética em Pesquisas
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesquisa de Nível Superior
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	-	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
ELABE	-	Escola Latina Americana de Bioética
IBC	-	<i>International Association of Bioethics</i>
INTEC	-	Instituto Tecnológico de Santo Domingo
LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	-	Ministério da Educação e Cultura
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PRB	-	Programa Regional de Bioética
SBB	-	Sociedade Brasileira de Bioética
SNPG	-	Sistema Nacional de Pós-Graduação
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFF	-	Universidade Federal Fluminense
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETO DE ESTUDO.....	20
1.2 JUSTIFICATIVA.....	21
1.3 OBJETIVOS.....	24
1.3.1 Objetivo geral	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
Referências.....	25
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 DA ÉTICA À BIOÉTICA.....	27
2.1.1 Ética hipocrática	27
2.1.2 Bioética: nascimento	32
2.1.3 Bioética: consolidação acadêmica	36
2.2 CORRENTES TEÓRICO-FILOSÓFICAS EM BIOÉTICA.....	41
2.2.1 Bioética: princípios de Georgetown da ética biomédica	42
2.2.2 Correntes complementares ao principlalismo	50
2.2.2.1 Paradigma das Virtudes.....	53
2.2.2.2 Paradigma do Cuidado.....	54
2.2.2.3 Paradigma da Casuística.....	54
2.2.2.4 Paradigma Libertário.....	55
2.2.2.5 Paradigma Contratualista.....	56
2.2.2.6 Paradigma do Direito Natural.....	57
2.2.2.7 Paradigma Personalista.....	57
2.2.2.8 Paradigma Hermenêutica.....	58
2.2.3 Proposições epistemológicas brasileiras	59
2.2.3.1 Paradigmas da Teologia da Libertação.....	60
2.2.3.2 Paradigmas da Reflexão Autônoma.....	61
2.2.3.3 Bioética da Proteção.....	62

2.2.3.4 Bioética de Intervenção.....	64
2.2.4 Ética Profissional	68
2.2.5 Bioética Feminista	70
2.3 A BIOÉTICA NA PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i>	73
2.3.1 O ensino da Bioética na Pós-Graduação no Brasil	73
2.3.2 Fundamentos do ensino da Bioética	78
2.3.2.1 Educação Superior e as Diretrizes Curriculares Nacionais.....	78
2.3.2.2 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.....	82
2.3.2.3 Estruturada e organização pedagógica.....	83
2.3.2.4 Objetivos da formação em Bioética.....	86
2.3.3 Perfil acadêmico dos professores	89
2.4 CAPES E CNPQ:ÓRGÃOS DE APOIO À PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL	94
Referências.....	99
3 MÉTODO	110
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	110
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA.....	111
3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	111
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	113
3.5 FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	119
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	119
Referências.....	120
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	121
4.1 DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	122
4.1.1 Programas de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Bioética	122
4.1.2 Cursos de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> com disciplinas de Bioética . 127	
4.1.3 Cursos de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> com disciplinas de natureza Ética deontológica	133
4.1.4 Associação dos cursos com disciplina de Bioética, natureza das instituições de ensino e carga horária	139
4.1.5 Distribuição dos professores por disciplina	142

4.2 DOS DADOS QUALITATIVOS.....	144
4.2.1 Tendências teóricas em Bioética	144
4.2.2 Disciplinas de natureza Ética deontológica	149
4.2.3 Obras de referências relacionadas as correntes teóricas em Bioética	151
4.2.4 Perfil dos professores responsáveis pelo ensino da Bioética	154
<u>Referências</u>	163
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	165
REFERÊNCIAS	171
APÊNDICES	181
ANEXOS	188

1. INTRODUÇÃO

Diante da tão rápida difusão da Bioética em todo o mundo, do seu reconhecimento como um ramo da Ética Aplicada¹ e da necessidade de ensiná-la nas universidades² ao lado de outras disciplinas tradicionais, para melhor compreensão da proposta de estudo, a título de contextualização, faz-se necessário uma breve revisão dos antecedentes históricos, desde sua origem até a institucionalização como disciplina acadêmica.

Historicamente, atribui-se a criação da palavra “bioética” ao cancerologista e pesquisador Norte-americano Van Rensselaer Potter. Potter teve como base a obra de Aldo Leopoldo que criou, na década de 1930, a ética da terra¹, quando utilizou o neologismo “*bioethics*” num artigo publicado em 1970 (*Bioethics, the science of survival*), caracterizou como a ciência da sobrevivência³.

Defendia que a ciência da sobrevivência deveria ser superior à ciência por si só, por isso, propôs o termo a fim de enfatizar os dois mais importantes ingredientes para se alcançar a nova sabedoria: “conhecimento biológico e valores humanos.”³ Sua pretensão era assegurar a sobrevivência e o bem-estar progressivo da humanidade em harmonia com os recursos naturais. Por isso, justifica-se a forte inspiração ecológica da Bioética de origem estadunidense.

No livro Intitulado *Bioethics: Bridge to the Future*, editado em 1971, Potter qualificou a Bioética como uma ponte entre duas culturas⁴, no sentido de estabelecer uma interface entre as ciências e a humanidade. Nessa obra, o autor manifestava a sua preocupação com o futuro da humanidade em virtude da crescente evolução da Biologia desassociada da reflexão sobre os valores humanos.

Paralelamente, em meio a uma série de acontecimentos que emergiram com a divulgação de pesquisas pouco éticas envolvendo seres humanos nas décadas 1960 e 1970; a crescente evolução científica e tecnológica; a “emergência de uma nova consciência dos direitos individuais e sociais, revigorada após a II guerra mundial”, conduziu a uma renovação da ética^{5,6}. Esses fatos contribuíram para que o significado inicial atribuído ao termo ‘bioética’ fosse desvinculado do seu sentido original.

Aproximadamente seis meses depois da publicação do livro de Potter, André Hellegers utilizou esse neologismo para inaugurar o primeiro instituto do mundo

dedicado à Bioética, o *Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, na *Georgetown University*, atualmente conhecido como *Kennedy Institute of Ethics*⁷, com uma outra conotação. Por isso, pode-se dizer que a Bioética nasceu com um duplo enfoque aparentemente inconciliáveis.

No primeiro, Potter pensou que ao construir a nova disciplina a ser denominada de Bioética, estaria construindo uma ponte entre os conhecimentos biológicos e os valores humanos com vista à proteção de todo o ecossistema⁷. Sua proposta era que se adotasse uma nova postura ética com o objetivo de assegurar o progresso da humanidade em harmonia com os recursos naturais, como forma de garantir a sobrevivência no planeta.

No segundo, Hellegers defendia que “a bioética seria uma disciplina que combinaria ciência e ética”, pois, na sua concepção o seu papel seria o de fazer “uma ponte entre a medicina, a filosofia e a ética.”⁷ Sua intenção era utilizar o neologismo bio + ética no campo biomédico, pois o crescente desenvolvimento na ciência e nas novas tecnologias médicas, que tiveram início nos anos 1960, produziram mudanças morais e desencadearam demandas sociais, para as quais as respostas não poderiam ser mais encontradas apenas no âmbito do modelo ético hipocrático.

Jonsen, num trecho do livro *The Birth of Bioethics* relata que na década de 1960 os cientistas começaram a perceber que a velha tradição da ética médica era muito frágil para enfrentar os desafios propostos pela nova ciência médica. Preocupação expressa em conferências públicas, artigos científicos e encontros profissionais por vários pesquisadores na época⁸.

Pode-se dizer que a Bioética de forte conotação ecológica e relacionada aos conflitos entre a ordem e a desordem no mundo afetado pela evolução das ciências, foi subestimada na proposta de André Hellegers. Restringiu-se a sua aplicação ao âmbito das ciências da vida e da saúde, ou seja, reduziu-se ao campo de atuação aos dilemas éticos na área biomédica.

Esse pensamento ganhou dimensão com a fundação do Instituto Kennedy, que passou a integrar um novo “campo de aprendizado dentro do mundo das universidades das Ciências Biomédicas” estadunidense⁷. Ideias que se consolidaram com a divulgação do Relatório de *Belmont*, seguindo com a edição da primeira enciclopédia de Bioética em 1978, e posteriormente, consolidada com a publicação da primeira concepção teórica em Bioética, em 1979^{9,10}.

Esse modelo teórico composto por um grupo de princípios *prima facies* – beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça –, pela simplicidade de sua aplicação, transformou-se numa ferramenta para análise dos dilemas éticos no campo biomédico, assim como se tornou a base de fundamentação para a instrução em Bioética no ensino universitário.

A partir dessa concepção, a Bioética estabeleceu-se como campo de conhecimento nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) na década de 70, depois, rapidamente, difundiu-se para a Europa na década de 80, tornando-se conhecida e consolidada em todo o mundo nos anos 1990¹¹.

Atualmente, são inúmeras as universidades americanas, canadenses, australianas, européias, asiáticas e também dos países da América Latina que estão incluindo a Bioética como disciplina de reflexão filosófica em diversos graus de formação – Especialização, Mestrado e Doutorado^{12, 13, 14}.

Em particular, nas faculdades de medicina portuguesas vem sendo incorporado há cerca de vinte anos, quando “se fez necessário olhar a assistência médica do país sob os princípios da humanização”, tanto em nível de graduação como em Pós-Graduação¹⁵. Assim como ocorreu na assistência em outras áreas da saúde. De acordo com Osswald¹⁶ “a inclusão da Bioética como disciplina no *currículo* formal ocorreu em sua totalidade nas duas dezenas de escolas superiores de Enfermagem existentes em Portugal”.

Atualmente, apesar da Bioética está sendo ensinada em grande parte das escolas da área médica nos Estados Unidos, bem como em outras nações¹⁷, os estudos sobre o panorama da instrução formal ainda são raros. Mesmo no país onde a Bioética deu os seus primeiros passos os estudos são escassos. Recentemente, Persad, Elder, Sedig, Flores e Emanuel¹⁸ publicaram um artigo sobre o estado atual da educação em Bioética nas faculdades médicas nos Estados Unidos. Relataram que os dados disponíveis resumem-se a quatro estudos. Três pesquisas recentes e um ensaio de revisão. Os dados desses estudos demonstraram que existem uma grande diversidade de horas destinadas ao ensino nas escolas de Medicina, desde aquelas que oferecem mais de 200 horas de instrução formal em Bioética a outras que somente abordam o tema superficialmente em disciplinas maiores.

Entre os países do hemisfério sul, a Argentina foi quem abriu os primeiros caminhos para a recepção da Bioética; depois, na ordem: Colômbia, Chile, México,

Brasil e outros países. Como disciplina acadêmica a Bioética institucionalizou-se a partir da ampla aceitação do modelo da Teoria Principlista norte-americana. O primeiro programa ibero-americano de Bioética foi estabelecido no Instituto de Humanidades Médicas da Fundação José Maria Mainetti¹⁹.

Mais tarde, desenvolveram-se programas educacionais em uma escola latino-americana de Bioética. Posteriormente, essa Fundação desencadeou a institucionalização da Bioética em dois ambientes acadêmicos, na Escola Médica e no Departamento de Filosofia da Universidade Nacional de La Plata¹⁹.

No início da década de 1990, fundou-se a Federação Latino-Americana de Instituições em Bioética e o Programa Regional de Bioética pela Organização Pan-Americana de Saúde¹⁹. Em parceria com a Universidade de Cuyo, na Argentina, esse programa desde 1996, vem oferecendo um curso de Mestrado em Bioética aos profissionais de diversas áreas²⁰.

No Brasil, a Bioética tem pouco mais de quinze anos de atividades acadêmicas. Sua institucionalização é considerada tardia.²¹ Recebeu essa denominação porque quando surgiu no território nacional, por volta do início da década de 1990, já se estava delineando claramente uma importante transição paradigmática no campo da Bioética mundial.²² Apesar de algumas iniciativas ocorridas durante os anos de 1980 na Pós-Graduação na área da Medicina, ela se afirma a partir da criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) em 1995, e quando se legitima em campo acadêmico com destacado interesse na problemática na área da saúde pública²³.

No ano seguinte, foram criados a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) Institucionais. Depois surgiram as primeiras propostas epistemológicas de origem latino-americana paralelas à matriz do modelo principlista, destacando-se a Bioética da Proteção desenvolvida por Fermin Roland Schramm e pelo chileno Miguel Kottow e a Bioética de Intervenção, chamada inicialmente de Bioética Dura, formulada por Volnei Garrafa e Dora Porto dentre outros²⁴.

De maneira que os Comitês de Ética em Pesquisa Institucionais tiveram um papel importante na difusão e inclusão da Bioética como disciplina na Pós-Graduação. “Nos últimos anos, a disciplina está sendo incluída em currículos de diversos cursos, despontando como linha de pesquisa em cursos de Pós-Graduação de diversas áreas acadêmicas.”²⁵

Como ressalta Garrafa²⁶, atualmente tornou-se quase impossível definir o número exato de variadas disciplinas “relacionadas com a Bioética oferecidas em todos os semestres nas centenas de Universidades Públicas e Privadas, além de Faculdades isoladas, em nível da graduação e Pós-Graduação” no território nacional.

1.1 OBJETO DE ESTUDO

Desenvolver-se-á uma pesquisa no sentido de conhecer o panorama do ensino de Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu*, a partir da identificação dos Programas de Pós-Graduação em Bioética, dos cursos de Pós-Graduação na grande área das Ciências da Saúde reconhecidos e recomendados pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesquisa de Nível Superior)²⁷ que oferecem a disciplina, os marcos conceituais em Bioética e o perfil acadêmico dos professores da disciplina.

Neste sentido, surgem importantes questões a serem investigadas, quais sejam: quais são os Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* específicos em Bioética credenciados pela CAPES? Quais os cursos de Mestrado e Doutorado que apresentam a disciplina de Bioética? Que outras disciplinas apresentam módulos de Bioética? Quais as correntes teóricas de apoio ao domínio das disciplinas relacionadas com a Bioética? Qual o perfil acadêmico dos professores responsáveis pelos ensinamentos em Bioética?

1.2 JUSTIFICATIVA

A proposta deste estudo está relacionada com a experiência acadêmica do autor como professor de Ética Profissional do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Desde o início da década de 1990 surgiu o interesse pela temática relacionada ao ensino de Bioética.

A participação em eventos de Bioética no começo dos anos 90 e o envolvimento na Comissão de Reforma Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFF, em meados dessa década, permitiram aproximar das discussões sobre a disciplina de Ética/Bioética. Nas oficinas, muitas indagações surgiram quando o autor observou que havia um descompasso entre a valorização das disciplinas de natureza técnico-científica com as matérias de domínio ético. Dessa experiência, surgiu a motivação para desenvolver um estudo relacionado à formação ética dos Enfermeiros(as) na qualificação acadêmica.

Em 1998 no Mestrado em Educação, na Universidade Salgado de Oliveira (Universo), foi apresentada uma proposta de pesquisa sobre o ensino da ética nos cursos de graduação em Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro. A proposta teve como objetivo investigar o modelo de ensino que norteava a formação dos Enfermeiros(as) em nível superior entre 1990 e 2000.

O estudo da “Ética à prática pedagógica: a busca do significado do ensino da ética na Enfermagem” demonstrou a predominância da visão conservadora do ensino baseado na Ética de inspiração deontológica (Ética hipocrática), fundada nos Códigos de Ética Profissionais e nos atos normativos do Conselho Federal de Enfermagem. Dos sete cursos de graduação pesquisados apenas uma instituição tinha a Bioética como disciplina acadêmica, ainda assim, como matéria optativa²⁸.

Em face das recomendações da banca examinadora para dar continuidade à pesquisa num futuro curso de doutorado, surgiu o interesse em aprofundar esse estudo no contexto dos cursos de Pós-Graduação. Por essa razão, o autor resolveu enfrentar o desafio e apresentou um projeto de pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A proposta de desenvolver uma pesquisa sobre o ensino da Bioética na área das Ciências da Saúde Brasil foi aprovado no processo de seleção pública em 2006.

Entretanto, diante da relevância do estudo e em virtude da escassez de pesquisas nessa área, o enfoque principal voltou-se para a pesquisa na Pós-Graduação *Stricto Sensu* e para o perfil acadêmico dos professores que se dedicam aos ensinamentos em Bioética.

Atualmente, não se tem conhecimento de estudos sobre o estado atual da inclusão da Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu* envolvendo todas as áreas das Ciências da Saúde no Brasil. As pesquisas estão mais direcionadas à Ética ou a Bioética e, em geral, restringem-se a área da Medicina e da Odontologia. Entre as quais, numa pesquisa preliminar se destacam: De acordo com Muñoz e Muñoz numa pesquisa divulgada em 2003, entre os cursos de Mestrado e Doutorado existentes em 54 faculdades de medicina a Ética é lecionada em 44,4%, sendo que a denominação do termo “bioética” vem sendo acoplada em muitas disciplinas²⁹. Em outro estudo Musse, Boing, Martino, Silva, Vaccarezza e Ramos³⁰ efetuaram uma pesquisa junto aos cursos de graduação em Odontologia no Estado de São Paulo em 2007, no qual demonstraram que em 47 cursos apenas 4 tinham a disciplina de Bioética na grade curricular.

No tocante aos Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu* em âmbito nacional praticamente inexistem estudos. Registra-se apenas uma pesquisa no campo da Odontologia. Aires, Hugo, Rosalen e Marcondes em 2006, publicaram o resultado de uma pesquisa sobre o ensino da Ética/Bioética efetuada em 87 Programas de Pós-Graduação em Odontologia no Brasil; em 55,0% deles não existia a disciplina de Ética/Bioética³¹.

Apesar da insuficiência de pesquisa, consta-se que a Bioética está sendo inserida em todos os níveis de formação. No entanto, seja em relação a disciplina Ética ou Bioética, a maior concentração dos trabalhos estão mais relacionados à graduação, conforme ressalta Silva:

Tanto no ensino da disciplina Ética e Bioética como no da disciplina Bioética, a maior concentração de trabalhos publicados acontece no conjunto da graduação: 41 (quarenta e um) e 29 (vinte e nove) trabalhos, respectivamente; ao passo que na pós-graduação a concentração é de 11 (onze) trabalhos relativos ao ensino da disciplina Ética e Bioética e 8 (oito) relativos ao da disciplina Bioética³².

Apesar do interesse dos temas relacionados com a Bioética tanto na sociedade quanto no meio científico e acadêmico, não se constatou na revisão bibliográfica preliminar, a existência de trabalhos referentes ao panorama do ensino da Bioética em graus mais avançados de qualificação acadêmica (Mestrado e Doutorado) envolvendo todos os cursos da grande área das Ciências da Saúde³³.

O presente estudo busca preencher essa lacuna, visto ser um tópico que ainda não foi suficientemente desenvolvido por outros pesquisadores. O que, por si, justifica a realização deste trabalho.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Conhecer o panorama em que se encontra o ensino de Bioética nos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área das Ciências da Saúde no Brasil.

1.3.2 Objetivos específicos

1 Identificar os Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética na área interdisciplinar credenciados pela CAPES/MEC;

2 Verificar dentre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na grande área das Ciências da Saúde credenciados pela CAPES/MEC, aqueles que têm a disciplina de Bioética;

3 Identificar dentre as demais disciplinas, aquelas de natureza Ética deontológica que têm *ou não* módulo ou conteúdos de Bioética;

4 Associar os cursos que têm a disciplina de Bioética com a natureza administrativa das instituições de ensino e carga horária;

5 Descrever as tendências teóricas em Bioética predominantes como base no conteúdo das disciplinas e as respectivas obras de referências;

6 Caracterizar o perfil acadêmico dos professores responsáveis pelo ensino da Bioética.

Referências

1. Engels EM. O desafio das biotécnicas para ética e a antropologia. *Veritas*. 2004 jun; 50(2):205-28. p. 220.
2. Azevedo EES. Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. 1998. *Interface - comunic saúde educ*. 1998;2(2):127-37. p. 128
3. Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine*, 1970;14:127-153. p. 128.
4. _____. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall; 1971.
5. Neves MCP. (Coord.). *Comissões de Ética. Das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª ed. Coimbra. Portugal: Gráfica de Coimbra; 2002. p 30.
6. Beecher HK. Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine*. 1966 jun.; 274(24):1354-1360.
7. Reich WT. The word "bioethics": its birth and the legacies of those who shaped it. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1994 dec.;4(4):319-35.
8. Jonsen AR. *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press; 2003. p.3.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
10. Mori M. Bioética: sua natureza e história. *Humanidades*. 1994;9(4):332-41.
11. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista bioética*. 2005;13(1):125-134.
12. Azevedo EES. Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. 1998. *Interface - comunic saúde educ*. 1998;2(2):127-37.
13. Kumar NK. Bioethics activities in Índia. *La revue de santé de la méditerranée orientale*. 2006;12(1) Suppl 1:S56-S65.
14. Itai K, Asai A, Tsuchiya Y, Onishi M, Kosugi S. How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom? A survey on educators in charge. 2006 may;32(5):303-8.
15. Silva JR. O ensino da bioética nas faculdades de Medicina portuguesas. *Bioética*. 2003;11(2):43-50.
16. Osswald W. O ensino da bioética fora do âmbito das faculdades de Medicina. *Bioética*. 2003;11(2):27-32.
17. Loewy EH. Education, practice and bioethics: growing barriers to ethical practice. *Health Care Analysis*. 2003 Jun;11(2):171-9.
18. Persad GC, Elder L, Sedig L, Flores L, Emanuel EJ. The Current State of medical school education in bioethics, health law, and health economics. *Journal of law, medicine & ethics*. 2008 mar.;36(1):89-94.
19. Pérez ML, Mainetti JA. Los discursos de la bioética en América Latina. In: Pessini L, Barchifontaine CP. (orgs.). *Bioética na Ibero-américa: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2007. pp. 6/37/70.
20. Cuitiño MFC, Stepke FL, Fazio MC. La calidad educativa en la formación de posgrado en bioética. El programa de maestría en bioética de la universidad nacional de cuyo. *Acta bioethica*. 2005;11(2):203-215.

21. Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. *Acta bioethica*. 2000; ano 6(1):171-75. p. 172.
22. Schramm FR. A pesquisa bioética no Brasil entre o antigo e o novo. *Cadernos adenauer*. 2002; ano III (1):87-101.
23. Schramm FR. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: Schramm FR, Braz M. (Orgs.). *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 39-66.
24. Schramm FR. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as Ciências da Vida e da Saúde. *Revista brasileira de cancerologia*. 2002;48(4):609-615.
25. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Garrafa V, Córdón J. (org.) *Pesquisa em bioética no Brasil de hoje*. São Paulo: Gaia; 2006. p. 19-44. p. 19.
26. Garrafa V. Radiografia bioética de Brasil. *Acta bioethica*. 2000 Jun;6(1):171-175. p. 174.
27. Ministério da Educação (MEC). Coordenação de aperfeiçoamento de pesquisa de nível superior (CAPES) (cursos recém-recomendados e reconhecidos na grande área multidisciplinar – área interdisciplinar). Brasília: CAPES/MEC. [Atualização em 30 de abril de 2008; acesso em 11/06/2008]. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?>
28. Figueiredo AM. Da ética à prática pedagógica: a busca do significado da ética na Enfermagem [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Salgado de Oliveira; 2000. 159 p.
29. Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*. 2003 maio/ago.;27(2):114-124.
30. Musse JO, Boing AF, Martino FS, Silva RHA, Vaccarezza GF, Ramos LP. O ensino da bioética nos cursos de graduação em odontologia do estado de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde*. 2007 jan./mar.;14(1):14-6.
31. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching in dental graduate programs in Brazil. *Braz Oral Res*. 2006 Oct./Dec.;20(4):285-89.
32. Silva RP. A inclusão do ensino da Bioética na graduação médica: uma possibilidade de inovação curricular. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007. 108 p.
33. Figueiredo AM, Garrafa V, Portillo JAC. Ensino da bioética na área da área das ciências da saúde. *Inter. Interdisc. INTERthesis*. 2008 jul./dez.; 5(2):47-72.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente, é mister tecer alguns esclarecimentos a respeito dos referenciais teóricos de suporte ao presente estudo. A pesquisa apoia-se em quatro eixos temáticos:

1) Breve recorte histórico da Ética à Bioética;

2) Tendências teórico-filosóficas atuais em Bioética representadas pelo modelo principialista da Bioética, pela Bioética da proteção, Bioética da intervenção e demais correntes complementares;

3) Percurso histórico sobre o ensino da Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu* no Brasil;

4) Órgãos de apoio à Pós-Graduação no Brasil.

2.1 DA ÉTICA À BIOÉTICA

2.1.1 Ética hipocrática

No Ocidente, a prática no campo da saúde sempre seguiu a orientação da ética hipocrática. Hipócrates (460-377 a.C.), médico grego, inspira sua Ética na invocação aos deuses, mitos gregos e preces. O mais antigo legado dessa ética é o *Corpus Hippocraticum*⁽¹⁾.

O juramento hipocrático, que compõe uma parte da extensa coleção de livros do *Corpus Hippocraticum*, integra o texto moral mais importante de toda tradição da história da ética médica desde a Antiga Grécia. Seu conteúdo consta de duas partes, uma primeira que se refere as relações entre os mestres e seus discípulos e outra,

¹ O *Corpus Hippocraticum* contém escritos deontológicos como o Juramento, Aforismos, Preceitos, Sobre o Médico, Sobre o Decoro, além de outros, os quais caracterizam uma expressiva coleção literária do humanismo médico, que se avolumou progressivamente, culminando com o encontro entre as culturas da Antiga Grécia e o cristianismo, devido às semelhanças de seus princípios morais. O *Corpus Hippocraticum* encerra um conjunto de escritos médicos de épocas e escolas distintas, recopilado durante o século III a.C. pela Biblioteca de Alexandria, composto de 53 tratados e perfazendo 72 livros, que mais tarde foram editados integralmente por Émile Littré no século XIX (1801). Drumond JGF.; 2005. p. 93.

geralmente, conhecida como Código de Ética¹. Esse legado forneceu a orientação moral aos estudantes de medicina por mais de dois milênios². De acordo com França:

Ética hipocrática permaneceu quase integralmente a ponto de interferir em todos os Códigos de Ética e nas Declarações de Princípios adotados no mundo até o fim da década de 60, apenas com algumas atenuações em seus rigores morais mais históricos.³

O texto do juramento consiste numa espécie de código de compromisso ético que se exige no exercício da arte de curar. Entretanto, os preceitos morais que emergiram da Antiguidade só vieram adquirir autoridade quando o pensamento cristão o integrou e quando o ensino da medicina estruturou-se academicamente, sendo consolidado como referência ética a partir do momento em que florescem as escolas médicas, como, por exemplo, a de Salerno, no ano de 750; a de Bolonha, em 1123; a de Oxford, em 1167; a de Paris, 1215; e quando a profissão médica se organizou como corporação regulamentada⁴.

Os postulados éticos consagrados no *Corpus Hippocraticum* são a reverência aos mestres, o respeito ao sigilo profissional, o benefício incondicional ao paciente, o absoluto respeito à vida humana, a moralidade pessoal e a vida profissional irrepreensível⁵.

Ainda que esses fossem os princípios que acompanharam a longa tradição hipocrática, somente “a partir do século XV apareceram os primeiros tratados deontológicos, denominados *medicus politicus*”, cujos autores pioneiros foram os médicos Rodrigo de Castro (1542-1627), Johannes Bahn de Leipzig (1640-1718) e Friedrich Hoffmann de Leyden (1738). Este último considerado o primeiro a se preocupar “com a tríplice codificação da responsabilidade médica: clínica, legal e sanitária, no que precedeu inclusive a Thomas Percival, com a sua obra *Medical ethics*”⁶.

Essa obra teve uma influência considerável sobre a criação do “primeiro código de deontologia da *American Medical Association*, aprovado em 1847”⁴. Porém, nesse célebre livro, Thomas Percival estava mais centrado na proteção do profissional médico.

Assinala-se ainda a contribuição do médico britânico John Gregory⁽²⁾, no século XVIII, que defendia o princípio da beneficência como o âmago do agir do médico.

Na França, no século XIX, vários outros autores destacaram-se pela preocupação com as reflexões éticas no campo da Medicina. Nesta época, surgiram escritos de humanistas como Jean Robert Debray, Jean Bernard e Jean Hamburger. Porém, tratava-se de uma Ética estritamente associada a uma perspectiva teológica⁴.

Outra espécie de juramento se destacou a partir da influência dos princípios emanados do *Corpus Hipocraticum* em 1893, sob o título de *The Nightingale Pledge*. O conteúdo desse código também era dividido em duas partes: a primeira diz respeito ao compromisso com o doente: “o compromisso de se dedicar ao bem-estar do doente, de não lhe fazer mal, de respeitar sua privacidade”. A segunda refere-se ao “compromisso de proteger o padrão da profissão e de ajudar o médico em sua tarefa”⁴.

Esses foram os primeiros documentos que deram origem à Ética no âmbito das profissões da saúde e por conseguinte, aos atuais Códigos de Ética Profissionais de hoje. Ao longo dos séculos, e até o presente, alguns dos princípios norteadores da conduta ética no campo da saúde fundamentam-se na tradição deontológica hipocrática. A obrigação de não causar dano intencionalmente, por exemplo, está relacionada com a máxima “*primum non nocere*”⁵.

Ocorre que o século XX testemunhou substantivas mudanças nas sociedades, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. Com as notícias sobre experiências clínicas realizadas no período socialista, a divulgação de pesquisas em pessoas em condições de vulnerabilidade em instituições de saúde norte-americana, o vertiginoso desenvolvimento técnico-científico, a falência do modelo centrado na doença, em detrimento dos aspectos individuais, preventivos, sociais, econômicos e da mercantilização da Medicina, o paradigma da ética de inspiração hipocrática começa a dar os primeiros sinais de esgotamento, já a partir de meados desse século. Por isso, tais tradições tiveram as suas regras questionadas, senão obrigadas a serem revistas. Por exemplo, a “velha fórmula de entender que o médico sabe sempre o que é bom para o paciente, sem nenhuma justificativa ou consentimento do paciente ou de seus familiares”³ não é mais aceita.

² John Gregory, de Edimburgo (Inglaterra), publicou um tratado de deontologia: *Lectures on the Duties and qualifications of a physician*, uma espécie de tratado dos deveres e qualificações de um médico. Drumond JGF.; 2005. p. 76.

O próprio *status* social da arte médica e por conseguinte, das profissões da área biomédica foi modificado. O poder para tomar amplas decisões a respeito do tratamento do paciente, caracterizado como paternalismo médico, foi sendo “paulatinamente substituída por outra, em que as pessoas exigem o direito de saber as razões e os motivos do que nelas se faz e, até mesmo, o direito e a motivação para cobrar do profissional possíveis danos”³ causados por descumprimento dos deveres éticos de ofício.

Portanto, o referencial da ética restrita à corporação particular profissional, incorporada apenas aos códigos morais tornou-se insuficiente para fornecer orientação ética aos futuros profissionais, diante da complexidade dos conflitos e/ou dilemas, jamais vivenciados no passado. Por isso, o interesse por uma Ética de orientação moral acessíveis a toda sociedade (Bioética) conquistou lugar em diversas áreas das atividades humanas, seja na academia, no exercício das profissões, em especial, no campo das Ciências da Saúde e sobretudo, nas situações de conflitos éticos que envolvem a moral dos cientistas e os limites da ciência e da técnica.

Ao contrário da Ética de inspiração deontológica, que se limita à moralidade do agente, pode-se dizer que a Bioética surge como uma proposta mais ampla, uma vez que se refere à moralidade dos atos. Por transpor a fronteira da ética, constitui uma disciplina que veio a se somar às regras tradicionais hipocráticas. Desse modo, reconhece-se que a “complexidade dos dilemas e das relações sociais de nosso tempo não é mais passível de resolução por meio de princípios absolutos, considerados válidos *a priori*, logo, desconhecendo o contexto real”⁶.

Por isso, as discussões em torno das questões éticas têm sido retomadas sob uma nova ótica, a Bioética, ampliada nas últimas décadas nos diversos espaços da sociedade e, particularmente, na área das profissões da saúde. Constituindo-se um campo de discussão e interação nas relações entre os homens e sociedade, entre os interesses individuais e coletivos e entre os interesses da ciência e à proteção da dignidade humana.

De modo que a Bioética surge diante de um quadro de fragmentação da expectativa moral, de mudanças nas concepções éticas e na convicção ontológica ocidental⁷. Embora essas discussões tenham referências na herança secular, se afastam da voz transcendente da Antiguidade, da moralidade cristã tradicional ou

mesmo das várias expressões dos códigos de condutas e aproximam-se mais de princípios universais acessíveis a toda sociedade.

Como assinala Engelhardt, em resposta aos dramáticos problemas do desenvolvimento científico e das novas tecnologias aplicadas ao ser humano, a ética médica secular ou Bioética de 1960 e 1970 apoia-se nos “projetos filosóficos modernos e nos projetos iluministas ao justificar a moralidade sem recorrer a uma moral religiosa (ao cristianismo) ou mesmo a uma perspectiva cultural particular (a ética tradicional hipocrática)”, mais sim a uma perspectiva moral universal, que indubitavelmente tem sua melhor articulação com o pensamento de Immanuel Kant e nos ideais da Declaração dos Direitos do Homem (1789)⁸.

Portanto, a Bioética, insere-se num contexto plural, pois refere-se a um campo de discussão mais abrangente. Como entendem Segre e Cohen, é um “campo de ação e de interação de profissionais e estudiosos oriundos das mais diversificadas áreas do conhecimento.”⁹

2.1.2 Bioética: nascimento

Uma série de acontecimentos contribuíram para o surgimento da Bioética como ramo da Ética aplicada às situações de conflitos no campo das Ciências da Saúde. A partir do final dos anos 1950 e início dos anos 1960, a sociedade passou por profundas transformações sociais, políticas, econômicas e científicas que refletiram nos costumes, valores e princípios orientadores da conduta profissional e, com isso, o legado da Ética tradicional foi abalado.

No âmbito científico, o conhecimento de pesquisas pouco éticas provocou grande reação na sociedade, o que fez surgir preocupação com o controle social das pesquisas envolvendo seres humanos. Aliado a isso, fatores como a perda da confiança dos pacientes nos profissionais, o surgimento de uma cultura da autonomia individual e a escolha de quem deve ser beneficiado com os novos recursos terapêuticos ultrapassaram os limites do Princípio de Sacralidade da Vida(Psv)⁽³⁾.

Nesse cenário, as preocupações sociais se voltaram para uma nova ética, isto é, para um novo campo de reflexão que nasce do cruzamento de dois fatores principais, que são: 1) o científico-tecnológico, cujo progresso avassalador, sobretudo durante as décadas de 1950 e 1960, e suas conseqüências não raramente nefastas, impuseram a conscientização da existência de limites externos à ciência; e 2) os socioculturais, na emergência de uma nova consciência dos direitos individuais e sociais, revigorada após a Segunda Guerra Mundial, que conduziu a uma renovação ética¹⁰.

Há quem afirme que a Bioética teria nascido durante o processo de Nuremberg¹¹, pois nessa ocasião, ter-se-ia colocado como força o problema das “barreiras éticas” a ser impostas aos avanços científicos. Por esse motivo alguns autores

³ O Princípio da Sacralidade da Vida (Psv) humana durante séculos orientou a prática médica. “O médico observa que no corpo existem processos teleológicos e afirma que ‘bom’ (‘saudável’) é aquilo que é conforme a natureza, e ‘mal’ (‘doente’) aquilo que é contrário à ordem natural. No contexto dessa visão geral de mundo, o Psv impõe o dever absoluto de respeitar os processos teleológicos da ordem natural, e de não interferir nela (defesa da vida biológica independentes de outros valores). A aceitando o Psv, o homem reconhece estar sujeito a normas independentes da vontade humana. Justamente por que é absoluto (isto é, não admite nenhuma exceção), esse princípio tem a prioridade sobre os outros, mesmo sobre o dever de conservar a própria vida (...). A obsolescência da Psv permite a emergência de valores que antes estavam subordinados e que agora, pelo contrário, assumem uma outra posição prioritária como, por exemplo, o princípio do respeito da autonomia do paciente. A bioética nasce não para colocar limites éticos à ciência, mas porque – vindo a falhar o Psv – cria-se a exigência de individualizar novas hierarquias de valores, ou seja, reajustar uma nova ‘tábua dos valores’ e estabelecer qual é o papel da autonomia com relação aos outros princípios(justiça, beneficência, etc.).” Mori M.;1994.

consideraram que a Ética Médica dos anos de 1950 seja o começo da reflexão que nos anos 60 e 70, denominou-se Bioética.

Como afirma Neves¹⁰, a Bioética encontra o seu domínio próprio de ação nas interrogações de ordem ética que cientistas, humanistas e a sociedade em geral formularam em relação ao progresso científico e biotecnológico⁽⁴⁾. De acordo com Reich¹², três acontecimentos contribuíram decisivamente para o nascimento da Bioética, que foram: as altas tecnologias na prática da biomedicina, as experiências em seres humanos e o uso social da medicina. Jonsen¹³ também enumera três marcos importantes para o surgimento dessa nova disciplina. Esses acontecimentos intensificaram-se a partir do início dos anos 60, época em que uma série de fatos causou perplexidade à sociedade americana e ao mundo.

O primeiro acontecimento que veio a público ocorreu em Seattle. Em 09 de novembro de 1962, foi publicado um artigo na revista *Life* intitulado “*They decide who lives, who dies*” (Eles Decidem Quem Vive, Quem Morre). Este artigo relatava a história de um Comitê de ética cuja missão era a de selecionar pacientes para o programa de hemodiálise recém aberto na cidade. Como a tecnologia médica era escassa o dilema enfrentado pelo o programa foi o de selecionar as pessoas para receber o tratamento salvador da vida. Diante do impasse de que critério usar para selecionar os pacientes que deveriam receber o novo tratamento, a solução foi criar um comitê para estabelecer os critérios de escolha^{13,14}.

Esse Comitê era composto na sua maioria por pessoas leigas e somente dois médicos faziam parte. Esse fato gerou grande polêmica porque, pela primeira vez, foram estabelecidos regras não-médicas para a seleção de quem deveria ou não receber o tratamento. Depois, pelo fato de o Comitê ter utilizado critérios sociais para decidir quem deveria ser beneficiado com a nova tecnologia, como, por exemplo, a produtividade na sociedade, dependentes familiares e outros, foi acusado de que estaria decidindo pela vida e morte dos doentes. Portanto, aqueles que fossem rejeitados, então, estariam condenados a morrer^{14,6}.

Este episódio foi considerado um divisor de águas. Os médicos, que tradicionalmente resolviam seus dilemas com base no princípio absolutos de que toda vida deveria ser salva, por ser sagrada, se viram na difícil situação de decidir

⁴ Entendida como o “conjunto das técnicas biomédicas que possibilitam uma intervenção em organismos humanos, animais e vegetais.” Engles EM.; 2004. p. 220.

quem receberia ou não o tratamento, ou seja, quem seria beneficiado com a nova tecnologia ou quem receberia a sentença de morrer⁶.

Assim, o caráter absoluto dos princípios éticos tradicionais foi enfraquecido diante da impossibilidade de resolver este dilema. Seattle representou, portanto, o eco de uma antiga advertência Hipocrática, seguida pelos bons doutores por séculos, que na medicina moderna não poderia ser mais ouvida: “somente entrarás numa casa para beneficiar o enfermo”¹³. Esse episódio é reconhecido por todos como um dos marcos relevantes da história da Bioética⁶.

O segundo acontecimento foi a publicação do artigo intitulado *Ethics and clinical research*, em 1966, no *The New England Journal of Medicine*, pelo anestesista Henry K. Beecher¹⁵. Este autor, com base na compilação de 50 ensaios clínicos publicados nos mais prestigiados periódicos americanos, apresentou 22 relatos de pesquisas consideradas eticamente inaceitáveis, pois envolviam pessoas em condições de vulnerabilidades como: idosos, crianças, pacientes psiquiátricos, pessoas com retardo mental, internos em hospitais de caridade e outras pessoas incapazes de manifestar seu consentimento. Dos 50 trabalhos publicados, apenas 2 faziam alguma menção ao termo de consentimento dos sujeitos da pesquisa. Já entre os 22 relatos o primeiro exemplo foi o que mais causou clamor, pois consistia na retirada do tratamento a base de penicilina benzatina G, de um grupo de 109 homens com febre reumática, substituindo por placebo.

Além dessas denúncias, muitas outras relacionadas com pesquisas abusivas abalaram a confiança na relação médico-paciente, uma vez que infringiram tanto as normas éticas deontológicas como os princípios da beneficência e não maleficência já consagrado na antiga tradição hipocrática e nas normas de pesquisas envolvendo seres humanos, desde 1947, no Código de Nuremberg.

Um terceiro acontecimento ocorreu em 1967 na África do Sul. Christian Barnard realizou o primeiro transplante cardíaco. Ele transplantou o coração de uma pessoa quase morta em um paciente com doença cardíaca em fase terminal¹². Embora os transplantes renais não fossem mais novidades, o transplante de órgão único levantou uma série de questões éticas relacionadas ao conceito de morte, pois, para haver o transplante, exige-se a morte do doador.

A retirada de órgãos, imediatamente após o óbito, exige uma nova definição de critérios de morte. A morte, sendo definida como a parada completa da respiração e da circulação sanguínea, precisa que se aguarde um certo tempo para a constatação do óbito, o que poderá comprometer os órgãos destinados ao transplante.¹⁶

Este fato, também levantou questões éticas extremamente polêmicas para as quais a Ética de inspiração deontológica não tinha uma resposta. Esta era uma discussão em aberto até a definição dos critérios de morte encefálica estabelecido pela Escola Médica da Universidade de Harvard em 1968¹⁷.

Desse modo, pode-se dizer que todos esses fatos contribuíram para o surgimento da Bioética como disciplina de reflexão ético-filosófica, além de outros, com a necessidade de maior controle das pesquisas envolvendo seres humanos; a busca de novos princípios éticos amparados mais na razão prática do que na fé ou numa moral particular; e, o surgimento dos movimentos sociais dos anos 60, como o movimento das minorias contra as injustiças, a exclusão social e o “direito da nova geração” de se proteger contra o perigo do vertiginoso progresso tecnológico¹⁸.

Assim, os acontecimentos das décadas de 1960 e 1970 foram decisivos para o surgimento da Bioética como uma nova forma de pensar as questões éticas relacionadas a toda a sociedade e, em especial, no âmbito das ciências da saúde. Na atualidade, pode-se dizer que “a bioética refere-se aos assuntos gerais da saúde, da pesquisa à qualidade do atendimento nas instituições, da atenção profissional até as definições das pesquisas. Ou seja, trabalha com o cotidiano e as perspectivas de futuro.”¹⁹.

2.1.3 Bioética: consolidação acadêmica

A Bioética consolidou-se como um campo interdisciplinar no mundo das universidades nas escolas de medicina estadunidenses inicialmente. De acordo com Jonsen, num artigo publicado em 1993, relata que em quase todas as escolas médicas americanas, de uma forma ou de outra, a nova ética é estudada¹³. Trazida pela reflexão sobre os novos dilemas morais decorrentes dos acontecimentos dos anos de 1970 e pela transformação do saber fazer no campo das ciências biomédicas.

No bojo de vários acontecimentos, uma sequência de fatos durante a década de 1970 foi decisivo para a consolidação da Bioética como disciplina acadêmica (entendida como o conjunto específico de conhecimento com suas próprias características sobre plano de ensino, da formação dos mecanismos, dos métodos, das matérias²⁰), entre as quais se destacam: a criação do primeiro instituto do mundo dedicado à Bioética em 1971; a divulgação do Relatório de *Belmont* em 1978 e posteriormente, a publicação da primeira edição da enciclopédia de Bioética publicada, em 1978; a segunda, em 1995 e a terceira, em 2003. Em seguida, surge o primeiro modelo de análise teórica em Bioética em 1979, a partir da revisão dos princípios do Relatório *Belmont*. Essa concepção teórica tornou-se a principal referência da Bioética no campo da Medicina e da Biologia^{21,22}.

Com a criação do primeiro instituto do mundo dedicado à Bioética (*The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*) em 1971, fundado pelo ginecologista holandês e fisiologista fetal André Hellegers, o termo “bioética” passou a ser aplicado na área da ética no campo da Medicina e das ciências biológicas. Hellegers desenvolveu um trabalho de grande importância para a divulgação da Bioética, sobretudo por ser um período em que havia poucos precedentes para manter estudos interdisciplinares e porque a Ética não tinha muita aceitação acadêmica e pública²¹. Por isso, considera-se que o trabalho desenvolvido por Hellegers e pelos pesquisadores desse Instituto teve um papel fundamental para a introdução da Bioética no campo de aprendizagem dentro das universidades estadunidenses.

Os trabalhos sobre os conceitos da disciplina e a exploração do tema em eventos por Hellegers também contribuíram para a divulgação da Bioética como nova área de conhecimento. Ele comparou a aparição desse neologismo como o surgimento da Psicologia Fetal na década de 1950. Argumentava que, assim como a Psicologia

Fetal foi reconhecida quando os profissionais tornaram-se tão interessados em fetos como em adultos, o interesse pela Bioética somente ocorreria quando os profissionais interessassem tanto por problemas biológicos como em teorias éticas. Para Hellegers os bioeticistas seriam aqueles que teriam mais perícia na Ética da Ciência. Por isso, pensa que a Bioética seria a única disciplina que combina Ciência e Ética²¹.

Em reação às denúncias de abusos envolvendo experimentações com seres humanos, o Congresso norte-americano instituiu uma Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research*) em 1974, com a finalidade de estabelecer as regras éticas destinadas a orientar às pesquisas que envolvessem o ser humano. Essa preocupação parece que teve origem a partir das denúncias envolvendo experiências com um grupo de pacientes portadores de sífilis pelo serviço público sanitário no estado do Alabama, conhecido como o caso de *Tuskegee (Tuskegee study)*²³. Tratava-se de uma pesquisa realizada com um grupo de 600 pacientes negros portadores de sífilis, desde a década de 1940, mas somente descoberto em 1972. Eles eram deixados sem tratamento, cujo objetivo era tão somente verificar a evolução da doença até o seu óbito²⁴.

