

LENE REVOREDO GOUVEIA

**EDUCAÇÃO MÉDICA:
O PAPEL DA RESPONSABILIDADE MÉDICA NO ENSINO MÉDICO
DE GRADUAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Speranza França da Mata

**RIO DE JANEIRO
2007**

LENE REVOREDO GOUVEIA

**EDUCAÇÃO MÉDICA:
O PAPEL DA RESPONSABILIDADE MÉDICA NO ENSINO MÉDICO
DE GRADUAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

Prof^a Dr^a Speranza França da Mata – FE/UFRJ

Prof. Dr. Francisco Cordeiro Filho – FE/UFRJ

Prof. Dr. Reuber Gerbassi Scofano – FE/UFRJ

Prof. Dr. Leandro Ribeiro da Silva – FD/UFRJ

Prof^a Dr^a Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun – FM/UFRJ

Aos meus amados pais, ao meu lado em mais uma etapa de minha vida acadêmica; aos meus filhos, meu genro e minha netinha, razões de minha alegria de viver.

In memoriam

Prof. Aloysio Amâncio da Silva
Prof. Ângelo Benedicto Failace de Oliveira
Prof. José Augusto Barbosa de Aguiar

Saudade, muita saudade

Agradecimentos

Um trabalho de pesquisa sempre espelha envolvimento de várias pessoas, em que algumas, embora nele não figurem de forma expressa, foram tão importantes em sua existência, que, sem elas, certamente, não estaríamos aqui nos debruçando sobre estas páginas.

A assistência amiga, fruto de longos anos de conhecimento e de convívio, iniciados ainda nos bancos da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, aliada à indispensável visão científica, dos Professores Francisco Manes Albanesi Filho e Sergio Albieri, respectivamente, Vice-Presidente e Corregedor do Conselho Estadual de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, à época da pesquisa, foram decisivas para que se tornasse mais real o que defendemos nesse trabalho.

O apoio sempre carinhoso da Prof. Ludmilla Elyseu Rocha, presente desde os tempos da Faculdade de Ciências Jurídicas da Suesc, onde tivemos a sorte de tê-la como mestra e amiga, passando pelas aulas do Doutorado nessa Faculdade de Educação, onde, então companheiras de estudo, vimos caminhamos juntas até este momento decisivo, estará sempre presente em nossa mente.

A atenção e o carinho de que fomos objeto, pelo Prof. Nilo Cesar Martins Pompílio da Hora, querido amigo e mestre também do nosso curso de Direito da Faculdade de Ciências Jurídicas da Suesc, materializaram-se na dedicação e no interesse incontestáveis, quando de nossa admissão nesse curso de pós-graduação.

A Prof^ª. Alice Reis Rosa, longos anos dedicados à educação médica, gentileza incomparável e colaboração irrestrita a tudo que se relacione à pesquisa, desempenhou papel fundamental nos primórdios desse trabalho.

A lucidez filosófica e o atender solícito, tão próprios do Prof. Reuber Scofano, nos apresentaram ao pensamento filosófico de Jonas, que veio embasar nossa tese.

Um agradecimento especial à Prof^ª Speranza França da Mata, carinhosa e dedicada orientadora da tese, cujas idéias sempre foram as mais fascinantes e apropriadas, mostrando-me caminhos que eu não descortinara, numa área para mim, se não nova do ponto de vista prático, até então não tão visitada no seu aspecto teórico.

Um beijo agradecido e carinhoso para Solange Rosa de Araújo, secretária do PPGE, que trata a todos com a maior atenção e solicitude, tendo como seus principais objetivos o melhor atendimento e o melhor resultado.

Onde andar  o meu doutor?

*Ah! Sinto uma dorzinha na barriga e uma palpita o!
Esperei sua rea o. Vai me examinar, escutar a minha voz e auscultar o meu cora o.*

Me entregou uma requisia o e disse:

“Pe a autoriza o para esses exames para conseguir a realiza o”

Quando li quase morri ...