Essa Comissão, juntamente com outras normas regulamentadoras, faria parte da política pública do governo americano “destinada a proporcionar uma proteção moralmente adequada para aqueles que participavam como objeto de pesquisas.”²³ Sua finalidade era fazer um estudo “detalhado sobre as implicações éticas, legais e sociais relacionadas aos avanços na pesquisa biomédica” e posteriormente, identificar os princípios básicos que deveriam nortear as experiências com seres humanos²⁴.

Em 1978, a Comissão apresentou um documento que ficou conhecido como o Relatório *Belmont*. Nesse documento, foram apresentados os princípios éticos básicos como sendo os capazes de justificar as condutas consideradas aceitáveis para as experimentações científicas. Constitui-se de três princípios universais, entre os quais dois já pertenciam às tradições morais do Ocidente:

1. Respeito pelas pessoas – esse princípio incorporou pelo menos duas convicções éticas: primeiro que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos; e segundo, que as pessoas com autonomia diminuída devem ter total proteção contra abusos.

2. Beneficência – de acordo com esse princípio, as pessoas devem ser tratadas eticamente não só em respeito às suas decisões e de sua proteção, mas também no sentido de garantir o seu bem-estar. Isso significa que o pesquisador deve assumir o compromisso de assegurar o bem-estar das pessoas envolvidas direta ou indiretamente no experimento. Entre os princípios escolhidos, este é o que faz parte da referência histórica da Ética hipocrática.

3. Justiça – esse princípio é o que está mais intimamente associado à referência da filosofia moral estadunidense. Quem deve receber os benefícios da investigação e seus encargos? Esta é uma questão de justiça, no sentido de "equidade na distribuição" ou "o que é merecido". Uma injustiça ocorre quando algum benefício é dado sem uma boa razão ou quando algum encargo é imposto indevidamente. Portanto, a equidade social deve ser entendida com base no pensamento de John Rawls, isto é, como reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais²⁵.

Os participantes da Comissão justificaram a escolha desses princípios por estarem profundamente ligados à tradição cultural, aquela particularmente relevante à ética em pesquisa que envolve assuntos sobre seres humanos: “a aplicação destes princípios gerais conduz às exigências de consentimento informado, avaliação dos riscos, benefício e a seleção justa dos sujeitos da pesquisa”²⁴.

Com a divulgação do Relatório *Belmont*, a partir do envolvimento dos pesquisadores do Instituto Kennedy, imediatamente, tratou-se de elaborar a primeira Enciclopédia de Bioética, que foi publicada também em 1978. Esta primeira edição teve um importante papel no estabelecimento do novo campo da Bioética. Além de definir os objetivos da disciplina, apresentou a primeira organização de conhecimento, articulou modelos de ensino e formulou a primeira definição de Bioética. Entendida como sendo o “estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais (...)”²⁶.

Esta nova disciplina passou a ser entendida de forma mais ampla do que a ética fundada nos princípios hipocráticos, uma vez que abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados com valores, que surgem da relação médico-paciente. A Bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes: englobam os problemas relacionados aos valores que surgem em todas as profissões de saúde, pesquisas biomédicas, questões

sociais relacionadas com a saúde e vai além dos problemas relacionados com a vida e saúde humana, vida dos animais, das plantas e questões ambientais²⁶.

No ano seguinte, em 1979, a Bioética consolidou-se como ferramenta moral na resolução de conflitos/dilemas éticos com a publicação da obra princípios de ética biomédica (*Principles of Biomedical Ethics*) de autoria de Tom L Beauchamp e James F. Childress. Criou-se o primeiro marco conceitual ou teórico, tornando-se conhecida como a Teoria Principlista da Bioética. Esse acontecimento foi decisivo para a promoção, divulgação e consolidação da Bioética como disciplina de fundamentação teórico-filosófica.

Como os limites entre o princípio da beneficência e o da não maleficência não foram definidos no Relatório *Belmont*, nessa obra diferenciou-se da seguinte forma: a não-maleficência como a obrigação de não infligir mal intencionalmente e a beneficência na ação realizada em benefícios dos outros, isto é, obrigação de promover o bem e prevenir danos²⁷.

A publicação dessa obra inaugurou um novo paradigma sobre o modo de pensar as questões éticas no âmbito das ciências da vida e da saúde. Com a sistematização dos princípios *prima facie* da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, os autores procuraram “assim livrar-se do velho enfoque ético característico dos códigos e do juramento de Hipócrates”²³.

Em parte, esses princípios representam a personificação das tradições morais do Ocidente sob uma nova formatação, dando-lhes sentido prático e instrumental, transformando-as numa ética aplicada às situações de conflito e/ou dilemas éticos na área da saúde. Com esse enfoque a Bioética ganhou notoriedade e foi difundida para outros continentes.

Durante toda a década de 1980, com os movimento de humanidades no campo da medicina, proliferaram os programas de Bioética, sociedades acadêmicas, escolas profissionais e sua inclusão nos cursos de graduação e nos currículos escolares²⁸. A primeira enciclopédia de Bioética e a obra de Beachamp e Childress foram consideradas um referencial fundamental neste novo campo de conhecimento.

No âmbito acadêmico, a partir dos 1990 a Bioética se tornou uma disciplina reconhecida em praticamente todos os cursos das áreas da saúde e humanas das universidades européias e estadunidense²⁹. As universidades brasileiras também

começaram incluir essa matéria especialmente nos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área da Medicina.

Ao mesmo tempo, também começaram surgir críticas à universalização dos princípios, sobretudo diante de suas limitações frente aos macro-problemas coletivos, sanitários e ambientais dos países do Hemisfério Sul. A partir desse momento surgem propostas alternativas, tanto de estudiosos estadunidenses como da América Latina, numa tentativa de suprir as lacunas do modelo principialista³⁰.

Ainda na década de 1990, houve a necessidade de fazer uma revisão na primeira edição da Enciclopédia de Bioética. O que foi feito em 1995 e posteriormente em 2003. Enquanto na primeira edição foram utilizadas as palavras “valores e princípios” numa tentativa de acentuar a abertura a todas as fontes de conhecimento moral, na segunda edição, para fugir do reducionismo do termo “princípio” que começou a ser dominante, fala-se de “uma variedade de metodologias éticas”. Ressaltando assim, o contexto multidisciplinar do novo campo de conhecimento. Sendo definida como o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e dos cuidados da saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas em um contexto interdisciplinar³¹. Esta definição molda a terceira edição, que continua a ampliar uma gama de tópicos das edições anteriores.

Na terceira edição, sob a coordenação de *Stephen Garrard Post*, a definição anterior dá forma a nova versão. Permanece o enfoque mais amplo fornecido pelos cientistas da década de 1970, continuando a ampliar os tópicos da edição de 1995. Na nova edição existem mais de 110 novos títulos e todos os artigos foram revisados e atualizados. Portanto, a metade dessa obra é inteiramente nova. Entretanto, adverte Post que as edições anteriores continuam ser os principais conhecimentos históricos que definiram o campo da Bioética em sua fase inicial³¹.

Reich, editor das duas edições anteriores resume o significado da Enciclopédia de Bioética ao longo dos últimos 25 anos da seguinte forma: A primeira edição teve um papel importantíssimo no estabelecimento do novo campo da Bioética, pois formulou a mais ampla definição de Bioética, definiu o objetivo desse novo campo, apresentou a primeira organização de conhecimento e articulou modelos de ensino da Bioética^{26,32}.

Desse modo, essas foram as principais referências que definiram inicialmente o novo campo de conhecimento. Assim, continuam a ser os documentos históricos de fundamentação da Bioética como disciplina científica ou acadêmica.

2.2 CORRENTES TEÓRICO-FILOSÓFICAS EM BIOÉTICA

Em todas as áreas do conhecimento, elaboram-se teorias para dar sustentação ao domínio científico da disciplina – entendida como ciência ou ramo do conhecimento ou acadêmica –, no sentido de conteúdo específico da unidade mais elementar de ensino³³. Foi assim na Sociologia, na Antropologia, na Psicologia, na Biologia, na Física; e com o surgimento da Bioética como uma nova área do saber, não poderia ser diferente.

Como visto anteriormente, a primeira enciclopédia de Bioética formulou a primeira definição da Bioética, a primeira organização de conhecimento, articulou os modelos de ensino e Beauchamp e Childress criaram a primeira sistematização teórica.

Como ressalta Foucault:

[...] uma disciplina define-se por um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um *corpus* de proposições consideradas verdadeiras [a priori], um jogo de regras e de definições, de técnicas e de instrumentos: tudo isso constitui uma espécie de sistemas anônimos à disposição de quem quer ou pode servir-se deles.³⁴

Quanto à autonomia, segundo Morin, uma disciplina se define “pela delimitação das suas fronteiras, pela linguagem que instaura, pelas técnicas que é levada a elaborar ou utilizar e pelas teorias que lhe são próprias”³⁵.

É dessa forma que diversas teorias dão validade científica a uma determinada área do saber. Em Bioética existem várias concepções teóricas que os seus autores utilizam como modelos explicativos para elaborarem suas propostas e dar validade às justificativas morais para as tomadas de decisões³⁶.

Dentre as principais concepções teóricas ou teorias, destaca-se aquela mais conhecida, desenvolvida pelos pesquisadores do *Kennedy Institute of Georgetown University* conhecida como modelo principialista, e outras que surgiram após as críticas a este modelo, como a Bioética das Virtudes, do Cuidado, Casuística, Naturalista, Personalista, Contratualista, Hermenêutica, Libertário e as críticas que vem do Feminismo ao modelo estadunidense^{36,37,38}, além das propostas brasileiras que surgiram no final da década de 1990.

Depois de quase três décadas de debates acerca do estatuto epistemológico da Bioética, por um lado, e da busca de diretrizes éticas para orientação nas tomadas de decisões no campo ético-profissional na área da assistência à saúde, por outro, pode-se dizer que esses paradigmas buscam fundamentar a Bioética como campo interdisciplinar.

2.2.1 Bioética: princípios de Georgetown da ética biomédica

Um dos modelos de análise teórica em Bioética mais divulgado é o principlismo. Seus autores Tom L. Beauchamp e James F. Childress, anunciaram os novos paradigmas éticos que contrastam com o paternalismo da arte de curar desde Hipócrates, no livro *Principles of Biomedical Ethics* em 1979. Até o presente, foram publicadas seis edições, sendo a última editada no primeiro semestre de 2009³⁹. Os princípios definidos no Relatório *Belmont* eram três: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. Eles acrescentaram um quarto princípio que seria o de abster-se de causar dano ao próximo (não-maleficência).

A sistematização dos princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça foram rapidamente difundidas e pela simplicidade de sua aplicação, transformou-se no principal modelo teórico da Bioética, tornando-se assim uma referência tão conhecida que às vezes chega a se confundir com a própria disciplina Bioética. Por isso, em tom de crítica, esses princípios foram também chamados de o “mantra de Georgetown”, pelo modo universal de se abordar os problemas Bioéticos no campo médico e biológico^{40, 41}.

Esses princípios “deram aos estudiosos da ética algo que a sua própria tradição acadêmico-disciplinar não lhes forneceu: um esquema claro para uma ética normativa de ser prática e produtiva.” Forneceram uma linguagem para dialogar com novos públicos, formados por todos os profissionais de diversas áreas de conhecimento⁴². Com isso, aproximou a discussão ética dos casos concretos com toda sua complexidade, fato que não ocorria na ética tradicional.

Os princípios da beneficência e não-maleficência, em parte, já se encontravam definidos na tradição da Ética Hipocrática, uma vez que, não havia distinção entre o ato de atuar em benefício do enfermo e a obrigação de não causar o dano, ao passo que os

demais evoluíram no contexto histórico de acordo com o modo de pensar nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Ross, Beauchamp e Childress distinguem as obrigações *prima facie* das obrigações de fato ou reais. Entendem que esta distinção é essencial para análise das diferentes alternativas em caso de dilemas morais. Explicam que “uma obrigação *prima facie* indica uma obrigação que deve ser cumprida a menos que entre em conflito, numa ocasião particular, com uma obrigação de importância equivalente ou maior.” Com frequência, os atos possuem várias propriedades ou consequências moralmente relevantes. O ato de mentir, por exemplo, também pode promover o bem-estar de alguém, assim como o ato de matar pode envolver o alívio da dor e do sofrimento⁴³.

Assim, alguns atos não são *prima facie* certos ou errados, porque as normas podem conflitar em certas circunstâncias e nestas condições, os agentes devem determinar o que fazer, encontrando uma obrigação efetiva ou prioritária, ou seja, o agente tem de localizar o que Ross chama de “o melhor equilíbrio” do certo sobre o errado. Desse modo, pelo fato desses princípios permitirem um espaço para mediação, negociação e compromisso, eles permitem o crescimento moral⁴³.

Servem na verdade, como uma espécie de ferramenta para guiar a decisão do profissional quando se depara com um dilema ético. Eles não foram propostos para serem aplicados de forma automática, fornecem uma estrutura para refletir acerca dos casos concretos. Funcionam como uma espécie de instrumento simplificado “para orientar moralmente as decisões dos pesquisadores e dos clínicos no âmbito da biomedicina.”⁴⁴

Entretanto, se por um lado, uma das vantagens da proposta de Beauchamp e Childress é a de uniformizar os fundamentos teóricos com base nos quais serão analisados os casos concretos, por outro, a crítica feita é que nunca os casos são tão inequívocos a ponto de se adaptarem exatamente a cada situação.

Após essas considerações, para melhor compreender a proposta de Beauchamp e Childress, serão apresentados os fundamentos dos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O princípio da **autonomia** é apontado como uma construção secular que se manifesta na nova Ética do século XX como o direito do paciente e o dever do profissional de saúde. O primeiro conceito de autonomia pode ser extraído do

sentido etimológico da própria palavra. Termo que deriva do grego *autós* = eu e *nomos* = lei. Após, a palavra “autonomia” adquiriu significados diversos, tais como: de autogoverno, direito de liberdade, privacidade, escolhas individuais e liberdade da vontade, ou seja, os direitos das pessoas de ter liberdade para decidir livremente diante das possibilidades que lhes são apresentadas⁴⁵.

A autonomia significa a capacidade humana de agir de acordo com sua vontade, valendo-se das escolhas que lhes são apresentadas. De outra parte, requer que os indivíduos sejam tratados com respeito diante de sua decisão. Portanto, qualquer intervenção no ser humano de forma direta ou indireta ou mesmo em seu corpo, seja clínica ou cirúrgica é indispensável a sua autorização.

Este princípio é considerado por alguns autores como o mais importante. De acordo como Ferrer e Alvarez “não há dúvida de que o respeito pela autonomia exerce um papel central em seu sistema, como em toda Bioética contemporânea”⁴⁶. No entanto, Beauchamp e Childress negam a existência de uma hierarquia sobre os demais, argumentam que a “ordem de apresentação não implica que este princípio tenha prioridade sobre os outros.”⁴⁷

O conceito de autonomia individual possui uma longa evolução histórica desde a Antiguidade, pois foi no pensamento grego que se originou a noção do indivíduo livre. Todavia, somente veio a ganhar força a partir da Reforma Protestante (durante os séculos XVI a XVII) e quando, no século XIX, o homem conseguiu aos poucos libertar-se das bases do paternalismo, sobretudo por influência da visão liberal do pensamento dos filósofos Immanuel Kant e John Stuart Mill⁴⁸. Paulatinamente, o paciente passou a ser considerado pessoa autônoma, capaz de ser plenamente informado e livre para tomar decisões com relação à sua vida, à sua saúde e ao seu corpo⁴⁹.

Esse pensamento começou a predominar a partir do final do século XIX, com o surgimento da clínica. Antes, Claude Bernard defendia o direito de fazer experiências no homem toda vez que existisse a possibilidade de salvar-lhe a vida, curá-lo ou acarretar-lhe uma vantagem pessoal. A única exigência era a de que nunca deveria prejudicar o paciente, “ainda que o resultado pudesse interessar à ciência ou à saúde de outras pessoas”. Por isso, desconsiderava-se a necessidade de se obter qualquer consentimento dos indivíduos para a realização de investigação científica⁵⁰.

A não necessidade do consentimento, justificava-se pelo fato do paternalismo médico ser orientado pelo princípio incondicional do respeito pela vida. Então, desde que não causasse dano ao paciente, o médico estava autorizado a realizar experiências ou qualquer ação terapêutica sem anuência do paciente. Portanto, era uma relação em que o médico era sujeito e o paciente, objeto.

Quanto foi inaugurado a fase científica da Medicina, a investigação clínica se viu na condição de submeter-se aos cânones científicos e metodológicos da ciência experimental, fato que implicou numa inversão da relação hierárquica entre o ato clínico e a pesquisa clínica. Antes se afirmava que nada que não fosse clínico poderia justificar-se como experimental, agora se afirma exatamente o contrário: “que somente o experimento pode ser justificado como clínico, isto é, como diagnóstico ou terapêutico.”⁵⁰

Paralelamente à transformação da prática médica, advinda da incorporação das exigências científicas e posteriormente, tecnológicas, houve também uma “transição paradigmática” no campo da Ética. O antigo princípio da beneficência já não podia ser aceito como válido em qualquer situação *a priori*, nem seria suficiente para garantir a eticidade do ato médico, nem a *fortiori* (por uma razão mais forte), para garantir a eticidade das pesquisas envolvendo seres humanos⁵⁰.

Concretamente, a autonomia surgiu como princípio moral no âmbito da cultura dos direitos humanos formulados em 1948 pela Declaração Universal de Direitos Humanos, sendo concebida pela Bioética no sentido de conferir ao paciente o direito de não ser apenas objeto na relação médico/paciente.

Os acontecimentos que antecederam a divulgação do Relatório *Belmont* e o advento dos avanços tecnológicos na área da saúde a partir dos anos 1960, “acabaram por jogar por terra toda pretensão” do princípio da beneficência da ética hipocrática⁵⁰, que passaram a incorporar outro princípio, o do respeito à autonomia. A ação beneficente sozinha tornou-se insuficiente, surgindo a necessidade de ser completada com a permissão do paciente.

A noção de autonomia passou a ser concebida como a igualdade de direitos entre o profissional e o cliente ou entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa. Estabelecendo assim, as bases para as garantias éticas, morais e até legais dos indivíduos diante da violação de sua vontade.

Por consequência, o consentimento livre e esclarecido passou a ser a base para o princípio da autonomia. A manifestação da vontade do paciente passou a ser a pedra angular de toda ética médica ocidental. Embora não seja o direito absoluto, tornou-se uma espécie de direito soberano do paciente porque legitima a ação beneficente. Nas palavras de Lepargneur⁵¹ a “autonomia exprime a dignidade da pessoa porque franqueia sua liberdade autocontrolada e responsável.”

A análise oferecida por Beauchamp e Childress pressupõe uma distinção entre pessoas autônomas e ações autônomas. As pessoas autônomas são aquelas que possuem a capacidade para se autodeterminar, isto é, têm a capacidade para tomar decisões. Todavia, a análise proposta por esses autores se interessa em determinar os traços não das pessoas autônomas, mas das ações autônomas. Neste caso, pressupõe-se que a ação é autônoma quando o agente moral age intencionalmente, com compreensão e sem influências externas que interfiram na sua ação⁵².

Desse modo, o princípio da autonomia encontra aplicabilidade para justificar uma série de regras que devem nortear as práticas no âmbito médico e biológico, tais como: dizer a verdade, respeitar a privacidade dos outros, proteger informações, obter informações confidenciais e, quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes⁵².

O princípio da **não-maleficência** preconiza a obrigação de não causar danos aos outros. Deriva da máxima "*Primum non nocere*" (em primeiro lugar não causar dano). Numa passagem do texto do Juramento Hipocrático, as obrigações de não-maleficência e beneficência estão expressas na máxima: Eu usarei o tratamento para ajudar o doente de acordo com a minha habilidade e julgamento, eu nunca o usarei para prejudicar ou causar danos a alguém⁵².

Embora esses dois princípios sejam frequentemente tratados na filosofia moral como não sendo nitidamente distinguíveis, Beauchamp e Childress definem as obrigações de não-maleficência das obrigações beneficentes. Alegam que:

As obrigações de não prejudicar os outros, (por exemplo, aquelas que proíbem roubar, mutilar e matar) são claramente distintas das obrigações de ajudar os outros (por exemplo, proporcionando benefícios, protegendo interesses e promovendo o bem-estar).⁵²

Assim, tanto na assistência à saúde como nas experiências científicas o profissional deve, obrigatoriamente, em primeiro lugar, não causar danos, como também proporcionar benefícios aos indivíduos. Para Beauchamp e Childress, a não-maleficência prevalece sobre a beneficência, mesmo em situações nas quais o cálculo utilitário parece justificar o dano. Ilustram essa situação da seguinte maneira: “ainda que um cirurgião pudesse salvar dois inocentes matando um preso condenado à morte para retirar seus órgãos, a ação não-maleficente não se justificaria.”⁵²

Na assistência à saúde em geral, alguns dos aspectos que estão relacionados com esse princípio são a prudência e a omissão. A prudência se exprime na cautela ou cuidado para que sejam bons os resultados obtidos na ação humana, revela-se na atenção do profissional para que o seu atuar não resulte em erro ou acidente. Já a omissão se exprime na ausência de um atuar, ou seja, é o ato negativo de deixar de realizar uma ação e com isso criar as condições de riscos⁵³. Em termos simples, se traduz na obrigação positiva dos profissionais de saúde na impossibilidade de fazer o bem, pelo menos não deve causar dano.

O princípio da **beneficência** preconiza fazer o bem. Este significado é extraído do latim *bonum facere*, incluindo também atos de compaixão, bondade e caridade. Beauchamp e Childress entendem a ação beneficente num sentido mais amplo, incluindo o altruísmo, o amor, a humanidade e as demais formas de ajudar as pessoas como uma ação beneficente⁵⁴.

Os autores ainda diferenciam o princípio da beneficência do da benevolência. A primeira refere-se a uma ação feita para beneficiar todas as pessoas, ao passo que o segundo, refere-se ao caráter ou à virtude ligada à posição de agir em benefício do outro⁵⁴. Portanto, conceitua-se a benevolência com uma característica do agente, já a beneficência diz respeito à qualidade do ato, isto é, uma ação que visa praticar o bem. Dessa maneira, torna-se uma obrigação moral de agir no sentido de ajudar ou beneficiar os outros.

Por essas regras serem bastante próximas do princípio da não-maleficência, é preciso estabelecer uma distinção mais clara. A diferença é que as primeiras são regras de proibições negativas das ações, ou seja, “não causar danos”, portanto, devem ser obedecidas de modo imparcial, servindo inclusive até às proibições legais de certas formas de condutas. Em oposição, as regras do princípio da beneficência apresentam

exigências positivas de ação, isto é, “fazer o bem”. Porém, não precisam ser seguidas de modo imparcial e geralmente não servem de base para punições legais quando se deixa de respeitá-las⁵⁴.

Por outro lado, o princípio da beneficência é o que mais entra em conflito com o princípio do respeito à autonomia. Na tradição moral da Ética Médica, a beneficência estava acima da autonomia do paciente. Em Bioética a autonomia integra a ponto central como princípio *prima facie*. Entretanto, ponderam Segre, Silva e Schramm⁵⁵ que “em determinadas condições admite exceções.” Isto faz com que haja a necessidade de distinguir várias formas de paternalismo:

Paternalismo genuíno (válido nos casos em que se constate de fato uma ausência ou diminuição significativa da capacidade de autonomia, por exemplo: com crianças e doentes terminais em coma profundo), paternalismo autorizado (com consentimento explícito ou implícito da pessoa) e paternalismo não-autorizado (sem consentimento algum) [intervenção autoritária ou paternalismo médico].⁵⁵

As controvérsias relacionadas aos dilemas entre o princípio da beneficência e o da autonomia são intermináveis, pois para alguns autores podem existir situações em que o paternalismo pode ser justificado. Existem situações em que se constata ausência ou diminuição significativa da capacidade de manifestar a vontade ou mesmo em algumas situações em que se tenta não atender o desejo do paciente para protegê-lo. “Na prática médica, por exemplo, isto faz com que ao ter-se que optar entre o assim chamado ‘paternalismo médico’ e o ‘respeito da autonomia da pessoa’, o utilitarismo permite um leque maior de possibilidades.”⁵⁵

Mas adverte Engelhardt que, “por causa das divergências de interpretações do que deveria ser considerado fazer o bem, não podemos entender em moralidade secular o princípio da beneficência como regra de ouro.” isto é, “se fazemos aos outros o que queremos que façam a nós, podemos estar impondo a eles, contra sua vontade, uma visão particular da vida boa.”⁵⁶

O princípio da **justiça**, entre todos os princípios *prima facie*, é o mais complexo e de difícil conceituação. Beauchamp e Childress entendem esse princípio como a expressão “justiça distributiva”, ou seja, a distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas em termos de cooperação

social. Definem o justo como um tipo de tratamento equitativo que leva em consideração o que é devido a cada um dos membros da sociedade⁵⁷.

Toda polêmica sobre a justa distribuição de recursos destinados a assistência à saúde surge porque os bens são escassos e as necessidades são múltiplas. Por isso, é preciso estabelecer critérios que possam guiar a distribuição dos recursos. Para determinar os critérios de justiça, Beauchamp e Childress recorreram à distinção entre dois critérios, um de justiça formal e outro de justiça material. O critério de justiça formal diz que todos devem ser tratados equitativamente, isto é, quaisquer que sejam as circunstâncias relevantes em questão, as pessoas que forem iguais devem ser tratadas de modo igual⁵⁷. Negar o acesso aos benefícios dos programas de saúde a uma pessoa da mesma classe enquanto outros recebem o benefício seria injusto.

Em termos de justiça material, são estabelecidos critérios que especificam as características materiais para que a distribuição seja considerada justa. Neste aspecto para assistência à saúde, por exemplo, baseia-se numa necessidade fundamental em termos de padrão da coletividade e não de necessidades individuais. Este é o princípio mais aceito pela maioria das sociedades para distribuir os recursos públicos.

Na prática, a distribuição do igual ao igual e do desigual ao desigual tem como referência a concepção de justiça distributiva das teses de John Rawls. De modo que o critério de justiça pode ser justificado a partir de uma concepção de equidade. Porém, como existe uma dramática questão com a racionalidade dos recursos, se por um lado o sistema de acesso universal a todos os bens necessários à saúde parece ser mais justo do que um seletivo, por outro a sua implementação pode levar à institucionalização de um poder burocrático caro e ineficientes que acaba penalizando os que mais precisam dele. Embora Beauchamp e Childress definem o justo como um tratamento equitativo que leva em consideração o que é devido às pessoas⁵⁷, “defendem o acesso de todos a um padrão mínimo de recursos que garantam as necessidades básicas relacionadas à assistência à saúde.”⁵⁸

Cabe por fim esclarece que equidade não significa o mesmo que igualdade. De acordo com Garrafa “igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta apenas o ponto de partida para aquela.” Em outras palavras, são o reconhecimento das diferenças e a supressão das necessidades diversas dos sujeitos sociais que possibilitam alcançar a igualdade⁵⁹.

Em resumo, o princípio da autonomia refere-se à capacidade dos indivíduos de agir de acordo com sua vontade, com base nas informações recebidas; o princípio da não-maleficência, à obrigação de não causar danos ou de não prejudicar o outro; o princípio da beneficência, à obrigação de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo; e o princípio da justiça estabelece a obrigação de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente adequado e de dar a cada um o que lhe é devido.

2.2.2 Correntes complementares ao princípalismo

Após a divulgação da primeira corrente teórica surgiram várias concepções durante a década de 1980. Entre as correntes que se destacaram, especialmente, com as primeiras críticas ao modelo princípalista elaborado por Beauchamp e Childress, estão os paradigmas das Virtudes, do Cuidado, Casuístico, Libertário, Contratualista, Naturalista ou Contemporânea do direito natural, Personalista e Hermenêutica^{60,61}.

Considerando que alguns questionamentos ao princípalismo são fundamentais para compreensão dessas propostas teóricas, inicialmente será apresentado um resumo sintético de como essas críticas estão sistematizadas.

As críticas mais elaboradas ao modelo teórico de Beauchamp e Childress surgiram já no começo da década de 1990, a partir de filósofos norte-americanos. Talvez uma das críticas mais estruturadas seja as feitas por Clouser e Gert. Esses autores, em tom irônico, classificaram os quatro princípios como uma espécie de “**mantra**”, numa referência a fazer ouvir um mantra: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça⁶², ou seja, seria possível a partir da aplicação automática desses princípios resolver todos os dilemas éticos no campo médico e biológico?

Por esse ângulo de análise, seria o equivalente a pretender que o grupo de princípios éticos pudesse ser aplicado a toda parte da terra como uma lei universal da natureza. Seriam esses princípios, então, capazes de desempenhar um papel de referência ética na solução de conflitos ou dilemas morais sem considerar os aspectos culturais, sociais e econômicos no contexto de cada sociedade? Simplesmente, a aplicação de princípios gerais seria, em si, suficiente para fundamentar o julgamento ético na prática?

Clouser e Gert questionam o princípalismo com base em três argumentos que estão inter-relacionados, que são: 1) alegam que os quatro princípios não passariam de

“*check-list*” de valores a serem memorizados, sem fundamentação moral consistente e não serviriam de guia para uma conduta moral frente aos dilemas; 2) que os princípios e as regras derivadas do método principialista falhariam também porque não passam de construções *ad hoc* sem qualquer ordem sistematizada; e, 3) além disso, os princípios *prima facie*, com frequência, competem entre si, portanto, sua justificativa teórica é insuficiente para se chegar a um acordo entre os princípios em conflito⁶².

Para esses autores, a discordância é que os princípios não funcionam nem como substitutos adequados para teorias morais nem como diretrizes orientadoras ou guias de ação moral. Entendem que utilizar os princípios como substitutos de teorias parece ser uma tentativa inconsciente para aderir a uma classes de teorias éticas tradicionais: beneficência, associada a Mill; autonomia, a Kant; e, Justiça, a Rawls⁶². De maneira que nas raízes filosóficas da Teoria Principialista da Bioética estão os legados das tradições históricas.

Os princípios da beneficência e o da não-maleficência derivam da velha tradição médica de proporcionar aos pacientes benefícios. Certo é que o principialismo se baseou em diferentes teorias éticas, caracterizando-o como uma espécie de antologia de teorias que, invariavelmente, tem por ponto de partida prover breves sumários de alguns modelos de teorias como, por exemplo, o utilitarismo, o Kantianismo e o contratualismo. Assim, o relativismo moral derivado do principialismo não proveria as bases morais para especificação de regras frente aos dilemas morais⁶³. Clouser e Gert argumentam que este mesmo tipo de “relativismo ético ocorre com quase todas as antologias em Ética Médica, assim como em todas as outras áreas de aplicação e de Ética Profissional.”⁶⁴

De acordo com Clouser e Gert, uma teoria adequada deveria incluir, como essencial para a moralidade, as seguintes características: 1) uma preocupação com as consequências; 2) uma preocupação com a forma como estas consequências são distribuídas; 3) um conhecimento da importância individual; e 4) a centralidade das proibições contra danos causados ao indivíduo. Deve mostrar ainda, como essas características se relacionam entre si, integrando-as em um sistema claro, coerente e compreensivo, capaz de ser utilizado para resolver problemas morais reais que emergem na medicina e em outros campos⁶⁴.

Em síntese, esses autores entendem que, diante das características fundamentais das sociedades secularizadas, torna-se impossível se estabelecer uma teoria moral universal capaz de garantir o consenso diante da pluralidade de valores.

Embora a Teoria Princípalista da Bioética tenha se tornado a referência ética mais difundida e aceita em diversos países, sobretudo nos países da América Latina e Caribe, desde o começo vem sofrendo muitos ataques em razão de seu dedutivismo abstrato e de seu fundamentalismo diante da diversidade de valores culturais de cada sociedade⁶⁵. Como diz Huberto Doucet, trata-se de uma espécie de pragmatismo ético, uma vez que desempenham o papel de justificação e de referências éticas⁶⁶.

Com a percepção de que nas sociedades secularizadas seria impossível uma teoria moral única, desconsiderando as diversidades de valores, Engelhardt em sua obra *The Foundations of Bioethics*, classificou o princípio do respeito à autonomia em primeira ordem de prioridade. Ele rebatizou o princípio da autonomia como princípio do consentimento, para indicar melhor que o que está em jogo não é algum valor possuído pela autonomia ou pelas liberdades, mas o reconhecimento de que a autoridade moral secular deriva do consentimento dos envolvidos em um empreendimento comum, pois diante de posturas diferentes terá que haver certa tolerância⁶⁷.

Engelhardt argumenta que “a respeito deste ponto [do respeito mútuo] podemos entender porque os médicos não deveriam fazer experiências ou cuidar de um paciente competente sem a permissão desse indivíduo.” É disto que se estabelecem as bases para as responsabilidades de respeito mútuo na assistência à saúde”⁶⁷.

No contexto da América Latina, diversos estudiosos da Bioética também questionam a conotação individualista reducionista da teoria anglo-saxônica. Pondera Garrafa, por exemplo, que uma das críticas surgidas nos últimos anos a partir dos países periféricos é que a chamada Teoria Princípalista seria insuficiente e/ou impotente para analisar os macroproblemas éticos persistentes (ou cotidianos) verificados na realidade concreta⁶⁸.

A aplicação de princípios como regra moral universal, não levando em consideração a cultura e suas particularidades políticas, econômicas, sociais, morais e o quadro de assistência à saúde da população, tende a desenvolver uma atitude passiva de obediência⁶⁸. Na mesma linha, argumenta Tealdi que o modelo princípalista de Bioética pretendia “converter os princípios de *Belmont* em um imperialismo moral

global” tal como foi manifestado na pretensão da FDA (*Food and Drug Administration*) e outros instrumentos regulatórios das investigações, nos Estados Unidos, da ética em pesquisa⁶⁵.

Noutro sentido, a crítica ao individualismo subjacente ao privilégio do princípio da autonomia é feita a partir dos problemas éticos no contexto de grande injustiça social em que se encontram muitos países latinos. Portanto, precisa-se defender um autêntico modelo que recupere o princípio da justiça, por ser o mais carente nos países latino-americanos^{65,68}. Vinculada ao princípio da justiça ou da equidade seria importante considerar a dimensão pública dos vários problemas morais relativos ao efetivo bem-estar da coletividade.

Das críticas às regras universais dos princípios de Georgetown da Ética Biomédica, ressurgiram antigos paradigmas morais e por consequência, apareceram novas propostas teóricas, as quais estão sintetizadas com base na fundamentação de suas linhas norteadoras.

2.2.2.1 Paradigma das Virtudes

Esse modelo é defendido por Edmund Pellegrino e David Thomas na obra *For the patient's good*, publicado em 1988. Resgata a tradição grega aristotélica de uma Ética da virtude com ênfase às atitudes que presidem eticamente a ação do agente, tendo como pano de fundo um *ethos* social pragmatista e utilitarista⁶⁹. Esclarece Pellegrino que o “caráter do agente é crucial desde a perspectiva da ética médica, pois o profissional de saúde é quem interpreta, usa e aplica qualquer teoria.”⁷⁰

Esta proposta enfatiza a educação e a boa formação do caráter⁽⁵⁾ e da personalidade ética, especialmente no exercício profissional, como algo fundamental para a Bioética. Sendo a virtude uma disposição que se aperfeiçoa pelo hábito⁽⁶⁾, há que

⁵ Em sentido etimológico o caráter compreende “signo distintivo que serve para reconhecer um objeto. Em particular tudo aquilo que distingue um ser, quer na sua estrutura, quer nas suas funções”. Em ética, é entendido como “posse de si, firmeza e acordo consigo mesmo.” Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 136 e137.

⁶ “O hábito, no sentido mais vasto, é a maneira de ser geral e permanente, o estado de uma existência considerada quer no conjunto de seus elementos, quer na sucessão das suas épocas”. Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 453.

se apelar a este sentido da ação na educação dos profissionais da saúde e na prática clínica, o que conduziria naturalmente à prática do bem (ação beneficente)^{69,70}.

2.2.2.2 Paradigma do Cuidado

Com ênfase nas relações, a noção de cuidado tem sido desenvolvida ao longo da história sob vários enfoques. Mas, entre as abordagens religiosas, filosóficas e teológicas, a que mais tem influenciado as orientações éticas tem sido o enfoque psicológico⁶⁹. Essa concepção é apresentada por Carol Gilligan em seu livro *In a different voice: psychological theory and women's development* editado em 1982. Junto com a obra de Nel Noddings, "Caring: A feminine approach to ethics and moral education" tornou-se uma referência entre os filósofos, para contrastar a chamada ética do cuidado com a ética da justiça⁷¹.

A obra de Gilligan inaugurou as discussões sobre a Ética numa perspectiva feminina. Contrapõe o valor do cuidado, de expressão mais tipicamente feminina ao da Justiça, de expressão acentuadamente masculina, e propõe-o como noção fundamental para o desenvolvimento moral. Para Gilligan o cuidado é mais personalizado, por isso atende aos valores dos indivíduos envolvidos. "A intencionalidade personalista deste modelo tem sido realçada como importante para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina."⁶⁹

2.2.2.3 Paradigma da Casuística

Com ênfase nos casos clínicos, esse modelo é defendido por Albert Jonsen e Stephen Toulmin na obra *The abuse of casuistry – A history of moral reasoning*, publicado em 1988⁷². Juntamente com Beauchamp e Childress, Jonsen e Toulmin participaram dos trabalhos da Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental que resultou no relatório de *Belmont*. Porém, Jonsen e Toulmin interpretaram os procedimentos adotados pela comissão de modo muito distinto. Eles rechaçam qualquer intento de elaborar uma teoria ética de caráter universal e com pretensões de valor absoluto. Remontam à tradição aristotélica da deliberação sobre casos concretos para demonstrar que, em ética, nunca se deve partir dos princípios, mais sim de situações individuais^{72, 73}.

Por isso, preconizam que não deve assentar-se em nenhum princípio orientador para a ação, razão pela qual são céticos às regras, as teorias, aos direitos enquanto apartados da história dos precedentes e das circunstâncias. Jonsen e Toulmin entendem que os julgamentos morais apropriados só têm lugar na compreensão íntima das situações particulares a partir de histórias similares. Sustentam que a crença e o conhecimento moral evoluem progressivamente por meio da reflexão sobre os casos, sem que se recorra ao recurso de uma teoria de orientação do tipo “de cima para baixo”^{72,74}.

A casuística pode ser conceituada como um modelo de análise moral prática. Trata-se de um processo de aplicação da solução dos casos antigos aos casos novos. O principal ponto de partida da análise é o estabelecimento de casos paradigmáticos já resolvidos com base nos quais serão feitas analogias na busca de uma solução para casos que se apresentam⁷². Trata-se de uma proposta individual de análise moral caso a caso.

Por ser um método de ampla aplicação, a grande contribuição é que pode ser utilizado em várias situações. Serve não só como um método adequado para resolver dilemas clínicos nas comissões de ética hospitalares, mas também pode ser usado como método pedagógico de ensino em Bioética, conforme esclarece Junges:

1. Partir de casos reais e não de hipótese, pois os reais são complexos, intrincados e sem uma ordem prefixada, enquanto os hipotéticos geralmente são inventados para ilustrar o princípio teórico, não sendo, na verdade, um dilema; 2. Escolher casos com muitos e variados detalhes, pois a verdade moral surge justamente a partir dos detalhes; 3. Não analisar um caso isolado, mas uma sequência de casos analógicos e paradigmáticos para, assim, captar o tipo de raciocínio ético, pois os princípios surgem nos detalhes dos casos sucessivos; 4. Aprender a fazer diagnóstico moral, isto é, captar o tipo de questão ética presente no caso a resolver o que exige imaginação, interpretação e discernimento para descobrir o que se trata.⁷⁵

2.2.2.4 Paradigma Libertário

Com base nos direitos humanos, esta tendência teórica enfatiza a livre autonomia dos indivíduos, inclusive sobre o seu corpo. Com antecedentes em Hobbes, J. Locke e em Adam Smith, seu principal defensor é o médico e filósofo H. Tristram

Engelhardt Jr, em sua obra original *The foundations of bioethics*, traduzida para o português em 1998⁷⁶.

Essa concepção busca nos direitos humanos a afirmação da autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo e sobre todas as decisões que envolvam sua vida. Engelhardt inspirado pela tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano (na defesa dos direitos e da propriedade dos indivíduos), justifica não só as ações decorrentes da expressão da vontade livre do paciente, mas outras ainda mais polêmicas, como “negociar os órgãos e sangue do próprio corpo”⁷⁷.

Esse autor argumenta que “desde que a doação seja feita com base no amor ao próximo, não há, em princípio, obstáculo moral em aceitar ou até buscar um pagamento. Os pobres podem, com base em sua necessidade, ou sua família pedir alguma quantia em troca da doação”. Por isso, Engelhardt defende que “as políticas de saúde devem estimular a assistência aos pobres na venda de órgãos quando estas são legais, para prevenir que eles sejam espoliados dos pagamentos por doação” em circunstâncias não toleráveis eticamente⁷⁷.

2.2.2.5 Paradigma Contratualista

Com ênfase no contrato social, essa vertente é defendida por *Robert Veatch* em sua obra de referência, *Theory of Medical Ethics*. Veatch propõe uma nova perspectiva nas relações entre o médico, o paciente e a sociedade. Argumenta que uma nova base para a Ética Médica pode ser encontrada no triplo contrato, ou seja: 1) um contrato social básico com um conjunto de princípios universais mais amplos; 2) um contrato entre a sociedade e os profissionais que desenvolvem várias funções específicas; e 3) um contrato particular entre profissionais e pacientes com a finalidade de preencher as lacunas deixadas por princípios universais e direitos específicos⁷⁸. Essa vertente considera a complexidade das relações sociais e evidencia as insuficiências de fundo da ética hipocrática⁷⁹.

2.2.2.6 Paradigma do Direito Natural

Com ênfase em bens fundamentais como a vida, foi apresentado por *John Finnis* no livro *Natural law and natural rights* publicado em 1980, sendo traduzido para o português em 2007⁸⁰. Com o recurso à lei natural, procura estabelecer os bens fundamentais da pessoa humana, a começar por sua própria vida como um todo e por condições básicas que constituam sua dignidade. Assim como as perspectivas religiosas, também enriquecem essa vertente⁷⁹.

Um conjunto de princípios básicos rege a visão naturalista, os quais “são encontrados não apenas na filosofia moral ou ética ou na conduta ‘individual’, mas também na filosofia política, na jurisprudência e na vida do cidadão” (valores básicos como a vida, conhecimento, experiência estética, sociabilidade, razoabilidade prática, religião). Eles indicam as formas básicas de florescimento humano como bens a serem buscados e que, de uma forma ou de outra, são usados por todos os que ponderam sobre o que fazer ou como agir⁸⁰.

Noutro aspecto, valendo-se de um conjunto de requisitos metodológicos de razoabilidade prática, distingue entre pensamento prático bem fundado e infundado e que, quando são todos empregados, fornece os critérios para distinguir entre atos que são razoáveis (aqueles que levam tudo em consideração) ou que são desarrazoáveis (aqueles mais relacionados às circunstanciais particulares), isto é, entre modos de agir que são moralmente certos ou errados – permitindo, dessa forma, que se formule um conjunto de padrões morais gerais⁸⁰.

2.2.2.7 Paradigma Personalista

É um dos mais abrangentes modelos europeus. Defendem esse pensamento vários autores, entre os quais: Emmunel Mourier, Martin Buber, Maurice Nédoncelle, Jean Lacroix⁸¹ e no campo da Bioética, em geral, destacam-se alguns teólogos. Desde os anos de 1980, seu principal defensor é o Monsenhor Élio Sgreccia, com base na obra “Manual de Bioética I: fundamentos da ética biomédica”. Com ampla visão na antropologia, esta corrente desenvolve um raciocínio deontológico de base teleológica, a

qual toma o homem, na sua dignidade universal, como valor supremo do agir. Enfatiza Neves que:

O modelo personalista parte da pessoa, na sua natureza única, relacional e social e como qualidade essencial do homem, ou traço da sua humanidade, para enveredar pelo sentido que conduz à pessoa como categoria ética na mais plena realização de si nas suas três dimensões. É neste contexto que a reflexão antropológica está na base e serve de fundamento à ordem ética.⁸²

Para Sgreccia “a pessoa é, antes de tudo, um corpo espiritualizado, um espírito encarnado que vale por aquilo que é e não somente pelas escolhas que faz”. Com base nesse núcleo filosófico, antropológico e personalista esta concepção infere alguns princípios que podem servir para orientação na resolução de conflitos surgidos na prática profissional: como o respeito a vida física, liberdade-responsabilidade, princípio terapêutico, justiça e solidariedade. Entre os quais, de acordo com esse autor, está incluído o princípio da defesa da vida⁸³ em sua plenitude.

2.2.2.8 Paradigma Hermenêutico

Esta vertente complementa o paradigma casuístico. Trata-se de uma dimensão essencial à Bioética porque esta não pode ser reduzida a uma simples solução de dilemas ou casos. Se a Bioética se reduz na busca de soluções práticas para dilemas éticos do exercício da Medicina, do uso das biotecnologias e da intervenção no ambiente natural sem refletir sobre questões mais básicas, ela pode tender a justificar o *status quo* e ser um simples reflexo do ambiente cultural. Perdendo assim, o que é característico de qualquer reflexão ética: ser uma crítica dos costumes⁸⁴. Leder, propõe uma Bioética Hermenêutica de suspeita que interprete os pressupostos éticos (visões de ética e de moralidade), antropológicos (compreensão de ser humano) e socioculturais (contexto social e valores culturais) que determinam a maneira como realidades relacionadas com a vida e a saúde são compreendidas e tratadas na cultura e na sociedade⁸⁵.

Logo, a hermenêutica propicia uma ética que transcende a mera descrição, porque não se baseia em modelos universalistas ou concepções absolutistas⁸⁶. Mas

sim, na interpretação dos pré-juízos ou pré-compreensão criados por história pessoal, cultural e pelos interesses pragmáticos que canalizam e determina a leitura interpretativa⁸⁴.

Os Comitês Institucionais de Ética pautam-se, no dia-a-dia, por uma Bioética Casuística e baseada em princípios *prima facie*, porque precisam dar respostas aos dilemas éticos concretos. Mas seria importante realizar periodicamente debates, seminários ou discussões de temas fundamentais em que fossem explicitadas as pré-compreensões que servem de pressupostos das decisões tomadas. Este é o papel da hermenêutica⁸⁴.

O principal representante da Bioética Hermenêutica é Drew Leder, em *Toward a hermeneutical bioethics*, no capítulo do livro de Dubose e Hamel. No Brasil, esta vertente apóia-se nas referências de José Roque Junges no livro “Bioética: Hermenêutica e casuística”.

2.2.3 Proposições epistemológicas brasileira

Voltadas para a realidade brasileira, entre o final da década de 1990 e início do novo milênio, acrescentam-se outras propostas teóricas, quais sejam: a Bioética da Teologia da Libertação, Bioética da Proteção, Bioética da Intervenção e Reflexão Autônoma.

Para melhor compreensão do percurso da construção do marco teórico de algumas propostas mais compatíveis com a realidade dos países do Hemisfério Sul, é essencial demarcar a linha de pensamento sob as quais emergiram a Bioética estadunidense, européia e latino-americana.

A concepção teórica estadunidense surgiu para fundamentar a moral em saúde como normas éticas, pois o movimento dos direitos humanos exigia respostas sobre as denúncias de abusos nas pesquisas clínicas e os valores religiosos se embatiam contra as pesquisas com embriões humanos. Por esse motivo, este modelo teve o seu foco voltado para a solução das questões éticas da prática clínica e nas pesquisas científicas. Está centrado, portanto, na visão microbioética – o foco são os direitos pessoais e privados do ser humano⁸⁷.

Ao passo que a Bioética européia emergiu de uma concepção essencialmente humanística, assim buscou referência nos princípios éticos dos documentos internacionais de Direitos Humanos e está mais preocupada com o resgate da função social da ciência e proteção coletiva⁸⁷. Volta-se para a visão macrobioética - o foco são os direitos coletivo e público do ser humano. Já a Bioética da América Latina surge das críticas a tais pressupostos, sobretudo do reducionismo do modelo universalista principialista. Neste contexto, a discussão volta-se para as questões relacionadas com a pobreza, as desigualdades sociais, saúde pública e defesa dos mais vulneráveis, problemas persistentes e emergentes.

2.2.3.1 Paradigmas da Teologia da Libertação

Com enfoque na defesa da dignidade dos mais vulneráveis, essa tendência é representada pelo teólogo Márcio Fabri dos Anjos. Baseado na antropologia filosófica de Levinas e Dussel, enfatiza as situações concretas em que se encontram os sujeitos ameaçados em suas vidas e desafiados a lutar e viver. Além disso, propõe uma interface entre a Teologia da Libertação com a Bioética, visando o estabelecimento de diálogo entre ciência e religião, pois ainda existe certa discriminação com as doutrinas teológicas⁸⁸.

Situa a Bioética não apenas numa análise estrutural da sociedade como produto da vida e das condições de saúde; busca propostas em processos capazes de realizar a inclusão das pessoas como sujeitos e semelhantes, valoriza o horizonte do sentido da vida e da compaixão diante do “outro”, gerando práticas de misericórdia. Em suma, o princípio defendido por Anjos está na existência de uma “mística” que permeia a Bioética, assim como outros ramos do conhecimento humano integra essa nova disciplina⁸⁹.

Embora seja consenso entre os bioeticistas de que a Bioética deve ser laica, ou seja, desvinculada de dogmas religiosos, reconhece-se a contribuição da perspectiva teológica porque pode contribuir para o melhor relacionamento do profissional com os pacientes com posturas religiosas. Nesse caso, pode ajudar a compreender suas motivações místicas diante do conflito moral.

2.2.3.2 Paradigmas da Reflexão Autônoma

Com ênfase na autonomia individual, essa corrente vem sendo desenvolvida por Marco Segre e Cláudio Cohen no livro *Bioética*, a partir das edições de 1995, 1999 e 2002. Esses autores partem da analogia entre autonomia, ética e ego e, também, heteronomia, moral e superego pressupondo a autonomia do sujeito como norte para o entendimento e resolução de conflitos éticos no campo da Biomedicina⁹⁰.

Na abordagem autonomista, estabelece-se uma diferenciação entre moral e ética com base nos conceitos de autonomia e heteronomia kantiana, sendo a moral exterior e a ética interior ao sujeito. A moral é heterônoma porque resulta da obediência às regras. Ela pressupõe três características: “1) seus valores não são questionados; 2) eles são impostos; 3) desobediência às regras pressupõe um castigo”; ao passo que a ética está associado aos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e à condição que se pode adquirir quando se posiciona de forma coerente em face desses conflitos⁹⁰.

Neste caso, o que conta é a percepção do indivíduo na construção do seu próprio posicionamento, fundamentando suas decisões em três requisitos, quais sejam: 1) percepções dos conflitos – que se manifestam no nível da consciência individual; 2) reflexão autônoma – considerada condição para o posicionamento entre a emoção e a razão, sendo que esta posição é ativa e autônoma frente a tomada de decisões morais; e 3) coerência – o resultado do equilíbrio emocional adquirido com base na percepção dos sentimentos conflitantes e do ajustamento entre eles, isto é, uma consequência do desenvolvimento do ego, pois, para Segre, a autonomia parte de noções psicanalíticas⁹¹.

Sintetizando, fica claro que a percepção dos conflitos psíquicos e a coerência são características fundamentais da ética. Autonomia, ética e ego vinculam-se entre si e contrapõem-se a heteronomia, moral e superego. Sendo o superego uma das instâncias da personalidade que tem a função comparável a de um juiz ou censor em relação ao ego, isto possibilita à busca dos seus próprios caminhos do agir humano⁹⁰.

Para Segre, qualquer decisão no âmbito da moralidade somente deve submeter-se à análise pessoal do ser humano afetado. Por isso, todo instrumento normativo somente terá valor se for aceito livremente pelos indivíduos, por considerarem que a ética deve ser manifestação predominante da pessoa. Assim, entende ele que a

Bioética deve ser livre, valendo-se de metodologias psicanalíticas e posicionando-se altaneiramente face aos avanços das ciências biomédicas. Por essa razão, considera inadmissível o estabelecimento de uma doutrina Bioética válida para determinados grupos sociais, comunidades, nações ou conjunto de países⁹⁰.

2.2.3.3 Bioética da Proteção

A Bioética da Proteção tem como principais representantes Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow. Refere-se a uma vertente teórica da Bioética aplicada aos dilemas morais no campo da saúde pública. Identifica na raiz da própria origem da palavra ética o seu sentido mais antigo, de “guarita ou proteção”, “refúgio” para os animais, vindo a estender-se, posteriormente, ao homem no sentido de proteção contra qualquer ameaça externa a sua integridade, a um grupo de indivíduos ou à coletividade⁹².

É um resgate do papel do Estado. Está fundamentada no reconhecimento do Estado mínimo, o qual reconhece sua obrigação de cautela à integridade física e patrimonial de seus cidadãos, sendo também a base da moral do Estado de bem-estar contemporâneo⁹².

Pondera Kottow que a proteção é uma dimensão que vem desde o século XVIII participando da vida política e filosófica, quando Thomas Hobbes firmou as bases do seu modelo de contratualismo social. A partir de então, a função protetora do Estado ampliou-se para além dos conflitos humanos, sendo aceito que a proteção contra catástrofes deve ser preocupação estatal. Depois, os aspectos higiênicos e epidemiológicos foram incorporados como obrigação ética do Estado. Neste contexto, nasceu a saúde pública com o propósito de dar proteção sanitária aos cidadãos⁹³.

Assim, a proposta dos autores, além de considerar a Bioética uma ética aplicada aos conflitos de interesses que se ocupa em resolvê-los de forma pacífica sem recorrer à ordem jurídica, integra-se⁹⁴ como uma ferramenta norteadora das políticas públicas⁹⁵.

A proteção é conceituada como “a atitude de dar resguardo ou cobertura às necessidades essenciais, quer dizer, aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses.”⁹⁶ É um

princípio moral mínimo, porém suficiente para garantir todas as necessidades básicas de condições de vida, não apenas no sentido beneficente ou de justiça distributiva, como propõem Beauchamp e Childress, mas também no sentido de que o Estado deve assumir obrigações sanitárias que impliquem uma Ética da responsabilidade social. Esta responsabilidade social é chamada de Bioética da Proteção⁹⁶.

Para distinguir o princípio da proteção de outros princípios, Schramm e Kottow assinalam as seguintes características: a primeira seria a “gratuidade” no sentido de o Estado assumir uma atitude protetora; a segunda seria a “vinculação”, no sentido de que, uma vez livremente assumida pelos sujeitos e as populações a serem protegidas, converter-se-iam em um compromisso irrenunciável; a terceira seria a “cobertura” efetiva das necessidades do afetado, que merecem legitimamente da proteção⁹⁶.

Neste caso, o princípio da proteção oferece a possibilidade de uma avaliação ética das ações destinadas a atender as demandas sanitárias prioritárias. Para isso, devem ser respeitadas as seguintes condições: considerar a proteção cada vez que determinados objetivos sanitários sejam publicamente aceitos como indispensáveis; aceitar programas de saúde pública implica na certeza ou pelo menos na probabilidade de que as medidas propostas sejam suficientemente razoáveis para prevenir os problemas sanitários abordados; uma vez aceitos como pertinente, o princípio da justiça pode cumprir seu papel plenamente, não podendo ser menosprezado por razões secundárias, já que existe uma necessidade social de exercer a proteção por intermédio de ações programadas, isto é, os eventuais efeitos negativos não invalidam o programa⁹⁶.

Para os autores, as autoridades sanitárias devem assumir algum nível razoável e efetivo de proteção de serviços de cuidado, prevenção e promoção da saúde que deveriam ser submetidos a alguma forma de cobrança pelos resultados. Em face dessa característica, as ações desenvolvidas devem também ser submetidas a alguma forma de controle social, cuja finalidade seja averiguar se as ações executadas contemplam as necessidades sanitárias de interesse comum⁹⁷.

Segundo Kottow, para o desenvolvimento de programas de saúde de ordem coletiva de acordo com esta proposta, são essenciais as seguintes proposições: 1) quanto à beneficência – a existência de uma ameaça à saúde pública suficiente para justificar um programa central de prevenção; 2) quanto à eficácia – as medidas propostas de política sanitária devem ser as melhores e mais eficazes possíveis,

considerando mesmo as destinadas a populações pobres; 3) quanto a não-discriminação de riscos – os riscos inerentes devem ser aleatórios para todos os indivíduos ou grupos sociais a quem estas medidas se destinam⁹⁸.

Estes três pontos éticos se baseiam em um conhecimento epidemiológico que permite avaliar benefícios/riscos da ação sanitária em pauta, no qual se agregam mais duas premissas de ordem normativa: as restrições à autonomia – predomínio do bem comum sobre a autonomia que o ameaça; e a obrigatoriedade de programas sanitários – a saúde pública tem validade ética para impor um curso de ação obrigatória⁹⁸.

Para exemplificar, Kottow lembra a diferença entre as políticas públicas diante do vírus da varíola e do HIV. No primeiro caso, dispõe-se de uma vacina que se torna obrigatório universalmente, o que permite exigir do cidadão a sua aceitação sem exceção. O resultado foi a erradicação. Ao contrário, no caso do HIV, não existindo a vacinação para ações preventivas, não há competência para limitar as autonomias individuais⁹⁸.

Diante da apresentação dos fundamentos centrais dessa proposta, resumidamente pode-se concluir que: deve-se exigir que seja especificado, claramente, quem deve ser protegido, quem deve proteger o quê e para quem a proteção está dirigida⁹⁹.

Além disso, a Bioética da Proteção deve ser entendida como um compromisso submetido a alguma forma de exigência social, com a qual a proteção se volta a um princípio moral irrevogável, já que agentes afetados, tarefas e consequências devem ser definidas⁹⁶.

2.2.3.4 Bioética de Intervenção

A Bioética da Intervenção, “Bioética Dura” ou “Forte” surgiu nos anos 1990 como um núcleo de reflexão na construção de alternativas à teoria principialista por ser incompatível com a realidade dos países em desenvolvimento, por priorizar o indivíduo em detrimento do coletivo. Embora, anteriormente, essa proposta já tinha sido introduzida nos congressos realizados no Brasil (1998), Argentina (1999), Panamá (2000), Bolívia e México (2001), Colômbia (2002)¹⁰⁰ foi formalmente apresentada

durante a realização do Sexto Congresso Mundial de Bioética em Brasília, em 2002, por seus autores, Volnei Garrafa e Dora Porto¹⁰¹.

Não obstante, esta vertente surgiu numa perspectiva que vai além dos marcos idealizados das obrigações éticas mínimas do Estado, pois não se restringe à defesa da cobertura das necessidades essenciais da saúde, mas também “da possibilidade de intervenção nos conflitos da área biomédica, nas relações entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde ou na interface entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa.”¹⁰²

Esta tendência teórica emerge da necessidade de contextualizar as referências em Bioética dentro da realidade dos graves problemas sociais constatados no cotidiano dos países periféricos, como a pobreza, miséria, exclusão social, concentração do poder, defesa dos direitos humanos universais, de cidadania, de inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas obtidas a partir da evolução científica e tecnológica, desigualdade de acesso dos pobres aos produtos básicos, que são essenciais para a sobrevivência humana com dignidade, entre outros¹⁰⁰. Visa retrabalhar a construção epistemológica de uma Bioética de dimensão mais abrangente que proporciona resposta mais adequada para a análise de macroproblemas e conflitos coletivos que tenha relação concreta com as duas categorias de fundamentação da Bioética da Intervenção: “situações persistentes” e “situações emergentes”¹⁰³. A primeira categoria diz respeito à:

[...] historicidade das condições que teimosamente persistem entre as sociedades humanas desde a antiguidade, como a exclusão social, a discriminação da mulher, o racismo, a iniquidade na alocação e distribuição de recursos de saúde, o abandono de crianças e idosos, o aborto, a eutanásia, entre outras.

E a segunda é relativa às:

[...] questões decorrentes do aceleramento do desenvolvimento científico e tecnológico que surgiram (emergiram) nos últimos cinquenta anos, entre os quais as novas técnicas de reprodução (incluindo a clonagem reprodutiva e a terapêutica), o Projeto Genoma Humano e os avanços no campo da engenharia genética, os transplantes de órgãos e tecidos humanos etc.¹⁰⁴

Buscando somar esforços aos importantes avanços até aqui produzidos na discussão ética sobre a dimensão das questões de fronteiras no que se refere aos reflexos da desigualdade social nas práticas e serviços de saúde, a Bioética de Intervenção delinea-se:

A partir do reconhecimento da ideia de saúde como qualidade de vida, expandido em direção ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudos e intervenção bioética, tal como aponta a Declaração Universal de Bioética de Direitos Humanos, firmada pelos países membros da Organização das Nações Unidas no âmbito da Unesco em 2005.¹⁰⁵

No que diz respeito ao suporte teórico, essa proposta se baseia na fundamentação filosófica utilitarista, consequencialista e nos referenciais dos “Quatro Pês”. Com este enfoque, os autores defendem como moralmente justificáveis, no campo público e coletivo, a priorização de políticas públicas e tomadas de decisões que privilegiem o maior número de pessoas durante o maior espaço de tempo possível, preconizando também as melhores consequências. No campo privado e individual, busca soluções viáveis e práticas para os conflitos locais identificados, levando em consideração o contexto em que ocorrem e as condições que os fomentam. Portanto, esta nova proposta teórica representa:

[...] uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade onde o conflito ocorre, incluindo a re-análise de vários dilemas, tais como: autonomia *versus* justiça/equidade; benefícios individuais *versus* benefícios coletivos; individualismo *versus* solidariedade; omissão *versus* participação; mudanças superficiais e temporárias *versus* transformações concretas e permanentes.¹⁰⁶

Diante da insuficiência da corrente principialista para a análise da situação de pobreza persistentes nos países do Hemisfério Sul, torna-se urgente a incorporação de outras categorias, como responsabilidade, cuidado, solidariedade, comprometimento, alteridade e tolerância, além dos “Quatros Pês” – prudência (frente aos avanços); proteção (dos mais frágeis e dos desassistidos); prevenção (de possíveis danos e iatrogenias) e precaução (frente ao desconhecido) – para a prática de uma Bioética

comprometida com os vulneráveis, com a coisa pública e com o equilíbrio ambiental do século XXI¹⁰³.

Diante deste contexto, os “Quatros Pês” são referenciais teóricos e práticos frente às novas tecnologias de serviços e produtos para a saúde, bem como sobre os procedimentos por eles utilizados. A “prudência e a precaução” são categorias buscadas no momento de desconhecimento das novas tecnologias; a “proteção e prevenção”, muito conhecidas no campo da Vigilância Sanitária, são referências utilizadas para evitar possíveis danos e iatrogenias advindos do uso dessas tecnologias, uma vez que a população doente é vulnerável e suscetível, ao mesmo tempo, dos possíveis de riscos¹⁰⁷.

Um dos pontos centrais dessa proposta refere-se à corporeidade e o prazer e à dor como indicadores da necessidade dessa intervenção. Entretanto, o reconhecimento do corpo como parâmetro para a intervenção ética não se limita à dimensão fisiológica. Partindo dessa perspectiva, a pessoa é mais que somático e psíquico, ou seja, a Bioética da Intervenção se preocupa como o indivíduo no contexto em que está inserido e não isolado das inter-relações sociais¹⁰⁸.

As referências norteadoras dessa tendência têm como espelho a matriz dos direitos humanos contemporâneos e os direitos difusos de terceira geração¹⁰⁰. De modo que a intervenção deve ocorrer para preservar os direitos de primeira, segunda e terceira geração. Os primeiros têm como titular o indivíduo e estão relacionados à sobrevivência, o segundo aos direitos coletivos e à existência de qualidade de vida, enquanto o terceiro se refere aos direitos naturais e ao meio ambiente¹⁰⁹.

Desse modo, a Bioética da Intervenção assenta-se em bases sólidas e mais duradouras, uma vez que se apoiam nos direitos humanos. Sua referência ampara-se nos parâmetros éticos e nos tratados internacionais, os quais são tomados como base na elaboração do pensamento dos autores. Segundo Porto:

Os tratados internacionais de direitos humanos expressam consensualmente um anseio moral coletivo na dimensão mundial. Os diversos tratados de direitos humanos formulados no decorrer do século XX constituem a primeira tentativa de englobar sob o mesmo *status* moral a totalidade dos indivíduos da espécie, no presente e no futuro. Em virtude disso, a Bioética de Intervenção advoga que em todos os níveis deve ser exigido o respeito absoluto dessas garantias fundamentais e inalienáveis da pessoa humana, para todos os seres humanos.¹¹⁰

Para romper as amarras que sujeitam todos à dependência dos dramas que impregnam o cotidiano dos países mais pobres da América Latina como, por exemplo, as graves desigualdades sociais, é essencial adotar padrões éticos que recoloquem o bem-estar do ser humano em primeiro lugar e “que promovam a distribuição da riqueza, a emancipação pessoal e a liberdade da consciência. Essa é a essência da Bioética da Intervenção”¹¹¹.

2.2.4 Ética Profissional

Pela tradição das orientações éticas no campo das atividades profissionais da área da saúde, pela influência nas deliberações de conflitos éticos com base nos chamados “códigos de ética profissional” e considerando a tradição do ensino da disciplina de Deontologia tanto na graduação como na Pós-Graduação, se faz necessário uma breve referência aos fundamentos teóricos da Ética Profissional.

A Ética Clássica defende a existência de um código de conduta baseado em preceitos e obrigações que devem ser cumpridos pelos membros das corporações profissionais sem discussão¹¹². Esse código também é conhecido como Deontologia Profissional. Porém, comumente se utiliza a expressão “Código de Ética”, visto que o termo ética, por essência, é mais amplo.

Enquanto a ética refere-se ao estudo dos fundamentos da moral, a deontologia designa o conjunto dos deveres profissionais propriamente ditos. Por isso, diz-se que a deontologia é um ramo da Ética Profissional que possui um caráter específico, isto é, adquiriu um caráter ético-jurídico em função da tríplice exigência ética no exercício de qualquer profissão: educação, disciplina e fiscalização.

A palavra deontológico deriva do grego *deon* (*deontology*), *déonto* (*Déontologie*) que significa DEVER e *logos* (tratado) + *ia* – a ciência que estuda os deveres de um grupo profissional, é a ciência do DEVER. Esse termo surgiu em fins do século XVIII, criado por Jeremy Bentham para designar o conjunto de deveres exigidos no exercício de determinada profissão¹¹³. Prioriza a existência de um código de conduta único, que em sua raiz fundamenta-se nos preceitos hipocráticos. “Este Código se expressa sob a forma de normas deontológicas, preceitos, mandamentos e até normas legais.”¹¹²

Reportando-se a D. Ross, que em *The Right and Good* (1930) introduziu a noção de “deveres *prima facie*”, isto é, que admitem exceções. As Éticas deontológicas podem ser subdivididas em duas categorias: as Éticas deontológicas *prima facie* que, segundo Engelhardt e Mori, aproxima-se mais da Ética Teleológica de tipo utilitarista; e Éticas Deontológicas absolutistas, baseadas num princípio ou num dever – como, por exemplo, o da sacralidade da vida (valor da vida humana em si) – que não admite derrogação¹¹³.

Na prática, a Ética Profissional em sua trajetória histórica, traz respostas para os conflitos éticos a partir de fórmulas pré-estabelecidas. Em outras palavras, tende a restringir a orientação moral da conduta humana ao que se pode ou não se pode fazer ou ao que se deve ou que não se deve fazer. Tais orientações, fundamentam-se nos estatutos, nas leis, ou mesmo nos mandamentos éticos normativos das corporações profissionais. Assim, a Ética Profissional está pautada em proibições, vetos, limitações ou simplesmente normatização¹¹⁴.

Pela tradição do ensino da ética, na “maioria dos cursos da área da saúde, ainda prevalece o modelo de ensino de Bioética conduzido pela disciplina de Deontologia, na qual a matéria é apresentada como um elenco de normas legais estatuídas para dar respaldo moral às tomadas de decisões profissionais.”¹¹⁵ No mesmo sentido, salienta Drumond que “até o presente, alguns dos princípios norteadores da conduta ética no campo da saúde fundamenta-se na tradição deontológica.”¹¹⁶ Por isso, muitas disciplinas, apesar de receber o título de “bioética” os conteúdos temáticos ainda são estruturados a partir de preceitos, mandamentos e normas de natureza deontológicas.

Sem a pretensão de retomar a discussão sobre os fundamentos da Ética Tradicional, uma vez que esse tema já foi amplamente abordado nos capítulos iniciais, um outro aspecto a ser lembrado refere-se ao fato de que a corrente principialista teve origem nos deveres *prima facie* a partir da teoria do eticista inglês David Ross. Tais abordagens despertaram as atenções do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress. Foi a partir daí que eles iniciaram seus estudos. De modo que, desde os princípios éticos apresentados pelo Relatório *Belmont* até a sistematização dos princípios *prima facie* no livro *Princípios de ética biomédica*, o enfoque deontológico está presente no dia-a-dia da vida profissional.

Talvez esteja nesse aspecto histórico o grande ponto de encontro entre Ética de inspiração deontológica e a Bioética. Conforme pondera Anjos:

Existe na bioética brasileira um interessante ponto de encontro entre a ética normativa e a ética aplicada (bioética), por meio das deontologias profissionais. De mais longa data, elas antecedem o surgimento da bioética e se fazem nela presentes, de vários modos¹¹⁷.

São esses os elos que às vezes levam a se identificar a Bioética, especialmente na área da medicina, como renovação da Ética deontológica, chegando-se até mesmo reduzir a Bioética à Ética Médica ou, pelo menos, criar expectativas de que a Bioética tenha uma convergência e desfecho para as regras de condutas¹¹⁷.

Como lembra Anjos¹¹⁷, a Bioética surgiu justamente da crise da Ética normativa, ou seja, diante da falência de valores universais para regerem as condutas humanas, sobretudo relacionada às experiências clínicas realizadas em seres humanos.

2.2.5 Bioética Feminista

Outro campo de reflexão ética conta com a contribuição do movimento feminista para a Bioética. Não entendida como uma corrente teórica a ser aplicada no cotidiano para a resolução de conflitos morais no campo da saúde, mas como uma contribuição no que diz respeito às críticas às ideias da teoria desenvolvida por Beauchamp e Childress sobre as formas de opressão de gêneros, desigualdade de poder e, sobretudo, em relação ao impacto das novas tecnologias sobre os direitos reprodutivos da mulher. Como ressalta Oliveira, “a bioética é um campo epistemológico consolidado no qual 90% ou mais dos temas mais polêmicos são relativos à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos”¹¹⁸.

Atualmente, a Bioética Feminista conta com representantes de movimentos internacionais e nacionais. No contexto internacional, dentre as principais representantes devem ser lembrados os nomes da filósofa americana Susan Wolf e da Canadense Susan Sherwin. Wolf empreendeu um projeto no Hastings center, através do qual organizou o livro *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction* em 1996, onde faz severas críticas à prevalência do princípalismo¹¹⁹.

Na mesma linha, Sherwin desde a publicação do livro “*No longer patient: Feminist ethics and health care*” em 1992, questiona as generalizações abstratas universais das teorias dominantes. Para a autora a concepção hegemônica reflete uma estrutura hierárquica de poder na sociedade na medida em que, na relação ética e cuidado, as mulheres são vistas como tendo um caráter distinto do dos homens¹²⁰.

Em relação ao Brasil, existem duas importantes vertentes: a Bioética Crítica de Inspiração Feminista e a Bioética Feminista e Anti-Racista, representadas por Débora Diniz e Dirce Guilhem (a primeira) e Fátima de Oliveira (a segunda). Na primeira perspectiva, com discursos mais universais volta-se para a análise de todas as questões Bioéticas sob a perspectiva feminista, seja a eutanásia, o aborto, a alocação de recursos em saúde, grupos socialmente vulneráveis dentre outras questões¹²¹, ao passo que na segunda desenvolve uma reflexão articulada ao movimento de mulheres e dos negros¹²².

De modo que a vertente Feminista e Anti-Racista não se detém na questão de gênero, mas avança no reconhecimento da vulnerabilidade das mulheres sob a perspectiva da discriminação étnico/social da qual decorrem diferentes formas de desigualdade social, política, econômica e educacional.

Essas perspectivas valorizam a contextualização das situações de grupos sociais distintos muitas vezes envolvidos em conflito, o que diferencia da proposta da Bioética tradicional. Nesse aspecto, integra uma proposta dialógica da Bioética contrapondo-se à visão de Beauchamp e Childress, já que esta reuniu um conjunto de regras universais, abstratas e descontextualizadas com a realidade sociocultural.

Em linhas gerais, o feminismo constitui uma visão de mundo libertário, pois entende que a mulher precisa viver em condições em que todo o seu potencial criativo e de contribuição à humanidade possa ser plenamente aproveitado. A teoria feminista refere-se ao conjunto de ideias oriundas do feminismo, do conceito de gênero e de sua opressão¹²². Tem como objetivo erradicar todas as formas de opressão, com uma distinção: a perspectiva de gênero diz respeito à inclusão das mulheres como cidadãs em sua plenitude, ao passo que a anti-racista refere-se ao conjunto de ideias oriundas dos movimentos anti-racistas, da luta contra a opressão racial/étnica e a eugenia¹²³.

Para Oliveira¹²⁴, as críticas resumem-se na constatação da ausência da perspectiva de gênero e de uma abordagem anti-racista, explicitada na Bioética; que os movimentos feministas e negros não compreendiam a importância do novo campo e

nem se faziam presentes nele; que os homens são ainda, a maioria absoluta no campo da Bioética, são eles quem mais publicam na área, coordenam cursos e dirigem instituições de bioética; assim como a Igreja Católica e os homens mantêm presença destacada na área. Além disso, apesar de a Bioética se apresentar com uma cara plural, a categoria predominante é a médica, como enfatiza a autora.

Pela exposição, tais enfoques não podem ser vistos como propostas concorrentes nem opostas ao princípalismo, mas como perspectivas diversas que podem contribuir para uma reflexão sobre a adequação de um marco teórico que se ocupe não somente das questões morais biológicas, mas também com reflexões que podem complementar o princípalismo, seja por meio das tradições éticas ou na defesa dos direitos históricos ou das perspectivas feministas.

2.3 A BIOÉTICA NA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Este capítulo apresenta os principais registros sobre a institucionalização da Bioética e os fundamentos do ensino no contexto da Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área das Ciências da Saúde no Brasil.

2.3.1 Ensino da Bioética na Pós-Graduação no Brasil

No Brasil, a Bioética tem pouco mais de quinze anos de atividades acadêmicas e institucionais. No entendimento de Volnei Garrafa, é considerada tardia¹²⁵. Recebeu essa denominação porque antes teve um desenvolvimento semelhante em outros países da América Latina. Entre os países considerados pioneiros destacam-se a Argentina, depois, na ordem, Colômbia, Chile, México, Brasil e outros países¹²⁶. Além disso, quando surgiu no território nacional, por volta do início da década de 1990, já se estava delineando claramente uma importante transição paradigmática em nível mundial¹²⁷.

Apesar de algumas iniciativas isoladas no final da década de 1980, ela só se afirmou como campo de conhecimento interdisciplinar a partir dos anos 1990, quando nasceu a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e quando se legitima em campo acadêmico com o destacado interesse na problemática da saúde pública^{125,128}.

É importante também lembrar que a Bioética surgiu num momento de restrições de liberdade no país. Naturalmente, durante a década de 1980, ainda não havia um espaço propício para maiores discussões sobre ideias humanísticas de cunho ético na sociedade como um todo, muito embora na área médica e, por extensão, no campo biomédico, os avanços científicos, tecnológicos e as publicações sobre arbitrariedade nas pesquisas científicas já trouxessem consigo desafios éticos¹²⁹.

Além disso, o movimento pela democratização política do país, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promulgação da Nova Carta Magna, a criação da Lei Orgânica da Saúde, a revisão do Código de Ética Médica e de outras profissões da área da saúde abriram caminho para o debate mais democrático, mais aberto, sobre as liberdades individuais e coletivas e os direitos sociais e fundamentais na sociedade¹²⁹.

A partir desses fatos, surgiram profissionais de diversas áreas acadêmicas interessados nos temas relacionados à Bioética, assim como começaram a aparecer Núcleos e Centros de Estudos em Instituições Universitárias no país que, paulatinamente, foram incorporando a disciplina na grade curricular de vários cursos de Pós-Graduação, a começar pela área médica.

Em termos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, a primeira iniciativa de que se tem registro foi a inclusão dessa disciplina num curso na Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 1988. Foi a primeira universidade brasileira a preocupar-se com a preparação de médicos para resolver dilemas e/ou conflitos éticos¹³⁰.

Definitivamente, no começo da década de 1990, três fatos contribuíram decisivamente para a consolidação da Bioética no país, seja como disciplina acadêmica ou científica:

1) Criação de um periódico específico em Bioética em 1993, embora, anteriormente, outra revista patrocinada pelo Centro Universitário São Camilo em São Paulo, *O Mundo da Saúde*, já viesse publicando artigos sobre os temas nessa área. Refere-se a um dos mais importantes periódicos científicos que é patrocinado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1993. Trata-se de uma revista específica com circulação na área médica, chamada de “bioética”¹³¹.

Sua filosofia editorial objetiva criar condições para a discussão multidisciplinar e pluralista na abordagem de diversos temas relacionados à Ética Médica e Bioética. Cada número traz assuntos específicos de interesses múltiplos, tais como aborto, eutanásia, pacientes terminais, pesquisas em seres humanos, ensino da Ética e da Bioética, alocação de recursos em saúde, ética, genética, erro médico, entre outros¹³⁰.

2) Criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). A SBB foi oficialmente constituída em 18 de fevereiro de 1995. Desde a sua criação, ela exerce um papel significativo no desenvolvimento desta nova área de conhecimento no país. Já foram realizados sete congressos, entre os quais o mais relevante foi o Sexto Congresso Mundial de Bioética da *Internacional Association of Bioethics*¹³⁰.

Este evento marcou a fase adulta da Bioética brasileira, com a temática “Poder e Injustiça”. Entre os eixos temáticos considerados relevantes para a consolidação do marco conceitual, destacam-se: 1) aprimoramento de teorias éticas

fundamentais no contexto brasileiro, e 2) discussão e elaboração de um estatuto epistemológico cujo cerne é o questionamento ontológico da Bioética enquanto caracterização como campo do conhecimento¹³².

3) Aprovação da Resolução n. 196 do Conselho Nacional de Saúde em 1996. Esta norma administrativa criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs). Esses órgãos passaram a exercer a função de controle social para analisar e acompanhar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em todo o território nacional^{133,134}. De acordo com a última informação do CONEP, atualmente, existem 598 CEPs distribuídos entre as cinco regiões do país¹³⁵. A maioria deles encontra-se instalados em instituições hospitalares e Centros Universitários Públicos¹³⁰.

Essa Resolução incorporou o modelo de análise ética baseado nos quatro princípios *prima facie* da Bioética – beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça – como marco teórico nacional. Essa referência consolidou-se na área biomédica como requisito ético básico relacionado aos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado¹³⁴.

Dessa forma, os Comitês de Ética em Pesquisa Institucionais (CEPs) desempenharam um papel significativo na institucionalização da Bioética como disciplina Ética Prática no âmbito das profissões da saúde, passando a ser incorporada na estrutura curricular tanto na formação básica¹³⁶ como na qualificação profissional em nível de Pós-Graduação *Lato Sensu e Stricto Sensu*¹³⁷.

Desde então, a formação profissional vem sendo compartilhada por diferentes instâncias, com cursos promovidos por Comitês de Ética em Pesquisa, por entidades profissionais, de atualização, de extensão universitária, despontando como linha de pesquisa em cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* e tornou-se objeto de estudo de inúmeros centros de pesquisa¹³⁷.

Atualmente, nas instituições universitárias públicas, privadas ou confessionais, a instrução em Bioética vem sendo incluída em diversos cursos em nível de Especialização, Mestrado, Doutorado ou inserida como conteúdos transversais em outras disciplinas tradicionais. Além disso, foram criados Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu* específicos em Bioética. Entre os principais Centros acadêmicos, com cursos e Programas de Pós-Graduação dedicados à reflexão em Bioética destacam-se a seguir^{138,139,140}:

1. Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília – DF. Sua origem foi o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPeB), criado em 1994, por iniciativa do professor Volnei Garrafa. Pioneiro na área da Bioética do Brasil foi reconhecido formalmente como o “Grupo Consolidado de Pesquisa” junto ao CNPq. Em agosto de 1998, implantou um Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Bioética, com um total de 450 horas/aulas inicialmente relacionado ao Programa de Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde da UnB. Nessa área são oferecidas disciplinas regulares tanto na graduação como na Pós-Graduação. Teve seu reconhecimento pela UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - em 2004. Recentemente, em 2008, foi aprovado pela CAPES/MEC o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética¹⁴¹. Trata-se da primeira Pós-Graduação específica em Bioética em nível de Doutorado destinado à formação de bioeticistas no país. O programa tem uma única área de concentração – saúde pública - e três linhas de pesquisas são propostas: Fundamentação Teórica da Bioética e Saúde Pública; Situações Emergentes em Bioética e Saúde Pública; Situações Persistentes em Bioética e Saúde Pública.

2. Núcleo Interinstitucional de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS/HCPA).

Em 1990, iniciaram as atividades de ensino com a realização do curso intensivo de Bioética, no HCPA, com a participação do Prof. Robert Veatch do Instituto Kennedy. Em 1993, na área de Bioética clínica, foi implantado o Programa de atenção aos problemas da Bioética e, a partir de 1994, o curso de Pós-Graduação em Medicina incluiu a disciplina de Bioética I na estrutura de seu currículo.

3. Núcleo de Estudos de Bioética da Pontifícia Universidade Católica (PUC), Porto Alegre (RS). Existe nesta Universidade, desde 1988, a disciplina de Bioética nos cursos de Pós-Graduação de Medicina.

4. Núcleo de Estudos de Bioética da Universidade Católica de Minas Gerais (MG), em Belo Horizonte, (PUC Minas). Além da publicação de livros no Instituto de Educação Continuada, realiza um curso de Especialização em Bioética.

5. Instituto Oscar Freire da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Tem promovido encontros, jornadas, seminários e outros eventos voltados para a Bioética, além de publicações nessa área. Conhecido como sendo a

Escola de Reflexão Autônoma em Bioética, possui um curso de Especialização em Bioética.

6. Instituto Afonsianum de Ética Teológica no Estado de São Paulo (SP). Sob a coordenação do Professor Márcio Fabri dos Anjos, trabalha com as questões de Bioética Teológica do Terceiro Mundo, numa perspectiva de libertação.

7. Centro Universitário São Camilo no Estado de São Paulo (SP). Destaca-se na área de publicações em Bioética por meio de revistas e livros. Possui seu próprio Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética, dentro do qual são desenvolvidas atividades de Bioética; Curso de Especialização e possui um Programa de Pós-Graduação com Curso de Mestrado em Bioética.

8. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Esta instituição tem protagonizado uma importante contribuição na área da reflexão Bioética na interface com a saúde pública no país. Possui um Núcleo de Ética Aplicada e Bioética (NUBEA) em parceria com o Instituto Fernandes Figueira. Ministra o Curso de Especialização em Ética Aplicada e Bioética, desde 2002¹⁴².

9. Núcleo de Bioética da Universidade Estadual de Londrina (UEL)/Paraná(PR). Composto por outros grupos relacionados à Bioética da Universidade. Teve início em março de 2002 o Curso de Especialização em Bioética, além de ter sido incluída a disciplina de Bioética na estrutura curricular do curso de graduação de Medicina.

10. Universidade do Rio dos Sinos – Unisinos -, em São Leopoldo – RS. Nesta instituição existe o Instituto Humanitas Unisinos (IHU), cujo principal objetivo é apontar novas questões e buscar respostas para os grandes desafios da atualidade, a partir de uma visão humanística, social e cristã. As principais atividades estão direcionadas à publicação de obras clássicas, com destaque na tradução de referências clássicas.

11. Núcleo de Bioética da Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia (BA). Desde a época de sua criação, em 1998, existe um grupo de Estudos e Pesquisas em Bioética.

12. Núcleo de Bioética da Universidade Federal de Pernambuco (PE) – Recife. Nesta instituição foi incluída a disciplina de Bioética no curso de Pós-Graduação das Ciências da Saúde.

13. Universidade Católica do Paraná (PR), em Curitiba. Possui um grupo ativo de estudo em Bioética ligado às áreas de filosofia e teologia e oferece anualmente um curso de Especialização em Bioética.

Com essa breve revisão, pode-se inferir que a Bioética vem se consolidando na qualificação profissional na Pós-Graduação *Stricto Sensu* no território nacional. Apesar disso, os estudos ainda são insuficientes para avaliar o nível de inserção como disciplina Ética prática nesse nível de formação acadêmica.

2.3.2 Fundamentos do ensino da Bioética

Inicialmente, cabe esclarecer como a Bioética está inserida entre as finalidades da Educação Superior, os principais documentos nacionais e internacionais que enfatizam a necessidade de incluir a Bioética com disciplina acadêmica em todos os níveis de formação, estrutura e organização pedagógica dos conteúdos das disciplinas acadêmicas e os objetivos da capacitação em Bioética.

2.3.2.1 Educação Superior e as Diretrizes Curriculares Nacionais

A Bioética vem aos poucos se tornando um tema central na formação acadêmica e já integra a estrutura curricular como disciplina em diversos graus de formação. Nos últimos anos o ensino vem sendo incorporado, tanto na graduação como na Pós-Graduação, seja como disciplina específica ou inserida de forma transversal por meio de módulos em outras matérias.

Em um artigo publicado em 1996, intitulado Promover o Ensino de Bioética no Mundo, Lenoir defendia que esse ensinamento deveria “ser concebido como forma de ensino integral, sendo parte da formação de base dos futuros cidadãos.”¹⁴³

Com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) no mesmo ano em que Lenoir defendia essa tese na França, surge no Brasil a preocupação do Estado com a educação ética na formação superior. A instrução em Bioética direcionada ao ensino universitário encontra respaldo legal no art. 43 da LDB (Lei n. 9.394/96), que considera, entre as finalidades da Educação Superior:

I – Estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; II – Incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive.¹⁴⁴

À medida que a lei preconiza o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo ao lado do incentivo do desenvolvimento da ciência e da tecnologia entre as finalidades da Educação Superior, introduz a visão interdisciplinar da formação acadêmica. Neste ponto, afirma Azevedo que:

[...] já se percebe que médicos, biólogos, enfermeiros, etc., somente estarão preparados para o exercício profissional se, ao lado de competente formação técnica, também tiverem sido treinados para o reconhecimento de conflitos éticos, análise críticas de suas implicações, uso de senso de responsabilidades e obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana.¹⁴⁵

Deve-se destacar que essa exigência está condicionada ao reconhecimento da necessidade da inclusão de disciplina de natureza ético-filosófica já na formação básica. Com base na publicação das primeiras Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação na área da Saúde, a partir de 2001, numa análise preliminar com base nas diretrizes curriculares dos cursos da área da Medicina, Enfermagem, Farmácia, Biomedicina, Nutrição, Fonoaudiologia, entre outros, constatou-se que os princípios da Ética/Bioética tornaram-se requisitos indispensáveis para atender as características da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos egressos/profissionais. Tomando em consideração os parâmetros do curso de medicina, por exemplo, frise-se o que dizem os arts. 3º e 4º:

Art. 3º com formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitada a atuar, pautada em princípios éticos [...]. Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde [...] os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.¹⁴⁶

Desse modo, as Diretrizes Curriculares Nacionais deixam claro que, para formar o profissional com essas características, não basta a leitura dos Códigos de Ética. Eles são indispensáveis, evidentemente, já que estão relacionados com as dimensões regulamentadoras da conduta do agente – moralidade do agente –, mas as Diretrizes também reconhecem que os ensinamentos em Bioética são também fundamentais ao desenvolvimento das competências humanísticas, críticas e reflexivas porque introduzem a preocupação com as dimensões dos atos – moralidade dos atos. Conforme assinalam Rego, Palácios e Schramm:

Pode-se dizer que a ética profissional tradicional, deontológica, diz respeito à moralidade do agente, ao passo que a bioética se refere à moralidade dos atos, reconhecendo que a complexidade dos dilemas e das relações sociais de nosso tempo não é passível de resolução por meio de princípios absolutos¹⁴⁷.

Como a Bioética pertence ao ramo das Éticas Aplicadas, propõe-se a atuar para além da dimensão normativa, pois não se limita ao saber dos códigos morais. Como enfatiza Garrafa, o que vale para a Bioética é a reflexão livre, consciente e soberana do indivíduo e não o que preceitua os Códigos de Ética Profissional, pois, para a Bioética, o essencial é a liberdade com compromisso e responsabilidade¹⁴⁸.

Neste sentido, apresenta-se como um recurso instrumental, teoricamente crítico, pragmático e argumentativo aplicável às justificativas éticas das ações morais, abrindo um espaço para diálogo, inclusive com a Ética tradicional, na busca de um consenso, em vez de apontar o que se dever fazer ou não fazer em uma dada situação ética. Como enfatiza Schramm:

A bioética, enquanto ética aplicada, pode ser considerada atualmente como uma ‘ferramenta’ ao mesmo tempo conceitual e pragmática, quer dizer, ao serviço seja da análise seja de resolução dos conflitos e dilemas morais que surgem com as práticas no campo das aplicações das Ciências da Vida e da Saúde.¹⁴⁹

No Brasil, desde 2001, um dos principais documentos nacionais sobre a Educação Superior (Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da Saúde) vem preconizando a conjugação de conhecimentos científicos e o

desenvolvimento de competências éticas e pela primeira vez, refere-se aos princípios da Bioética também como requisitos indispensáveis para o exercício de competência e habilidade específica na formação acadêmica.

Entretanto, a inclusão da Bioética nos currículos da área das Ciências da Saúde, de um modo geral, seja na graduação ou na Pós-Graduação, vem ocorrendo de forma lenta e fragmentada. Neste processo, certamente estão envolvidas outras questões, como por exemplo, a resistência da tradicional formação moral deontológica e a carência de professores com qualificação adequada tanto para este ensino¹⁴⁷ como com habilidades pedagógicas para lidar com novas metodologias de ensino.

Sobre as metodologias de ensino as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizam quais os métodos devem ser adotados com vista no desenvolvimento das competências éticas e humanísticas. Tomando como referência, frise-se o que diz o art. 9º as Diretrizes da área da Medicina:

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.¹⁴⁶

Recomenda ainda, de acordo com os incisos II e III do art. 12, que se deve privilegiar o ensino centrado no aluno e a utilização de metodologias ativas com ampla participação dos discentes. Tais metodologias são elegíveis por serem mais adequadas ao processo ensino-aprendizado. Portanto, mais uma vez as Diretrizes destacam a interdisciplinaridade na formação superior, uma vez que indicam alguns procedimentos a serem adotados na construção do Projeto Político Pedagógico (PPP). Vejamos:

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento (...); III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.¹⁴⁶

Tem-se portanto, nessas recomendações, parâmetros para se construir as bases de orientação dos ensinamentos da Bioética também na Pós-Graduação. Por ser uma disciplina de forte conotação filosófica, pela possibilidade de integrar a teoria e a prática e por valer-se do confronto das ideias como ferramenta dialógica, as metodologias ativas, então, constituem uma opção no processo pedagógico de ensino.