“Tomografia computadorizada”

“Resson ncia Magn tica”

“Cintilografia”

Estarei eu   beira da morte?

Mas, por favor, me olhe!

Ou a minha hist ria!

Preciso que o sr. me escute e me ausculte!

Me examine!

Precisamos urgente dos nossos m dicos amigos ...

A medicina agoniza ...

Ou o at  os seus gemidos ...

Por favor!

Tragam de volta o meu doutor!

Estamos todos doentes e sentindo dor!

E pe o!

Para o ser humano uma receita de “calor”

E para o exerc cio da medicina uma prescri o de “amor”

Onde andar  o meu doutor?

(autor desconhecido, mas poderia ser qualquer um de n s)

RESUMO

GOUVEIA, Lene Revoredo. **Educação Médica: O Papel da Responsabilidade Médica no Ensino Médico de Graduação**. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Responsabilidade Médica é matéria de vital importância na formação do profissional médico, devendo permear todas as áreas do conhecimento médico ministrado durante o curso de graduação. O objetivo do trabalho é o de sublinhar o reclamado apelo social à Responsabilidade e à Ética médicas, a suscitar imperiosa demanda da educação médica na reordenação curricular em seu curso de formação. Seu objeto visa demonstrar a natureza da Responsabilidade Médica como um ato pedagógico transversal, na formação e no exercício da profissão médica. Um breve estudo ilustrativo dos processos ético-profissionais, julgados pelo Conselho de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, durante o ano de 2005, vem corroborar a necessidade da inserção da Responsabilidade Médica no Curso Médico de Graduação, condição essa fundamentalmente dependente de uma mobilização efetiva dos gestores das políticas públicas na área educacional em nosso país, para o atendimento desse insistente apelo social.

Abstract

GOUVEIA, Lene Revoredo. **Educação Médica: O Papel da Responsabilidade Médica no Ensino Médico de Graduação**. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Medical responsibility is a subject of vital importance in the formation of the medical professional, and should permeate all the areas of medical knowledge throughout the undergraduate course. This study seeks to underline the social appeal to medical responsibility and ethics and the consequent demand for the reorganization of the medical curriculum. The goal is to demonstrate the nature of medical responsibility as a transversal pedagogic act, in the formation and exercise of the medical profession. A study of prosecutions involving medical professional ethics, judged by Conselho de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, during 2005, corroborates the need for the inclusion of Medical Responsibility in the undergraduate coursework. In order to achieve this pressing social appeal, it is fundamental to obtain the commitment of Brazilian public policy managers in education.

SUMÁRIO

Seções

1 Introdução	10
2 Ética	18
3 Ciência Neutra ?	24
4 Bioética	34
4. 1 Princípioalismo ou Dedutivismo	38
4. 2 Casuísmo ou Indutivismo	44
4. 3 Teoria da Virtude	45
4. 4 A Proposta Feminista	46
5 Responsabilidade	49
5.1 Jurídica	54
5.2 Médica	64
5.2.1 Histórico	64
5.2.2 Responsabilidade Médica e o Ordenamento Jurídico Brasileiro	69
5.2.2.1 O Código Civil Brasileiro	69
5.2.2.2 O Código de Defesa do Consumidor	73
5.2.2.3 O Código de Ética Médica	74
5.2.2.4 A Doutrina e a Jurisprudência	75
5.2.3 Os Atos Médicos	76
5.2.4 A Responsabilidade Penal Médica	81
5.2.5 O Ônus da Prova	85
5.2.6 A Carga Probatória	88
5.2.7 O Olhar do Paciente	90
5.2.8 A Perícia Médica	92
6 Educação, Ciência e Globalização	95
7 Educação e Direitos	102
8 Educação e Formação Educacional	109
9 A Formação Educacional do Médico	113

9.1 A Medicina Mecanizada	113
9.2 Processos Ético-Profissionais (2005): Levantamento de Dados	120
9.3 Estudo dos Dados	130
10 Responsabilidade Médica: sua importância	138
11 Conclusões e Proposições	148
11.1 Conclusões	148
11.2 Proposições	150
Referências	152

1 INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho é o de sublinhar o reclamado apelo social à Responsabilidade e à Ética médicas, a suscitar imperiosa demanda da educação médica na reordenação curricular em seu curso de formação.