Troca-se assim, a cabeça cheia pela cabeça bem feita. Nas palavras de Morin, “uma cabeça bem feita é uma cabeça apta a organizar os conhecimentos e, com isso, evitar sua acumulação estéril”¹⁵⁰.

2.3.2.2 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

Outras instâncias éticas de natureza internacional também preconizam a Educação em Bioética. O principal documento de referência é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada por aclamação por 191 países, em 19 de outubro de 2005, na 33ª Sessão de Conferência Geral da UNESCO. Declara no art. 23 que:

Para a educação em bioética alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética.¹⁵¹

Outra referência internacional, embora não se refira expressamente aos ensinamentos da Bioética, também pode servir de base de orientação para a inclusão dessa disciplina como requisito obrigatório nos currículos da área da saúde. A 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (AMM), realizada em Tel-Aviv, Israel, em outubro de 1999, aprovou um documento (Declaração da Associação Médica Mundial sobre Educação Médica) no qual recomendou a inclusão do ensino da Ética Médica e dos direitos humanos nos programas dos cursos da área médica como disciplina obrigatória. Como se observa, leva-se também em consideração a visão humanística do ensino, uma vez que enfatiza que os direitos humanos devem fazer parte da formação moral dos profissionais da Medicina¹⁵².

Por extensão, fica evidente que tais proposições sugerem a inserção da disciplina Bioética nos currículos também desta área, sobretudo considerando a característica interdisciplinar e sua adequação ao contexto pluralista da formação humanística, crítica e reflexiva preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da área médica. Razão pela qual deve incluir essa disciplina em todos os graus de ensino, com vistas a atender ao perfil da formação ética do profissional comprometida com a responsabilidade social e com a formação para a cidadania.

Notadamente, é o que se espera, em qualquer nível de formação ou qualificação profissional, que a primeira formação seja a de um cidadão consciente do seu papel na sociedade.

2.3.2.3 Estrutura e organização pedagógica

Outro desafio a ser enfrentado refere-se ao processo pedagógico relativo à construção dos conteúdos da disciplina, ou seja, como deve ser estruturada, organizada, como se define em termos de domínio teórico e seus objetivos. Isto porque a “Bioética não é uma disciplina definitiva e consolidada nem nos seus conteúdos nem nos seus limites teóricos” e muito menos em metodologias de ensino, pois ela não se limita ao fazer pedagógico tradicional nem tampouco é delineada em pragmatismos baseado em teorias preestabelecidas. Trata-se de uma área multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar¹⁵³ que está estritamente relacionada aos problemas ético-práticos que se desenvolvem paralelamente ao progresso científico e tecnológico¹⁵⁴. Tais características devem ser entendidas do seguinte modo:

1. Multidisciplinaridade – diz respeito ao estudo de um objeto de uma mesma e única disciplina por várias disciplinas ao mesmo tempo.

2. Interdisciplinaridade – se refere à transferência de métodos de uma disciplina para outra. A noção-chave desse entendimento é a interação entre as disciplinas, que pode ir desde a simples comunicação de abordagens teóricas até a integração mútua de conceitos, de terminologias, de metodologias e/ou procedimentos pedagógicos de ensino.

3. Transdisciplinaridade – diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das disciplinas e além de qualquer outra. O seu objetivo é a

compreensão da unidade conceitual do conhecimento¹⁵³. Não há preocupação com o domínio sobre várias disciplinas, mais sim com a abertura entre elas, ou seja, compreensão que estão entre ou mesmo além delas.

Em relação à estrutura e organização da disciplina, em primeiro lugar deve-se distinguir claramente as fronteiras que separam o ensino fundado na Ética tradicional (Ética Profissional, Deontologia Profissional, Ética Médica ou Deontologia Médica) daquele fundado na Bioética (disciplina de conotação teórico-filosófica vinculado às Éticas aplicadas). Isso porque não é raro encontrar disciplinas com a denominação de Bioética em que os conteúdos estão tão entrelaçados com abordagens éticas deontológicas que, às vezes, pode levar a confundir as bases de fundamentação dessas matérias.

Conforme já foi assinalado por Siqueira, em alguns “cursos da área da saúde, ainda prevalece o modelo de ensino de Bioética conduzido pela disciplina de Deontologia”¹⁵⁵. Cabe ainda ressaltar que, embora a ética sempre se refira às ações humanas, as Éticas Aplicadas surgem exatamente como resposta às insuficiências das Éticas tradicionais¹⁵⁶, por isso deve-se atentar para não reduzir o ensino aos códigos morais.

Da mesma forma, deve-se ter atenção para não estabelecer vínculo associando o ensino da Bioética como uma renovação da Ética Profissional, mas como uma disciplina Ética prática que, por ter uma conotação ético-filosófica, possa com ela dialogar. É claro, até por uma questão didática os conteúdos devem se somar aos preceitos dos Códigos de Ética, declarações e até normas legais. Porém, naquilo que for mais prudente, deve-se sempre procurar estabelecer a distinção entre a visão plural da Bioética e as rígidas regras dos códigos.

Desse modo, chama-se a atenção para que na organização dos conteúdos se observe os excessos das discussões associadas às questões normativas ou legais. Ao contrário, deve-se minimizar o imobilismo moral das normas e maximizar o pluralismo moral vigente com base nas questões éticas em pauta tanto na sociedade como no campo da ciência e das atividades profissionais. Esclarecendo melhor, é essencial considerar a discussão ética profissional, pois os códigos são marcos fundamentais a própria condição da formação dos profissionais da área da saúde, entretanto este não pode ser o enfoque central dos conteúdos das disciplinas relacionadas com a Bioética.

Além disso, a organização dos conteúdos de uma disciplina exige outros requisitos de natureza pedagógica. De acordo com Bittar e Marcondes, a estrutura de uma disciplina “pode ser definida como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes envolvidas no processo ensino/aprendizagem, sendo subdivididos em teórico e prático.”¹⁵⁷ Além disso, os conteúdos devem ser construídos a partir dos objetivos a serem alcançados. Assim como na organização dos conteúdos o professor deve preocupar-se não apenas com os conhecimentos a serem transmitidos, mas também com as capacidades cognitivas, intelectuais, domínio teórico em cada área de conhecimento e as necessidades dos alunos¹⁵⁸.

Segundo Haydt¹⁵⁹, a seleção dos conteúdos deve basear-se em alguns critérios que são considerados básicos, como: 1) validade – relação clara e nítida entre os conteúdos selecionados e os objetivos a serem atingidos; 2) utilidade – possibilidade de aplicação do conhecimento adquirido em situações novas e na vida cotidiana do aluno, valor prático; 3) significação – conteúdo que possibilita o estabelecimento de correlações com as experiências e conhecimentos anteriores dos alunos; 4) adequação ao nível de desenvolvimento do aluno – o conteúdo selecionado deve respeitar o grau de maturidade intelectual do aluno e contribuir para o desenvolvimento de suas potencialidades; e 5) flexibilidade – possibilidade de fazer alterações no conteúdo selecionado, como a finalidade de adaptação ou ajustamento às condições reais, necessidades e interesses dos alunos.

Enfatiza ainda Haydt¹⁵⁹ que os conteúdos devem ser organizados a partir de critérios orientados de acordo com a continuidade (refere-se ao tratamento de um conteúdo repetido algumas vezes em diferentes fases do curso), com a sequência (refere-se à sucessão de tópicos de conteúdos partindo de outros tópicos anteriores) e com a integridade (entendida como o processo de relacionamento entre as diversas áreas do currículo, visando garantir a unidade do conhecimento). Ressalta o autor que a continuidade e a sequência estão relacionadas à ordenação vertical do currículo, estando assim, a integração ligada à ordem horizontal.

Esses critérios devem ser adequados ainda, ao tempo programado para as atividades acadêmicas, pois, “ao se fixarem os conteúdos de uma disciplina, será necessário considerar o tempo de que o professor disporá para o seu desenvolvimento.”¹⁵⁸

Valendo-se dessas orientações tem-se que, a estrutura e a organização dos programas das disciplinas devem ser elaboradas de acordo com os objetivos propostos, amparados por marcos conceituais, assim como também se deve levar em consideração o contexto sociocultural (da região onde estiver instalado) e valendo-se de um conjunto de metodologias adequadas ao processo de ensino aprendizagem.

Por último, uma observação se faz oportuna ressaltar. De acordo com Siqueira o modelo baseado na disciplina de Deontologia mostra-se pouco adequado para capacitar estudantes para a difícil tarefa de auxiliar paciente a tomar decisões diante de dilemas morais. Isto porque, fazendo um paralelo com a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg, seria como obrigar o profissional de saúde a estacionar seu juízo ético no estágio convencional¹⁶⁰. Este estágio corresponde ao nível de internacionalização dos princípios morais, em que o indivíduo acredita no valor daquilo que julga certo (estágio 3) ou do respeito à ordem estabelecida (estágio 4)¹⁶¹.

Certo é que apesar das críticas à Escola de Bioética estadunidense, sobretudo pelo “grande fascínio sobre os profissionais de saúde por permitir identificar e tratar as questões morais, considerando essencialmente os interesses do paciente”¹⁶², há de se reconhecer o grande avanço representado pela substituição do modelo guiado por normas impessoais.

2.3.2.4 Objetivos da formação em Bioética

Quanto à definição dos objetivos da formação em Bioética na Pós-Graduação, tem-se outro desafio. O primeiro seria como transmitir conhecimentos a partir de uma visão interdisciplinar, modificar atitudes e formar novos valores¹⁶³. Numa disciplina tão ampla, definir objetivos constitui uma tarefa tão complexa como determinar o seu conteúdo.

Considera-se que uma das principais finalidades do Mestrado e Doutorado deve ser a formação de docente¹⁶⁴ e pesquisador para atuar em diferentes níveis de formação acadêmica, Comitês, Comissões e Conselhos de Bioética, Centros de pesquisa e outros setores da sociedade. Como afirma Oliveira Filho, “cabe à Pós-Graduação a tarefa de produzir os profissionais aptos a atuar nos diferentes setores da

sociedade”, uma vez que é nesse nível de formação que ocorre a atividade de pesquisa científica e capacitação profissional em diversos níveis¹⁶⁵. Enfatiza Barchifontaine que:

A pós-graduação tem por objetivo fomentar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento profissional, constituindo-se como momento essencial (...) [para se buscar] a continuidade da formação acadêmica e qualificação em termos de desenvolvimento técnico, científico, além da formação para a docência e a pesquisa.¹⁶⁶

Entretanto, em Bioética o cerne seria formar profissionais com capacidade crítica, reflexiva, com sólida formação em base teórico-filosófica e comprometidos com o bem comum para análise dos dilemas e/ou conflitos éticos no contexto interdisciplinar. Como salientam Taquette, Rego, Schramm e Carvalho, o ensino da Bioética deve ter dupla função:

a) Contribuir para que os estudantes desenvolvam/aperfeiçoem sua capacidade de análise bioética e, portanto de tomar decisões em situações que envolvem alguma questão ética; e b) Formar cidadãos conscientes e comprometidos como o bem comum.¹⁶⁷

De fato, uma das grandes missões da Pós-graduação é capacitar profissionais de diversas áreas para realizar a análise ética no cotidiano da vida prática. Como referência destaca-se os objetivos específicos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética da Universidade de Brasília:

a) Capacitar em Bioética profissionais de diferentes formações acadêmicas, dos setores público e privado (universidades; hospitais; setores do Estado: executivo, legislativo e judiciário; membros de Comitês, Comissões e Conselhos de Bioética, Ética Profissional e Ética na Pesquisa; Organizações Não-Governamentais; profissionais liberais etc.).

b) Preparar técnica e operacionalmente os estudantes para trabalhar em Comitês, Conselhos e Comissões de Bioética, Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e animais, Comitês de Ética Profissional, Comitês de Bioética Hospitalar, Comitês de Bioética Institucional e outros.

c) Formar futuros professores e pesquisadores em Bioética.

d) Produzir e divulgar pesquisas científicas em Bioética relacionadas com os problemas emergentes e persistentes em saúde pública, para uma melhor compreensão, interpretação e intervenção na realidade.

e) Construir instrumentos teóricos e metodológicos em Bioética, adequados às necessidades e demandas da sociedade, adaptando o estatuto epistemológico da bioética à realidade dos problemas do Brasil e da América Latina.¹⁶⁸

Na mesma linha, Correa¹⁶³ também apresenta um grupo de objetivos para os quais o ensino da Bioética na Pós-Graduação deve estar direcionado, que são:

- Desenvolvimento da capacidade de diálogo e deliberação moral: sobretudo o desenvolvimento de atitudes imprescindíveis, como o respeito ao outro, a tolerância, a fidelidade aos próprios valores, o reconhecimento de que ninguém pode atribuir o direito de manipular a verdade que todos têm o direito de conhecer.
- Desenvolvimento da capacidade dos alunos para realizar análise pormenorizada dos problemas éticos mais frequentes em suas distintas especialidades profissionais.
- Formação de profissionais da área médica para atuarem em âmbito clínico e Comitês de Ética.
- Aprendizagem de metodologias de análise dos dilemas éticos clínicos ou para tomada de decisões ético-clínicas.

Com essa exposição, entende-se que a Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética tem por finalidade capacitar docentes, pesquisadores e profissionais das diversas áreas acadêmicas para lidar com as questões éticas que dizem respeito à vida e à saúde no contexto interdisciplinar. De forma que a finalidade do ensino coaduna-se com o próprio objetivo da disciplina científica, conforme salienta Guerra:

A bioética tem como objetivo a reflexão sobre os avanços da ciência e da biotecnologia e os seus reflexos no mundo da vida e da saúde, à luz de critérios estritamente éticos. Ou seja, tem como objetivo às ciências, as políticas e as técnicas aplicadas ao ser humano e ao seu entorno tanto para o presente como para o futuro, e tem por método a reflexão ético-filosófica aplicada a uma prática coerente e consequente.¹⁶⁹

Em suma, a Bioética tem como fim o diálogo na busca de um consenso. Espaço que deve existir no seio dos conflitos das sociedades democráticas e pluralistas

relacionadas com as divergências entre os conhecimentos biológicos e os valores humanos.

2.3.3 Perfil acadêmico dos professores

Tendo o professor a árdua tarefa de conduzir o ensino e ajudar o aluno a trilhar as sendas dignas do seu proceder, algumas perguntas são inevitáveis: quem são os profissionais mais apropriados para conduzir o ensino da Bioética? Que formação deve ter o professor? Que experiência acadêmica deve possuir para lecionar numa disciplina tão abrangente e complexa? Há um perfil específico para o professor de Bioética?

Obviamente, que existe alguma dificuldade em encontrar respostas para essas perguntas, pois certamente, nenhum curso de Mestrado, Doutorado ou experiência profissional específica será capaz de conferir habilidades para lidar com as divergências de opiniões, competências dialógicas para conduzir os debates e trabalhar com todos os temas que abrangem a Bioética.

Sem dúvida, pela própria natureza multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar da Bioética, alguns aspectos relacionados ao perfil do professor que se dedica a uma área de conhecimento com essas características requer uma discussão mais ampla. Certamente, reconhece-se que se torna imprescindível um nível de formação mais eclética do que a de um professor de uma disciplina mais fechada. Aqui está o primeiro desafio, pois:

São poucos aqueles que possuem tamanha formação acadêmica para poder discorrer sobre todos os assuntos que abrange a bioética e que diariamente se modifica perante uma lei, um novo conhecimento científico ou mesmo como uma nova abordagem terapêutica, por exemplo.¹⁷⁰

Para trabalhar com todos os temas que envolvem essa área do conhecimento e contextualizá-los com os aspectos ambientais, científicos, tecnológicos, filosóficos, sociais, culturais, valores e costumes em que a ética e a vida se interagem, são indispensáveis uma formação multidisciplinar e uma larga vivência acadêmica. Ainda assim, não se justifica estabelecer um perfil específico em relação a uma determinada

formação universitária. Hoje, cada vez mais, profissionais de todas as áreas se interessam pela Bioética. Por isso, graduados de qualquer área podem atuar nesse novo campo de conhecimento. Diferentemente da Ética Médica, pois em princípio, seriam os profissionais da Medicina os mais indicados.

Todavia, algumas características do perfil pessoal-profissional são semelhantes. Assim como se espera que o professor de Ética Médica possua vivência dos problemas da área para poder discutir como os alunos, conhecimento teórico e prático, formação humanística e postura ética¹⁷¹, dos docentes que se dedicam aos ensinamentos em Bioética presumem-se possuírem as mesmas características.

Assim como o ensino da Ética pode ser conduzidos por teólogos, filósofos ou “eticista”¹⁷², acredita-se que a cooperação entre esses com outros profissionais com formação multidisciplinar, ou seja, um profissional com uma formação mais ampla, que tenha um contato mais estreito com outras áreas de conhecimento, mais familiarizados com as metodologias transdisciplinares, talvez sejam as pessoas mais indicadas para a docência em Bioética.

Além disso, parece existir outros atributos, talvez, tão fundamentais quanto esses. Considerando-se que a Bioética tem como “método a reflexão ético-filosófica aplicada a uma prática”¹⁶⁹, se tornam indispensáveis também aqueles que decidiram dedicar-se à Bioética, as seguintes características: capacidade dialógica, a ausência de preconceitos e a não imposição de convicções pessoais. Já antecipava a “Carta da Transdisciplinaridade”, elaborada no I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, ocorrido em 1994, em seu art. 13 que:

A ética transdisciplinar recusa toda atitude que se negue ao diálogo é a discussão, seja qual for sua origem – de ordem ideológica, científica, religiosa, econômica, política ou filosófica. O saber compartilhado deverá conduzir a uma compreensão compartilhada baseada no respeito absoluto das diferenças entre os seres, unidos pela vida comum sobre uma única e mesma Terra.¹⁷³

Desse enunciado, pode-se ressaltar que a discussão deve abranger diferentes níveis de realidade, assim como devem ser vistos por lógicas distintas. Desse modo, o professor que tentar reduzir a realidade a um único nível regido por uma única lógica não se situa no campo da transdisciplinaridade¹⁷⁴.

Ademais, alguns estudiosos advogam que a Bioética não se ensina, se discute. Por isso, em sala de aula, o professor deve ser capaz de estimular a curiosidade dos alunos, procurando discutir e incentivá-lo a pensar a questão frente a sua realidade, aos valores, princípios e normas sociais, enquadrando-a em sua própria razão, segundo seus valores, princípios de verdade e/ou ditames de sua consciência, de modo a externar uma opinião autêntica¹⁷¹.

O mais relevante, então, é dotar o aluno de sensibilidade para detectar problemas e de aparelhamento crítico que lhe permita analisar as situações, os princípios, as normas e os valores envolvidos para que possa assumir posturas mais conscientes em cada caso concreto¹⁷¹.

Trabalhar nos meandros de todos os saberes ou conflitos que envolvem a Bioética exige, ainda, bom senso. Apesar de não se exigir um especialista para lecionar essa matéria e por ser esta “uma área que envolve conflitos de interesses diversos, muitos profissionais consideram-se aptos a discutir e ensinar [Bioética]”¹⁷⁵. Evidentemente, não é bem assim. Como adverte Garrafa, os “estudiosos que decidiram dedicar-se à [Bioética] aprendem desde as primeiras lições sobre sua característica multidisciplinar.”¹⁷⁶ Esta afirmação denota que não basta apenas possuir conhecimentos de diversos saberes. Além do domínio teórico e prático, é preciso ter capacidade para promover a interligação entre os saberes e até ir além daquilo que já se conhece, pois este encontro constitui as bases indispensáveis para a discussão, em profundidade, de um mesmo objeto de estudo por várias áreas de conhecimento.

Além disso, antes de tudo, o professor deve possuir os requisitos de qualquer outro profissional envolvido no Magistério Superior. Para Zabala¹⁷⁷ um dos objetivos de qualquer bom profissional da educação consiste em ser cada vez mais competente em seu ofício, que deve pautar sua atuação no pensamento prático, capacidade reflexiva e elaborar uma adequada análise do cotidiano de sua prática em contraste com outras, visando avaliar seu nível de conhecimento e suas estratégias de ensino.

Batista e Silva¹⁷⁸, em recente pesquisa realizada com Pós-Graduandos de um curso *stricto sensu* de “Formação Didático-pedagógica em Saúde”, ressalta os atributos de um “bom professor”: a) capacitação didático-pedagógica; b) ética e humanismo; c) domínio do conteúdo; d) relacionamento professor-aluno; e) crítica e auto-avaliação; f) satisfação ao ensinar; g) responsabilidade profissional; h) pesquisa e cultura geral.

Em um recente estudo sobre o ensino da Ética e Bioética nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia em Manaus, os atributos mais citados para o bom professor de Ética, pelos docentes entrevistados, foram vivência e experiência profissional, a que podem ser agregados, ainda, conhecimento de filosofia moral e cultura humanística¹⁷⁹.

Demo, ao desenhar o perfil do professor do futuro, lembra que o aluno que se quer “formar não é só um técnico, mas fundamentalmente um cidadão, que encontra na habilidade reconstrutiva do conhecimento seu perfil talvez mais decisivo.” Por isso, não basta dar aula. É fundamental redefinir o professor como aquele que cuida da aprendizagem dos alunos com dedicação, compromisso ético e técnico, continuidade, sistematicidade, habilidade sensível e sempre renovadora de suporte do aluno¹⁸⁰.

Por outro lado, um conjunto de mudanças no cenário do ensino universitário fez com que o perfil do professor universitário se alterasse significativamente. E primeiro lugar, não se pode deixar de considerar o apelo da UNESCO no Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, publicado em 1996, em que definiu os seguintes pilares para Educação: aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; aprender a ser, via essencial que integrar os três precedentes; e, finalmente, aprender a participar e aprender a antecipar^{178,181}.

Isso significa uma mudança de atitude diante do processo ensino-aprendizagem. Rompe-se o vício de que o professor “ensina” e o aluno “aprende” e privilegia-se o contexto maiêutico de orientação e avaliação. Para o aluno aprender, também tem de pesquisar, isto é, professores e alunos tornam-se parceiros na construção do conhecimento. Como enfatiza Demo, o pesquisar torna-se a tradução mais exata do saber pensar e do aprender a aprender¹⁸⁰.

Da mesma forma, deve-se recordar as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais relacionada a formação básica de todos os profissionais da saúde, já mencionada anteriormente. Por conta do novo perfil da formação dos futuros profissionais, houve uma redefinição também do perfil científico-pedagógico do professor. Para se adequar à formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, tem-se agora o docente como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Especialmente, na Pós-Graduação, docentes e discentes obrigatoriamente tornam-se parceiros do processo ensino-aprendizagem. Essa participação resulta em uma motivação e dinamização nas relações aluno e professor. O aluno, então, “começa a ver o professor com um aliado para sua formação, e não como um obstáculo” e, assim, “sente-se igualmente responsável por aprender.”¹⁸²

Tais mudanças, além de fortalecer as competências básicas para o bom desempenho da docência, promoveram transformações no perfil do docente, exigindo-lhe, antes de tudo: a) competência na área de conhecimento, experiências profissionais e atualização permanente; b) domínio na área pedagógica, das estratégias de ensino-aprendizagem e em tecnologias de informação; c) exercício das dimensões técnica, estética, ética e política na docência, com compromisso na formação de profissionais responsáveis pela construção da cidadania^{182,183}. São essas as qualidades que se espera daqueles que decidiram se dedicar a este campo interdisciplinar (Bioética).

Apesar de não existir um perfil acadêmico definido para atuar nesta área, deve-se reconhecer que, além dos vários atributos que devem possuir um bom professor, três características são essenciais ao docente de Bioética: a) pessoa deliberada, mas com uma prática constante de reflexão baseada em fundamentação teórica; b) tolerância com os princípios e valores das pessoas envolvidas em situações éticas; e, c) prudência na tomada de decisões¹⁸⁴.

2.4 CAPES E CNPQ: ÓRGÃOS DE APOIO À PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, dois órgãos são responsáveis pelo desenvolvimento da Pós-Graduação. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), responsável pela avaliação dos Programas de Pós-Graduação e o Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq), responsável pelo desenvolvimento da ciência, da tecnologia e à formação de recursos humanos para a pesquisa no país, ambos criados nos anos 1950¹⁸⁵.

A CAPES é uma entidade pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Integra o conjunto de órgãos governamentais que desenvolve um papel de fundamental importância para o desenvolvimento da pesquisa e da Pós-Graduação Brasileira¹⁸⁶.

Desde o final da década de 1960, quando teve início a criação dos cursos de Pós-Graduação de forma mais sistematizada, a CAPES passou a exercer um papel central na formulação da política de Pós-Graduação. Entretanto, somente consolidou-se a partir de 1993, quando “surtiu o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras, voltado para a avaliação de desempenho qualitativo e quantitativo das instituições formadoras.”¹⁸⁷

Com objetivos estratégicos, as atividades da CAPES podem ser agrupadas em grandes linhas de ação, cada qual desenvolvida por um conjunto estruturado de programas, tais como: a) avaliação da Pós-Graduação *Stricto Sensu*; b) acesso e divulgação da produção científica; c) investimentos na formação da cooperação científica; c) investimento na formação de recursos de alto nível no país e exterior; d) promoção cooperação científica internacional. Essas atividades servem de base para a formulação de políticas na Pós-Graduação tanto no dimensionamento das ações de fomento de bolsas de estudos como para o estabelecimento de critérios para o reconhecimento de cursos de Mestrado e Doutorado¹⁸⁸.

Em nível de Pós-Graduação o sistema educacional está organizado em cursos de Pós-Doutorado, Doutorado (D), Mestrado Acadêmico (MA), Mestrado Profissional (MP) e Especialização¹⁸⁹. Este último é classificado como curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*. É considerado como uma atualização ou como um conhecimento que se agrega – e que por isso mesmo pode ser repetido várias vezes ao longo da vida. Quanto ao Mestrado Profissional, cabe ressaltar que não consta na relação do art. 44, inciso III da

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (Lei nº. 9.394/1996). Sua existência legal decorre da portaria nº. 80 da CAPES, baixada em 16 de novembro de 1998, que explicita a distinção entre as duas modalidades de Mestrado¹⁹⁰.

A principal diferença entre os cursos de Mestrado Acadêmico e Mestrado Profissional é o produto, isto é, o resultado almejado. “O Mestrado Acadêmico tem seus propósitos relacionados com os do Doutorado, que, última análise, tem por finalidade a formação do pesquisador independente, de alto nível.” Ao passo que o Mestrado Profissional responde a uma necessidade socialmente definida de capacitação voltada para a formação de mestres para o exercício de profissões outras que não a de docente pesquisador¹⁹¹. O objetivo é formar alguém que, no mundo profissional externo à academia, saiba localizar, reconhecer, identificar e, sobretudo, utilizar a pesquisa de modo a agregar valor às suas atividades, sejam essas de interesse pessoal ou social¹⁹².

Partindo desses pressupostos, a atual situação da Pós-Graduação na grande área das Ciências da Saúde representa um salto significativo se comparado ao número de cursos existentes em meados da década de 1990. De acordo com o resultado da avaliação realizada pela CAPES em 1996, havia 426 cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Na penúltima avaliação, divulgada em maio de 2004, esse número aumentou para 610 e, na última, referente ao triênio 2004 a 2006, com resultados divulgados em abril de 2008, para 691 cursos (Anexo 1). Desse total, 382 são cursos de Mestrado acadêmico, 269 Doutorados e 40 mestrados profissionais^{188,193}.

Em termos quantitativos, esses dados apontam para o crescimento de 265 cursos durante no período de 1990 a 2008. Isso equivale a um aumento de 38,4% de cursos *stricto sensu* na área da Saúde. Conforme a Tabela 1, esses cursos encontram-se distribuídos entre doze áreas de conhecimento.

Para efeito de avaliação pela CAPES, a Fisioterapia e Terapia Ocupacional foram agrupadas e a Medicina, devido o grande número de cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, foi classificada de acordo com as especialidades I, II e III (Anexo 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU AVALIADOS E RECONHECIDOS PELA CAPES COM DADOS ATUALIZADOS ATÉ 03/07/2008 - 2008

Grande área: Ciências da Saúde				
Área de avaliação	Cursos de pós-graduação			
	Total	M	D	F
Educação Física	29	20	9	0
Enfermagem	45	29	14	2
Farmácia	46	27	16	3
Fisioterapia e Ter. Ocupacional	10	8	2	0
Fonoaudiologia	12	7	4	1
Medicina I	122	65	54	3
Medicina II	130	69	60	1
Medicina III	78	38	40	0
Nutrição	18	13	5	0
Odontologia	137	72	48	17
Saúde Coletiva	64	34	17	13
Total	691	382	269	40

Fonte: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados> . Atualização em 03/07/2008.

Nomenclatura da Capes: Cursos: M-Mestrado acadêmico; D - Doutorado; F-Mestrado profissional.

A avaliação compreende a realização do acompanhamento anual e da avaliação trienal do desempenho de todos os Programas e dos cursos que integram o Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG). Os resultados são expressos de acordo com a atribuição de uma nota na escala de "1" a "7". Sendo 3 o conceito mínimo exigido para a renovação do reconhecimento do Programa pelo SNPG e as notas 6 e 7 são reservados para doutorados de padrão internacional¹⁹⁴.

Assim, a relação constante na Tabela acima corresponde aos cursos de Pós-Graduação que obtiveram nota igual ou superior a "3" e que, portanto, atendem aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente para serem reconhecidos pelo Ministério da Educação por meio do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Quanto a nova classificação da área médica, vale esclarecer que a primeira classificação, Medicina I, refere-se às áreas mais gerais das especialidades clínicas, como: Ciências Médicas, Clínica Médica, Emergências Clínicas, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hepatologia, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia, Psicobiologia, Reabilitação, dentre outros; pertencem à Medicina II as áreas de Ciências da Nutrição, Ciências da Saúde, Psiquiatria, Neurologia, Medicina Tropical, Hematologia, Fisiopatologia, Anatomia Patológica, dentre outros; já na Medicina III estão agrupadas todas as especialidades cirúrgicas¹⁹⁵.

Relativo ao grau de abrangência dos estabelecimentos de ensino superior, os cursos de Pós-Graduação são ministrados nas instituições públicas e privadas que, de acordo com os arts. 19 e 20 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (Lei nº. 9.394/1996), estão assim classificadas:

Art 19. I - Públicas assim entendidas as criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público; II - Privadas, assim entendidas as mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Art. 20. As instituições privadas de ensino se enquadrarão nas seguintes categorias: I - Particulares em sentido estrito, assim entendidas as que são instituídas e mantidas por uma ou mais pessoas físicas ou jurídicas de direito privado que não apresentem as características dos incisos abaixo; II – Comunitárias, assim entendidas as que são instituídas por grupos de pessoas físicas ou por uma ou mais pessoas jurídicas, inclusive cooperativas de professores e alunos que incluam na sua entidade mantenedora representantes da comunidade; III – Confessionais, assim entendidas as que são instituídas por grupos de pessoas físicas ou por uma ou mais pessoas jurídicas que atendem à orientação confessional e ideologia específicas e ao disposto no inciso anterior; IV – Filantrópicas.¹⁹⁶

Por último, o segundo órgão de fomento da Pós-Graduação associada à pesquisa científica é o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Órgão vinculado ao Ministério da Ciência e Tecnologia, desde sua fundação, desenvolve um papel importante na formação de recursos humanos, promoção, financiamento, desenvolvimento e acompanhamento da pesquisa científica e tecnológica do país. Além disso, por meio da plataforma Lattes, criada em 1999, é parte fundamental no processo de conexão dos diversos centros de pesquisa e informações sobre o perfil dos pesquisadores brasileiros.

Possui duas atividades básicas, que são: o fomento da pesquisa e a formação de recursos humanos. Disponibiliza aos pesquisadores auxílio à realização de pesquisa, divulgação e publicação científica. O auxílio à editoração tem como objetivo apoiar publicações técnicas e científicas nacionais mantidas e editadas por instituições científicas brasileiras de âmbito nacional. Também apoia a realização de congressos, simpósios e outros eventos similares de curta duração¹⁹⁵.

Na atualidade, é indispensável ao pesquisador a plataforma Lattes, por meio da qual é possível criar um currículo individual (CL) e disponibilizá-lo para a comunidade acadêmica para divulgação da produção científica, levantamento de dados, além de outras informações. A plataforma Lattes constitui um conjunto de sistemas que visa compatibilizar e integrar as informações de toda a agência com seus usuários. Seu objetivo principal é aprimorar a qualidade dessas informações e racionalizar o trabalho dos pesquisadores e estudantes¹⁹⁷.

Referências

1. Gracia D. Fundamentos de bioética. 3ª ed. Madrid: Triacastela; 2008. p. 45.
2. Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3ª ed. New York: Macmillan; 2003. p. 292.
3. França GV. Deontologia médica e bioética. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. pp. 65/69.
4. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003. pp. 23/24.
5. Drumond JGF. O “ethos” médico: a velha e a nova moral médica. Montes Claros-MG: Editora da Unimontes; 2005. pp. 75/76/104.
6. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Orgs.). Educação médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 165-185. pp.169/170.
7. Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
8. Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética cristã ortodoxa. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 46.
9. Segre M, Cohen C. (org.). Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002.
10. Neves MCP. (Coord.) Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª ed. Coimbra. Portugal: Gráfica Coimbra; 2002. p. 30.
11. Mori M. Bioética: sua natureza e história. Humanidades. 1994;9(34):332-41.
12. Reich WT. Introduction. In: Reich WT. (org.). Encyclopedia of bioethics. 2ª ed. New York: Macmillan, 1995b. [1 CD-ROM].
13. Jonsen AR. The birth of bioethics. Special supplement. Hastings center report. 1993 Nov./Dec.;23(6):S1-4.
14. _____. The Birth of Bioethics. New York: Oxford University Press; 2003. p. 78.
15. Beecher HK. Ethics and clinical research. The New England Journal of Medicine. 1966 June;274(24):1354-1360.
16. Rothman DJ. Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision-making. New York: Basic Books; 1991. p.12.
17. Coimbra CG. Morte encefálica: um diagnóstico agonizante. Revista neurociências. 1998 maio/ago;6(2):58-68.
18. Bobbio N. A era dos direitos. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004. p. 209.
19. Oliveira F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. Cadernos pagu. 1995;5:73-107.
20. Lavaqui V, Batista IL. Interdisciplinaridade em ensino de ciências e de matemática no ensino médio. Ciência & educação. 2007;13(3):399-420.
21. Reich WT. The word bioethics: its birth and the legacies of those. who shaped its meaning. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1994 Dec.;4(4):319-35.
22. Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3ª ed. New York: Macmillan; 2003.

23. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. pp. 9/10/11/23.
24. Jonsen AR. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press; 2003. pp.100/103/104/146.
25. The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. National Commission for the Protection of Human subjects of Biomedical and Behavioral Research. In: Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3ª ed. New York: Macmillan; 2003. pp. 2822-24.
26. Pessini L. Bioética das instituições pioneiras – perspectivas nascentes aos desafios da contemporaneidade – II. Revista Brasileira de Bioética. 2005;1(3): 297-311.
27. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 149.
28. Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3ª ed. New York: Macmillan; 2003. p. VII. V. 1.
29. Oliveira F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. Cadernos pagu. 1995;5:73-107. p. 90.
30. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética. 2005;13(1):125-134.
31. Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3ª ed. New York: Macmillan; 2003. pp. VIII/XI. V. 1.
32. Reich WT. (Editor-in-chief). Encyclopedia of bioethics. Nova York: Macmillan; 1978.
33. Houaiss A. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
34. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 30.
35. Morin E. Educação e complexidade - os sete saberes e outros ensaios. 4ª ed. São Paulo: Cortez editora; 2007. p. 39.
36. Schramm FR. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. Revista brasileira de cancerologia, 2002;48(4):609-615. p. 613.
37. Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. Acta bioethica. 2000; ano 4(1):171-73.
38. Anjos MF. Bioética: abrangência e dinamismo. O mundo da saúde. 1997;21(1):4-12.
39. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
40. Campbell A. Uma visão internacional da bioética. In: Garrafa V, Costa IF. A bioética no século XXI. Brasília: Editora da UNB; 2000. p.33.
41. Capella VB. Algunas deficiencias del discurso bioético contemporáneo. Revista latinoamericana bioética. 2007; 8(13):12-37. p.14.
42. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p. 12.
43. _____ . Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p. 50.
44. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005. p. 119.

45. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001. p. 58.
46. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola; 2005. p. 123.
47. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 99.
48. Ramos CA. Rawls, Hegel e o liberalismo da liberdade. Veritas. 2005 mar; 50(1): 41-65.
49. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996. p. 60.
50. Schramm FR, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatória? Ciência & saúde coletiva. 2008;13(2):361-370. p. 362.
51. Lepargneur H. Bioética, novo conceito a caminho do consenso. São Paulo: Loyola; 1996. p. 73.
52. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 150.
53. Silva P. Vocabulário jurídico. 20ª ed. Rio Janeiro: Forense; 2002.
54. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 199.
55. Segre M, Silva FL, Schramm FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. Bioética. 1998;6(1):15-13. p. 20.
56. Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998. p.145.
57. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001. p. 226.
58. Dall'Agnol D. Bioética. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2004. p. 54.
59. Garrafa V. Poder e injustiça. Bioética, poder e injustiça por uma ética da intervenção. In Garrafa V, Pessini L. Bioética, poder e justiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. P. 35-44. p. 38.
60. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Bioética. 1996;4(1):7-16.
61. Anjos MF. Bioética: abrangência e dinamismo. O mundo da saúde. 1997;21(1):4-12.
62. Clouser D, Gert B. A critique of principlism. Journal of Medicine and Philosophy 1990;15(2):219-236. p. 219.
63. Figueiredo AM, França GV. Bioética: uma crítica ao principialismo. 2009 [acesso em 30 de março de 2009]; 17(VI): [aproximadamente 21 p.]. Disponível em: <http://www.derechoycambiosocial.com/>
64. Clouser D, Gert B. A critique of principlism. Journal of Medicine and Philosophy 1990;15(2):219-236. p. 231.
65. Tealdi JC. Los principios de Georgetown: análisis crítico. In: Garrafa, V, Kottow M, Saada A. (Coord.). Estatuto epistemológico de la bioética. México: UNESCO /Universidad Nacional Autónoma de México; 2005. p.35-54. p. 37.

66. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003. p. 51.
67. Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998. p. 134.
68. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*. 2005;13(1):125-134.
69. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética*. 1996;4(1):7-16).
70. Pellegrino ED. La metamorfosis de la ética médica: una mirada retrospectiva a los 30 años. *Cadernos de Bioética*. 1995;1:21-34.
71. Tong R. The ethics of care: A feminist virtue ethics of care for Healthcare practitioners. *Journal of medicine and philosophy*. 1998 nov.;23(2):131-152.
72. Jonsen AR, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry. A history moral reasoning*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press; 1988. p. 46.
73. Gracia D. Procedimientos de decisión em ética clínica. Madri: Triacastela; 2007. p. 40
74. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002. p. 114.
75. Junges JR. Bioética como casuística e como hermenêutica. *Revista brasileira de bioética*. 2007;1(1):28-43.
76. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
77. _____. *Fundamentos da bioética cristã ortodoxa*. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 428.
78. Veatch RM. *A theory of medical ethics*. New York: Basic; 1981. p. 387.
79. Anjos MF. Bioética: abrangência e dinamismo. *O mundo da saúde*. 1997;21(1):4-12. p. 9.
80. Finnis J. *Lei natural e direito natural*. Minas Gerais: Unisinos; 2007. pp. 35/58/62.
81. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003. p. 280.
82. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética*. 1996;4(1):7-16. p. 14.
83. Sgreccia E. *Manual de Bioética I: Fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 1996. pp. 80/157.
84. Junges JR. *Bioética Hermenêutica e casuística*. São Paulo: Loyola; 2006.
85. Leder D. Toward a hermeneutical bioethics. In: Dubose ER, Hamel RP, O'Connell LJ (eds). *A Matter of principles? Ferment in U.S Bioethics*. Valley Forge (Pe), Trinity Press International; 1994. p. 240-259.
86. Villarrolé R. Bioética Hermenêutica. *Acta Bioethica*. 2000; 6(1):143-157. p. 155.
87. Tealdi JC. Os princípios de Georgetown: análise crítica. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (Org.). *Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. pp. 49-61.

88. Anjos MF. Bioética em perspectiva de libertação. In: Garrafa V, Pessini L. Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 455-465.
89. Anjos MF. Bioética e Teologia: Janelas e interpretações. O mundo da saúde. 1997;21(1):43-6.
90. Segre M, Cohen C. (org.). Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002.
91. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. Revista brasileira de bioética. 2005;1(4):363-385. p. 368
92. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad saúde publica. 2001;17(4):948-956. p. 953.
93. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. (org.) Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005. pp. 29/43.
94. Schramm FR. Información y Manipulación: ¿Como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de protección. Revista brasileira de bioética. 2005;1(1):18-27.
95. Schramm FR, Arreguy EEM. Bioética do sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. Revista brasileira de cancerologia. 2005; 51(2):117-123.
96. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad saúde pública. 2001;17(4):948-956. pp. 953/954.
97. Schramm FR, Arreguy EEM. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. Revista brasileira de cancerologia. 2005; 51(2):117-122. p. 122.
98. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M.(org.) Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005. p. 36.
99. Schramm FR, Pontes CAA. Bioética da proteção e o papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cad saúde pública. 2004, set./out.;20(5):1319-1327.
100. Garrafa V, Dora P. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. 2003; 17(5-6):399-416.
101. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (Director). Diccionario latinoamericano de bioética. Colombia/Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana e del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia; 2008. p.161-164. p.161.
102. Porto D. Bioética e qualidade de vida: a base da pirâmide social do Brasil [Tese doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. 279 p. p. 37.
103. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (Director). Diccionario latinoamericano de bioética. Colombia/Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana e del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 161-164. p. 162.
104. _____. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In Garrafa V, Pessini L. Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p 35-44.

105. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2005;13(1):111-13. p. 120.
106. 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. p. 401.
107. Leite FL, Barbosa PFT, Garrafa V. Auto-hemoterapia, intervenção do estado e bioética. *Rev assoc med bras*. 2008;54(2):183-8.
108. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2005;13(1):111-13. p. 116.
109. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (Director). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Colombia/Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana e del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 161-164. p. 164.
110. Porto D. Bioética e qualidade de vida: a base da pirâmide social do Brasil [Tese doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. 279 p. pp 46/47.
111. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2005;13(1):111-13. p. 121.
112. Gracia D. *Procedimientos de decisión em ética clínica*. Madri: Triacastela; 2007. p. 21.
113. Abbagnano N. *Dicionário de filosofia*. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007. p. 280.
114. Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Medicina. Conselho Federal (CFM)*.1998 set.;97:28.
115. Siqueira JE. Educação em bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ. *Bioética clínica*. São Paulo: Gaia; 2008. p. 15-35
116. Drumond JGF. O “ethos” médico: a velha e a nova moral médica. Montes Claros-MG: Editora da Unimontes; 2005. p. 104.
117. Anjos MF. Introdução. In: Anjos MF. *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas (Org.)* São Paulo: Idéias letras; 2007. p.13-28. p. 17.
118. Oliveira F, Ferraz TC, Ferreira LCO. Idéias feministas sobre bioética. *Revista ponto de vista*. 2000 ago.; Ano 9: 483-510. pp. 487/494/495.
119. Wolf S (editors). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
120. Sherwin S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
121. Diniz D, Guilhem D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética*. 1999;7(2):181-188.
122. Oliveira F. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo: Moderna; 1997.
123. _____. Feminismo, raça/etnia pobreza e bioética – a busca da justiça de gênero, anti-racista e de classe. In Garrafa V, Pessini L. *Bioética, poder e justiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 345-363. pp. 350/351.
124. _____. Nossos genes nos pertencem! Bioética, feminismo e violência genética. *Proposta*. 2000 mar./ago.; n.84/85:26-33.

125. Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. *Acta bioethica*. 2000; ano 6(1):171-75.
126. Correa FJL. La bioética Latinoamericana en sus textos. Chile: editado con el auspicio del Programa de Bioética de la OPS y el CIEB de la Universidad de Chile. 2008. p. 22
127. Schramm FR. A pesquisa bioética no Brasil entre o antigo e o novo. *Cadernos adenauer*. 2002; ano III (1):87-101.
128. Schramm FR, Anjos MF, Zoboli E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: Anjos MF, Siqueira JE.(Orgs.) *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias & letras; 2007. p. 32.
129. Hossne WS, Albuquerque MC, Goldin JR. Nascimento e desenvolvimento da bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE (orgs.). *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias & letras; 2007. p. 147-148.
130. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). As iniciativas institucionais. *Cadernos de ética em pesquisa*. 1998 nov.;ano I (2):14-18. p.16.
131. Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. *Acta bioethica*. 2000; ano 6(1):171-75.
132. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. *Revista brasileira de bioética*. 2005;1(4):363-385. p. 365.
133. Ministério da Saúde (MS). Comissão Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Oito anos de evolução: um balanço do sistema CEP-CONEP. *Cadernos de ética em pesquisa*. 2005 nov.; ano 4(1):20-25.
134. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Manual operacional para Comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 83-99.
135. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Relação de todos os CEPs credenciados no CONEP. Fevereiro/2009. Brasília: CONEP; [atualização em fevereiro de 2009; acesso em 02/03/2009].
Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm>
136. Musse JO, Boing AF, Martino FS, Silva RHA, Vaccarezza GF, Ramos LP. O ensino da bioética nos cursos de graduação em odontologia do estado de São Paulo. *Arg ciênc saúde*. 2007 jan./mar.;14(1):14-6. p. 14.
137. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. *Revista brasileira de bioética*. 2005;1(4):363-385. p. 364.
138. Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. *Acta bioethica*. 2000; ano 6(1):171-75.
139. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). As iniciativas institucionais. *Cadernos de ética em pesquisa*. 1998 nov.;ano I (2):14-18. p.16.

140. Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE. Bioética no Brasil – tendências e perspectivas. São Paulo: Ideais & letras; 2007. p. 162-184.
141. Ministério da Educação (MEC). Portaria/MEC nº. 458, publicada no Diário Oficial da União de 11/04/2008 (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – reconhecimento programa de pós-graduação *stricto sensu*); Brasília: MEC/CAPES; c 2008. [acesso em 05/05/2008].
Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces028_08.pdf
142. Zoboli ELCP. Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (2):458-460.
143. Lenoir N. Promover o ensino de bioética no mundo. Bioética. 1996;4(1):65-70. p. 66.
144. Senado Federal. Lei de diretrizes e bases da educação. 3ª ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de edições técnicas; 2006.
145. Azevedo EES. Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. Interface - comunic saúde educ. 1998;2(2):127-37. p. 128.
146. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (CES). Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 2001 9 nov.; Seção 1: p. 38.
147. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Orgs.). Educação médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 165-185. p. 169.
148. Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. Medicina. Conselho Federal (CFM).1998 set.;97:28.
149. Schramm FR. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde.Revista brasileira de cancerologia. 2002;48(4):609-615.p.3.
150. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006. p. 24.
151. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. O mundo da Saúde. 2005 jul./set.; 29(3): 455-460.
152. Resolução de Tel Aviv sobre a ética nos currículos inclusão de ética médica e direitos humanos no currículo das escolas médicas no mundo. Adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (AMM) em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999. Tel Aviv: AMM; c1999 [acesso em 10/07/2008]. Disponível em: http://www.malthus.com.br/mg_total.asp?thus=s&id=170&textos=s&fotos=n
153. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. p. 73-85.
154. Clotet J. Bioética: uma aproximação. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006. p.190.
155. Siqueira JE. Educação em bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ. Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 2008. p. 15-35. p. 25.

156. Schramm FR. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. *Revista brasileira de cancerologia*. 2002;48(4):609-615. p 611.
157. Bittar RE, Marcondes E. Conteúdos: características e proposta. In: *Educação médica*. Marcondes E, Lima EG (coords.). São Paulo: Sarvier; 1998. p. 95.
158. Gil AC. *Metodologia do ensino superior*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
159. Haydt RCC. *Curso de didática geral*. 7ª ed. São Paulo: Ática; 2003.
160. Siqueira JE. Educação em bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ. *Bioética clínica*. São Paulo: Gaia; 2008. p.15-35. p. 25.
161. Biaggio AMB. Lawrence Kohlberg ética e educação moral. São Paulo: Moderna; 2002.
162. Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE. *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas*. São Paulo: Ideais & letras; 2007. p. 162-184.
163. Correa FJL. Enseñar bioética: como transmitir conocimientos actitudes e valores. *Acta bioethica*. 2008;14(1):11-7. pp. 11/13.
164. Noro LRA, Albuquerque DF, Machado ME. O desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem: visão do aluno e do professor. *Revista da ABENO*. 2006; 6(2): 109-14. p. 26.
165. Oliveira Filho EC. Reforma universitária: plano nacional de pós-graduação, 2005-2010. In: *Parcerias estratégias: seminários estratégicos. Seminários temáticos para a 3ª conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação*. Brasília. Distrito Federal/DF: Centro de gestão e estudos estratégicos (CGEE); 2005 jun. n. 20, parte I. p. 35-52.
166. Barchifontaine CP. Perspectivas da bioética na América Latina e o pioneirismo no ensino de bioética no Centro Universitário São Camilo, SP. *O Mundo da Saúde*. 2005 jun./set.;29(3):392-401.
167. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Méd Bras*. 2005;51(1):23-8.
168. Universidade de Brasília (UnB). Regulamento do Curso de Pós-Graduação em Bioética (Mestrado Acadêmico e Doutorado). Brasília: UnB; [acesso em 10/03/2009]. Disponível em <http://www.unb.br/fs/regulamentoposbioetica.pdf>
169. Guerra MM. Disciplina bioética. *Revista brasileira de bioética*. 2007;3(2):157-169.
170. Caramico HJ, Zaher VL, Rosito MMB. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. *Bioethikos*. 2007;1(1):76-90. p. 80.
171. Pessini L, Barchifontaine CP. *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola; 2006. pp. 220/221.
172. Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*. 2003 maio/ago.;27(3):114-124.
173. Coll AN, Nicolescu B, Rosenberg M, Random M, Galvani P, Paul P. Educação e transdisciplinaridade II. Coordenação executiva do CETRANS. São Paulo: TRION; 2002. Anexo 3 - Carta da Transdisciplinaridade.

174. Lavaqui V, Batista IL. Interdisciplinaridade em ensino de ciências e de matemática no ensino médio. *Ciência & educação*. 2007;13(3):399-420.
175. Kipper DJ. Docentes de bioética: critérios de certificação e qualificação. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética*. Voz do Iguaçu. São Paulo: Loyola; 2005. p. 20.
176. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. *Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p. 73-85.
177. Zabata A. *A prática educativa: como ensinar*. Porto Alegre-RS: ARTMED; 1998. Reimpressão 2008. p. 13.
178. Batista NA, Silva SHS. *O professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação*. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2001. pp. 93/107/153.
179. Dantas F, Sousa EG. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras. *Revista brasileira de educação médica*. 2008; 32(4):507-514.
180. Demo P. *Professor do futuro e reconstrução do conhecimento*. 5ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2007. pp 80/15.
181. Mello MF, Barros VM, Sommerman A. Introdução. In: *Educação e transdisciplinaridade II*. Coordenação executiva do CETRANS. São Paulo: TRION; 2002. p. 9-25. p. 9-25.
182. Masetto MT. *Competência pedagógica do professor universitário*. 3ª reimpressão. São Paulo: Summus editorial; 2003. pp 23/24-31.
183. Rios PA. *Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade*. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2008. p. 108.
184. Kipper DJ. Docentes de bioética: critérios de certificação e qualificação. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética*. Voz do Iguaçu. São Paulo: Loyola; 2005. p. 20.
185. Soares MAS. (Org.) *Educação Superior no Brasil*. UNESCO/CAPES. Brasília – DF: CAPES; 2002. p. 40.
186. Ministério da Educação (MEC). *CAPES: linhas de ação e programas*. Boletim informativo. 2002 out./dez.; 10(4):1-141. p. 63.
187. Moreira COF, Hortale VA, Hartz ZA. Avaliação da pós-graduação: buscando consenso. *RBPG. Revista brasileira de pós-graduação*. 2004 jul.;1(1):26-40. p. 26.
188. Ferreira LM, Nahas FS, Hochman B, Oliveira Filho RS. Fomento à pesquisa científica e proteção do conhecimento científico. *Acta cirurgia brasileira*. 2005;20(supl. 2):35-39.
189. Soares MAS. (Org.) *Educação Superior no Brasil*. UNESCO/CAPES. Brasília/ DF: CAPES; 2002. p. 44.
190. Fischer T. Mestrado profissional com prática acadêmica. *RBPG. Revista brasileira de pós-graduação*. 2005 jul.;2(4):24-9.
191. Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (FUNADESP). *Legislação e normas da pós-graduação brasileira*. 2ª edição atualizada. Brasília: FUNADESP; 2002. p. 468/469.

192. Seminário organizado pela Capes/DAV; 2005, 31 de março a 1º de abril; Brasília, BR. Brasília, DF: APCN – Mestrado Profissional. RBPG. Revista brasileira de pós-graduação. 2005 jul.;2(4):162-67.
193. Ministério da Educação (MEC). Coordenação de aperfeiçoamento de pesquisa de nível superior (CAPES) (Cursos recém-recomendados e reconhecidos). Brasília: CAPES; c2008 [Atualização em 30 de abril de 2008; acesso em 02/06/2008]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>
194. Spagnolo F, Souza VC. O que mudar na avaliação da CAPES? RBPG. Revista brasileira de pós-graduação. 2004 nov.;1(2):8-34.
195. Infocapes. Boletim Informativo. 2002 julho/setembro; 10(3):1-136. pp. 61/62/71.
196. Senado Federal. Lei de diretrizes e bases da educação. 3ª ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de edições técnicas; 2006.
197. Ferreira LM, Nahas FS, Hochman B, Oliveira Filho RS. Fomento à pesquisa científica e proteção do conhecimento científico. Acta cirurgia brasileira. 2005;20(supl. 2):35-39.

3. MÉTODO

Neste capítulo, com base nos objetivos propostos serão descritos o tipo de estudo, universo, amostra e os procedimentos metodológicos utilizados para coleta e análise dos dados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa documental, exploratória e descritiva com abordagens quantitativa e qualitativa, no qual se buscou conhecer o panorama em que se encontra o ensino de Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área das Ciências da Saúde, por meio de pesquisa sistemática documental.

A pesquisa descritiva é aquela em que “o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la”¹. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob esse tipo de pesquisa, entre os quais encontra-se a pesquisa em documentos.

O método quantitativo “caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”, desde as mais simples, como percentual e desvio-padrão, às mais complexas, como coeficientes de correlação, análise de regressão e utilização de *software* para tratamento estatístico².

Em contraste, o método qualitativo responde a questões muito particulares. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser apenas quantificada, pois trabalha com universos de significados que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis³.

Segundo Minayo⁴, para os tratamentos dos dados qualitativos, a análise de conteúdo é o procedimento metodológico mais comumente utilizado. Esse método é definido por Bardin como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens⁵.

Este será o procedimento técnico utilizado para o tratamento dos dados qualitativos. Os documentos submetidos à análise de conteúdo foram os programas (ementas e conteúdos programáticos) das disciplinas Bioética dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* credenciados pela CAPES e os Currículos *Lattes* dos professores dessas matérias.

3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

A população é composta de 199 programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da área interdisciplinar, 691 cursos de Mestrado e Doutorado da área das Ciências da Saúde avaliados e reconhecidos pela CAPES no triênio 2004 - 2006, com resultado da avaliação publicado em abril de 2008 e os professores responsáveis pelas disciplinas relacionada com a Bioética.

A amostra foi composta por 2 programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* específicos em Bioética, 163 cursos de Mestrados e Doutorados que apresentam disciplinas relacionadas com a Bioética na estrutura curricular, 68 cursos que têm disciplinas de natureza Ética deontológica, sendo 32 com módulo de Bioética e 36 que não apresentam essa característica.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Com base nos objetivos propostos, que buscam conhecer o panorama em que se encontra o ensino da Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu* no Brasil, foram adotados os seguintes procedimentos para coleta de dados:

1º) Pesquisa de forma sistemática no *website* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Esta primeira fase foi realizada em três etapas: Inicialmente foi efetuada uma pesquisa no endereço eletrônico <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>, a partir do acesso ao *menu* "cursos reconhecidos e recomendados" no período de julho a agosto de 2008. O objetivo foi

identificar os Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu* específicos em Bioética na área interdisciplinar credenciados pela CAPES. Enfatiza-se que essa etapa inicial, teve como proposta pesquisar o elenco dos Programas de Pós-Graduação com Mestrado e/ou Doutorado efetivamente reconhecidos pela CAPES destinados a formação de bioeticista. Não constitui portanto, objeto de investigação a análise do conteúdo das disciplinas.

Depois, foi realizado um levantamento no link eletrônico da CAPES para verificar os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na grande área das Ciências da Saúde. Em seguida, procedeu-se uma pesquisa na grade curricular desses cursos, com objetivo de verificar aqueles que apresentam a disciplina de Bioética e identificar, entre as demais disciplinas de natureza Ética deontológica aquelas que têm ou não módulos de Bioética.

Foi levantado o número das disciplinas existentes por número de curso de Mestrado e Doutorado, carga horária dispensada à instrução em Bioética e identificação da natureza administrativa das instituições de ensino (público e particular) em que esses cursos estão alocados.

Como critério de inclusão, considerou-se as disciplinas relacionadas com a Bioética aquelas em que o termo “bioética” encontra-se incluído na denominação do título da matéria. Quanto as disciplinas de natureza Ética deontológica, considerou-se as demais em que o termo “ética” ou “deontologia” tivesse incluída no título da matéria e que a palavra “bioética” não estivesse inserida. Nessa categoria, considerou-se com módulos de Bioética as disciplinas com unidades temáticas referentes às correntes teóricas em Bioética em seu conteúdo (ementas ou conteúdo programático) e sem módulos de Bioética, aquelas que estão estruturadas com base em normas ético-legais, isto é, priorizam o enfoque Ético profissional com ênfase em códigos e outros instrumentos éticos normativos.

Os critérios estabelecidos na definição da natureza administrativa das instituições aos quais os Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área da saúde estavam ligados, tem como referência a classificação do art. 19 da Lei nº. 9.394/1996, referente às Diretrizes e Bases da Educação Superior no Brasil.

2º) Pesquisa no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Com base na identificação dos professores nos programas das disciplinas de Bioética, foi efetuada uma consulta nos currículos Lattes acessados na

plataforma Lattes do CNPq, com o propósito de caracterizar o perfil acadêmico dos professores responsáveis pelo ensino da Bioética.

Com o objetivo de evitar a duplicidade de informações sobre o perfil acadêmicos dos docentes, foram incluídos apenas os nomes daqueles que aparecem pela primeira vez como professor em uma matéria.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

- Quanto à análise dos dados quantitativos:

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Buscou-se mostrar os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* destinados à formação de bioeticistas, as frequências sobre a distribuição dos cursos com disciplinas de Bioética na grande área das ciências da saúde por área de avaliação, distribuição dos demais cursos que apresentam disciplinas de natureza Ética deontológica com ou sem módulos de Bioética e a distribuição da carga horária.

Para verificar se houve associação significativa entre as variáveis cursos com disciplinas de Bioética, natureza das instituições de ensino (públicas e privadas) e carga horária, foi aplicada o teste qui-quadrado (X^2) ao nível de significância de 5% por meio da análise do programa *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

- Quanto à análise dos dados qualitativos:

A análise qualitativa foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. Entre o conjunto de técnicas existentes, foi utilizada a técnica de análise categorial temática, por ser um dos procedimentos propostos por Bardin¹⁴⁰ mais comumente usados na análise de conteúdo de documentos.

O estudo compreende dois momentos da análise dos documentos: inicialmente, procedeu-se a análise dos programas (conteúdos) das disciplinas de Bioética dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* e depois, nos currículos Lattes dos professores.

Para melhor compreensão do processo de análise de conteúdo, as fases desse método serão sucintamente apresentadas. A organização da análise de conteúdo compreende três fases cronológicas, que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e a interpretação).

A pré-análise é a etapa de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuição, tendo por objetivo tornar operacionais e sistemáticas as ideias a serem desenvolvidas. Essa fase possui as seguintes subetapas: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Nessa etapa Consiste em estabelecer contato com os documentos a serem submetidos à análise e proceder a uma primeira leitura, chamada de leitura flutuante⁶.

De posse dos documentos, passa-se para a segunda fase, que é a exploração do material. Essa fase consiste essencialmente em operações de codificação, classificação e categorização que, segundo Bardin⁷, corresponde ao “processo pelos quais os dados brutos são transformados e agregados sistematicamente em unidades, os quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” do documento.

A terceira fase é o tratamento dos resultados e sua interpretação controlada, isto é, a inferência do conteúdo. Nela, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Os procedimentos para esse tipo de tratamento são numerosos, entre os quais pode ser utilizado inclusive o cálculo de frequências e percentagens, que permite estabelecer a importância dos elementos analisados⁸.

Guardadas as especificidades do método de análise de conteúdo, a sua aplicação serve tanto para procedimentos quantitativos como para qualitativos. Conforme explica Bardin:

Na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Já na análise qualitativa é a presença ou ausência de dada característica de conteúdo ou de um determinado conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração.⁹

Assim, o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência ser fundada na presença de índices precisos (termos, sentenças, trechos, temas, palavras)

e não sobre a frequência de sua aparição em cada comunicação¹⁰. Em outras palavras, a análise qualitativa preocupa-se com as deduções específicas sobre um conhecimento ou variável de inferência precisa, e não em inferências gerais.

Segundo Bardin¹¹, entre as diferentes possibilidades de categorização, destaca-se a investigação por temas ou análise temática, por ser a mais rápida e eficaz. Explica Chizzotti que:

A eleição das categorias é fundamental para se atingir os objetivos que se pretende, pois devem estar claramente definidas e serem pertinentes aos objetivos pretendidos na pesquisa, a fim de condensar um significado a partir de unidades vocabulares.¹²

Para a análise dos programas das disciplinas de Bioética dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área da saúde, empregou-se o processo inverso de categorização, chamada por Bardin¹³ de “procedimento por caixas”. Ou seja, as categorias de maior amplitude e as indicadoras destas são criadas *a priori* “em função da busca de respostas específicas do investigador”¹⁰ nos conteúdos dos documentos analisados, deduzidos de teorias previamente fundamentadas para o estudo. Esse procedimento ancora-se na tese formulada por Moraes:

O método dedutivo, um movimento do geral para o particular, implica construir categorias antes mesmo de examinar o *corpus* de textos. As categorias são deduzidas das teorias que servem de fundamento para a pesquisa. São ‘caixas’ (Bardin, 1977), nas quais as unidades de análise serão colocadas ou organizadas.¹⁴

A opção por essa inversão justifica-se pelo fato de as categorias relacionadas às concepções teóricas em Bioética e as referências bibliográficas correspondentes já terem sido referendadas na revisão da literatura.

Os índices de inferências (palavras ou trechos) relacionados às correntes teóricas em Bioética procuradas nas ementas ou conteúdo programático e suas respectivas obras de referências, encontram-se descritos nos quadros 1A e 1B.

QUADRO 1A - ÍNDICES DE INFERÊNCIAS RELACIONADAS ÀS CORRENTES TEÓRICAS EM BIOÉTICA E AS OBRAS ORIGINAIS DE REFERÊNCIAS CORRESPONDENTES AOS DIVERSOS MODELOS TEÓRICOS - 2008

Modelos teóricos em Bioética	Referências
Teoria Principlista da Bioética Enfoques:•Beneficência, •Não maleficência, •Autonomia,•Justiça. •Pesquisa em seres Humanos. •Consentimento livre esclarecido.	1.Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética bio-médica. São Paulo: Loyola; 2002. 2.Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5 th ed. New York: Oxford University Press;2001.
Virtude •Enfoque:Atitudes; ação beneficente	1.Pellegrino, E. e Thomasma, D. For the patient's Good. New York: Oxford University Press; 1988.
Cuidado •Enfoque: nas relações individuais. Cuidado personalizado.	1.Gilligan C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge (Mass): Harvard University press; 1998.
Casuístico •Enfoque: nos casos	1.Jonsen A R. Toulmin S. The Abuse of Casuistry. A history moral reasoning.University of California Press; 1988.
Libertário •Enfoque: livre autonomia	1.Engelhardt T. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 1998.
Contratualista •Enfoque: contrato social	1.Veatch RM.A theory of medical ethics. New York: Basic; 1981. 2.Veatch RM. A theory of medical ethics. Boston. Jones and Bartlett, 1997.
Naturalista (Direito natural) •Enfoque:direitos fundamentais como a vida	1.Finnis J. Natural Law and Natural Rights Oxford: Clarendon Press, 1993. 2.Finnis J. Lei natural e direito natural. Minas Gerais: Unisinos; 2007
Teologia da libertação •Enfoque: defesa dos mais vulneráveis Bioética e religião	1.Anjos MF. Bioética e Teologia: Janelas e interpretações.O mundo da saúde;1997: 21(1): 43-6. 2.Anjos MF. Teologia da Libertação e Bioética. In: Privetera, S. Dicionário de bioética. Aparecida: Santuário, 2000.
Personalista •Enfoque: Antropológico	1.Sgreccia E. Manual de Bioética – I Fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996.

QUADRO 1B - MARCOS CONCEITUAIS EM BIOÉTICA E REFERÊNCIAS DE OBRAS ORIGINAIS CORRESPONDENTES ÀS CORRENTES TEÓRICAS - 2008

Modelos teóricos em Bioética	Referências
<p>Hermenêutica</p> <p>•Enfoque: Interpretação</p>	<p>1.Junges, JR. Bioética: Hermenêutica e casuística. 1ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.</p> <p>2.Leder D. Toward a hermeneutical bioethics. In: Dubose ER, Hamel RP, O'Connell LJ (eds). A Matter of principles? Ferment in U.S Bioethics. Valley Forge (Pe), Trinity Press International, 1994, 240-259.</p>
<p>Reflexão autônoma</p> <p>•Enfoque: Autonomia individual Bioética autonomista e heteronomista</p>	<p>1.Segre M, Cohen C. (Orgs.). Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002.</p>
<p>Bioética da Proteção</p> <p>•Enfoque: nos dilemas morais no campo da saúde pública</p>	<p>1.Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. Cad saúde pública. 2001; 17(4)948-956.</p> <p>2.Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M.(org.) Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005.29-43.</p> <p>3.Schramm FR. Bioética sin universalidad? Justificación de una bioética latino americana y caribeña de protección. In: Garrafa V., Kottow M., Saada A. Bases conceituais da Bio-</p>
<p>Bioética da Intervenção</p> <p>•Enfoque: questões persistentes e emergentes</p>	<p>1.Garrafa V, Porto D. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Bioética. 2005 13 (1):111-13.</p> <p>2.Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (Director). Diccionario latinoamericano de bioética. Colombia/Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana e del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia. 2008. P.161-164).</p> <p>3.GARRAFA, Volnei ; PORTO, Dora . Interventional Bioethics: Epistemology for Peripheral Countries. Journal International de Bioéthique, v. 19, p. 87-102, 2008.</p> <p>4.Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma</p>
<p>Bioética Feminista</p> <p>•Enfoque: perspectivas de gêneros, feminista e antirracista</p>	<p>1.Sherwin S. <i>No longer patient: feminist ethics and health care</i>. Philadelphia: Temple University Press; 1992.</p> <p>2.Wolf S (editors). <i>Feminism and bioethics: beyond reproduction</i>. Oxford: Oxford University Press, 1996.</p> <p>3.Oliveira, M.F Por uma bioética não- sexista, anti-racista e libertária. Dossiê. S. P.:Rede Feminista de saúde direitos sexuais e Diretos reprodutivos, 2000.</p> <p>4.Diniz D, Guilhem D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. Bioética. 1999;7(2):181-188.</p>
<p>Modelo deontológico (Ética profissional)</p> <p>• Ênfase: Códigos de éticas. Deontologia Responsabilidade profissional</p>	<p>1.Referências aos códigos de éticas, declarações e documentos legais.</p>

Seguindo a fundamentação metodológica de Bardin, valendo-se da identificação dos professores com base nos programas das disciplinas, foi efetuada uma consulta na Plataforma Lattes, na página da *website* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), <<http://www.cnpq.br>>, com o objetivo de levantar o

perfil dos docentes. Os elementos indicativos para caracterizar o perfil acadêmico dos professores estão descritos no quadro abaixo.

QUADRO 2 - ÍNDICES DE INFERÊNCIAS RELACIONADAS AO PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA PARA SUBSIDIAR A PESQUISA NOS CURRÍCULOS LATTES NA BASE DE DADOS DO CNPq - 2008

Elementos indicativos
1- Sexo
2- Graduação Ano de conclusão
3- Titulação acadêmica por área de concentração (filosofia, ética e bioética) • Doutor; • Livre docência; • Pós-Doutorado; Ano de conclusão.
4- Formação específica em Bioética • Mestrados • Especialização Ano de conclusão
5-Membro de Comitê de Ética

Considerando que o Mestrado é o primeiro nível⁽¹⁾ de qualificação acadêmica, sendo o Doutorado o requisito mínimo exigido para lecionar na Pós-Graduação *Stricto Sensu*, optou-se por pesquisar apenas os Mestres que possuem qualificação acadêmica na área de concentração em Bioética. Já os professores com título de Doutor a investigação envolveu todas as áreas de concentração, além das específicas em Filosofia, Ética e Bioética.

¹ O mestrado é o primeiro nível de um curso de pós-graduação *stricto sensu*, seguido do doutorado, pós-doutorado e livre docência. Esta é um "título que se obtém através de um concurso, ou mérito". C.f. Houaiss, A. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. P. 1774. A livre docência é regulada pelas Leis nº. 5.802/72, nº 6.096/74 e pelo Decreto 76.119/75. Difere do título de "Notório Saber", que é concedido com base no parágrafo único do art. 66 da Lei nº 9.94/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

3.5 FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos dados obedeceu às fases dos procedimentos de coleta e análise dos dados.

Os resultados encontram-se organizados em gráficos, tabelas e quadros, demonstrando tanto os dados quantitativos como qualitativos extraídos das fontes de pesquisas, os quais foram analisados e discutidos com base no referencial teórico.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em cumprimento às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – (CEP/FS/UnB), sendo aprovado em 14 de outubro de 2008 (Anexo 2)

A pesquisa não envolveu diretamente seres humanos, nem tampouco utilizou instrumento para coleta de dados aplicados aos participantes. Em razão disso, o estudo não ofereceu riscos ou possibilidades de danos ao ser humano, quer seja na dimensão física, psíquica ou moral. Os únicos dados que envolvem ser humano restringiu-se ao perfil dos responsáveis pela disciplina de Bioética. Ressalvando que os dados foram extraídos dos respectivos currículos dos docentes disponibilizados na plataforma Lattes do CNPq.

Assegurou-se o anonimato dos docentes, razão pela qual não foi revelada a identidade dos professores responsáveis pelas disciplinas relacionadas com ensino em Bioética.

Referências

1. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 69.
2. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. p. 70.
3. Minayo MCS. (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20.ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. pp. 21/22.
4. _____. Pesquisa qualitativa em saúde. 8.ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004. p. 199.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 42.
6. _____. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. pp. 95/101.
7. _____. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. pp. 103/4.
8. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. p. 233.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 21.
10. _____. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. pp. 115/6.
11. _____. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 117.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 119.
14. Morais R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. Ciências & Educação. 2003;9(2):191-211.
15. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Manual operacional para Comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 83-99.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, seguindo a ordem de apresentação dos objetivos e as fases dos procedimentos metodológicos, os resultados são descritos de duas formas:

1. Dados quantitativos: apresentam-se, no universo dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área interdisciplinar, aqueles específicos em Bioética e entre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na grande área das Ciências da Saúde, aqueles com disciplinas relacionadas com a Bioética e as disciplinas de natureza Ética deontológica com ou sem módulos de Bioética credenciados pela CAPES.

A seguir são apresentados os resultados estatísticos relativos à distribuição dos cursos de Mestrado e Doutorado que possuem a disciplina de Bioética, assim como a natureza administrativa das instituições de ensino, a carga horária dispensada à instrução em Bioética e a distribuição dos professores por disciplina de Bioética.

2. Dados qualitativos: são apresentados às tendências teóricas em Bioética predominantes com as respectivas referências bibliográficas originais a partir da análise dos conteúdos das disciplinas.

Por último, é apresentado o perfil dos professores responsáveis pelo ensino da Bioética com base nos dados extraídos dos currículos dos docentes na Plataforma Lattes do CNPq.

Os dados encontram-se organizados em tabelas, gráficos e quadros acompanhados da análise e discussão.

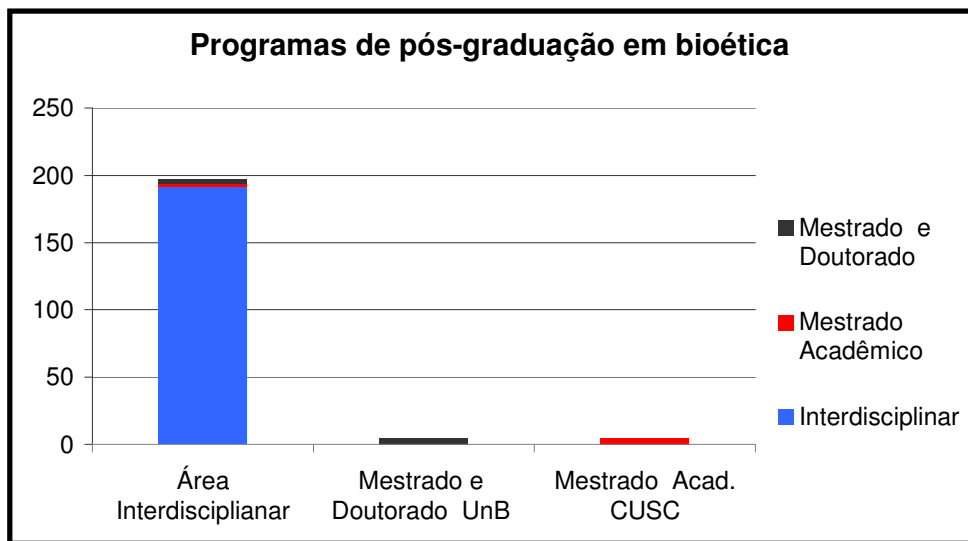
4.1 DOS DADOS QUANTITATIVOS

Nesta seção apresenta-se os dados obtidos por meio da pesquisa efetuada no banco de dados da CAPES referente aos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* específicos em Bioética, os cursos de Mestrado e Doutorado com disciplinas relacionadas com a Bioética, disciplinas de natureza Ética deontológica com módulos de Bioética, a carga horária e a natureza administrativa das instituições de ensino.

4.1.1 Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética

No que concerne aos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* específicos em Bioética reconhecidos pela CAPES, entre os programas da área Interdisciplinar (N=199) foram identificados apenas 2 programas, sendo um com curso de Mestrado e o outro com Mestrado e Doutorado (Anexo 3 e 4).

GRÁFICO 1 - PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRITO SENSU* BIOÉTICA RECONHECIDOS PELA CAPES NA ÁREA INTERDISCIPLINAR 2008.



FONTE: <http://conteudoweb.capes.gov.br/Interdisciplinar&descricaoAreaAvaliacao>

Embora em âmbito acadêmico a Bioética já esteja incluída em diversos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, somente em 2004 o Centro Universitário São Camilo (CUSC) em São Paulo, criou o primeiro curso de Mestrado em Bioética. O segundo programa surgiu recentemente. Em 11 de abril de 2008, foi homologada pela CAPES a criação do Curso de Mestrado e Doutorado em Bioética da Universidade de Brasília (UnB)(Anexo 5)¹.

Até então, não se dispunha de cursos *Stricto Sensu* voltados à formação de bioeticistas no país. Contava-se apenas com disciplinas inseridas em cursos de Mestrado, Doutorado e cursos de Especialização em Bioética. O Núcleo de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) vem se destacando por ter sido o primeiro a ser reconhecido formalmente como “Grupo Consolidado de Pesquisa” junto ao CNPq (1994) que, a partir de 1996 introduziu disciplinas nos cursos de graduação e Pós-Graduação da área das Ciências da Saúde² e desde 1998 oferece anualmente um Curso de Especialização em Bioética, que já está em sua 11ª. edição em 2009.

Apesar do rápido desenvolvimento institucional da Bioética no território nacional desde o início dos anos 1990, o resultado da pesquisa mostra que a Pós-Graduação *Stricto Sensu* ainda está em fase inicial de construção. Por isso, o desenvolvimento da produção científica nesse nível (dissertações e teses) têm ocorrido de forma indireta, isto é, por meio das linhas de pesquisa em Bioética criadas nos diversos programas de Pós-Graduação dedicados ao campo da saúde de modo geral.

De forma que esses dados representam um alerta, pois a escassez de centros formadores são indicativos de que há deficiência em uma das principais tarefas da Pós-Graduação: produzir profissionais aptos para atuar nos diferentes setores da sociedade, particularmente, na capacitação de profissionais para o ensino, centros de pesquisas e comitês de ética.

Em relação à preparação de profissional para atuar nos Comitês de Ética em Pesquisa, num estudo realizado em 2001, a partir de 14 entrevistas e questionário respondidos por outros 48 membros de dez Comitês escolhidos aleatoriamente, revelou que “dos 62 membros que participaram do estudo nenhum relacionou os princípios [estabelecidos na Resolução CNS n. 196/96] com a Teoria Principlista da Bioética”³. Ressalta-se que entre os participantes, 7 eram coordenadores de Comitês. A pesquisadora inferiu “que os membros desconhecem a teoria que fundamenta a Resolução n. 196/96”⁴. O que pode ser um indicativo de haver deficiência na

qualificação de profissionais para atuação nos Comitês de Ética distribuídos no território nacional.

Noutra pesquisa divulgada em 2007, referente a eleição de 12 novos membros para o CONEP, a partir de uma amostra composta por 94 profissionais representantes de CEP, apenas 3,1% tiveram a preparação em “curso de graduação e Pós-Graduação”. Segundo Freitas na maioria a formação foi obtida a partir de atividades auto-didáticas: leituras, conhecimentos da Res. CNS 196/96, experiências práticas nas pesquisas, seguidas de participação em seminários e cursos no próprio CEP (74,8%)⁵. O que reforça a evidência de que há uma carência de Centros de capacitação em Bioética no país.

Por outro lado, na prática também é sentida a ausência de docentes para atuarem na Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Talvez um dos maiores desafios do ensino esteja justamente na qualificação acadêmica. Sobretudo, porque por mais que seja ampla a complementação da formação por meio de cursos de Pós-Graduação, será sempre uma questão complexa preparar profissionais para trabalhar com uma multiplicidade de temas que envolvem as discussões no campo da Bioética.

Talvez seja por isso que nenhum curso trabalhe com uma diversidade de abordagens e envolva especialistas de tantas áreas como na Bioética. Com o objetivo de mostrar a multiplicidade de temas dessa área, apresenta-se o elenco das disciplinas oferecidas nos cursos do Centro Universitário São Camilo e da Universidade de Brasília (UnB) nos Quadros 3 e 4.

QUADRO 3 - GRADE CURRICULAR DO PROGRAMA DE MESTRADO EM BIOÉTICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO - SÃO PAULO - 2008

Primeiro semestre			
Disciplinas	Sigla e Nº	Carga-horária	crédito
1.BIOÉTICA E O DIREITO - BIODIREITO	BD-510	45	3
2.BIOÉTICA E OS CÓDIGOS DE ÉTICA PROFISSIONAIS	BCE501	30	2
3.BIOÉTICA E REABILITAÇÃO	BR-505	45	3
4.BIOÉTICA NO INÍCIO DA VIDA	BIV-508	60	4
5.BIOÉTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA	BCT-512	45	3
6.FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA - HISTÓRIA E TEORIA	FB-500	60	4
7.METODOLOGIA CIENTIFICA	MC-503	30	2
8.METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR	MÉS-504	30	2
Segundo semestre			
Disciplinas	Sigla e Nº	Carga-horária	crédito
1.A ÉTICA E AS CORRENTES FILOSÓFICAS	ECF-502	60	5
2.BIOÉTICA E MEIO AMBIENTE	BMA-511	45	3
3.BIOÉTICA EM SITUAÇÕES CLÍNICAS	BSC-506	60	4
4.BIOÉTICA NA PESQUISA	BP-507	60	4
5.BIOÉTICA NO FINAL DA VIDA	BFV-509	60	4
Total	13	630	43

FONTE: <http://www.capes.gov.br/Interdisciplinar&descricaoAreaAvaliacao>. Disciplinas ofertadas no ano base de acordo com a grade curricular do curso de mestrado em bioética - CUSC.

Integram a estrutura curricular do curso 13 disciplinas, totalizando 630hs⁶. Observa-se que a qualificação privilegia ampla diversidade de temas relacionados aos eixos temáticos: início, meio e fim da vida. O que possibilita inferir que os princípios filosóficos que fundamentam a Instituição Camiliana coadunam-se com os objetivos do curso. Dessa forma, o Mestrado em Bioética se propõe a formar docentes e pesquisadores capazes de refletir sobre as questões da ética/Bioética; aprofundar a discussão de temas propiciando uma visão pluralista; desenvolver pesquisas nas principais áreas da Bioética e difundi-la no Brasil⁷.

No Quadro 4 tem-se a relação das disciplinas dos cursos de Mestrado e Doutorado em Bioética da Universidade de Brasília (UnB).

QUADRO 4 - GRADE CURRICULAR DO PROGRAMA DE MESTRADO E DOUTORADO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB) - DISTRITO FEDERAL - 2008

Primeiro semestre			
Disciplinas	Caracterização	CH	crédito
FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA	Obrigatória MD	60	4
FUNDAMENTOS DA SAÚDE PÚBLICA	Obrigatória MD	60	4
ÉTICA	Optativa	60	4
BASES CONCEITUAIS DA BIOÉTICA	Optativa	60	4
ÉTICA APLICADA	Optativa	30	2
SAÚDE E SOCIEDADE	Optativa	60	4
SITUAÇÕES EMERGENTES EM BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA	Optativa	60	4
SITUAÇÕES PERSISTENTES EM BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA	Optativa	60	4
ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	Optativa	60	4
SAÚDE DO TRABALHADOR E BIOÉTICA	Optativa	60	4
METODOLOGIA DA PESQUISA	Optativa	60	4
EPIDEMIOLOGIA E BIOÉTICA	Optativa	30	2
MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA QUALITATIVAS EM SAÚDE	Optativa	60	4
DIREITOS HUMANOS, CULTURA E SOCIEDADE	Optativa	60	4
SOCIOLOGIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	Optativa	60	4
EPISTEMOLOGIA E BIOÉTICA	Optativa	30	2
INFORMÁTICA NA PESQUISA EM SAÚDE	Optativa	30	2
SEMINÁRIO AVANÇADO EM FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA	Optativa	30	2
SEMINÁRIO AVANÇADO EM BIOÉTICA DE SITUAÇÕES EMERGENTES	Optativa	30	2
SEMINÁRIO AVANÇADO EM BIOÉTICA DE SITUAÇÕES PERSISTENTES	Optativa	30	2
BIOÉTICA E ARGUMENTAÇÃO	Optativa	60	4
SAÚDE, ÉTICA E AMBIENTE	Optativa	30	2
BIOÉTICA E DIREITO	Optativa	30	2
BIOÉTICA E BIOTECNOCIÊNCIA	Optativa	30	2
BIOÉTICA CLÍNICA	Optativa	30	2
ESTÁGIO DE DOCÊNCIA EM BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA - I	Optativa	30	2
ESTÁGIO DE DOCÊNCIA EM BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA - II	Optativa / M Obrigatória / D	60	4
SEMINÁRIOS DE TESE	Optativa D	60	4
ELABORAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO			0
ELABORAÇÃO DE TESE DE DOUTORADO			0

FONTE: Documento cedido pelo professor Dr. Volnei Garrafa - Coordenador do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da UnB - Cátedra UNESCO de Bioética - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética / NEPeB. Esses dados ainda não se encontram disponibilizados na CAPES porque o curso foi criado recentemente.

O Programa prevê a obrigatoriedade de apenas duas disciplinas para o Mestrado e três para o Doutorado. Com isso o aluno tem a liberdade para escolher

outras disciplinas oferecidas nos demais cursos de Pós-Graduação na área das Ciências da Saúde e de outros programas da UnB. O que permite uma flexibilidade na própria construção curricular de acordo com o desenvolvimento da pesquisa do discente.

Em relação aos fundamentos teóricos e filosóficos, verifica-se que as bases epistemológicas da Bioética estão fortemente relacionadas com as áreas temáticas no campo da Saúde Pública, envolvendo as seguintes linhas de pesquisas: Fundamentação Teórica da Bioética e Saúde Pública; Situações Persistentes em Bioética e Saúde Pública; Situações Emergentes em Bioética e Saúde Pública⁸. Dentre os objetivos do curso tem por finalidade capacitar professores e pesquisadores em Bioética de diferentes formações acadêmicas⁹.

4.1.2 Cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* com disciplinas de Bioética

Entre os 691 cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da grande área das Ciências da Saúde avaliados e reconhecidos pela CAPES, foram identificadas 163 (23,6%) cursos com disciplinas, cuja denominação do termo “bioética” encontra-se incorporada ao nome da matéria, sendo que alguns cursos apresentam mais de uma disciplina.

Dos 163 cursos, 157 possuem uma única disciplina autônoma e em 6, mais de uma matéria dedicada ao ensino da Bioética; sendo que 4 contam com 2 disciplinas; e, em outros 2 cursos, 3 matérias com carga horária distinta. Dessa forma, na estrutura curricular dos 163 cursos de Mestrado e Doutorado foram identificadas 171 disciplinas (Apêndice 1).

Entre os cursos que possuem essa disciplina, 8 são de Mestrado profissional (1,1%), 91 Mestrado acadêmico (13,2%) e 64 Doutorado (9,3%). Com esse resultado, verifica-se que dentro do universo dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* credenciados pela CAPES/MEC (691), o ensino da Bioética encontra-se presente em apenas 23,6% (Tabela 2).

Esses cursos encontram-se distribuídos entre nove áreas de avaliação, uma vez que nas áreas da Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional não foram

identificados nenhum curso de Mestrado e Doutorado com a disciplina de Bioética, conforme se verifica na tabela abaixo.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DA GRANDE ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE RECONHECIDOS PELA CAPES QUE TÊM DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA – 2008

GRANDE ÁRES: CIÊNCIAS DA SAÚDE								
Área de avaliação	Total dos cursos de pós-graduação				Total dos cursos de pós-graduação com a disciplina de Bioética			
	Total	M	D	F	Total	M	D	F
Educação Física	29	20	9	0	0	0	0	0
Enfermagem	45	29	14	2	11	6	4	1
Farmácia	46	27	16	3	7	4	3	0
Fisioterapia e Ter. Ocupacional	10	8	2	0	0	0	0	0
Fonoaudiologia	12	7	4	1	4	2	2	0
Medicina I	122	65	54	3	32	19	13	0
Medicina II	130	69	60	1	24	15	9	0
Medicina III	78	38	40	0	30	14	16	0
Nutrição	18	13	5	0	5	4	1	0
Odontologia	137	72	48	17	37	18	12	7
Saúde Coletiva	64	34	17	13	13	9	4	0
Total	691	382	269	40	163	91	64	8
	100%	55,30%	38,90%	5,80%	23,60%	13,20%	9,30%	1,10%

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados> Nomenclatura adotada pela CAPES: Cursos:

M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional Programas.

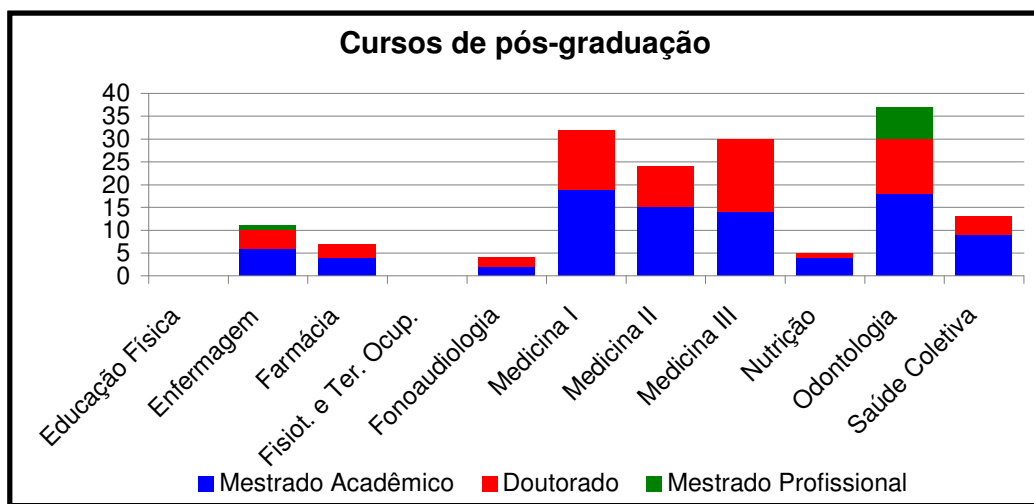
Comparando a distribuição das disciplinas entre as diversas áreas acadêmicas, verifica-se que a maior concentração das disciplinas está no Mestrado acadêmico, exceto na Medicina III, na qual 16 disciplinas estão distribuídas entre os cursos de Doutorado e 14 nos de Mestrado.

Quanto à distribuição entre os cursos por área de avaliação, observa-se que a maior quantidade de disciplinas encontram-se nas áreas da Medicina e Odontologia. Esta evidência sugere que a Bioética ainda constitui uma área de conhecimento restrita à Medicina em primeiro lugar, aparecendo em seguida à Odontologia, e depois à Saúde Coletiva e Enfermagem.

Somando-se as três classificações dos cursos de Pós-Graduação da área Médica, nota-se que além da área médica concentrar o maior número de cursos de Mestrado e Doutorado, também integra as áreas com a maior quantidade de disciplinas autônomas na estrutura curricular.

No gráfico 2, tem-se a visualização dessa distribuição por área de conhecimento e modalidade de curso.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENTRE AS ÁREAS DE AVALIAÇÃO – 2008



FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>

Quanto à oferta do Mestrado profissional, o qual foi criado para suprir uma necessidade de capacitação para o exercício de outras profissões distintas da carreira de docente pesquisador, observa-se que apenas as áreas da Enfermagem (1) e Odontologia (7) privilegiaram esta forma de qualificação profissional (Gráfico 2).

Em relação ao grau de significância estatística associado à distribuição da disciplina por cursos de Pós-Graduação e a relação percentual com o total dos cursos que incluíram a matéria na estrutura curricular, a Tabela 3 mostra a análise do cruzamento desses dados.

TABELA 3 – SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA NA DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS (M/D/F) COM DISCIPLINAS DE BIOÉTICA POR ÁREA DE AVALIAÇÃO E A RELAÇÃO PERCENTUAL COM O TOTAL DOS CURSOS – 2008

Área de avaliação	Cursos de pós-graduação	Disciplina de bioética	%	χ^2	p-valor
	M/D/F	M/D/F			
Educação Física	29	0			
Enfermagem	45	11	7%	21,51	0,00
Farmácia	46	7	4%	41,78	0,00
Fisioterapia e Ter. Ocupacional	10	0			
Fonoaudiologia	12	4	2%	1,50	0,22
Medicina I	122	32	20%	53,26	0,00
Medicina II	130	24	15%	100,93	0,00
Medicina III	78	30	18%	7,41	0,00
Nutrição	18	5	3%	5,44	0,01
Odontologia	137	37	23%	56,11	0,00
Saúde Coletiva	64	13	8%	42,78	0,00

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados> Nomenclatura adotada pela CAPES: M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional.