A Responsabilidade Médica é matéria que precisa e deve ser inserida no currículo médico, com base num processo pedagógico de aprendizagem, contínuo e ativo, entre professor e aluno, em que, a aula, tradicionalmente concebida como uma exposição de saberes a serem recebidos passivamente pelo aluno, cede lugar à pesquisa, entendida esta como princípio científico e educativo, um caminho para gerar ciência e promover o questionamento crítico e criativo.

Nosso trabalho visa, como seu objeto, demonstrar a natureza da Responsabilidade Médica como um ato pedagógico transversal na formação e no exercício da profissão médica, ato esse que transcende, de muito, o mero cumprimento do dever do médico de informar, ao seu paciente, sobre os caminhos que o conduzem ao abrigo da cura ou ao simples amparo aos seus sofreres. Nesse sentido, observamos constituir-se, a Responsabilidade Médica, numa verdadeira interface entre a Medicina e o Direito, este último o campo em que tal matéria já é naturalmente acolhida, o que vem demonstrar a necessidade da inclusão, com especial atenção, dos aspectos legais envolvidos com a prática médica diária. Eis que, nesse trabalho, ambos, Medicina e Direito, aliam-se à Educação, no objetivo maior de influenciar, da maneira mais eficiente possível, numa formação sobretudo humanística do profissional médico, formação essa que, sem abandonar a eficiente preparação técnico-científica, essência do ensino médico, irá permitir que o aluno dirija o seu olhar para o beneficiário de seus conhecimentos, entendendo que é para este, o paciente, que sua prática existe.

A educação buscada por uma sociedade justa, ou seja, aquela entendida como a que objetiva oportunidades iguais para todos, é a voltada para a construção do conhecimento, processo contínuo e constante, meio importantíssimo para a constituição da cidadania. Igualmente revela-se o conhecimento, assim construído, instrumento primordial para o desenvolver de um país, sendo o sistema educacional aquele que deve definir e promover tal construção, para que o desenvolvimento seja humano e sustentado.

E é na Universidade, que a educação deve visar à formação de um indivíduo capaz de ir além da mera reprodução do conhecimento, um indivíduo comprometido com um agir e um pensar humanístico e embasado cientificamente, um ser humano pronto para não só comprometer-se, mas também para ser em si mesmo um compromisso, em suma, um indivíduo efetivamente responsável para com os seus semelhantes:

No âmbito da formação educacional médica, revestem-se de capital importância os enormes avanços técnico-científicos da última metade do século passado, e que se continuam pelo atual, avanços esses que vêm concedendo, ao médico, poderes que, por vezes, parecem ser ilimitados no que se refere, não apenas à cura de doenças, mas a modificações quase que completas do corpo humano; à geração de seres humanos sob condições até há pouco inimagináveis; e mesmo à tomada de decisões quanto à morte e à vida de pacientes em vida vegetativa.

E é exatamente essa aparelhagem de recursos infundáveis, associada a uma verdadeira explosão de conhecimentos, obrigando o profissional a não se especializar apenas, mas a se “superespecializar”, que afastou este profissional da visão geral de uma medicina humanista, do paciente olhado como um todo, e como

pessoa antes de tudo, fazendo da medicina meramente uma prática médica, que se limita a olhar o paciente como algo circunscrito a uma doença e a entender o médico como aquele que trata da doença e não de uma pessoa com doença.