Ao analisar a significância estatística na distribuição dos cursos com a disciplina de Bioética por área de avaliação, por meio do teste de qui-quadrado ao nível de significância de 5%, verificou-se que houve uma associação significativa na distribuição de frequência dos cursos com a disciplina, ou seja, dentro de cada área de avaliação a quantidade de disciplinas é significativa, exceto em Fonoaudiologia (X^2 1,5 - p-valor > 0,05).

No que se refere ao percentual dos cursos de Pós-Graduação por cada área de avaliação com o total dos cursos de Mestrado e Doutorado que incluíram a disciplina (n=163), tem-se que a área da Medicina possui o maior número de cursos com matérias dedicadas à Bioética (n= 86; 53,0%). Embora esta evidência esteja relacionada com a concentração de cursos de Pós-Graduação existentes nessa área. Em seguida, na ordem, aparece a Odontologia; Saúde coletiva; Enfermagem; Farmácia; Nutrição e Fonoaudiologia (Tabela 3).

Atualmente, na Pós-Graduação *stricto Sensu* envolvendo os cursos da área das Ciências da Saúde de uma forma geral, não se dispõe de estudos que possam servir de parâmetro para avaliar o grau de inclusão do ensino da Bioética em nível nacional¹⁰. Sobretudo, porque nos últimos doze anos houve um significativo aumento da oferta de cursos de Mestrado e Doutorado. Conforme descrito na revisão da literatura, verificou-se que em 1996, existiam 260 cursos de Mestrado e 166 de Doutorado¹¹. De acordo com a última divulgação da CAPES até abril de 2008, existiam 382 cursos de Mestrado

acadêmico, 40 de Mestrado profissional e 269 de Doutorado. O que representa um aumento de 38,4% de cursos entre as doze áreas da saúde.

Hoje, referente ao ensino da Bioética em nível de Mestrado e Doutorado abrangendo todas as áreas da saúde, as pesquisas estão mais concentradas na área médica e em, geral, associam a Ética à Bioética, o que dificulta uma compreensão mais detalhada sobre a atual situação da inserção dessas disciplinas na Pós-Graduação.

Na pesquisa mais recente concluída em 2007, que mapeou as ocorrências de trabalhos sobre o ensino da Ética e da Bioética em publicações de anais de congressos e revistas na área médica, entre os 4024 trabalhos publicados, foram identificadas somente 89 publicações. Entre estas, apenas 8 referiam-se à disciplina Bioética isoladamente na Pós-Graduação. Especificamente, referentes aos trabalhos dedicados ao ensino dessas disciplinas envolvendo todas as Pós-Graduações na área da saúde, foram identificados apenas 5 trabalhos¹².

Apesar disso, esse estudo trouxe pouca contribuição em termos de levantamento estatístico sobre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* que incluíram essas matérias, pois as disciplinas não foram analisadas isoladamente. Isso mostra, portanto, que as pesquisas existentes são insuficientes para avaliar o estado atual da instrução em Bioética na Pós-Graduação.

Em outro trabalho, Muñoz e Muñoz, estudando o ensino da Ética nos programas de Mestrado e Doutorado de 54 Faculdades de Medicina no Brasil, em 2003, apresentaram o resultado de uma pesquisa onde relatam que em 44,4% das faculdades a Ética é lecionada. De acordo com os autores a denominação “bioética” vem sendo acoplada nas disciplinas associadas a ética¹³.

Entretanto, isso não significa uma mudança na filosofia do Plano Político Pedagógico (PPP) em termos de inclusão das dimensões éticas, humanísticas e visão interdisciplinar na formação acadêmica¹⁴, pois apesar de muitas disciplinas serem designadas de “bioética” permanecem sendo estruturadas, em grande parte, por conteúdo de natureza Deontológica¹⁵.

Outro estudo publicado em 2006 por Aires, Hugo, Rosalen e Marcondes¹⁶ mostrou que entre os 87 programas de Pós-Graduação em Odontologia credenciados pela CAPES avaliados no período entre 2001 a 2003, 48 ofereciam a disciplina de “Ética ou Bioética”. Ainda assim, vale ressaltar que os autores utilizaram os termos

Ética/Bioética de forma conjugada, o que indica que não se tem dados precisos relativos à inserção dessas disciplinas separadamente nesses programas.

Nesses relatos, por serem estudos restritos a uma determinada área e por referir-se à Ética e Bioética simultaneamente, são insuficientes para se fazer uma análise comparativa com o presente estudo. Esta é uma lacuna sentida nas pesquisas relacionadas ao cenário na Pós-Graduação no país.

No entanto, isso não faz parte apenas da realidade brasileira. No país onde a Bioética institucionalizou-se como disciplina também há escassez de pesquisas sob esse ângulo de investigação. Apesar do alarde de que várias universidades da América do Norte e da Europa já incluíram a Bioética como disciplina acadêmica em diversos graus de formação¹⁷, num artigo publicado, em 2008, um grupo de pesquisadores americanos revelou que os dados em relação à Bioética nas Faculdades Médicas são modestos.

In bioethics, there have been three recent surveys and a review essay. These data show wide variation, with some medical schools claiming to offer over 200 hours of formal bioethics instruction, while others only touch on bioethics in passing during larger courses. (...) All 59 medical schools in the dataset required coursework in bioethics (...).Over all four years of medical education, medical schools required an average of 35,6 hours of instruction in bioethics (...).^{18 (1)}

Por isso, considerando o percurso histórico do desenvolvimento da Bioética brasileira nessas quase duas décadas e a tradição do ensino da ética baseada nos ensinamentos do *Corpus Hippocraticum*, a identificação de 163(23,6 %) cursos dentro do universo dos cursos de Mestrado e Doutorado credenciados pela CAPES, representa, ainda que tímido, um salto qualitativo em direção a uma nova visão interdisciplinar da formação Ética na área das Ciências da Saúde. Sobretudo, porque o número de disciplinas de natureza Ética deontológica oferecidas é pouco expressivo, conforme será visto na próxima seção.

Com essas dados, apesar do estudo sugerir que um número significativo de cursos ainda não demonstre muita preocupação com a formação ética dos futuros

¹ Em Bioética, existem três pesquisas recentes e um ensaio de revisão. Esses dados mostram uma grande variedade de escolas Médicas onde dizem que oferecem mais de 200 horas de instrução formal em Bioética, enquanto outras somente tocam superficialmente em bioética em disciplinas maiores. [...] Todas as 59 faculdades de Medicina constantes do conjunto de dados requerem atividades em Bioética [...]. Ao longo de quatro anos de formação médica, as faculdades de Medicina requerem uma média de 35,6 horas de ensino em Bioética.

pesquisadores, ao lado da ética baseada nos ensinamentos da escola de Hipócrates que serviu sozinha como referência até os anos 1960¹⁹, existe uma forte presença de disciplinas relacionadas com Bioética na Pós-Graduação *Stricto sensu*.

Ao contrário do modelo normativo baseado na Ética profissional, que é parte e condição natural da formação profissional na área da saúde, a Bioética é uma disciplina de construção permanente. Molda-se e aperfeiçoa-se com a construção histórica nas culturas das sociedades ao longo do tempo, diante dos desafios impostos pelos avanços das ciências e da tecnologia.

4.1.3 Cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* com disciplinas de natureza Ética deontológica

Nesta seção, apresenta-se o resultado da pesquisa referente às disciplinas de natureza Ética deontológica que têm ou não módulos de Bioética. Nessas matérias, o termo “bioética” não está inserido na denominação da disciplina.

Conforme a descrição dos dados na Tabela 4, verificou-se que entre os 691 cursos de Mestrado e Doutorado, 32 (4,6%) apresentam disciplinas com conteúdos relacionados às correntes teóricas em Bioética que, em geral, estão associados à Ética em pesquisas e 36 (5,2%) não fazem referência a tais concepções teóricas (Tabela 5). Essas matérias estão estruturadas com base num elenco de normas ético-legais, incluindo códigos, declarações e outros documentos (Apêndices 2 e 3).

Dos cursos que apresentam conteúdos ou módulos de Bioética, 18(2,6%) são de Mestrado Acadêmico e 14(2,2%) de Doutorado. Essas disciplinas estão distribuídas nas seguintes áreas das Ciências da Saúde: Cursos de Mestrado acadêmico na área da Enfermagem(2); em Medicina I (8), Medicina II(4), Medicina III (12) e Odontologia (6), como demonstrado na Tabela 4.

TABELA 4 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* QUE TÊM DISCIPLINAS DE NATUREZA ÉTICA DEONTOLÓGICA COM MÓDULOS DE BIOÉTICA - 2008

GRANDE ÁREAS: CIÊNCIAS DA SAÚDE								
Área de avaliação	Total dos cursos de pós-graduação				Disciplinas de Ética Deontologia com módulos de Bioética			
	Total	M	D	F	Total	M	D	F
Educação Física	29	20	9	0	0	0	0	0
Enfermagem	45	29	14	2	2	2	0	0
Farmácia	46	27	16	3	0	0	0	0
Fisioterapia e Ter. Ocupacional	10	8	2	0	0	0	0	0
Fonoaudiologia	12	7	4	1	0	0	0	0
Medicina I	122	65	54	3	8	4	4	0
Medicina II	130	69	60	1	4	2	2	0
Medicina III	78	38	40	0	12	6	6	0
Nutrição	18	13	5	0	0	0	0	0
Odontologia	137	72	48	17	6	4	2	0
Saúde Coletiva	64	34	17	13	0	0	0	0
Total	691	382	269	40	32	18	14	0
	100%	55,30%	38,90%	5,80%	4,60%	2,60%	2,20%	0,00%

FONTES: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>

Nomenclatura adotada pela CAPES: Cursos: M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional.

Como se observa, entre as áreas de avaliação, os temas relacionados aos conteúdos de Bioética são abordados de forma transversal em apenas cinco áreas de avaliação, isto é, são assuntos agregados nas disciplinas em que o termo “bioética” não está incluído no título da matéria.

Confrontando esses dados com os descritos na seção anterior (Tabela 2), verifica-se que os cursos com disciplinas de origem Ética deontológica aparecem com mais frequência também no campo da Medicina e da Odontologia. Em particular, relativo às disciplinas de natureza Ética deontológica com módulos de Bioética, constatou-se que o maior percentual encontra-se nas disciplinas onde estão agrupadas todas as especialidades cirúrgicas (Medicina III).

Chamou a atenção o fato de ser esta a especialidade médica com o menor número de cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* credenciados pela CAPES, mesmo assim é a área que apresenta o maior percentual de disciplinas que incorporaram essa temática de forma transversal. Este aspecto, levanta uma série de hipóteses. Entre as quais, por ser uma área onde estão agrupadas todas as especialidades cirúrgicas, talvez possa haver alguma associação com as preocupações relacionadas à anuência do paciente para submeter-se aos procedimentos cirúrgicos. Como é de conhecimento, a obtenção do consentimento livre e esclarecido constitui uma exigência imperativa,

exceto em iminente perigo de vida e sua violação têm implicações tanto éticas como legais²⁰.

Embora não seja objeto deste estudo analisar todo conteúdo programático das disciplinas, é importante ressaltar o fato de que as disciplinas de natureza Ética deontológicas com abordagens teóricas em Bioética, estão mais relacionados com a Ética em pesquisa, exceto quatro disciplinas com a designação de “Ética Médica”, outra relacionada com a “Ética no Trabalho da Enfermagem” e duas sob o título de “Ética na Ginecologia e Obstetrícia”(Apêndice 2).

Em relação às disciplinas sem módulos de Bioética, sejam relativas à conduta do pesquisador ou extensivas aos profissionais da área da saúde, foi identificado um grupo de disciplinas pouco representativas em que os conteúdos dão mais ênfase às normas deontológicas e legais (Tabela 5).

TABELA 5 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* QUE TÊM DISCIPLINAS DE NATUREZA ÉTICA DEONTOLÓGICA SEM MÓDULOS DE BIOÉTICA - 2008

GRANDE ÁREAS: CIÊNCIAS DA SAÚDE								
Área de avaliação	Total dos cursos de pós-graduação				Disciplinas de Ética Deontologia sem módulos de Bioética			
	Total	M	D	F	Total	M	D	F
Educação Física	29	20	9	0	1	0	1	0
Enfermagem	45	29	14	2	5	1	4	0
Farmácia	46	27	16	3	0	0	0	0
Fisioterapia e Ter. Ocupacional	10	8	2	0	0	0	0	0
Fonoaudiologia	12	7	4	1	0	0	0	0
Medicina I	122	65	54	3	7	4	3	0
Medicina II	130	69	60	1	9	6	3	0
Medicina III	78	38	40	0	10	6	4	0
Nutrição	18	13	5	0	0	0	0	0
Odontologia	137	72	48	17	4	1	0	3
Saúde Coletiva	64	34	17	13	0	0	0	0
Total	691	382	269	40	36	18	15	3
	100%	55,30%	38,90%	5,80%	5,20%	2,60%	2,20%	0,40%

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>

Nomenclatura adotada pela CAPES: Cursos:M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional.

Do universo dos cursos de Pós-Graduação *stricto sensu* (N =691) foram identificadas 36 (5,2%) disciplinas onde as denominações “Ética Médica”, “Deontologia Médica”, “Ética” e “Ética e Legislação” são adotada nos títulos da maioria das disciplinas (Apêndice 3). Assim como no grupo das disciplinas anteriormente analisadas, o maior percentual de matérias permanece concentrado na área da Medicina, em particular, no grupo da especialidade cirúrgica. Todavia, esse dado mostra que são inexpressivos os

cursos em que a capacitação acadêmica tem como referência tão somente a visão heterônoma das normas éticas ou legais.

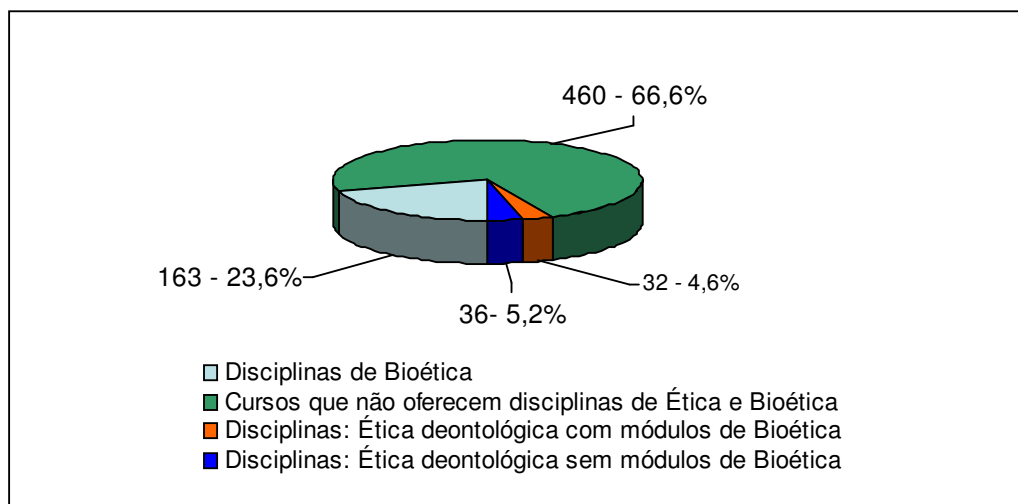
Apesar de se desconhecer a existência de pesquisas anteriores em nível de Pós-Graduação *Stricto Sensu* sobre o número de disciplinas também de natureza Ética deontológica envolvendo a grande área das Ciências da Saúde, existem estudos relacionados à graduação que permitem traçar algum paralelo de análise com a presente pesquisa. Ainda sobre um trabalho publicado em 2003 por Muñoz e Muñoz²¹, no qual faz referência a diversas pesquisas tanto na graduação como na Pós-Graduação na área médica, mostrou que nas 103 Faculdades de Medicina no Brasil analisadas a Ética existe formalmente no currículo. Em 37,7% das faculdades integra a estrutura curricular como disciplina independente e em 62,3% é matéria ministrada por outras disciplinas.

Comparando esses dados com o resultado encontrado na presente pesquisa, verifica-se que, esta evidência não foi confirmada na Pós-Graduação da área médica. Entre os 330 cursos correspondentes ao campo da Medicina I, II e III(Tabela 5) foram identificadas apenas 26 disciplinas de natureza Ética deontológica, sendo que as demais áreas somam somente 10 matérias.

Apesar da forte tradição deontológica, sobre a qual se alicerçou o ensino da Ética na área da saúde, o percentual de disciplinas de natureza ética encontrada nos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área médica foi, significativamente, inferior aos resultados da pesquisa efetuada por Muñoz e Muñoz²¹.

Esses dados demonstraram que na Pós-Graduação *Stricto Sensu* no Brasil, na área das Ciências da Saúde, existe um número expressivo de cursos que não contemplam na estrutura curricular disciplinas relacionadas com a Ética ou Bioética. Isso porque em 460 (66,6%) cursos de Mestrado e Doutorado recomendados e reconhecidos pela CAPES esses ensinamentos parece não integrar as prioridades da capacitação técnica e científica, como demonstrado no Gráfico 3. Esta fato surpreende porque os propósitos desse tipo de qualificação acadêmica estão relacionados com a formação do pesquisador de alto nível e, justamente, nesse grau de capacitação existe uma ausência significativa de conteúdo ético na formação dos futuros pesquisadores nesse campo de conhecimento.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* COM DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA E DE NATUREZA ÉTICA DEONTOLÓGICA -2008



FONTE: <http://www.capes.gov.br/svsliscao/recomendados.html>.

Em revisão das recomendações de várias entidades internacionais que incentivam o desenvolvimento de programas de capacitação em ética no ensino universitário, constata-se que a educação para a Bioética é reconhecida como indispensável à cultura da prudência e da responsabilidade com o progresso da ciência.

Em artigo sobre as atividades das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) na área da ética, apresenta um relato da reunião da Conferência Mundial sobre a Ciência, realizada em 1999, em Budapeste, onde se reconheceu que a “ética e a responsabilidade científica deve ser uma parte integrante da educação e da formação de todos os cientistas.” No mesmo sentido, durante a 32ª Conferência Geral da UNESCO (2003), muitos membros expressaram a necessidade de incentivar os programas de ensino da Ética e da Bioética na educação profissional²².

Sobre a sistematização da incorporação do ensino da ética nos programas de qualificação acadêmica observa-se duas tendências: uma voltada para a inclusão de matérias relativas aos Direitos Humanos e outra direcionada ao incentivo da inclusão da Bioética como disciplina autônoma. Na primeira perspectiva, tem-se como referência a orientação da Associação Médica Mundial (*World Medical Association – WMA*) que recomenda que as Escolas Médicas do mundo inteiro devem incluir o ensino de Ética e direitos humanos como disciplinas obrigatórias em seus currículos²³. Na segunda, em

particular, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos considera que a Educação em Bioética (DUBDH) é necessária para a compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, assim como recomenda que os Estados devem promover a formação em Bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre a Bioética²⁴.

Com essas referências, fica evidente que a Bioética, enquanto disciplina de fundamentação teórico-filosófica, vem sendo reconhecida como necessária à reflexão sobre as transformações dos valores, costumes sociais e ao avançado grau de pluralismo moral vigente na sociedade. Além disso, mostra-se necessária à qualificação de profissionais aptos para enfrentar os graves dilemas éticos no dia-a-dia das atividades profissionais.

De forma que o presente estudo veio expor a situação atual do ensino da Bioética na Pós-graduação *Stricto Sensu*, apontando que ainda existe um longo caminho a ser percorrido para que tais orientações sejam de fato integradas a qualificação acadêmica dos futuros professores e pesquisadores.

4.1.4 Associação dos cursos com disciplinas de Bioética, natureza das Instituições de ensino e carga horária

Neste item, apresenta-se o resultado sobre a associação entre os cursos de Mestrado e Doutorado que incluíram a disciplina de Bioética na estrutura curricular com a natureza administrativa das Instituições de Ensino Superior (IES) e a carga hora/aula dispensada a instrução formal em Bioética.

A Tabela 6 mostra a relação entre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* com as instituições públicas e privadas.

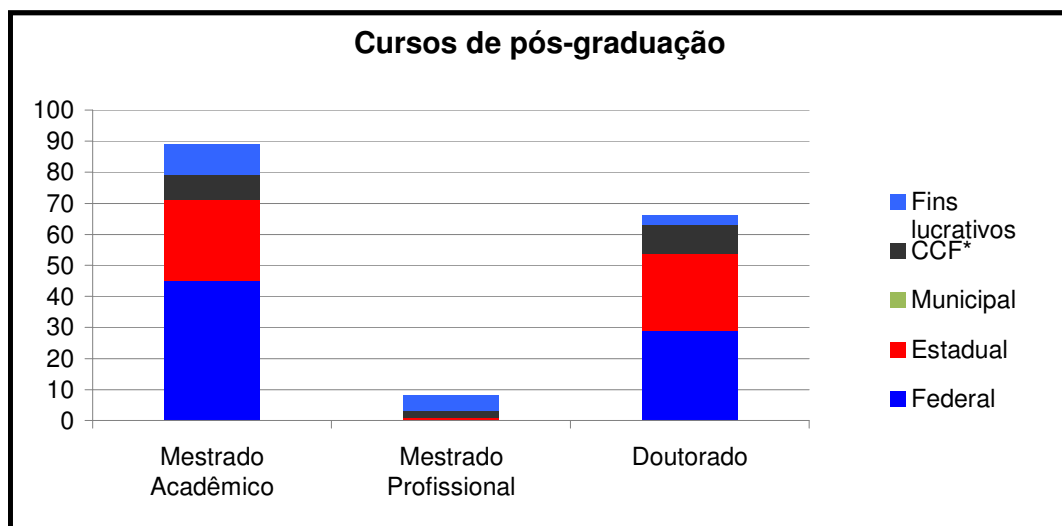
TABELA 6 - CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* COM DISCIPLINAS DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A NATUREZA ADMINISTRATIVA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR – 2008

GRANDE ÁREA: CIÊNCIA DA SAÚDE						
Curso de pós-graduação	Natureza administrativa das instituições					Total
	Pública			Privada		
	Federal	Estadual	Municipal	CCF*	Fins lucrativos	
1.Mestrado Acadêmico	45	26	0	8	10	89
2.Mestrado Profissional	0	1	0	2	5	8
3.Doutorado	29	25	0	9	3	66
Total	74	52	0	19	18	163
	45,40%	32,00%	0	11,60%	11,00%	100%

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>. LEGENDA: Fed.: Federal; Est.: Estadual; Mun.:Municipal. CCF (instituições privadas sem fins Lucrativos): Comunitárias, Confessionais e Filantrópicas; privadas mantidas por pessoa física ou jurídica com fins lucrativos.

Verifica-se que as Instituições Federais concentram o maior número de cursos, sendo 45 (27,6%) de Mestrado acadêmico e 29 (17,8%) de doutorado. Na sequência aparecem as instituições estaduais (n=52: 32,0%), entre as quais a distribuição dos cursos de Mestrado e Doutorado é equivalente; depois as privadas comunitárias, confessionais e filantrópicas (n=19: 11,6%) e por fim, as privadas com fins lucrativos (n=18:11,0%). Na ilustração gráfica abaixo essa distinção é melhor visualizada.

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DE ACORDO COM A NATUREZA ADMINISTRATIVA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO - 2008



FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-reconhecidos>

Procedeu-se a verificação da associação entre as instituições públicas e privadas de acordo com a significância estatística em relação aos cursos de Pós-Graduação com a disciplina de Bioética.

Para avaliar a relação entre as variáveis dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* das instituições públicas e privadas foram agrupados os cursos de Mestrado Acadêmico com o Mestrado Profissional.

Quanto a distribuição dos cursos de Pós-Graduação com disciplinas de Bioética entre as instituições federais (N=74; 45,4%) e estaduais (N=52; 32,0%), por meio do teste qui-quadrado ($X^2 = 3,4847$, p-valor > 0,05), verifica-se que não há diferença significativa na distribuição dos cursos que oferecem disciplinas relacionadas com a Bioética ao nível de significância de 5%, ou seja, entre os cursos que possuem a disciplina de Bioética não existe associação com a natureza administrativa entre as instituições públicas.

Já em relação às instituições públicas (federais e estaduais) com o conjunto das privadas (CCF e com fins lucrativos), verificou-se por meio do teste qui-quadrado ($X^2 = 98,29$, p-valor < 0,05) que há diferença significativa na distribuição dos cursos de Mestrado e Doutorado com disciplinas de Bioética nas instituições públicas. Isto é, a frequência no grupo dessas instituições de ensino com cursos de Pós-Graduação *Stricto*

Sensu foi significativamente diferente (Tabela 6 e Gráfico 4). O que indica que essas instituições estão atribuindo maior ênfase a inclusão da Bioética como disciplina autônoma.

Quanto à carga horária atribuída à instrução em Bioética, para efeitos de cálculo, considerou-se o número correspondente ao total das disciplinas (N=171) identificadas entre os 163 cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. A Tabela 7 apresenta a distribuição de acordo com a natureza dessas instituições.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA(CH) DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA ENTRE OS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DE ACORDO COM AS INSTITUIÇÕES FEDERAIS(IF), ESTADUAIS(IE), PRIVADAS (PCCF) E PARTICULARES COM FINS LUCRATIVOS (PFL) - 2008

Carga Horária	Inst. Federal	Inst. Estadual	PCCF	PFL	Total	%
10 — 20	9	2	8	4	23	13,40%
20 — 30	26	34	9	10	79	46,00%
30 — 40	2	0	0	1	3	1,80%
40 — 50	21	12	0	2	35	20,50%
50 — 60	14	2	2	1	19	11,10%
60 — 70	2	0	0	0	2	1,20%
70 — 80	0	2	0	0	2	1,20%
80 — 90	2	2	0	0	4	2,40%
90 — 120	2	2	0	0	4	2,40%
Total	78	56	19	18	171	100,00%

FONTE: <http://www.capes.gov.br/svsliscao/recomendados.html>.
Informações extraídas dos programas das disciplinas.

A distribuição da carga horária mais frequente variou de 10 a 20 horas, 20 a 30 horas e de 40 a 50 horas, sendo que a carga hora/aula predominante nos cursos lotados nas instituições públicas e privadas é de, em média, 25 horas em 79 (46,0%) disciplinas. Com relação à segunda maior média de carga horária (45 horas), não foram registradas disciplinas nos cursos pertencentes às instituições privadas sem fins lucrativos (PCCF). Já no grupo das instituições públicas a carga horária é de, no máximo, 120 horas em apenas 4 disciplinas; e no grupo das privadas é de 60 horas em 3 disciplinas.

Quanto ao grau de significância estatística relacionada à distribuição da maior carga horária (20 a 30h) entre o grupo das instituições públicas (n=60) e o das privadas (n=19), por meio do qui-quadrado ($X^2 = 0,03$, p-valor >0,05), verificou-se que não houve associação. Isto é, não há diferença na distribuição dessa carga horária por ser a instituição pública ou privada.

Ao comparar o número das disciplinas dos cursos das instituições federais (n=26) com o grupo das privadas (n=19) em relação à carga horária de 20 a 30 horas, verificou-se por meio do teste qui-quadrado ($X^2 = 1,23$, p-valor > 0,05), que também não houve associação. Assim como entre os cursos das instituições estaduais (n=34) com o conjunto das privadas (n=19), o resultado não foi diferente (teste qui-quadrado - $X^2 = 0,36$, p-valor > 0,05).

Esses dados mostram que apesar de existir uma grande variedade de carga horária de instrução formal em Bioética, a maior média de horas/aulas comum entre os cursos de Pós-Graduação é de 25h. Assim como, por meio do teste qui-quadrado, constatou-se que não há relação na distribuição dessa carga horária quanto à natureza das instituições.

4.1.5 Distribuição dos professores por disciplina

Em relação ao número de professores responsáveis pelas disciplinas de Bioética, são poucos os cursos em que as atividades acadêmicas são compartilhadas por vários docentes, como demonstra os dados da Tabela 8.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFESSORES DE ACORDO COM AS DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA - 2008

Distribuição da disciplina por professor	Frequência	%
1	94	55,00%
2	28	16,40%
3	3	1,70%
4	5	2,90%
Sem registro	41	24,00%
Total	171	100,00%

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>. Informações extraídos dos programas das disciplinas de Bioética.

Com base nos dados obtidos nos programas das 171 disciplinas, em 41 não foi possível levantar o nome dos professores responsáveis pelos ensinamentos em Bioética por falta de registro.

Na identificação dos docentes por disciplina um dado chamou atenção. Ao confrontar os nomes dos docentes nas 171 matérias, constatou-se que um grupo de 12 professores aparecem como responsáveis, sozinhos, por 49 disciplinas em diferentes cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Além disso, em 55,0% (94) das disciplinas o ensino é conduzido por apenas 1 professor.

Esses dados sugerem que há uma sobrecarga de trabalho assumida por um pequeno grupo de docentes, já que são poucos os professores responsáveis pelo ensino da Bioética nos cursos de Mestrado e Doutorado atualmente existentes no país credenciados pela CAPES. Talvez esta evidência seja um indicativo de que há escassez de docentes qualificados para lecionar essa matéria na Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Tabela 8).

Tal observação já foi relatada em estudos como o de Rego, Palácios e Schramm na graduação; estes autores alertam que a inserção do ensino da Bioética nos cursos de graduação deve ser cuidadosamente considerada, sobretudo pela falta de quadros qualificados para este ensino na maioria das faculdades²⁵. Como ponderam Caramico e Rosito “são poucos aqueles que possuem tamanha formação acadêmica para poder discorrer sobre todos os assuntos que abrangem a Bioética” na atualidade²⁶.

Esses dados revelam ainda outra preocupação em termos da principal característica da Bioética. Considerando que um número significativo de disciplinas ainda está sob a responsabilidade exclusiva de um único professor, o discurso interdisciplinar se distancia da realidade, pois os temas não são compartilhados com profissionais de outras áreas de conhecimento.

4.2 DOS DADOS QUALITATIVOS

Nesta seção, apresenta-se os dados obtidos por meio da análise efetuada nos conteúdos das disciplinas relacionados às tendências teóricas em Bioética, referências originais correspondentes aos diversos modelos teóricos e o perfil acadêmico dos professores.

4.2.1 Tendências teóricas em Bioética

Para a identificação das tendências teóricas em Bioética (correntes, concepções, vertentes ou modelos teóricos), os conteúdos das disciplinas (ementas e conteúdos programáticos) foram submetidos à uma leitura flutuante. Depois foram cuidadosamente analisados em busca das categorias que emergiram do referencial teórico, conforme relação apresentada nos quadros 1A e 1B.

Foi submetido ao processo de análise o conteúdo de 171 disciplinas distribuídas entre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* das seguintes áreas de avaliação: Enfermagem; Farmácia; Fonoaudiologia; Medicina I, II e III; Nutrição; Odontologia e Saúde coletiva. Nos cursos das áreas em Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional não foram identificadas disciplinas relacionadas com a Bioética.

A Tabela 8 apresenta a forma como as disciplinas estão estruturadas de acordo com as proposições epistemológicas em Bioética, isto é, buscou-se destacar os índices de inferências encontradas nos conteúdos dessas matérias relacionadas as concepções teóricas.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA POR ÁREA DE AVALIAÇÃO DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS TEÓRICAS COM BASE NA ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DAS DISCIPLINAS – 2008

Estrutura das disciplinas														
Correntes Teóricas	Área de Avaliação	Educação Física	Enfermagem	Farmácia	Fisiot./T. Ocup.	Fonoaudiologia	Medicina I	Medicina II	Medicina III	Nutrição	Odontologia	Saúde Coletiva	Total	
													n	%
1.Princípioalismo		-	2	6	-	2	16	6	14	2	18	1	67	39,2
2.Princípioalismo Casuístico		-	1	-	-	-	4	2	-	-	2	2	11	6,4
3.Princípioalismo Ética profissional		-	-	-	-	-	-	3	9	2	5	2	21	12,0
4.Princípioalismo Bioética da Intervenção		-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	4	2,3
5.Princípioalismo Diferentes correntes		-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	2	6	3,6
6.Princípioalismo Bioética da proteção Diferentes correntes		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,6
7.Princípioalismo Contratualismo Bioética da proteção Diferentes correntes		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	1,2
8.Princípioalismo Ética profissional Diferentes correntes		-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,6
9.Princípioalismo Teologia da libertação Diferentes correntes		-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	1,2
10.Princípioalismo Bioética da intervenção Ética profissional Questões de Gênero *		-	-	-	-	-	-	*1	-	1	2	-	4	2,3
11.Princípioalismo Bioética da intervenção Ética profissional Diferentes correntes		-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	1,2
12.Reflexão Autônoma		-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	1,2
13.Ética profissional		-	1	-	-	-	3	2	3	-	4	-	13	7,6
14.Ética profissional Diferentes correntes		-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3	1,8
15.Fundamentos História da bioética		-	-	-	-	-	-	5	-	-	2	2	9	5,3
16.Sem referências		-	5	1	-	2	5	3	6	-	1	-	23	13,5
Total		-	11	7	-	4	33	29	32	5	37	13	171	100%

FONTE: <http://www.capes.gov.br/svsliscao/recomendados.html>. *Nota: Bioética de inspiração Feminista foi citada apenas em uma disciplina na área da Medicina II.

De acordo com os dados da Tabela 9, verifica-se que a corrente predominante é a Teoria Princípioalista da Bioética. Isto porque entre as 171 disciplinas, 121 (70%) têm como referência a concepção pragmática da ética dos princípios formulada por Tom L.

Beauchamp e James F. Childress, seja como concepção teórica única (n=67; 39%) (Item 1) ou integrando o domínio teórico das demais disciplinas (n=54; 31%) com outros modelos de análise moral (Itens 2 a 11) (Tabela 9).

Também como suporte teórico único, a vertente da Bioética Autonomista apareceu em 2 (1,2%) disciplinas e o enfoque da Ética Profissional em 13 (7,6%) matérias (item 13). Não sendo possível identificar as correntes que compartilham com o modelo deontológico do ensino em 3 (1,8%) disciplinas, pois os índices de referências nos conteúdos dessas matérias referem-se a tópicos genéricos do tipo: “Diferentes correntes” (item 14 – Tabela 9). O que ocorreu também em 9 (5,3%) disciplinas, visto que alguns tópicos do conteúdo programático das disciplinas referiam-se aos “Fundamentos ou história da Bioética” (item 15). Da mesma forma, por ausência de referências em 23 disciplinas, não foi possível identificar a concepção teórica adotada (item 16) (Tabela 9).

Isto criou uma enorme dificuldade durante o processo de análise dos conteúdos das disciplinas, pois não se pode tirar conclusões a partir de referências inespecíficas. As deduções são feitas, sobretudo com base nas inferências precisas de acordo com as categorias estabelecidas a partir da denominação dos modelos teóricos em Bioética.

Ao analisar os demais dados, observa-se ainda que o ensino da Bioética é compartilhado com o enfoque da Ética profissional em outras 28 disciplinas (Itens 3, 8, 10 e 11). O que possibilita inferir que a inserção da temática deontológica também faz parte dos pressupostos naturais de toda capacitação científica ou técnica. Por outro lado, por ser a Bioética uma disciplina ainda sem feição definitiva, em muitos cursos da área da saúde ainda prevalece o modelo de ensino Ética/Bioética conduzido pela disciplina de Deontologia.²⁷ Como enfatiza Anjos, ainda existe na Bioética brasileira um ponto de encontro entre a Ética normativa e a Ética aplicada (Bioética), por meio das deontologias profissionais. É importante ainda ressaltar, que a Bioética surgiu exatamente num contexto de crise da ética normativa, por isso muitas vezes cria-se a expectativa de que tenha uma convergência ou desfecho para regras de conduta²⁸.

Contrariando as características multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, observa-se que a Bioética em algumas situações parece ser vista como uma renovação da Ética Profissional. Em algumas situações confundindo-se até mesmo com o próprio modelo deontológico de ensino, uma vez que muitas disciplinas recebem a designação de “bioética” (Item 13 – Tabela 9 e Apêndice 1), porém os conteúdos temáticos são

estruturados com base num elenco de normas ético-legais instituídas para dar respaldo moral às tomadas de decisões profissionais²⁸. Outras vezes chega-se até mesmo ser confundida com a Ética Médica. Exemplificando, foi encontrado um tópico no conteúdo de uma determinada disciplina com a seguinte conceituação: “Princípios fundamentais da Ética Médica: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.”

Coincidentemente, num recente artigo publicado por Caramico, Zaher e Rosito sobre o ensino da Bioética nas Faculdades de Medicina também chamaram a atenção para este aspecto. Constataram que na maioria dos trabalhos no que diz respeito à Ética Médica, chega-se “até mesmo confundir Bioética com Ética Médica.” Por isso, as pesquisadoras inferiram que há muito o que se fazer para o fortalecimento da Bioética na graduação e na Pós-Graduação²⁹.

Quanto as demais correntes teóricas, foi identificado um conjunto de categorias temáticas relacionadas às seguintes concepções: Casuística, Contratualista, Teologia da Libertação, Bioética da Proteção, Bioética da Intervenção e Questões de Gênero. Porém, essas concepções são pouco representativas, destacando-se o paradigma Casuística em 11 (6,4%) disciplinas (item 2) e a Bioética da Intervenção em outras 10 (5,8%) matérias (itens 4, 10 e 11). Além disso, não são referências isoladas, ou seja, compartilham com outras abordagens teóricas em 26(15,2%) (itens 2,4,6,7,9,10 e 11) (Tabela 9).

Quanto a ausência de referências relacionadas às perspectivas da Bioética Feminista um fato chamou atenção. Somente uma disciplina em um curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* no campo da Medicina II incluiu um tópico sobre essa perspectiva crítica da Bioética (item 10) (Tabela 9). O que sugere que tanto as discussões sob a perspectiva das vertentes da Bioética Crítica de Inspiração Feminista, quanto a Bioética Anti-Racista constituem temas que ainda se encontram fora de pauta na qualificação acadêmica na Pós-Graduação. Discussões tão relevantes na sociedade, como a discriminação étnico/social da qual decorrem diversas formas de desigualdade, ainda são assuntos pouco comuns em sala de aula, apesar da significativa presença de mulheres atuando na docência no campo da Bioética, como demonstrado no Gráfico 5.

Até onde se tem registro na literatura, “a primeira disciplina temática de bioética e gênero foi oferecida pela Universidade de Brasília em 2000.”³⁰ Porém, nos dados obtidos por meio da pesquisa efetuada sobre os cursos de Mestrados e Doutorado da

grande área das Ciências da saúde credenciados pela CAPES, com base na avaliação trienal entre os anos de 2004 a 2006, com resultados atualizados até 03/07de2008, não foi identificada nenhuma disciplina sobre essa temática nos cursos da área da saúde da referida Instituição.

Os dados da Tabela 9 evidenciam que a corrente principialista estadunidense é o modelo teórico adotado na maioria das disciplinas relacionadas com a Bioética, assim como a Ética Profissional ainda exercem forte influência como modelo de ensino na Pós-Graduação. Desse modo, pode-se inferir que a capacitação acadêmica no Brasil privilegia basicamente dois modelos de ensino da ética que, em si, complementam-se. Um apoiado nos fundamentos epistemológicos do modelo da teoria dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça e o outro amparado nas raízes da tradição moral deontológica, tendo como referência os Códigos de Éticas Profissionais. Evidência que demonstra que os códigos são exigências naturais da própria formação dos profissionais da área da saúde.

Se por um lado, apesar de se constatar que 44 (25,5%) dos cursos analisados apresentam a temática deontológica por outro, os dados sugerem que houve um salto qualitativo em relação aos avanços nas bases conceituais de referência sobre a inclusão do ensino da Bioética na qualificação na Pós-Graduação. Isso mostra que houve uma resposta às mudanças culturais e valores morais tanto na sociedade como nas áreas onde a vida, ciência e a ética interagem entre si.

Esses dados mostram que, apesar das críticas à Teoria Principialista da Bioética, sobretudo por ter sido exportada para os países periféricos sem levar em consideração o contexto sócio-cultural, ainda exerce um forte domínio na fundamentação teórica da Bioética, seja como disciplina científica ou acadêmica. Além disso, o estudo sugere que as disciplinas relacionadas com a Bioética estão sendo, paulatinamente, inseridas nos níveis de capacitação acadêmica. Constatação reforçada pela desproporção entre os cursos que incluíram disciplinas relacionadas com a Bioética daqueles com matérias de natureza Ética deontológica.

4.2.2 Disciplinas de natureza ética deontológica

Em relação às demais disciplinas em que a palavra “bioética” não integra o seu título, foram identificadas 32 matérias com módulos de Bioética distribuídas entre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Também constatou-se que a vertente principialista da Bioética é o modelo teórico hegemônico, seja como suporte teórico único ou integrando o conteúdo das disciplinas com o modelo ético normativo. Como demonstrado na Tabela 10, nas áreas da Educação Física, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Saúde Coletiva não foram encontradas disciplinas com essa característica.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS COM MÓDULOS DE BIOÉTICA POR ÁREA DE AVALIAÇÃO DE ACORDO COM AS TENDÊNCIAS TEÓRICAS COM BASE NA ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DAS DISCIPLINAS – 2008

Área de Avaliação		Estrutura das disciplinas										Total		
		Educação Física	Enfermagem	Farmácia	Fisiot./T. Ocup.	Fonoaudiologia	Medicina I	Medicina II	Medicina III	Nutrição	Odontologia	Saúde Coletiva	n	%
Correntes Teóricas														
1.Principialismo		-	1	-	-	-	6	4	6	-	5	-	22	68,8
2.Principialismo Ética profissional		-	1	-	-	-	2	-	6	-	-	-	9	28,1
3.Principialismo Ética profissional Feminismo		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3,1
Total		-	2	-	-	-	8	4	12	-	6	-	32	100

FONTE: <http://www.capes.gov.br/svsliscao/recomendados.html>. Programas das disciplinas.

Em 22(68,8%) disciplinas o modelo dos quatro princípios *prima facie* da Bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) integra o domínio teórico como referência única (item 1). Em outras 9 (28,1%) matérias (item 2) o ensino é conduzido conjuntamente com os pressupostos deontológicos da ética clássica. Ou seja, os conteúdos das disciplinas também estão estruturados com base nos códigos de éticas ou em normas ético-legais.

Quanto às demais abordagens teóricas, constatou-se que apenas uma disciplina incluiu no conteúdo programático um tópico sobre a perspectiva da Bioética Feminista (Item 3). O que evidencia que as abordagens relacionadas às vertentes da Bioética Crítica de Inspiração Feministas e da Feminista e Anti-Racistas também se encontram fora da discussão nos cursos de Mestrado e Doutorado.

Os dados também mostraram que a maioria dos cursos de Mestrado e Doutorado com ênfase na abordagem principialista são da área Médica, em primeiro lugar e, em segundo, os cursos da Odontologia. É interessante ressaltar que a designação do título da disciplina parece não ter relação direta com o conteúdo temático, pois constatou-se que várias disciplinas, cujo o termo “bioética” está inserido na sua denominação o ensino é conduzido pelo enfoque deontológico e vice-versa.

4.2.3 Obras de referências relacionadas as correntes teóricas em Bioética

Nesta seção, apresenta-se o resultado da pesquisa efetuada no item bibliografia das disciplinas relacionadas com a Bioética (171) e nas matérias de natureza Ética deontológica que possuem módulos de Bioética (32) dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na grande área das Ciências da Saúde.

Foram pesquisadas as referências teórico-filosóficas que buscam fundamentar a Bioética de acordo com os respectivos modelos teóricos descritos nos Quadros 1A e 1B no capítulo referente ao método. No Quadro 5 estão relacionadas as referências encontradas.

QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CORRESPONDENTES AS CORRENTES TEÓRICAS IDENTIFICADAS NOS PROGRAMAS DAS 171 DISCIPLINAS DE BIOÉTICA E DAS 32 DISCIPLINAS COM MÓDULOS DE BIOÉTICA – 2008

Referências	Disciplina Bioética	Disciplinas com módulos de Bioética
1. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.	7	
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5 th ed. New York: Oxford University Press; 2001.	59	5
1. Sgreccia E. Manual de Bioética I: Fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996.	16	2
1. Engelhardt T. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 1998.	31	
1. Veatch R. A theory of medical ethics. New York: Basic; 1981.	5	
2. Veatch R. A theory of medical ethics. Boston. Jones and Bartlett, 1997.	3	
1. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad saúde pública. 2001; 17(4):948-956.	2	
1. Segre M, Cohen C. (Orgs.). Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002.	21	1
* Não foram identificadas referências sobre os modelos teóricos em Bioética listados no quadro 1 (A e B).	65	24

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-reconhecidos> - Itens das referências bibliográficas dos programas das disciplinas.

Com base nesses dados, verifica-se que as obras de referências não correspondem as correntes teóricas mencionadas no conteúdo das disciplinas, conforme

o resultado demonstrado na Tabela 9 na seção 4.2.1. Observa-se que o maior número de bibliografias são referentes à obra de Beauchamp TL, Childress JF. (71). Reforçando o que já ficou evidenciado na apresentação dos resultados referentes à tendência teórica majoritária em Bioética.

Esses dados demonstraram que entre os 203 programas das disciplinas (171+32) analisadas, em 89 (65+24) não foram encontradas nenhuma referência relacionada as obras originais de suporte aos modelos teóricos em Bioética indicados no conteúdo das disciplinas. Assim como constatou-se que as referências não estão diretamente relacionadas as respectivas escolas de pensamento que buscam fundamentar teoricamente a Bioética.