O paciente, por seu turno, muito mais esclarecido que anteriormente, pelo acesso fácil e constante às informações, seja via *internet*, seja pela televisão ou mesmo pela imprensa, frente a um médico desprovido de propósitos humanitários, que se comunica deficitariamente com este paciente e ao mesmo tempo refém dos exames laboratoriais que parecem dizer a verdade por si sós, não aceita qualquer resultado que considere inadequado, não entendendo porque a doença não possa ser vencida sempre, até mesmo porque não consegue os esclarecimentos necessários, e ... denuncia.

O profissional precisa estar ciente de que os médicos são cada vez mais questionados quanto à correção dos seus atos e atitudes, no que se refere aos limites entre a competência legal de suas atribuições e os direitos dos pacientes. E o que se observa é que o Código de Ética Médica, composto de normas estritamente relacionadas à área de que trata, não mais dá conta dos problemas gerados por essa nova tecnologia que tornou a medicina mais perigosa, problemas esses que envolvem a Filosofia, a Psicologia, a Religião, para citar apenas algumas áreas, em suma, problemas claramente interdisciplinares.

Ademais, este médico precisa ser sabedor de que, embora exerça a medicina de acordo com os princípios éticos necessários profissionalmente, poderá em algum momento de sua carreira ser alvo de uma ação judicial, até mesmo por interesses financeiros de terceiros. É de vital importância que tenha conhecimento da legislação que trata do ato médico, bem assim da jurisprudência de nossos Tribunais, nos quais, eventualmente, será julgado o seu trabalho. Tal preocupação não se mostra

de forma nenhuma exagerada, visto o número de ações judiciais existentes contra médicos, bem como a intensa atividade judicante dos Conselhos de Medicina.

Para o cumprimento do referido objeto de estudo, como referencial teórico, utilizamos os conceitos éticos de Hans Jonas, filósofo voltado à procura de uma nova ética para a nossa civilização tecnológica, pois entende que as éticas anteriores não são adaptadas às formas inteiramente novas de poder do mundo atual; bem como os trabalhos principialistas de Beauchamp e Childress, que discutem os princípios da Bioética, ou seja, os da autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça, princípios esses que devem nortear, obrigatoriamente, a atuação do médico, nesses tempos de contato humano cada vez mais exíguo.

A visão de Jonas, ao desenvolver o seu princípio da Responsabilidade, amolda-se com uma luva à realidade atual da prática médica, em que os meios técnico-científicos refletem os mais avançados saberes tecnológicos, desenvolvendo-se em velocidade exponencial e, como tal, espiando das alturas o ser humano aqui embaixo: só, atônito, desprotegido e... doente. Jonas entende a Responsabilidade, preocupada e aplicada ao que "vai acontecendo", ou seja, com o que "está em um processo de acontecer", no agora, caminhando para o depois. Uma Responsabilidade dinâmica, que, para responder às questões que ainda não são conhecidas, mas que o serão logo, exsurge como a base, o apoio, o princípio que orienta as diferentes decisões que vão sendo tomadas.

Jonas mostra a importância da Responsabilidade como um Poder a ser exercido, não especificamente no agir particular de cada detentor desse Poder, não como um Poder desempenhado sobre os outros, mas, um Poder, voltado e cumprido, para os outros. Nesse sentido, destaca-se o agir no domínio das políticas públicas, em que o gestor público deverá irmanar a ética aos conhecimentos técnico-

científico-legais, no interesse de todos, pois somente assim tais políticas serão verdadeiramente responsáveis. Essa nova gestão não olha apenas a sociedade de cima e agindo de forma a atender às suas necessidades, sem maior comprometimento com cobranças externas, apenas se atendo a "fazer o que deve ser feito". Essa nova gestão empurra o gestor para uma política responsável, em que a Responsabilidade desconhece os limites insertos no estático e superior "fazer o que deve ser feito", pois ela é a própria ausência de limites no reconhecer que "faz" sob o controle dos cidadãos e para eles, ou seja, uma política dinâmica, ética e, por isso, responsável.

E a Responsabilidade Médica, dentro desse novo pensamento ético e incorporando os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress – beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça – encontrar-se-á, assim, capacitada a mostrar os caminhos seguros e responsáveis da prática médica, àquele que nela inicia seus primeiros passos.

E à guisa de ilustração, para um entendimento mais objetivo das razões que nos levaram ao desenvolvimento desse apaixonante tema, buscamos a realidade presente nos processos ético-profissionais instaurados no Conselho de Medicina de nosso Estado, o CREMERJ, em que pudemos observar como os pacientes e seus médicos construíram a sua relação médico-paciente.

Percebe-se, assim, que a Responsabilidade Médica deve apresentar-se como preocupação fundamental das autoridades gestoras do ensino médico, sejam elas governamentais, acadêmicas, técnicas ou administrativas, atentas que devem estar, na esteira do pensamento de Jonas, à nova noção de Responsabilidade, pertinente aos tempos em que vivemos, onde o médico precisa ser mais o doutor que trata, do que o doutor que apenas receita.

No Capítulo 2 de nosso trabalho de tese, fazemos breves comentários sobre princípios éticos, pela ótica de Sanchez Vásquez, bem como sobre as observações do filósofo Hans Jonas, quanto à necessidade do ser humano estar consciente de que é parte ativa da natureza que o cerca, por ela sendo estreitamente responsável.

No Capítulo 3, dedicamos uma discussão mais cuidadosa à conhecida, e ainda muito difundida nos dias atuais, neutralidade da ciência, assunto que vem sendo muito bem estudado por Hilton Japiassu, desde há mais de três décadas.

Cuidamos, no Capítulo 4, do tópico referente à Bioética e, ao mencionarmos seus modelos, demos maior atenção ao modelo principiológico ou dedutivista, de Tom Beauchamp e James Childress.

Dedicamo-nos, no Capítulo 5, à noção de Responsabilidade, com uma aplicação mais detida aos aspectos da Responsabilidade Jurídica, quando discutimos brevemente suas formas: penal e cível, objetiva e subjetiva, de meios e de resultados; e da Responsabilidade Médica, em que tratamos de sua relação com o ordenamento jurídico brasileiro, das circunstâncias que cercam o Ato Médico, da Responsabilidade Penal do Médico, do ônus da prova e da carga probatória, do papel da perícia médica, do olhar do paciente sobre si mesmo e da Medicina sem alma dos dias de hoje.

No Capítulo 6, cuidamos da inserção imprescindível do processo educacional no que toca ao conhecimento científico do meio ambiente, que, em tempos de globalização, vem sendo entendido como algo a ser apenas explorado, esgotado mesmo, como se não fosse um organismo vivo e dele não só não fizéssemos parte, como também não fosse vital para a nossa própria existência.

A formação e o exercício dos direitos em nosso país, refletindo uma promiscuidade público-privada que enriquece uma política de favores, muito nossa,

cuja origem remonta aos dias da Colônia e que vem propiciar, notadamente na área educacional, a implementação de políticas públicas incompletas e, muitas vezes, desvinculadas da realidade social a que se destinam, merece comentários no Capítulo 7.

Discutimos, no Capítulo 8, a dependência observada, na maioria de nossas instituições educacionais, à hegemonia do mercado, em que os estudantes são para ele preparados, descuidando-se, sobremaneira, da sua formação como um indivíduo voltado para as reais necessidades da sociedade da qual é parte integrante.