Foram identificadas 31 indicações do livro “Fundamentos da bioética” de H. Trinstam Engelhardt Jr. Talvez isso se deve ao fato de ser considerada uma das principais obras de referência em Bioética depois da publicação do livro de Beauchamp e Childress. Isto porque constatou-se que nenhuma disciplina enfatizou a corrente teórica defendida por esse autor (Paradigma Liberal) (Tabelas 9 e 10). O que sugere que as indicações tiveram como objetivo dar apoio aos fundamentos teorico-filosóficos de uma forma geral e não especificamente a corrente defendida por Engelhardt. O mesmo aconteceu com a vertente teórica em Bioética defendida por Élio Sgreccia (Personalista), uma vez que foram identificadas 18 referências de sua principal obra e, no entanto, não foi encontrada nenhuma referência relacionada com esse paradigma teórico nos conteúdos das disciplinas analisadas.

De forma inversa, esta interpretação se aplica às 22 indicações da obra de Segre M e Cohen C.– “Bioética” (Quadro 5), uma vez que foram encontradas apenas duas categorias temáticas nos conteúdos das disciplinas sobre à concepção teórica desses autores (Bioética de Reflexão Autônoma) (item 12 – Tabela 9).

Quanto a principal obra que busca fundamentar a corrente contratualista da Bioética, foram identificadas 8 referências de *Robert Veatch* (Quadro 5). Contrapondo com os índices de inferências identificados no conteúdo das disciplinas analisadas, observa-se que tais indicações não estão necessariamente relacionadas aos fundamentos desse marco teórico, uma vez que apenas duas disciplinas deram ênfase ao modelo contratualista da Bioética, como demonstrado no item 7 da Tabela 9. Já as duas referências às obras de Schramm e Kottow (Quadro 5) evidenciam que estão mais associadas aos fundamentos da corrente teórica defendida por esses autores, pois as

indicações são proporcionais a essas abordagens no conteúdo das disciplinas (itens 6 e 7 – Tabela 9)(Quadro 5).

Com esses dados, observou-se que as referências são sempre secundárias, ou seja, bibliografias muito diversificadas que de uma forma mais ampla buscam fundamentar teoricamente os diversos temas específicos em Bioética e outras disciplinas o número de referências são inexpressivas ou inexitem. Em outros termos, as indicações bibliográficas, em sua grande maioria não tem a finalidade de dar suporte teórico específico as diversas tendências atuais em Bioética.

Caberia ainda indagar, se existe preocupação dos professores e/ou coordenadores dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* atualizarem os programas de todas as disciplinas que compõe a estrutura curricular. O que naturalmente espera-se ser uma obrigação da instituição e uma exigência da CAPES, já que este é o órgão governamental responsável pela avaliação trienal desses cursos com vista em sua revalidação. Tal questionamento surge devido a presença de uma quantidade insignificante de referências indicadas em várias disciplinas e em outras sequer o item bibliografia integra o seu conteúdo.

Afastando essas hipóteses poder-se-ia pensar na pouca evidência acerca da pluralidade das tendências teóricas atualmente existentes em Bioética, seja por insuficiência de conhecimentos referentes aos demais modelos explicativos de justificativas morais ou pela praticidade da aplicação dos princípios *prima facie* da Bioética que ainda não foi suplantado por outra ferramenta de análise moral. De outro modo não se justificaria o predomínio da abordagem principialista e sua difusão como o principal modelo de referência na capacitação acadêmica.

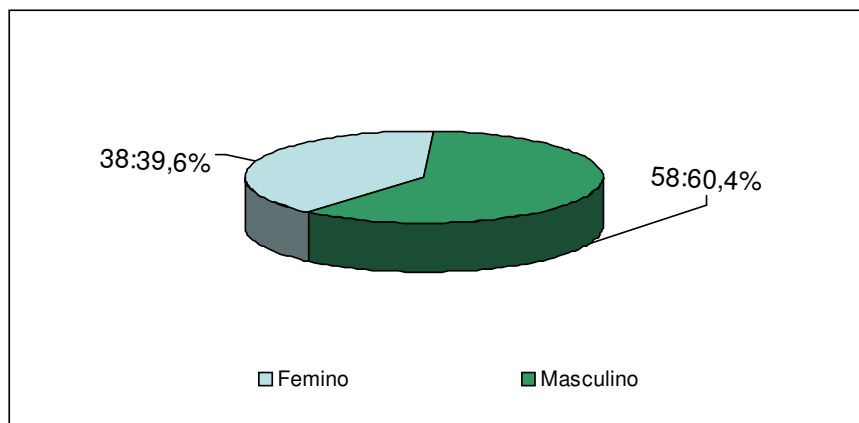
4.2.4 Perfil dos professores responsáveis pelo ensino da Bioética

Apresenta-se o perfil acadêmico dos professores responsáveis pelas disciplinas relacionadas com a Bioética de acordo com as seguintes categorias: sexo, graduação, titulação acadêmica, formação específica em Bioética e participação dos docentes em Comitês de Ética em Pesquisa.

Cabe salientar que na época da pesquisa seis currículos não estavam atualizados e por ausência de registros dos professores nas disciplinas cadastradas na CAPES, só foi possível levantar o perfil dos docentes de 130 (76,0%) matérias. Desse total foi mapeado o perfil de 96 professores, pois foram excluídos os nomes daqueles que aparecem em mais de uma disciplina, seja compartilhando as atividades com outros docentes ou assumindo a responsabilidade pelo ensino isoladamente.

O primeiro elemento a ser investigado refere-se ao gênero. De acordo com o Gráfico 5, observa-se que a maioria do grupo docente é do sexo masculino (n=58: 60,4%). Apesar disso, constata-se que há um expressivo número de mulheres atuando na Pós-Graduação *Stricto Sensu* (n=38: 39,4%). Entretanto, essa presença não significa contribuição efetiva da visão feminista para a Bioética, pois ainda constitui uma área temática inexpressiva nesta área de conhecimento (Tabelas 9 e 10).

GRÁFICO 5 – PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELAS DISCIPLINAS RELACIONADAS COM A BIOÉTICA DE ACORDO COMO SEXO - 2008



FONTE: <http://www.capes.gov.br/svsliscao/recomendados.html>. Identificação dos professores responsáveis pelo ensino da bioética com base nos programas das disciplinas.

Na Tabela 11 tem-se o resultado do perfil acadêmico dos professores relativo à formação universitária.

TABELA 11 – PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA E ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO - 2008

Graduação	Nº	%	Ano conclusão do curso^{1,2}	Nº	%
1.Biologia	2	2,08			
2.Direito	1	1,04	1950 – 1955	1	1,04
3.Enfermagem	10	10,42			
4.Farmácia	3	3,13	1955 – 1960	2	2,08
5.Filosofia	2	2,08			
6.Fonoaudiologia	1	1,04	1960 – 1965	6	6,25
7.Linguística	1	1,04			
8.Nutrição	1	1,04			
9.Medicina	45	46,88	1965 – 1970	10	10,42
10.Medicina veterinária	1	1,04			
11.Odontologia	19	19,80	1970 – 1975	19	19,79
12.Química	1	1,04			
13.Psicologia	1	1,04	1975 – 1980	17	17,71
Duas graduações					
1.1.1 Pedagogia	1	1,04	1980 – 1985	20	20,83
1.2 Enfermagem					
2.2.1 Filosofia	1	1,04	1985 – 1990	9	9,38
2.2 Enfermagem					
3.3.1 Filosofia	1	1,04	1990 – 1995	7	7,29
3.2 Artes Plásticas					
4.4.1 Educação Física	1	1,04			
4.2 Fisioterapia					
5.5.1 Direito	3	3,13	1995 – 2000	5	5,21
5.2 Odontologia					
6.6.1 Direito	1	1,04			
6.2 Medicina					
Total	96	100%		96	100%

FONTES: <http://www.cnpq>. Pesquisa nos currículos Lattes na base de dados do CNPq. Notas:1.Para efeito do cálculo percentual relativo ao tempo de experiência na docência, os professores com mais de uma formação universitária, considerou-se a data da primeira graduação. 2. As colunas sobre a titulação e ano de conclusão do curso são independentes.

Observa-se que 45 (46,88%) professores têm formação na área da Medicina. O que possibilitou inferir que a maioria do grupo docente tem formação na área da Ética médica. Aparecendo em segundo lugar os profissionais da Odontologia, em terceiro os

da Enfermagem e em quarto os farmacêuticos. Os docentes das demais áreas restringiram-se a um número pouco expressivo (Tabela 11).

Apesar disso, é importante reconhecer a multidisciplinaridade da formação do corpo docente. Mesmo em condições minoritárias, constatou-se que os professores responsáveis pelas disciplinas relacionadas com a Bioética advêm de 13 áreas distintas. Entretanto, essa aparente característica não significa compartilhamento na prática, eis que o ensino ainda é conduzido por um único professor na maioria das disciplinas (Tabela 8).

Em relação aos profissionais com mais de uma formação universitária, verifica-se que somente 8 (8,33%) têm duas graduações. Este dado expõe outra discussão a respeito da formação multidisciplinar do corpo docente. Evidentemente, uma formação multidisciplinar seria a mais adequada, mas praticamente isso seria quase impossível, porque implica *ser expert* em diversas áreas de conhecimento. Entretanto, se por um lado, o professor que tem uma formação mais fechada possa ter mais dificuldade para lidar com as múltiplas áreas de conhecimento, por outro, o docente com uma formação mais eclética poderá ter mais facilidade em redimensinar as discussões entre as diversas especialidades, favorecendo assim, à integração desses saberes. Além disso, certamente o professor que possui outras formações carrega consigo mais um ângulo de visão, o que pode contribuir para a valorização de outras dimensões do saber humano na análise dos dilemas ou conflitos morais.

Quanto ao tempo de conclusão da graduação, variou entre aproximadamente 50 (1 docente) e 12 anos (5 docentes). No entanto, cerca de 78,13% dos docentes têm entre 18 a 38 anos de experiência profissional, uma vez que concluíram a graduação entre 1970 e 1990. Embora isso não signifique necessariamente amplos conhecimentos no campo multidisciplinar, esta evidência sugere que um número significativo de professores possui longa experiência no ensino da ética, especialmente os profissionais da área médica.

Se por um lado, ser da área da saúde não constitui requisito indispensável ao perfil pessoal-profissional de quem pretende dedicar-se a este novo campo de conhecimento, por outro, numa recente pesquisa sobre o ensino da Ética e Bioética nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em Manaus, os atributos mais citados quanto aos requisitos para o bom professor de ética, pelos docentes entrevistados, foram vivência e a experiência profissional³¹. De outra parte, pelo fato de a maioria do corpo

docente ser oriundo da tradição moral hipocrática, este fato talvez possa justificar a forte tendência de o ensino ser ainda conduzido pela disciplina Deontologia em alguns cursos de Pós-Graduação, como constatado anteriormente (Tabela 9 e 10).

Em relação ao perfil acadêmico por área de concentração os dados encontram-se relacionados nas Tabelas 12 e 13.

TABELA 12 – PERFIL ACADÊMICO DOS RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A TITULAÇÃO POR ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – 2008

Titulação -	Nº	%	Ano conclusão do curso ^{2,3}	Nº	%
1.Doutorado por área de concentração¹					
1.Bioquímica	1	1,04			
2.Educação	1	1,04	1955 I– 1960	1	1,04
3.Enfermagem	9	9,38			
4.Farmacologia	1	1,04			
5.Fisioterapia/Terapia Ocupacional	1	1,04	1960 I– 1965	1	1,04
6.Filosofia	1	1,04			
7.Fonoaudiologia	1	1,04			
8.Genética	3	3,13	1965 I– 1970	1	1,04
9. Imunologia	1	1,04			
10.Medicina	22	22,92			
11.Nutrição	2	2,08	1970 I– 1975	5	5,21
12.Odontologia	10	10,42			
13.Parasitologia	1	1,04			
14.Psicologia	1	1,04	1975 I– 1980	5	5,21
15.Saúde coletiva	2	2,08			
16.Sociologia	1	1,04			
2.Livre docência	2	2,08	1980 I– 1985	4	4,17
3.Mais de uma pós-graduação					
1. 1.1 Doutorado	14	14,58			
* 1.2 Livre docência					
2. 2.1 Doutorado	13	13,56	1985 I– 1990	8	8,33
** 2.2 Pós-doutorado					
3. 3.1 Doutorado	1	1,04			
3.2 Doutorado					
3.3 Livre docência			1990 I– 1995	22	22,92
4. 4.1 Doutorado	3	3,13			
4.2 Pós-doutorado					
4.3 Livre docência					
5. 5.1 Doutorado	1	1,04	1995 I– 2000	21	21,88
5.2 Livre docência					
5.3 Livre docência					
6. 6.1 Doutorado	2	2,08			
6.2 Pós-doutorado					
6.3 Pós-doutorado			2000 I– 2005	26	27,08
6.4 Livre docência					
7. 7.1 Doutorado	1	1,04			
7.2 Pós-doutorado					
7.3 Pós-doutorado					
7.4 Pós-doutorado			2005 I–	2	2,08
7.5 Livre docência					
8.8.1 Doutorado	1	1,04			
8.2 Doutorado					
8.3 Pós-doutorado					
8.4 Pós-doutorado					
8.5 Livre docência					
Total	96	100%		96	100%

FONTES: <http://www.cnpq>. Pesquisa nos currículos Lattes na base de dados do CNPq. Nota:1. Refere-se aos professores que possuem apenas doutorado; 2.Para efeito do cálculo percentual relativo ao tempo de experiência na docência, os professores com mais de uma pós-graduação considerou-se a data de conclusão do primeiro curso. 3. As colunas sobre a titulação e ano de conclusão do curso são independentes. * 9 Docentes da área médica. ** 5 Docentes da área médica.

Com relação à distribuição por titulação acadêmica observa-se que o maior número de docentes com doutorado são também da área médica (n=22: 22,92%). Na ordem, aparecem os profissionais com qualificação nas áreas de concentração da Odontologia, Enfermagem, Genética, Nutrição e Saúde Coletiva. Pertencentes às demais áreas de avaliação representam cerca 10,42% (n=10), excluindo aqueles com mais de uma Pós-Graduação (Tabela 12).

Quanto ao perfil por titulação máxima, apenas 2 (2,08%) têm o título de Livre Docente isoladamente. Considerando que esses profissionais pertencem a um grupo de docentes com longa experiência na magistério superior, provavelmente isso se deve ao fato de que, antes de 1972, os professores podiam ser submetidos à prova de habilitação de Livre Docência sem ter o título de Doutor ⁽²⁾.

Por outro lado, existe um número expressivo de professores com mais de uma Pós-Graduação. 36 (37,50%) docentes possuem duas ou mais titulações, sendo 27 (28,12%) com 2 Pós-Graduações (doutorado, pós-doutorado ou livre docência) e com 3 ou mais foram identificados 9 (9,37%) docentes. Esses profissionais, em sua maioria, são também da área médica. Demonstrando que prevalece um grupo de professores advindos dessa área também com titulação acadêmica máxima.

Quanto ao tempo de obtenção da titulação acadêmica, constatou-se que 25 (26,04%) professores obtiveram a qualificação antes da década de 1990, 43 (44,80%) entre 1991 a 2000. Evidência que sugere possuírem no mínimo cerca 8 anos de experiência na docência. De outra parte, constata-se que 26 (27,08%) concluíram a qualificação acadêmica entre de 2001 e 2005; e, apenas 2 (2,08%) recentemente.

Este fato reforça a hipótese de existir uma carência de professores qualificados nesta área de conhecimento. Talvez seja por isso que um pequeno grupo de docentes com mais experiências nesse campo de conhecimento (principalmente profissionais remanescentes da área da Ética tradicional) se veem na condição de assumir a responsabilidade pelo ensino em várias disciplinas ao mesmo tempo, conforme discussão na seção 4.1.5.

² Leis nº. 5.802/1972 - "Art. 1º O título de Doutor, obtido em curso credenciado de pós-graduação, constitui requisito para a inscrição em prova de habilitação à livre-docência, ressalvados os direitos dos atuais docente-livres." Diário Oficial da União. Publicação em 12/09/1972, p. 8105 coluna 3.

Quanto ao perfil da formação específica nas áreas de concentração em Filosofia, Ética, Bioética e a participação nos Comitês de Ética, os resultados da pesquisa estão discriminados na Tabela 13.

TABELA 13 – PERFIL ACADÊMICO DOS PROFESSORES RESPONSÁVEIS PELA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DE ACORDO COM A FORMAÇÃO NAS ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO EM FILOSOFIA, ÉTICA, BIOÉTICA E PARTICIPAÇÃO DOS DOCENTES EM COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA - 2008

Titulação	Nº	%	Ano conclusão do curso^{1,2}	Nº	%
1.Subárea de concentração: Bioética					
1.1 Mestrado Doutorado	1	1,04			
1.2 Doutorado Especialização	2	2,08	1975– 1980	1	1,04
1.3 Doutorado	2	2,08			
1.4 Pós-doutorado ³	1	1,04	1990– 1995	1	1,04
2. Área/subárea de concentração: Filosofia e ética					
2.1 Doutorado	1	1,04	1995 – 2000	5	5,21
2.2 Mestrado Doutorado Pós-doutorado	1	1,04			
2.3 Doutorado Pós-doutorado ⁴	1	1,04	2000 – 2005	6	6,25
3. Pós-graduação <i>lato sensu</i>: Bioética					
3.1 Especialização Ética Aplicada e Bioética	3	3,13	2005 –		
3.2.Especialização Pos-lauren em Bioética (UCSC) ⁵	1	1,04			
Sem registro	83	86,47	Sem registro	83	86,47
Total	96	100	Total	96	100

Participação em Comitês de Ética

1. Cargo e demais informações	Nº	%
1.Coordenador	9	9,37
2.Foi membro	5	5,21
3.Membro	7	7,29
4.Sem registro no currículo Lattes	75	78,13
	96	100

FONTES: <http://www.cnpq>. Pesquisa nos currículos Lattes na base de dados do CNPq. Nota: 1.Para efeito do cálculo percentual relativo a formação específica em Bioética considerou-se a data de conclusão do primeiro curso. 2. As colunas sobre a titulação e ano de conclusão do curso são independentes, 3. Pós-doutorado na Universidade La Sapienza / Roma Itália, UROMA, Itália. 4. Pós-doutorado na Universidade de Chile, UCHILE, Chile. 5.Especialização na Università Cattolica del Sacro Cuore, UCSC, Itália. Fonte: currículos dos docentes.

Os dados demonstram que um número significativo de docentes não têm formação específica em Bioética. Isto porque em 83 (86,47%) currículos Lattes analisados, não foram identificados registros relacionados à formação nas áreas de concentração em Filosofia, Ética ou Bioética. Apenas 10 (10,42%) professores têm Pós-Graduação nessas áreas de conhecimento, seja em nível de Mestrado, Doutorado, Pós-Doutorado ou Especialização. Ressaltando que esses especialistas possuem Pós-Graduação *Stricto Sensu* em outras áreas distintas da Bioética (Tabela 13, item 3.1). Por outro lado, a pesquisa mostrou que 3 (3,11%) docentes, por pertencerem às áreas das Ciências Humanas, obtiveram a titulação na área de concentração em Filosofia e subárea de Ética.

No que se refere ao ano da qualificação acadêmica, verifica-se que 5 (5,21%) obtiveram a titulação acadêmica entre 1996 e 2000 e 6 (6,25), depois de 2001. Cabe ressaltar que, pelo fato de a Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Bioética ser ainda recente no Brasil, 3 professores concluíram o curso fora do país (item 1.4; 2,3; 3,2 - Tabela 13).

Quanto a participação dos docentes nos Comitês de Ética Institucionais, em 75 (78,13%) currículos analisados não se verificou nenhum registro, tendo-se, porém, verificado que em apenas 21 (21,87) documentos haviam relatos. Na época da pesquisa, 9 (9,37%) eram coordenadores, 7 (7,29%) membros efetivos e 5 (5,21%) já haviam tido alguma participação. Isso demonstra que a grande maioria dos docentes envolvidos no ensino da Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu* no território nacional, não possuem experiência prática em Ética em Pesquisa.

Por ser a Bioética um campo de discussão onde muitos saberes e conflitos éticos estão envolvidos, a atuação em Comitês de Ética Institucionais são indispensáveis a experiência profissional. Como visto na revisão da literatura, além do conhecimento de filosofia moral e cultura humanística, a vivência e experiência prática são atributos essenciais ao perfil pessoal e profissional daqueles que se dedicam à Bioética.

A análise desse dados permitiu conhecer e refletir sobre o perfil dos docentes envolvidos atualmente na disciplinas relacionadas com a Bioética. Com esse resultado, pode-se inferir que a maioria dos docentes são remanescentes da área médica, tanto em relação à formação universitária (46,88%) quanto à titulação acadêmica (22,92%). Embora se verifique a presença de professores com formação em 13 áreas de conhecimento (Tabela 11) e em outras 16 especialidades (Tabela 12), constatou-se que

a multidisciplinaridade do ensino não é compartilhada na prática, pois, em regra, o ensino ainda é conduzido por um único professor (Tabela 8).

Quanto a titulação específica na área da Filosófica, Ética ou Bioética, um grupo significativo de professores não têm formação básica ou qualificação acadêmica nessas áreas (n=83; 86,46%). Da mesma forma, grande parte dos docentes que se dedicam aos ensinamentos em Bioética não têm participação ativa em Comitês de Ética em Pesquisa (n=75; 78,13%).

Em particular, esses dados sugerem uma discussão mais ampla, pois o acompanhamento dos conflitos ou dilemas ético-morais no dia-a-dia dos Comitês de Ética é essencial a experiência do profissional, sobretudo porque se espera que o professor possua vivência dos problemas de sua área para poder discuti-los em profundidade com os alunos.

Referências

1. Ministério da Educação (MEC). Portaria/MEC nº. 458, publicada no Diário Oficial da União de 11/04/2008. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – reconhecimento programa de pós-graduação *stricto sensu*. Brasília: MEC/CAPES; c 2008. [acesso em 05/05/2008]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces028_08.pdf
2. Cátedra da UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB). Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília (NEPeB). Brasília: UnB; [acesso em 20/12/2008]. Disponível em: http://www.bioetica.atedraunesco.unb.br/htm/X%20%20htm/index/index_sobre.Htm
3. Oliveira MLC. Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil. Das bases teóricas à atividade cotidiana: um estudo das representações sociais dos membros dos CEPs [Tese Doutorado]. Brasília-DF: Universidade de Brasília (UnB); 2001. 267p.
4. Oliveira MLC. Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil: um estudo das representações sociais. Brasília - DF: editora universa; 2004. p. 153.
5. Freitas CBD. O sistema de avaliação da ética em pesquisa no Brasil: estudos dos conhecimentos e práticas de lideranças de comitê de ética em pesquisa [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. 157p. pp. 84/85.
6. Centro Universitário São Camilo (CUSC). Curso de Mestrado em Bioética reconhecido pela CAPES. Brasília: CAPES; [acesso em 20/11/2009]. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?codigoPrograma=33028010002P8&acao=detalhamentoPrograma&siglaes=CUSC>.
7. Barchifontaine CP. Perspectiva da Bioética na América Latina e o pionerismo do ensino de bioética no Centro Universitário São Camilo, SP. O mundo da saúde. 2005 jul./set.; 29(3): 392-401.
8. Cunha C. (Coordenador). Cátedra UNESCO no Brasil. UNI TWIN. Brasília: UNESCO; 2008.
9. Universidade de Brasília (UnB). Regulamento do Curso de Pós-Graduação em Bioética (Mestrado Acadêmico e Doutorado). Brasília: UnB; [acesso em 10/03/2009]. Disponível em <http://www.unb.br/fs/regulamentoposbioetica.pdf>
10. Figueiredo AM, Garrafa V, Portillo JAC. Ensino da bioética na área da área das ciências da saúde: Estudo de revisão sistemática. Inter. interdisc. INTERthesis. 2008 jul./dez.; 5 (2):47-72.
11. Oliveira Filho EC. Reforma universitária: plano nacional de pós-graduação, 2005-2010. In. Parcerias estratégias: seminários estratégicos. Seminários temáticos para a 3ª conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília. Distrito Federal/DF: Centro de gestão e estudos estratégicos (CGEE); 2005 jun. n. 20, parte I. P. 35-52. p. 44.
12. Silva RP. A inclusão do ensino de bioética na graduação médica: uma possibilidade de inovação curricular [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ; 2007. 159 p. p. 114.
13. Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. Revista brasileira de educação médica. 2003 maio/ago.; 27(3):114-124.
14. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (CES). Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 de novembro de 2001.

- Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 2001 9 nov.; Seção 1: p. 38.
15. Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE. Bioética no Brasil – tendências e perspectivas. São Paulo: Ideais & letras; 2007. p. 162-184.
 16. Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching in dental graduate programs in Brazil. *Braz Oral Res.* 2006 Oct./Dec.; 20(4):285-89.
 17. Azevedo EES. Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar. 1998. *Interface - comunic saúde educ.* 1998;2(2):127-37.
 18. Persal GC, Elder L, Sedig L, Flores L, Emanuel E. The Current State of Medical School Education in bioethics, health law, and health economics. *Journal of law, medicine ethics.* 2008 mar.; 36(1):89-94.
 19. Valls ALM. Da ética à bioética. Petrópolis/RJ: Vozes; 2004. p. 136.
 20. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Ferreira SI, Oselka Gabriel, Garrafa V. (coord.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999. p. 53-69.
 21. Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina no Brasil. *Revista brasileira de educação médica.* 2003 maio/ago.;27(2):114-124. p. 117.
 22. Have HT. The activities of UNESCO in the area of ethics. *Kennedy Institute of ethics journal.* 2006; 16(4):333-351.
 23. Neves NC. Ética para os futuros médicos. É possível ensinar? Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2006.
 24. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. *O mundo da Saúde.* 2005 jul./set.; 29(3): 455-460.
 25. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Orgs.). Educação médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p.165-185.
 26. Caramico HJ, Zaher VL, Rosito MMB. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. *Bioethikos.* 2007;1(1):76-90. p. 80.
 27. Siqueira JE. Educação em bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ. Bioética clínica. São Paulo: Gaia; 2008. p. 15-35.
 28. Anjos MF. Introdução. In: Anjos MF. Bioética no Brasil – tendências e perspectivas (Org.) São Paulo: Idéias letras; 2007. p. 13-28. p. 17.
 29. Camarico HJ, Zaher LV, Rosito MMB. Ensino da bioética nas faculdades de medicina no Brasil. *Bioethikos.* 2007;1(1):76-90. p. 76.
 30. Diniz D, Guilhem D. Bioética e Gênero. In: Anjos MF. Bioética no Brasil – tendências e perspectivas (Org.) São Paulo: Idéias letras; 2007. p. 96-112. p.96.
 31. Monteiro PJC. O ensino da etica/bioética nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia na cidade de Manaus [dissertação de mestrado]. São Paulo: UNIFESP; 2005.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

Tratou-se nesta tese, de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagens quantitativa e qualitativa, que permitiu conhecer o panorama em que se encontra o ensino da Bioética tanto em relação aos Programas de Pós-Graduação específicos em Bioética na área Interdisciplinar como nos cursos Pós-Graduação *Stricto Sensu* na grande área das Ciências da Saúde no Brasil.

Após o percurso deste estudo constatou-se que a tendência teórica predominante é o modelo da Teoria Principlista da Bioética e a maioria dos professores responsáveis pelo ensino nas disciplinas relacionadas com a Bioética na área das Ciências da Saúde não possui formação específica em Bioética.

Com base na ordem de apresentação dos objetivos específicos que nortearam este estudo, apresenta-se uma síntese das principais conclusões:

1. Em relação aos dados quantitativos, de acordo com a pesquisa efetuada na área interdisciplinar, constatou-se que existem apenas dois (2) Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* credenciados pela CAPES(199) voltados à formação de bioeticistas. Um no Centro Universitário São Camilo, em São Paulo, com curso de Mestrado e o outro na Universidade de Brasília, com cursos de Mestrado e Doutorado;
2. Com relação aos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* reconhecidos pela CAPES/MEC na grande área das Ciências da Saúde (N=691), o estudo demonstrou que as disciplinas relacionadas com a Bioética vêm sendo incluídas na estrutura curricular dos cursos de Mestrado e Doutorado em todas as áreas, exceto na Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Atualmente, existem 163 (23,6%) cursos que oferecem essas disciplinas, cuja denominação do termo “bioética” está inserida em seu título. Sendo 91 (13,2%) cursos de Mestrado Acadêmico, 64 (9,3%) Doutorado e 8 (1,1%) cursos de Mestrado Profissional.

Nesses cursos, 157 oferecem apenas uma única disciplina e em 4 constam, 2 disciplinas em cada; e, em outros 2, 3 matérias por curso. Totalizando 171 disciplinas distribuídas entre os 163 cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área da Saúde.

Ao analisar a distribuição estatística dos cursos por área de avaliação, verificou-se que em todos há significância estatística, exceto na área da Fonoaudiologia

(X^2 1,5 - p-valor > 0,05). Por outro lado, a área da Medicina (I, II e III) possui o maior número de cursos (n=86; 53%) com disciplinas relacionadas com a Bioética. Em seguida, aparece a Odontologia (n=37; 23%); Saúde coletiva (n=13; 8%); Enfermagem (n=11;7%); Farmácia (n=7; 4%); Nutrição (n=5;3%) e Fonoaudiologia (n=4; 2%).

3. Quanto às disciplinas de natureza Ética deontológica, cujo termo “bioética” não integra a denominação da disciplina, foram identificadas 68 (9,8%) matérias distribuídas entre os cursos de Mestrado e Doutorado. Entre os quais, 32 (4,6%) apresentam conteúdos relacionados às correntes teóricas em Bioética e em 36 (5,2%) estão estruturados com base nos aspectos éticos e normativos.

4. Em relação a distribuição dos cursos com disciplinas de Bioética entre as instituições federais e estaduais, verificou-se que não há diferença significativa ($X^2 = 3,4847$, p-valor > 0,05). Ao passo que entre os grupos das instituições públicas com o conjunto das privadas o resultado foi diferente ($X^2 = 98,29$, p-valor < 0,05). De onde se pode inferir que houve uma diferença significativa na distribuição dos cursos que introduziram o ensino da Bioética nas instituições públicas (Tabela 6).

A carga horária/aula dispensada ao ensino variou de 10 a 20 horas, 20 a 30 horas e 50 a 60 horas. Sendo que todos os cursos destinaram uma carga horária mínima de, em média, de 15h. Em relação ao maior percentual de hora/aula comum entre os cursos é de, em média, 25 horas em 79 (46,6%) disciplinas. Nas disciplinas pertencentes aos cursos das instituições públicas, constatou-se que é de, 120h em 4 disciplinas; e, nas privadas de, 60h, em apenas 3 matérias (Tabela 7).

Ao comparar o grau de significância estatística relativo à distribuição da maior carga horária (20 a 30h) entre o grupo das instituições públicas e o das privadas, verificou-se que não houve associação ($X^2 = 0,03$, p-valor >0,05). Ao analisar essa carga horária, separadamente, entre as instituições federais com o grupo das privadas, também não houve diferença ($X^2 = 1,23$, p-valor > 0,05). Assim como, entre as instituições estaduais com o conjunto das privadas, o resultado não foi diferente (teste qui-quadrado - $X^2 = 0,36$, p-valor > 0,05). O que mostra que não há diferença na distribuição dessa carga horária por ser a instituição pública ou privada.

Em relação ao número de professores, verificou-se que 94 (55%) disciplinas estão sob a responsabilidade de um único docente; em 28 (16,4%), por 2 docentes; em 3 (1,7%), por 3 professores; e, em 4(2,9%) 5 docentes compartilham as atividades

acadêmicas. Esses dados reforçam a hipótese de que há uma escassez de professores com formação adequada para atuarem no ensino na Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

5. Nos dados qualitativos obtidos por meio da análise nos conteúdos das disciplinas relacionadas com a Bioética, nas quais a palavra “bioética” está inserido no nome da matéria, constatou-se que a corrente predominante é a Teoria Principlialista. Seja como concepção teórica única em 67(39%) disciplinas (item 1) ou integrando o conteúdo de outras 54 (31%) matérias com diferentes vertentes teóricas (Itens 2 a11 da Tabela 9).

Por ausência de inferências temáticas precisas relacionadas as diversas correntes teóricas em Bioética, em 23 (13,5%) disciplinas não foi possível identificar o modelo de suporte teórico. Assim como ocorreu em 9 (5,3%) disciplinas, pois restringiram-se a tópicos genéricos do tipo: “Fundamentos ou história da Bioética “(itens 15 – Tabela 9).

O enfoque da Ética Profissional apareceu como fundamentação teórica único, respectivamente, em 13(7,6%) disciplinas (item 13) e juntamente com a Teoria Principlialista da Bioética em outras 28 (16,1%) matérias (itens 3,8,10 e 11) (Tabela 9). As correntes Casuística, Bioética da Intervenção, Bioética da Proteção, Contratualista, Teologia da Libertação, Reflexão Autônoma e Bioética de inspiração Feminista apareceram em 26 (15,2%) disciplinas. Destacando-se o paradigma Casuística em 11(6,4%) e a Bioética da Intervenção em outras 10 (5,8%)(Tabela 9).

Nas disciplinas de natureza Ética deontológica, nas quais a palavra “bioética” não integra o seu título, com módulos de Bioética, foram identificadas 32 matérias distribuídas entre os cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, Medicina (I, II e III) e Odontologia. Nessas matérias, também se constatou que a corrente teórica hegemônica é o principlialismo em 22(68,8%) disciplinas (item 1 -Tabela 10). Integra as abordagens teóricas com o modelo da Ética profissional em 9 (28.1%) disciplinas e com a perspectiva feminista em apenas uma matéria(Tabela 10).

Sobre as referências bibliográficas de suporte às abordagens teóricas, constatou-se que as indicações não correspondem às vertentes teóricas mencionadas nos conteúdos das disciplinas. O maior número de bibliografias refere-se à obra de Beauchamp TL, Childress JF, mesmo assim entre as 171 disciplinas de Bioética e nas 32 matérias de natureza Ética deontológica com módulos de Bioética foram identificadas somente 71 indicações do livro “Princípios de Ética Biomédica” (Quadro 5).

Aparecem depois 31 indicações da obra de Engelhardt T. “Fundamentos da bioética” e 18 referências à obra de Élio Sgreccia(Quadro 5), embora nenhuma disciplina refere-se aos paradigmas Libertário e Personalista. De forma inversa, ocorreu com as 22 indicações de Segre e Cohen e 8 referências de Robert Veatch, uma vez que foram encontradas apenas quatro índices de inferências nos conteúdos das disciplinas sobre à concepção teórica desses autores (Bioética Autonomista e paradigma Contratualista) (Tabela 9).

Além disso, em 89 disciplinas (Quadro 5) não foram encontradas referências aos modelos teóricos listados nos quadros 1A e 1B. O que se observou é que as bibliografias indicadas são sempre secundárias, ou seja, indicações de obras bastantes diversificadas que não estão diretamente relacionadas às tendências teóricas em Bioética. Fato que sugere pouca evidência acerca da pluralidade das tendências teóricas atualmente existentes em Bioética. Assim como, pelo número de referências indicadas, também reforça que a Teoria Principlista da Bioética ainda constitui o principal modelo prático para dar validade as tomadas de decisões relacionadas aos dilemas e/ou conflitos éticos.

6. Sobre o perfil dos professores responsáveis pelos ensinamentos em Bioética, 38(39,6%) é do gênero feminino e 58(60,4%) masculino.

Quanto a formação universitária, constatou-se que dos 96 professores, 45 (46,88%) são médicos; 19 (19,8%) Odontólogos, 10 (10,42%) da área da Enfermagem, 3 (4,2%) Farmacêuticos e 11 (11,46%) representam os docentes das áreas da Biologia, Direito, Fonoaudiologia, Filosofia, Linguística, Nutrição, Medicina Veterinária, Química e Psicologia. Entre o grupo do corpo docente, apenas 8 (8,33%) possuem duas formações universitárias (Tabela 11) e 78,13% (75) concluíram a graduação entre 1970 a 1990.

Em relação a titulação acadêmica, entre os profissionais que possuem doutorado, o maior número de docentes são também da área médica. Na ordem, 22 (22,92%) pertencem a área de concentração da Medicina; 10 (10,42%) da Odontologia, 9 (9,38) da Enfermagem, 3 (3,13%) da Genética, 2 (2,08%) da Nutrição e 2 (2,08%) da Saúde coletiva. Os demais representam cerca de 10,42% do total dos 96 professores (Tabela 12).

Dos docentes com outros graus de qualificação acadêmica, apenas 2(2,08%) são Livre Docentes, 36 (37,50%) têm duas ou mais Pós-Graduações, sendo 27

(28,12%) com duas (2) Pós-Graduações e 9 (9,37%) com 3 ou mais qualificações (Tabela 12). No que se refere a obtenção da titulação ou qualificação acadêmica por área de concentração, 25 (26,04%) professores concluíram o curso antes da década de 1990, 43 (44,80%) entre 1991 a 2000; 26 (27,08%) entre de 2001 e 2005; e, apenas 2 (2,08%) depois de 2005 (Tabela 12).

Com titulação acadêmica nas áreas de concentração em Filosofia, Ética e Bioética, somente 13 (13,53%) professores possuem formação específica nos graus de Especialização, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado nessas áreas, uma vez que, em 83 (86,47%) currículos analisados não constavam nenhum registro relacionado à titulação nessas áreas (Tabela 13).

Dos 13 docentes, 11 concluíram a Pós-Graduação nas áreas de Filosofia, Ética ou Bioética entre 1996 e 2005. Apenas 1 docente obteve a titulação na década de 1980 e os demais nos anos 1990 (item 1.4; 2,3; 3,2 - Tabela 13).

Sobre a participação dos professores em Comitê de Ética, apenas 9 (9,37%) docentes relataram que são coordenadores, 7 (7,29%) que são membros efetivos, 5 (5,21%) disseram que já participaram e em 75 (78,13%) analisados, não havia registro sobre o desenvolvimentos de atividades em ética e pesquisa.

Com esses dados entende-se que os objetivos propostos foram satisfatoriamente atingidos. Tratando-se de uma pesquisa com evidências empíricas, o tema objeto de estudo foi analisado sob vários ângulos, o que possibilitou assim, levantar dados relevantes ainda não constatados em estudos anteriores no território nacional, por meio de fontes documentais oficiais extraídas dos bancos de dados da CAPES e CNPq.

Com base na apresentação dos dados, discussão e conclusões pode-se inferir que a Pós-Graduação *stricto sensu* em Bioética no território brasileiro, ainda encontra-se em fase de construção, sobretudo no que concerne aos Programas de Pós-Graduação destinados à formação de bioeticistas.

Entretanto, considerando as raízes da tradição moral do ocidente que tanta influência exercem na orientação ética, tanto nos profissionais da medicina como nos demais profissionais da área das Ciências da Saúde, a presença de 163 cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* com disciplinas relacionadas com a Bioética representa um salto qualitativo. Vindo a suprir em parte, as lacunas das insuficiências do modelo

clássico de ensino conduzido pela disciplina baseada nos ensinamentos da Ética originária da Antiguidade.

Ao contrário do modelo clássico do ensino da Ética, a Bioética é uma disciplina de construção permanente. Molda-se e aperfeiçoa-se com a construção histórica nas culturas das sociedades ao longo do tempo, diante dos desafios impostos pelos avanços das ciências e da tecnologia.

O estudo demonstrou que ainda existe uma ausência significativa de disciplinas relacionadas com a Ética e a Bioética na qualificação profissional, pois em 460 (66,6%) cursos de Mestrado e Doutorado na área das Ciências da Saúde credenciados pela CAPES ainda parece existir pouca preocupação com a formação Ética dos futuros pesquisadores.

Apesar da história da institucionalização da Bioética nesses quase 20 anos de desenvolvimento no Brasil, ainda há um longo caminho a ser percorrido para sua consolidação como disciplina definitiva de reflexão teórico-filosófica para que venha cumprir com a missão da Pós-Graduação *Stricto Sensu*, que é a capacitação de profissionais de diversas áreas com uma visão integral, crítica e autônoma, através da qual poderão se posicionar diante dos dilemas éticos, além da formação para a docência e pesquisa.

Resta contudo o maior desafio, que é vencer a carência de profissionais qualificados para os ensinamentos em Bioética, pois para lidar com todos os temas que envolvem valores, costumes, direitos, limites, responsabilidade social onde a ciência, a vida e a ética interagem entre si, é indispensável uma formação multidisciplinar e uma larga vivência pessoal e profissional.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor reflexão sobre o atual cenário da inserção da Bioética na Pós-Graduação *Stricto Sensu* no país. Acredita-se que o resultado desta pesquisa possa servir tanto como referencial de consulta, como de parâmetro de avaliação para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
- Aires CP, Hugo FN, Rosalen PL, Marcondes FK. Teaching in dental graduate programs in Brazil. *Braz Oral Res.* 2006 Oct./Dec.; 20(4):285-89.
- Anjos MF. Bioética e Teologia: Janelas e interpretações. *O mundo da saúde.* 1997;21(1):43-6.
- _____. Introdução. In: Anjos MF. *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas* (Org.) São Paulo: Idéias letras; 2007. p. 13-28.
- _____. Bioética: abrangência e dinamismo. *O mundo da saúde.* 1997;21(1):4-12.
- _____. Bioética em perspectiva de libertação. In: Garrafa V, Pessini L. *Bioética, poder e justiça.* São Paulo: Edições Loyola; 2003.
- Azevedo EES. Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. *Interface - comunic saúde educ.* 1998;2(2):127-37.
- Barchifontaine CP. Perspectivas da bioética na América Latina e o pioneirismo no ensino de bioética no Centro Universitário São Camilo, SP. *O Mundo da Saúde.* 2005 jun./set.;29(3):392-401.
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977.
- Batista NA, Silva SHS. *O professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação.* 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2001.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* New York: Oxford University Press; 1979.
- _____. *Principles of biomedical ethics.* 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- _____. *Principles of biomedical ethics.* 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- _____. *Princípios de ética biomédica.* São Paulo: Loyola; 2002.
- Berlinguer G. *Ética da saúde.* São Paulo: HUCITEC; 1996.
- Beecher HK. Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine.* 1966 jun.; 274(24):1354-1360.
- Biaggio AMB. *Lawrence Kohlberg ética e educação moral.* São Paulo: Moderna; 2002.
- Bittar RE, Marcondes E. Conteúdos: características e proposta. In: *Educação médica.* Marcondes E, Lima EG (coords.). São Paulo: Sarvier; 1998. p. 95.
- Bobbio N. *A era dos direitos.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- Campbell A. Uma visão internacional da bioética. In: Garrafa V, Costa IF. *A bioética no século XXI.* Brasília: Editora da UNB; 2000.
- Capella VB. Algunas deficiências del discurso bioético contemporáneo. *Revista latinoamericana bioetica.* 2007; 8(13):12-37.
- Caramico HJ, Zaher VL, Rosito MMB. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. *Bioethikos.* 2007;1(1):76-90.

Cátedra da UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB). Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília (NEPeB). Brasília: UnB; [acesso em 20/12/2008]. Disponível em:

http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20%20htm/index/index_sobre.htm

Centro Universitário São Camilo (CUSC). Curso de Mestrado em Bioética reconhecido pela CAPES. Brasília: CAPES; [acesso em 20/11/2009]. Disponível em:<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?codigoPrograma=33028010002P8&acao=detalhamentoPrograma&siglales=CUSC>.

Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes; 2006.

Clotet J. Bioética: uma aproximação. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006. p.190.

Clouser D, Gert B. A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy* 1990;15(2):219-236.

Coimbra CG. Morte encefálica: um diagnóstico agonizante. *Revista neurociências*. 1998 maio/ago;6(2):58-68.

Coll AN, Nicolescu B, Rosenberg M, Random M, Galvani P, Paul P. Educação e transdisciplinaridade II. Coordenação executiva do CETRANS. São Paulo: TRION; 2002. Anexo 3 - Carta da Transdisciplinaridade.

Correa FJL. Enseñar bioética: como transmitir conocimientos actitudes e valores. *Acta Bioethica*. 2008;14(1):11-7.

Correa FJL. La bioética Latinoamericana en sus textos. Chile: editado con el auspicio del Programa de Bioética de la OPS y el CIEB de la Universidad de Chile. 2008. p. 22

Cuitiño MFC, Stepke FL, Fazio MC. La calidad educativa en la formación de posgrado en bioética. El programa de maestría en bioética de la universidad nacional de cuyo. *Acta bioethica*. 2005;11(2):203-215.

Cunha C. (Coordenador). Cátedra UNESCO no Brasil. UNI TWIN. Brasília: UNESCO; 2008.

Dall'Agnol D. Bioética. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2004.

Dantas F, Sousa EG. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras. *Revista brasileira de educação médica*. 2008; 32(4):507-514.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. *O mundo da Saúde*. 2005 jul./set.; 29(3): 455-460.

Demo P. Professor do futuro e reconstrução do conhecimento. 5ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2007.

Diniz D, Guilhem D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética*. 1999;7(2):181-188.

Diniz D, Guilhem D. Bioética e Gênero. In: Anjos MF. *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas* (Org.) São Paulo: Idéias letras; 2007. p. 96-112.

Drumond JGF. O “ethos” médico: a velha e a nova moral médica. Montes Claros-MG: Editora da Unimontes; 2005.

Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.

Engels EM. O desafio das biotécnicas para ética e a antropologia. *Veritas*. 2004 jun; 50(2):205-28.

Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Edições Loyola; 1998.

_____. *Fundamentos da bioética cristã ortodoxa*. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

Ferreira LM, Nahas FS, Hochman B, Oliveira Filho RS. Fomento à pesquisa científica e proteção do conhecimento científico. *Acta cirurgia brasileira*. 2005;20(supl. 2):35-39.

Ferrer JJ, Álvarez JC. *Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. São Paulo: Loyola; 2005.

Figueiredo AM. *Da ética à prática pedagógica: a busca do significado da ética na Enfermagem [Dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade Salgado de Oliveira; 2000. 159 p.

Figueiredo AM, Garrafa V, Portillo JAC. Ensino da bioética na área da área das ciências da saúde: Estudo de revisão sistemática. *Inter. interdisc. INTERthesis*. 2008 jul./dez.; 5 (2):47-72.

Figueiredo AM, França GV. Bioética: uma crítica ao principlismo. 2009 [acesso em 30 de março de 2009]; 17(VI): [aproximadamente 21 p.]. Disponível em: <http://www.derechoycambiosocial.com/>

Finnis J. *Lei natural e direito natural*. Minas Gerais: Unisinos; 2007.

Fischer T. Mestrado profissional com prática acadêmica. *RBPG. Revista brasileira de pós-graduação*. 2005 jul.;2(4):24-9.

Foucault M. *A ordem do discurso*. São Paulo; Edições Loyola; 2003.

França GV. *Deontologia médica e bioética*. In: Urban CA. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

Freitas CBD. *O sistema de avaliação da ética em pesquisa no Brasil: estudos dos conhecimentos e práticas de lideranças de comitê de ética em pesquisa [Tese Doutorado]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. 157 p.

Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (FUNADESP). *Legislação e normas da pós-graduação brasileira*. 2ª edição atualizada. Brasília: FUNADESP; 2002.

Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In Garrafa V, Pessini L. *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

_____. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003; 17(5-6):399-416. p. 401.

_____. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (Director). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Colombia/Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana e del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia; 2008. p.161-164.

Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2005; 13(1):111-13.

Garrafa V, Cordón J. (org.) *Pesquisa em bioética no Brasil de hoje*. São Paulo: Gaia; 2006.

Garrafa V. Radiografia bioética de um país – Brasil. *Acta bioethica*. 2000; ano 6(1):171-75.

_____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista bioética*. 2005;13(1):125-134.

_____. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Medicina*. Conselho Federal (CFM). 1998 set.;97:28.

Garrafa V. Poder e injustiça. Bioética, poder e injustiça por uma ética da intervenção. In Garrafa V, Pessini L. *Bioética, poder e justiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003. P. 35-44. p. 38.

_____. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. *Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p. 73-85.

Gil AC. *Metodologia do ensino superior*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.

Gracia D. *Procedimientos de decisión em ética clínica*. Madri: Triacastela; 2007.

Gracia D. *Fundamentos de bioética*. 3ª ed. Madrid: Triacastela; 2008. p. 45.

Guerra MM. *Disciplina bioética*. *Revista brasileira de bioética*. 2007;3(2):157-169.

Haydt RCC. *Curso de didática geral*. 7ª ed. São Paulo: Ática; 2003.

Have HT. The activities of UNESCO in the area of ethics. *Kennedy Institute of ethics journal*. 2006; 16(4):333-351.

Hossne WS, Albuquerque MC, Goldin JR. Nascimento e desenvolvimento da bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE (orgs.). *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias & letras; 2007. p. 147-148.

Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Infocapes. *Boletim Informativo*. 2002 julho/setembro; 10(3):1-136.

Itai K, Asai A, Tsuchiya Y, Onishi M, Kosugi S. How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom? A survey on educators in charge. 2006 may;32(5):303-8.

Jonsen AR. The birth of bioethics. *Special Supplement. Hastings Center Report*. 1993 Nov./Dec.;23(6):S1-4.

_____. *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press; 2003.

Jonsen AR, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry. A history moral reasoning*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press; 1988.

Junges JR. Bioética como casuística e como hermenêutica. *Revista brasileira de bioética*. 2007;1(1):28-43.

Junges JR. *Bioética Hermenêutica e casuística*. São Paulo: Loyola; 2006.

Kipper DJ. Docentes de bioética: critérios de certificação e qualificação. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética*. Voz do Iguazu. São Paulo: Loyola; 2005. p. 20.

Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M.(org.) *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005.

Kumar NK. Bioethics activities in Índia. *La revue de santé de la méditerranée orientale*. 2006; 12(1) Suppl 1:S56-S65.

- Lavaqui V, Batista IL. Interdisciplinaridade em ensino de ciências e de matemática no ensino médio. *Ciência & educação*. 2007;13(3):399-420.
- Leder D. Toward a hermeneutical bioethics. In: Dubose ER, Hamel RP, O'Connell LJ (eds). *A Matter of principles? Ferment in U.S Bioethics*. Valley Forge (Pe): Trinity Press International; 1994. p. 240-259.
- Leite FL, Barbosa PFT, Garrafa V. Auto-hemoterapia, intervenção do estado e bioética. *Rev assoc med bras*. 2008;54(2):183-8
- Lenoir N. Promover o ensino de bioética no mundo. *Bioética*. 1996;4(1):65-70.
- Lepargneur H. *Bioética, novo conceito a caminho do consenso*. São Paulo: Loyola; 1996.
- Loewy EH. Education, practice and bioethics: growing barriers to ethical practice. *Health Care Analysis*. 2003 Jun;11(2):171-9.
- Masetto MT. *Competência pedagógica do professor universitário*. 3ª reimpressão. São Paulo: Summus editorial; 2003.
- Mello MF, Barros VM, Sommerman A. Introdução. In: *Educação e transdisciplinaridade II*. Coordenação executiva do CETRANS. São Paulo: TRION; 2002. p. 9-25.
- Minayo MCS. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20.ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- _____. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004.
- Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). *As iniciativas institucionais*. Cadernos de ética em pesquisa. 1998 nov.;ano I (2):14-18.
- Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). *Oito anos de evolução: um balanço do sistema CEP-CONEP*. Cadernos de ética em pesquisa. 2005 nov.; ano 4(1):20-25.
- Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (CES). Resolução CNE/CES nº. 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 2001 9 nov.; Seção 1: p. 38
- Ministério da Educação (MEC). Coordenação de aperfeiçoamento de pesquisa de nível superior (CAPES) (cursos recém-recomendados e reconhecidos na grande área multidisciplinar – área interdisciplinar). Brasília: CAPES/MEC. [Atualização em 30 de abril de 2008; acesso em 11/06/2008]. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?>
- Ministério da Educação (MEC). CAPES: linhas de ação e programas. Boletim informativo. 2004 out./dez.; 10(4):1-141.
- Ministério da Educação (MEC). Portaria/MEC nº. 458, publicada no Diário Oficial da União de 11/04/2008 (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – reconhecimento programa de pós-graduação *stricto sensu*); Brasília: MEC/CAPES; c 2008. [acesso em 05/05/2008]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces028_08.pdf

Ministério da Educação (MEC). Coordenação de aperfeiçoamento de pesquisa de nível superior (CAPES) (Cursos recém-recomendados e reconhecidos). Brasília: CAPES; c2008 [Atualização em 30 de abril de 2008; acesso em 02/06/2008].

Disponível em: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>

Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Relação de todos os CEPs credenciados no CONEP. Fevereiro/2009. Brasília: CONEP; [atualização em fevereiro de 2009; acesso em 02/03/2009]. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm>

Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Manual operacional para Comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 83-99.

Monteiro PJC. O ensino da ética/bioética nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia na cidade de Manaus [dissertação de mestrado]. São Paulo: UNIFESP; 2005.

Morais R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciências & Educação*. 2003;9(2):191-211.

Moreira COF, Hortale VA, Hartz ZA. Avaliação da pós-graduação: buscando consenso. *RBPG. Revista brasileira de pós-graduação*. 2004 jul.;(1):26-40.

Morin E. Educação e complexidade - os sete saberes e outros ensaios. 4ª ed. São Paulo: Cortez editora; 2007.

_____. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.

Mori M. Bioética: sua natureza e história. *Humanidades*.1994;9(34):332-41.

Muñoz D, Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*. 2003 maio/ago.;27(3):114-124.

Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Ferreira SI, Oselka Gabriel, Garrafa V. (coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999. p. 53-69.

Musse JO, Boing AF, Martino FS, Silva RHA, Vaccarezza GF, Ramos LP. O ensino da bioética nos cursos de graduação em odontologia do estado de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde*. 2007 jan./mar.;14(1):14-6.

Neves MCP. (Coord.) *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª ed. Coimbra. Portugal: Gráfica Coimbra; 2002.

_____. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética*.1996;4(1):7-16.

Neves NC. *Ética para os futuros médicos. É possível ensinar?* Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2006.

Noro LRA, Albuquerque DF, Machado ME. O desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem: visão do aluno e do professor. *Revista da ABENO*.2006;6(2):109-14.

Oliveira F, Ferraz TC, Ferreira LCO. Idéias feministas sobre bioética. *Revista ponto de vista*. 2000 ago.; Ano 9: 483-510. Ver pp. 487/494/495.

Oliveira MLC. Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil. Das bases teóricas à atividade cotidiana: um estudo das representações sociais dos membros dos CEPs [Tese Doutorado]. Brasília-DF:Universidade de Brasília (UnB);2001. 267p.

_____. Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil: um estudo das representações sociais. Brasília - DF: editora universa; 2004. p. 153.

Oliveira F. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna; 1997.

_____. Feminismo, raça/etnia pobreza e bioética – a busca da justiça de gênero, anti-racista e de classe. In Garrafa V, Pessini L. Bioética, poder e justiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. P. 345-363.

_____. Feminismo, luta anti-racista e bioética. Cadernos pagu. 1995;5:73-107.

_____. Nossos genes nos pertencem! Bioética, feminismo e violência genética. Proposta. 2000 mar./ago.; n.84/85:26-33.

Oliveira Filho EC. Reforma universitária: plano nacional de pós-graduação, 2005-2010. In. Parcerias estratégicas: seminários estratégicos. Seminários temáticos para a 3ª conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília. Distrito Federal/DF: Centro de gestão e estudos estratégicos (CGEE); 2005 jun. n. 20, parte I. P. 35-52.

Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. Revista brasileira de bioética. 2005;1(4):363-385.

Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Garrafa V, Córdón J. (org.) Pesquisa em bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia; 2006. p. 19-44. p. 19.

Osswald W. O ensino da bioética fora do âmbito das faculdades de Medicina. Bioética. 2003;11(2):27-32.

Persal GC, Elder L, Sedig L, Flores L, Emanuel E. The Current State of Medical School Education in bioethics, health law, and health economics. Journal of law, medicine ethics. 2008 mar.; 36(1):89-94.

Pellegrino ED. La metamorfosis de la ética medica: una mirada retrospectiva a los 30 años. Cadernos de Bioética. 1995;1:21-34.

Pérez ML, Mainetti JA. Los discursos de la bioética em América Latina. In: Pessini L, Barchifontaine CP. (orgs.). Bioética na Ibero-américa: história e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2007.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 2007.

_____. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Loyola; 2006.

Pessini L. Bioética das instituições pioneiras – perspectivas nascentes aos desafios da contemporaneidade – II. Revista Brasileira de Bioética. 2005;1(3):297-311.

Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Bioética. 2005;13(1):111-13.

Porto D. Bioética e qualidade de vida: a base da pirâmide social do Brasil [Tese doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. 279 p.

Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3ª ed. New York: Macmillan; 2003.

Potter VR. Bioethics, the science of survival. Perspectives in biology and medicine, 1970;14:127-153.

_____. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall; 1971.

Ramos CA. Rawls, Hegel e o liberalismo da liberdade. Veritas. 2005mar;50(1):41-65.

Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Orgs.). Educação médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 165-185.

Reich WT. The word "bioethics": its birth and the legacies of those who shaped it. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1994 dec.;4(4):319-35.

_____. Introduction. In: Reich WT. (org.). Encyclopedia of bioethics. 2ª ed. New York: Macmillan, 1995b. [1 CD-ROM].

_____. (Editor-in-chief). Encyclopedia of bioethics. Nova York: Macmillan; 1978.

Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Orgs.). Educação médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 165-185.

Resolução de Tel Aviv sobre a ética nos currículos inclusão de ética médica e direitos humanos no currículo das escolas médicas no mundo. Adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (AMM) em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999. Tel Aviv: AMM; c1999 [acesso em 10/07/2008]. Disponível em: http://www.malthus.com.br/mg_total.asp?thus=s&id=170&textos=s&fotos=n

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Rios PA. Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.

Rothman DJ. Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision-making. New York: Basic Books; 1991.

Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes; 2001.

Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad saúde pública. 2001;17(4):948-956.

Schramm FR, Arreguy EEM. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. Revista brasileira de cancerologia. 2005; 51(2):117-122.

Schramm FR. Información y Manipulación: ¿Como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de protección. Revista brasileira de bioética. 2005;1(1):18-27.

_____. A pesquisa bioética no Brasil entre o antigo e o novo. Cadernos adenauer. 2002;Ano III (1):87-101.

_____. A bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. Revista brasileira de cancerologia. 2002;48(4):609-615.

_____. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: Schramm FR, Braz M. (Orgs.). Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 39-66.

- Schramm FR, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatória? *Ciência & saúde coletiva*. 2008;13(2):361-370.
- Schramm FR, Anjos MF, Zoboli E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: Anjos MF, Siqueira JE (orgs.). *Bioética no Brasil – Tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias & Letras; 2007.
- Schramm FR, Pontes CAA. Bioética da proteção e o papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cad saúde pública*. 2004, set./out.;20(5):1319-1327.
- Segre M, Cohen C. (org.). *Bioética*. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2002.
- Segre M, Silva FL, Schramm FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética*. 1998;6(1):15-13.
- Seminário organizado pela Capes/DAV; 2005, 31 de março a 1º de abril; Brasília, BR. Brasília, DF: APCN – Mestrado Profissional. RBPG. *Revista brasileira de pós-graduação*. 2005 jul.;2(4):162-67.
- Senado Federal. *Lei de diretrizes e bases da educação*. 3º ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de edições técnicas; 2006.
- Sgreccia E. *Manual de Bioética I: Fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 1996.
- Sherwin S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
- Silva JR. O ensino da bioética nas faculdades de Medicina portuguesas. *Bioética*. 2003;11(2):43-50.
- Silva RP. A inclusão do ensino de bioética na graduação médica: uma possibilidade de inovação curricular [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ; 2007. 159 p.
- Silva P. *Vocabulário jurídico*. 20ª ed. Rio Janeiro: Forense; 2002.
- Siqueira JE. Educação em bioética. In: Siqueira JE, Zoboli E, Kipper DJ. *Bioética clínica*. São Paulo: Gaia; 2008. p. 15-35.
- Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE. *Bioética no Brasil – tendências e perspectivas*. São Paulo: Ideais & letras; 2007. p. 162-184.
- Soares MAS. (Org.) *Educação Superior no Brasil*. UNESCO/CAPES. Brasília/ DF: CAPES; 2002.
- Spagnolo F, Souza VC. O que mudar na avaliação da CAPES? *RBPG. Revista brasileira de pós-graduação*. 2004 nov.; 1(2):8-34.
- Sociedade Brasileira de Bioética. *Sociedade: SBB foi fundada em 1995*. boletim da SBB. 1999; ano I, n.1: p. 3.
- Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Méd Bras*. 2005;51(1):23-8.
- Tealdi JC. Os princípios de Georgetown: análise crítica. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (Org.). *Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006.

_____. Los principios de Georgetown: análisis crítico. In: Garrafa, V, Kottow M, Saada A. (Coord.). Estatuto epistemológico de la bioética. México: UNESCO /Universidad Nacional Autónoma de México; 2005. P.35-54.

The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. National Commission for the Protection of Human subjects of Biomedical and Behavioral Research. In: Post SG. (editor in chief). Encyclopedia of Bioethics. 3rd ed. New York: Macmillan; 2003.

Tong R. The ethics of care: A feminist virtue ethics of care for Healthcare practitioners. Journal of medicine and philosophy. 1998 nov.;23(2):131-152.

Universidade de Brasília (UnB). Regulamento do Curso de Pós-Graduação em Bioética (Mestrado Acadêmico e Doutorado). Brasília: UnB; [acesso em 10/03/2009]. Disponível em <http://www.unb.br/fs/regulamentoposbioetica.pdf>.

Veatch RM. A theory of medical ethics. New York: Basic; 1981.

Villarrolel R. Bioética Hermenêutica. Acta Bioethica. 2000; 6(1):143-157.

Wolf S (editors). Feminism and bioethics: beyond reproduction. Oxford: Oxford University Press; 1996.

Zabata A. A prática educativa: com ensinar. Porto Alegre-RS: ARTMED; 1998. Reimpressão 2008.

Zoboli ELCP. Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (2):458-460.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA (DB) NA GRANDE ÁREA DA SAÚDE POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO (AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO(M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D) E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

AV - (Área de avaliação) Enfermagem			CH		
IES	DB	PPSS	M	D	F
UFMT	1.Cidadania, ética e bioética em saúde	1.Enfermagem	60		
UFPR	2.Ética, Estética e bioética na Enf.	2.Enfermagem	15		
UFRN	3.Ética e bioética na saúde	3.Enfermagem	30		
UNESP/BOT	4.Bioética	4.Enfermagem			30
UnG	5.Bioética e praxis de Enfermagem	5.Enfermagem	30		
UFBA	6.Ética/bioética em Enfermagem	6.Enfermagem		68	
UFG	7.Bioética e ética em pesquisa	7.Enfermagem	60		
UERJ	8.Ética e Bioética	8.Enfermagem		30	
UNICAMP/SP	9.Tópicos de ética e bioética	9.Enfermagem	90		
USP/SP	10.Bioética e o cuidar na saúde do adulto	10.Saúde do adulto		45	
USP/RP	11.Bioética	11.Enfermagem		60	
AV – Farmácia					
UNIFAL/MG	12Bioética	12.Ciências farmacêuticas	30		
USP/RP	13.Bioética aspectos gerais, pesquisas seres	13.Biociências aplicadas à Farm	30		
USP/RP	14.Bioética aspectos gerais, pesquisas seres	14.Biociências aplicadas à Farm		30	
UEM/PR	15.Bioética	15.Ciências farmacêuticas	30		
UEM/PR	16.Bioética	16.Ciências farmacêuticas		30	
USP/RP	17.Bioética:aspectos gerais.Pesquisas	17.Ciências farmacêuticas	30		
USP/RP	18.Bioética:aspectos gerais.Pesquisas	18.Ciências farmacêuticas		30	
AV – Fonoaudiologia					
USP/SP	19.Bioética: Atualização do enfoque ético das	19.Ciências da reabilitação	120		
USP/SP	20.Bioética: Atualização do enfoque ético das	20.Ciências da reabilitação		120	
USP/SP	21.Bioética	21.Ciências da reabilitação	30		
USP/SP	22.Bioética	22.Ciências da reabilitação		30	
AV – Medicina I					
FESP/PE	23.Bioética	23.Ciências médicas	30		
IAMS/SP	24.Bioética	24.Ciências da saúde	90		
UnB/DF	25.Bioética	25.Ciências médicas	60		
UNIFESP/SP	26.Ética médica (Deont.) ou Bioética	26.Informática em saúde	48		
UNIFESP/SP	27.Ética médica (Deont.) ou Bioética	27.Informática em saúde		48	
UNIFESP/SP	28.Bioética	28.Reabilitação	48		
UNIFESP/SP	29.Bioética	29.Reabilitação		48	
UNESC/SC	30.Bioética	30.Ciências da Saúde	30		
FMABC/SP	31.Bioética	31.Ciências da saúde	40		
FUC/RS	32.Bioética	32.Ciências da saúde	30		
FUC/RS	33.Bioética	33.Ciências da saúde (cardiol.)		30	
UFRGS/RS	34.Bioética: Aspectos Fundamentos	34.Ciências em gastroent.	30		

APÊNDICE 1 - Continuação - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA (DB) NA GRANDE ÁREA DA SAÚDE POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO (AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO(M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D) E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

Continuação - Medicina I			CH		
IES	DB	PPSS	M	D	F
UFRGS/RS	35.Bioética: Aspectos fundamentais	35.Ciências em gastroent.		30	
UERJ/RJ	36.Bioética	36.Ciências médicas		30	
UERJ/RJ	37.Bioética	37.Ciências médicas	30		
FFFCMPA/RS	38.Bioética	38.Ciências médicas	30		
FFFCMPA/RS	39.Bioética	39.Ciências Hepatologia		30	
UNIFESP/SP	40.Bioética	40.Medicina (pneumologia)		48	
UNIFESP/SP	41.Bioética	41.Medicina (pneumologia)	48		
UFPE/PE	42.Bioética	42.Medicina interna	60		
UFJF/MG	43.História e evolução da bioética	43.Saúde	30		
FCMSC/SP	44.Bioética	44.Ciências da saúde		12	
FCMSC/SP	45.Bioética	45.Ciências da saúde	12		
FAMERP/SP	46.Bioética	46.Ciências da saúde		30	
UFC/CE	47.Bioética	47.Ciências médicas		64	
UFRGS/RS	48.Bioética I : aspectos fundamentais	48.Medicina:ciências méd.	30		
" 1c/ 2disc	49. Bioética II : Tópicos especiais	"	15		
UFRGS/RS	50.Bioética II : Tópicos especiais	49.Medicina:ciências méd.		15	
UCPEL/RS	51.Bioética.	50.Saúde e comportamento	15		
UFBA/BA	52.Bioética	51.Medicina		30	
UFBA/BA	53.Bioética	52.Medicina	30		
PUC/RS	54.Bioética	53.Medicina e cienc. da saúde		30	
PUC/RS	55.Bioética	54.Medicina e cienc. da saúde	30		
AV – Medicina II					
UFAL/AL	56.Bioética	55.Ciências da saúde	15		
UEA/AM	57.Bioética	56.Medicina tropical		30	
UEA/AM	58.Bioética	57.Medicina tropical	30		
UFC/CE	59.Bioética	58.Patologia	32		
UNISA/SP	60.Etica médica e bioética	59.Saúde materno infantil	15		
UFMA/AM	61.Etica e bioética nas práticas em saúde	60.Saúde materno infantil	45		
CCD/SES/SP	62.Bioética	61.Ciências	30		
UFG/GO	63.Bioética	62.Ciências da saúde		45	
UFG/GO	64.Bioética	63.Ciências da saúde	45		
UEM/PR	65.Bioética	64.Ciências da saúde	30		
UNIFESP/SP	66.Bioética	65.Patologia	12		
UNIFESP/SP	67.Bioética	66.Patologia		12	
UFPE/PE	68.Bioética	67.Saúde da criança e do adolescente	45		
USP/SP	69.Bioética e psicologia hospitalar	68.Ciências (fisiopat. experimental)	75		
1 c/3 disc	70.Visão atual da bioética clínica	"	30		
"	71.Fundamentos da Bioét: bioet. autonomista e heteronomista	"	30		
USP/SP	72.Bioética e psicologia hospitalar	69.Ciências (fisiopat. experimental)		75	
1 c/3 disc	73.Visão atual da bioética clínica	"		30	
"	74 Fundamentos da Bioét: bioet. autonomista e heteronomista	"		30	

APÊNDICE 1 - Continuação - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA (DB) NA GRANDE ÁREA DA SAÚDE POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO (AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO(M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D) E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

Continuação - Medicina II			CH		
IES	DB	PPSS	M	D	F
UnB	75.Bioética	70. Ciências da Saúde		60	
1c/2 disc	76.Seminários Avançados de Bioética	"		45	
UFMG/MG	77.Iniciação à bioética	71.Ciências da saúde	30		
UFMG/MG	78.Iniciação à bioética	72.Ciências da saúde		30	
CPQRR/	79.Introd. Bioética-Ética na inv. Cient.SH	73.Ciências da saúde	30		
CPQRR/	80.Introd. Bioética-Ética na inv. Cient.SH	74.Ciências da saúde		30	
UFRJ	81.Bioética	75.Medicina(doenças infecciosas e parasitárias)	45		
PUC/RS	82.Bioética	76.Medicina pediatria e saúde da criança	30		
PUC/RS	83.Bioética	77.Medicina pediatria e saúde da criança		30	
FFFCMPA	84.Bioética	78.Patologia		30	
Av – Medicina III					
FCMSCSP/SP	85.Bioética	79.Medicina (cirurgia)		12	
FCMSCSP/SP	86.Bioética	80.Medicina (otorrinolaringologia)	12		
FCMSCSP/SP	87.Bioética	81.Medicina (otorrinolaringologia)		12	
FCMSCSP/SP	88.Bioética	82.Medicina (tocoginecologia)		12	
FCMSCSP/SP	89.Bioética	83.Medicina, ortopedia e traumatologia	60		
FEPAR/PRO	90.Ética profissional e Bioética	84.Princípios da cirurgia	30		
FEPAR/PRO	91.Ética profissional e Bioética	85.Princípios da cirurgia		30	
UFMG/MG	92.Bioética	86.Cirurgia	30		
UFMG/MG	93.Bioética	87.Cirurgia		30	
UFPE/PE	94.Bioética	88.Cirurgia	90		
UFPE/PE	95.Bioética	89.Cirurgia		90	
UNIFESP/SP	96.Bioética	90.Cirurgia experimentação	60		
UNIFESP/SP	97.Bioética	91.Cirurgia experimentação		60	
UNIFESP/SP	98.Bioética	92.Medicina(cirurgia cardiaca)	48		
UNIFESP/SP	99.Bioética	93.Medicina(cirurgia cardiaca)		48	
USP/SP	100.Bioética em medicina	94.Medicina(cirg. Ap. digest)		60	
UFPR/PR	101.Bioética e responsab. Pesquisados	95.Medicina (clínica cirúrgica)	45		
1 c/ 2disc	102. Bioética em pesquisadores	"	45		
UFPR/PR	103.Bioética e responsab. Pesquisados	96.Medicina (clínica cirúrgica)		30	
1 c/ 2disc	104.Bioética em pesquisadores	"		30	
UFRGS/RS	105.Bioética em pesquisa	97.Medicina cirurgia	30		
UFRGS/RS	106.Bioética em pesquisa	98.Medicina cirurgia		30	
UNESP/BOT	107.Bioética	99.Anestesiologia	30		
UNESP/BOT	108.Bioética	100.Anestesiologia		30	
UNESP/BOT	109.Bioética	101.Bases gerais da cirurgia	30		
UNESP/BOT	110.Bioética	102.Bases gerais da cirurgia		30	
UNESP/BOT	111.Bioética	103Ginecologia, obstetria e mastologia	30		
UNESP/BOT	112.Bioética	104.Ginecologia, obstetria e mastologia		30	
UNIFESP/SP	113.Bioética	105.Medicina (urologia)	48		
UNIFESP/SP	114.Bioética	106.Medicina (urologia)		48	
USP/SP	115.Bioética	107.Urologia	45		
USP/SP	116.Bioética	108.Urologia		45	

APÊNDICE 1 - Constinuação - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA (DB) NA GRANDE ÁREA DA SAÚDE POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO (AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO(M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D) E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

AV - Nutrição			CH		
IES	DB	PPSS	M	D	F
UFAL/AL	117.Bioética	109.Nutrição	30		
UVF/MG	118.Bioética aplicada à Nutrição	110.Ciência da nutrição	30		
UFRN/RN	119.Bioética	111.Ciências da saúde	30		
UFRN/RN	120.Bioética	112.Ciências da saúde		30	
UFPE/PE	121.Bioética	113.Nutrição	45		
AV - Odontologia					
UFBA/BA	122. Bioética	114.Odontologia	45		
EBMSP/ba	123.Bioética	115.Odontologia			24
UFG/GO	124.Bioética	116.Odontologia	30		
UVA/RJ	125.Bioética	117.Odontologia			30
UNIB/SP	126.Bioética	118.Odontologia	30		
USC/SP	127.Bioética	119.Odondologia			60
UNISA/SP	128.Bioética e biossegurança	120.Odontologia			30
UNIARARAS/SP	129.Bioética e legislação	121.Odontologia			15
UFPB/JP	130.Bioética	122.Odontologia	60		
USP/SP	131.Bioética e Odontologia	123.Odontologia(ortodontia)		45	
USP/SP	132.Bioética	124.Odontologia(prótese-buco-maxilo facial)	45		
USP/SP	133.Bioética em odontologia	125.Ciências da odontologia	45		
FESP/UPE	134.Bioética	126.Habiatra(determinantes de saúde na adolescência)	30		
UFC/CE	135.Bioética	127.Odontologia	32		
PUC/MG	136.Ética e bioética	128.Odontologia			15
UFPB/JP	137. Bioética	129.Odontologia		45	
UFPE/PE	138.Bioética	130.Odontologia	30		
FESP/UPE/PE	139.Bioética	131.Odontologia	15		
FESP/UPE/PE	140.Bioética	132.Odontologia		15	
PUC/PR	141. Bioética	133.Odontologia	15		
PUC/PR	142. Bioética	134.Odontologia		15	
UEPG/PR	143. Bioética	135.Odontologia	30		
UNESA/RJ	144. Bioética	136.Odontologia			60
UFPEL/RS	145. Bioética	137.Odontologia	15		
ULBRA/RS	146. Bioética e ética em pesquisa	138.Odontologia	30		
ULBRA/RS	147. Bioética e ética em pesquisa	139.Odontologia		30	
UFSC/SC	148. Bioética	140.Odontologia		60	
UNESP/Araç/SP	149. Bioética	141.Odontologia	30		
UNESP/Araç/SP	150. Bioética	142.Odontologia		30	
UNESP/SJC/SP	151. Bioética e legislação	143.Odontologia restauradora		45	
PUC/RS	152. Bioética	144.Odontologia		30	
UNA ERP/SP	153. Bioética	145.Odontologia		45	
USP/SP	154. Bioética em Odontologia	146Odontologia(dentística)	45		
USP/SP	155. Bioética em Odontologia	147.Odontologia(dentística)		45	
USP/SP	156. Bioética em Odontologia	148.Odontologia(materiais dentários)	45		
USP/SP	157. Bioética em Odontologia	149.Odontologia(materiais dentários)		45	
USP/FOB/SP	158. Bioética	150.Ortodontia e odontologia em saúde coletiva	45		

APÊNDICE 1 - Continuação - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA (DB) NA GRANDE ÁREA DA SAÚDE POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO (AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO (M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D) E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

AV- Saúde Coletiva			CH		
IES	DB	PPSS	M	D	F
UEFS/ES	159.Bioética	151.Saúde coletiva	30		
UNIFOR/CE	160.Fund. Filos. Em saúde e Bioética	152.Saúde coletiva	45		
UECE/CE	161.Bioética em saúde	153.Saúde coletiva	30		
UNISINOS/RS	162.Bioética	154.Saúde coletiva	30		
UFSC/SC	163.Bioética	155.Saúde pública	45		
FIOCRUZ/RJ	164.Bioética, biotecnologias e as práticas em saúde	156.Saúde da mulher e da criança	60		
FIOCRUZ/RJ	165.Bioética, biotecnologias e as práticas em saúde	157.Saúde da mulher e da criança		60	
FIOCRUZ/RJ	166.Bioética, justiça sanitária e saúde pública	158.Saúde pública	60		
FIOCRUZ/RJ	167.Bioética, justiça sanitária e saúde pública	159.Saúde pública		60	
FIOCRUZ/RJ	168. Fund. de Ética, Ética Aplic. Bioética	160.Saúde pública	120		
FIOCRUZ/RJ	169. Fund. de Ética, Ética Aplic. Bioética	161.Saúde pública		120	
FIOCRUZ/RJ	170. Tópicos de Ética aplic e Bioet.	162.Saúde pública	60		
FIOCRUZ/RJ	171. Tópicos de Ética aplic e Bioet.	163. Saúde pública		60	
Total	171	163	91	64	8

FONTE: [http://www. Capes.gov.br/cursos-recomendados](http://www.Capes.gov.br/cursos-recomendados)

APÊNDICE 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE NATUREA ÉTICA/DEONTOLÓGICA COM CONTEÚDO DE BIOÉTICA POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO(AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICT SENSU* (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO (M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D), E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

IES	AV- Saúde Coletiva		CH			
	DB	PPSS	M	D	F	
AV- Enfermagem						
UEM/PR	1.Ética na investigação e no cuidado à saúde.	1.Enfermagem	30			
FURG/RS	2.Ética no trabalho da Enf./ saúde	2.Enfermagem	45			
AV – Medicina I						
UNIFESP/SP	3. Ética médica	3.Reabilitação	12			
UNIFESP/SP	4. Ética médica	4.Reabilitação		12		
EBMSP/BA	5.Ética médica	5.Medicina interna	15			
EBMSP/BA	6.Ética médica	6.Medicina interna		15		
PUC/RS	7.Ética em pesquisa	7.Ciências da saúde	45			
PUC/RS	8.Ética em pesquisa	8.Ciências da saúde		45		
FIOCRUZ/RJ	9.Ética em pesquisa e boas práticas clínicas	9.Pesquisa clínica em doenças infecciosas	90			
FIOCRUZ/RJ	10.Ética em pesquisa e boas práticas clínicas	10.Pesquisa clínica em doenças infecciosas		90		
AV – Medicina II						
UFPA/PA	11.Ética em pesquisa em seres humanos	11.Doenças tropicais	30			
UFPE	12.Ética em pesquisas em seres humanos	12.Neuropsiquiatria e ciências do comportamento	45			
UFPE	13.Ética em pesquisas em seres humanos	13.Neuropsiquiatria e ciências do comportamento		45		
UnB/DF	14.A ética na pesquisa científica	14.Ciências da saúde		30		
AV – Medicina III						
UFC/CE	15.Ética aplicada à pesquisa	15.Cirurgia	48			
UFC/CE	16.Ética aplicada à pesquisa	16.Cirurgia		48		
PUC/PR	17.Ética e pesquisa	17.Cirurgia	60			
UNIFESP/SP	18.Ética e pesquisa	18.Medicina(gastroenterologia cirúrgica)	24			
UNIFESP/SP	19.Ética e pesquisa	19.Medicina(gastroenterologia cirúrgica)		24		
USP/SP	20.Aspectos éticos e metodológicos da pesquisa em cirurgia ortopédica	20.Ortopedia e traumatologia		45		
UERJ/RJ	21.Ética na pesquisa	21.Fisiopatologia e ciências cirúrgicas	30			
UERJ/RJ	22.Ética na pesquisa	22.Fisiopatologia e ciências cirúrgicas		30		
USP/SP	23.Ética na Ginecologia e obstetrícia	23.Ginecologia e obstetrícia	30			
USP/SP	24.Ética na Ginecologia e obstetrícia	24.Ginecologia e obstetrícia		30		
USP/RP	25.Ética em pesquisa	25. Medicina(clínica cirúrgica)	45			
USP/RP	26.Ética em pesquisa	26. Medicina(clínica cirúrgica)		45		
AV - Odontologia						
UFRN/RN	27.Ética, saúde e sociedade	27.Odontologia	30			
UnG/ÇO	28.Motodologia da invest.cient. Ética em Pesquisa.	28.Odontologia	30			
UFRGS/RS	29.Ética em pesquisa	29.Odontologia	60			
UFRGS/RS	30.Ética em pesquisa	30.Odontologia		60		
PUC/RS	31.Ética	31.Odontologia		30		
UFMT/MT	32.Ética na pesquisa	32.Saúde coletiva	30			
Total			32	18	14	0

FONTE: <http://www.capes.gov.br/cursos-recomendados>

APÊNDICE 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE NATUREA ÉTICA/DEONTOLÓGICA SEM CONTEÚDO DE BIOÉTICA POR INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), ÁREA DE AVALIAÇÃO(AV), PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICT SENSU (PPSS), CURSOS DE MESTRADO ACADÊMICO (M), MESTRADO PROFISSIONAL (F), DOUTORADO (D), E CARGA HORÁRIA (CH) - 2008

AV- Educação Física			CH		
IES	DB	PPSS	M	D	F
UFRGS/RS	1.Ética no esporte	1.Ciências do movimento humano		60	
AV - Enfermagem					
UFC/CE	2.Análise crítica da ética em saúde	2.Enfermagem	32		
UFC/CE	3.Análise crítica da ética em saúde	3.Enfermagem		32	
UFSC/SC	4.Tópicos avançados em filosofia e ética	4.Enfermagem		30	
USP/SP	5.Análise ético-legal do exercício da Enf.	5.Enfermagem		90	
USP/SP	6. Ética e gerenciamento em serviços de saúde	5.Enfermagem		90	
AV – Medicina I					
IPSEMG	7.Ética e pesquisa	7.Ciência da saúde	15		
UNIFESP/SP	8.Ética médica	8.Medicina(dermatologia clínica e cirúrgica)	12		
UNIFESP/SP	9.Ética médica	9.Medicina (dermatologia clínica e cirúrgica)		12	
UFRR/PR	10.Ética médica	10.Medicina interna	30		
UFRR/PR	11.Ética médica	11.Medicina interna		30	
PUC/PR	12.Ética	12.Medicina e Ciências da saúde	30		
PUC/PR	13.Ética	13.Medicina e Ciências da saúde		30	
AV – Medicina II					
UFPE/PE	14.Ética	14.Patologia	30		
UFG/GO	15.Ética e pesquisa	15.Ciências da saúde	30		
UFG/GO	16.Ética e pesquisa	16.Ciências da saúde		30	
UFMT/MT	17.Ética em biociência	17.Medicina tropical e infectologia	24		
UFMT/MT	18.Ética em biociência	18.Patologia	45		
UFMT/MT	19.Ética em biociência	19.Patologia		45	
PUC/RS	20.Ética	20.Medicina pediatria e saúde da criança	30		
PUC/RS	21.Ética	21.Medicina pediatria e saúde da criança		30	
UFPE/PE	22.Ética médica	22.Medicina Tropical	45		
AV – Medicina III					
UNIFESP/SP	23.Ética médica	23.Medicina (neurocirurgia)	96		
UNIFESP/SP	24.Ética médica	24.Medicina (neurocirurgia)		96	
UNIFESP/SP	25.Deontologia médica	25.Ortopedia e traumatologia	48		
PUC/PR	26.Ética *	26.Cirurgia	30		
UNIFESP/SP	27.Ética médica	27.Medicina (ginecologia)	12		
UNIFESP/SP	28.Ética médica	28.Medicina (ginecologia)		12	
UNIFESP/SP	29.Deontologia médica	29.Medicina(otorrinolaringologia)	60		
UNIFESP/SP	30.Deontologia médica	30.Medicina(otorrinolaringologia)		60	
UNIFESP/SP	31.Deontologia médica	31.Medicina (oftalmologia)	24		
UNIFESP/SP	32.Deontologia médica	32.Medicina (oftalmologia)		24	
AV – Odontologia					
UNIGRANRIO RJ	33.Ética e legislação Odontológica	32.Odontologia			30
UNICID/SP	34.Ética e legislação odontológica	33.Ortodontia			30
SLMANDIC/SP	35.Ética e odontologia legal	34.Odontologia			30
USP/FOB	36.Ética e legislação odontológica	35.Ortod. e Odont. em saúde coletiva	60		
Total	36	36	18	15	3

FONTE: <http://www.Capes.gov.br/cursos-recomendados>

ANEXOS

Anexo 1 – Cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* reconhecidos pela CAPES

Ministério da Educação

Mestrados/Doutorados Reconhecidos

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE									
ÁREA (ÁREA DE AVALIAÇÃO)	Programas e Cursos de pós-graduação					Totais de Cursos de pós-graduação			
	Total	M	D	F	M/D	Total	M	D	F
EDUCAÇÃO FÍSICA (EDUCAÇÃO FÍSICA)	20	11	0	0	9	29	20	9	0
ENFERMAGEM (ENFERMAGEM)	32	16	1	2	13	45	29	14	2
FARMÁCIA (FARMÁCIA)	30	11	0	3	16	46	27	16	3
FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (EDUCAÇÃO FÍSICA)	8	6	0	0	2	10	8	2	0
FONOAUDIOLOGIA (EDUCAÇÃO FÍSICA)	8	3	0	1	4	12	7	4	1
MEDICINA (MEDICINA I)	71	14	3	3	51	122	65	54	3
MEDICINA (MEDICINA II)	72	11	2	1	58	130	69	60	1
MEDICINA (MEDICINA III)	42	2	4	0	36	78	38	40	0
NUTRIÇÃO (MEDICINA II)	13	8	0	0	5	18	13	5	0
ODONTOLOGIA (ODONTOLOGIA)	90	25	1	17	47	137	72	48	17
SAÚDE COLETIVA (SAÚDE COLETIVA)	48	18	1	13	16	64	34	17	13
Brasil:	434	125	12	40	257	691	382	269	40

FONTE: [http://www. Capes.gov.br/cursos-recomendados](http://www.Capes.gov.br/cursos-recomendados)

Data Atualização: **03/07/2008**

Cursos: M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional

Programas:

M/D - Mestrado Acadêmico / Doutorado,

M/F - Mestrado Acadêmico / Mestrado Profissional,

D/F - Doutorado / Mestrado Profissional,

M/D/F - Mestrado Acadêmico / Doutorado / Mestrado Profissional

Anexo 2 – Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 154/2008

Título do Projeto: ENSINO DA BIOÉTICA NA ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE O PANORAMA DA BIOÉTICA NA PÓS-GRADUAÇÃO

Pesquisador Responsável: ANTÔNIO MACENA DE FIGUEIREDO

Data de entrada: 07/11/2008

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 154/2008 com o título: “ENSINO DA BIOÉTICA NA ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL: Um estudo sobre o panorama da bioética na pós-graduação”, analisado na 9ª Reunião Ordinária realizada no dia 14 de Outubro de 2008.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 11 de Novembro de 2008.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo 3 – Total dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na área interdisciplinar reconhecidos pela CAPES

Ministério da Educação

Mestrados/Doutorados Reconhecidos

GRANDE ÁREA: MULTIDISCIPLINAR									
ÁREA (ÁREA DE AVALIAÇÃO)	Programas e Cursos de pós-graduação					Totais de Cursos de pós-graduação			
	Total	M	D	F	M/D	Total	M	D	F
BIOTECNOLOGIA	23	6	2	1	14	37	20	16	1
ENSINO (ENSINO DE CIÊNCIAS E MATEMÁTICA)	58	15	4	28	11	69	26	15	28
INTERDISCIPLINAR	199	104	11	48	36	235	140	47	48
MATERIAIS(MATERIAIS)	13	3	0	1	9	22	12	9	1
Brasil	293	128	17	78	70	363	198	87	78

FONTE:<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarArea&códigoGrandeArea=90000005&descricaoGrandeArea=MULTIDISCIPLINAR+>

Data Atualização: **03/07/2008**

Cursos: M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional

Programas:

M/D - Mestrado Acadêmico / Doutorado,

M/F - Mestrado Acadêmico / Mestrado Profissional,

D/F - Doutorado / Mestrado Profissional,

M/D/F - Mestrado Acadêmico / Doutorado / Mestrado Profissional

Anexo 4 – Total dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* específicos em bioética com cursos de mestrados e doutorados credenciados na CAPES

Ministério da Educação

Relação de Cursos Recomendados e Reconhecidos

GRANDE ÁREA: MULTIDISCIPLINAR

ÁREA: INTERDISCIPLINAR

PROGRAMA	IES	UF	CONCEITO		
			M	D	F
1. “ (...)					
BIOENERGIA	FTC	BA	-	-	3
BIOÉTICA	UNB	DF	4	4	-
BIOÉTICA	CUSC	SP	3	-	-
BIOLOGIA COMPUTACIONAL SISTEMAS E	FIOCRUZ	RJ	4	4	-
BIOMETRIA	UNESP/BOT	SP	4	-	-
BIOPROSPECÇÃO MOLECULAR	URCA	CE	4	-	-
BIOTECNOLOGIA	UFC	CE	4	-	-
BIOTECNOLOGIA	UEL	PR	5	-	-
CIÊNCIA AMBIENTAL	UFF	RJ	3	-	-
199. ”					

FONTE: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarArea&CodigoGrandeArea=90000005&descricaoGrandeArea=MULTIDISCIPLINAR+>

Legenda: **UNB** – universidade de Brasília. **CUSC**: Centro Universitário São Camilo.

Data Atualização: **03/07/2008**

Cursos: M - Mestrado Acadêmico, D - Doutorado, F - Mestrado Profissional

Anexo 5 – Portarias de homologação dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em bioética

Ministério da Educação

Mestrados/Doutorados Reconhecidos

GRANDE ÁREA: MULTIDISCIPLINAR				
ÁREA: INTERDISCIPLINAR				
CUSC - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO / SP				
DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA: Particular				
PROGRAMA: <i>BIOÉTICA</i>(33028010002P8) NÍVEIS: M				
<p>ÁREA BÁSICA: <i>SAÚDE E BIOLÓGICAS</i>. Logradouro: RUA RAUL POMPEIA, 144 Bairro:POMPEIA. Cidade/UF: SÃO PAULO / SP CEP: 05025010 Caixa Postal: Telefone: (11) 3861-3400 / Ramal: 3460 / Ramal: FAX: (11) 3861-3460. E-Mail: secretariamestrado@scamilo.edu.br URL: http://www.scamilo.edu.br/</p>				
CURSO(S)	SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	NÍVEL	CONCEITO
BIOÉTICA	Em Funcionamento	Homologado pelo CNE (Portaria MEC 524, DOU 30/04/2008 - Parecer CES/CNE 33/2008 , 29/04/2008)	Mestrado	3

Fonte:<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=detalhamentoIes&codigoPrograma=33028010002P8>

GRANDE ÁREA: MULTIDISCIPLINAR				
ÁREA: INTERDISCIPLINAR				
UNB - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA / DF				
DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA: Federal				
PROGRAMA: <i>BIOÉTICA</i>(53001010076Po) NÍVEIS: M/D				
<p>ÁREA BÁSICA: <i>SAÚDE E BIOLÓGICAS</i>. Logradouro: UNB - CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO Bairro:ASA NORTE. Cidade/UF: BRASILIA / DF CEP: 70910900 Caixa Postal: Telefone: 61 33072295 / Ramal: / Ramal: FAX: 61 33072295. E-Mail: bioetica@unb.br</p>				
CURSO(S)	SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	NÍVEL	CONCEITO
BIOÉTICA	Em Funcionamento	Homologado pelo CNE (Portaria MEC 458, DOU 11/04/2008 - Parecer CES/CNE 28/2008 , 10/04/2008)	Doutorado	4
BIOÉTICA	Em Funcionamento	Homologado pelo CNE (Portaria MEC 458, DOU 11/04/2008 - Parecer CES/CNE 28/2008 , 10/04/2008)	Mestrado	4

Fonte:<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=detalhamentoIes&codigoPrograma=53001010076Po>