Eis que chegamos, no Capítulo 9, à formação educacional do médico, em tempos de uma Medicina, que chamamos mecanizada, em que a sagrada relação médico-paciente é esgarçada aos limites do rompimento, ao sabor de uma tecnologia fria e distante, no bojo de instituições médicas deficitárias e mesmo inumanas, refém de um sistema de saúde privado, voltado para a minimização de gastos e maximização de lucros. Nesse momento, visando demonstrar que a natureza da Responsabilidade Médica é a de um ato pedagógico transversal na formação educacional do médico, imprescindível na construção do que reputamos essencial no exercício profissional, a relação médico-paciente, apresentamos um levantamento dos processos Ético-Profissionais, julgados pelo Conselho Regional de Medicina do nosso Estado, durante o ano de 2005, acompanhado de um breve esclarecimento dos trâmites legais de tais processos, bem assim de uma análise mais pormenorizada daqueles processos, em que os desencontros na relação médico-paciente foram a causa única da sua instauração.

Discutimos, no Capítulo 10, a importância da Responsabilidade Médica, no que tange ao comportamento do médico, frente às inúmeras dificuldades encontradas em sua prática profissional, levando os estudantes de medicina a refletir

sobre os princípios, os valores, os direitos e os deveres que deverão norteá-los no dia a dia. Também sugerimos o aprendizado, dessa matéria, intimamente relacionado ao exercício da profissão, onde terão a oportunidade de aplicar tais conceitos na resolução das dificuldades encontradas.

Finalmente, dedicamo-nos, no Capítulo 11, não somente às conclusões, mas assim também a proposições, que julgamos absolutamente necessárias para a formação de um profissional médico responsável, eterno cuidador da sagrada relação médico-paciente e praticante de uma conduta ética humana, consciente e responsável, que utiliza a ciência e a técnica, não apesar do ser humano, mas com e para ele.

2 ÉTICA

... a ética tende a estudar um tipo de fenômeno que se verifica realmente na vida do homem como um ser social e constitui o que chamamos de mundo moral; ao mesmo tempo, procura estudá-los [os fenômenos], não deduzindo-os de princípios absolutos ou apriorísticos, mas afundando suas raízes na própria existência histórica e social do homem.

Sánchez Vásquez - Ética (2004: 27)

Regulamentos éticos imprimem um raciocínio diferente ao comportamento humano, pois, embora originando-se a partir dos problemas prático-morais enfrentados pelo homem no plano social, caracterizam-se pela sua generalidade, já que ligados são ao estudo da natureza, função e justificação dos chamados juízos morais, sendo que, no caso da justificação, irão “examinar se podem apresentar razões ou argumentos – e, em tal caso, que tipo de razões ou de argumentos para demonstrar a validade de um juízo moral e, particularmente, das normas morais.” (VÁSQUEZ , 2004, p. 19)

O autor entende a ética como tendo surgido no bojo de uma forma específica de comportamento humano, a moral. Esta, por sua vez, é criada pelo homem quando em sociedade, já que, ao interagir com outros seres humanos, vários problemas se lhes apresentam, demandando soluções específicas e concretas, para o quê tais indivíduos irão evocar normas adequadas ao fato/problema em questão, normas essas dotadas, necessariamente, de um poder, dir-se-ia, intimidativo, pois são sentidas e entendidas como obrigatórias.

Dessa forma, observa-se que, dada a sua temporaneidade, visto estar intimamente relacionada com os fatos/problemas práticos da vida social, a moral diz ao homem como se comportar em tal ou qual situação concreta, para que de seu agir resulte benefícios para si e para outrem. Ao agir praticando determinados atos será invariavelmente instado a formular juízos de valor, de reprovação ou de

aprovação - os chamados juízos morais - submetendo-se, então, de forma consciente, às normas morais.

Percebe-se, assim, que a ética, remetida à investigação de uma dada realidade, compõe conceitos sobre as normas morais ali presentes, conceitos esses que deverão estar condizentes com qualquer moral em qualquer tempo de que se cuide, ou seja, a ética desenvolve a crítica do conteúdo da moral. Daí a afirmação do autor de que “o valor da ética como teoria está **naquilo que explica** e não no fato de prescrever ou recomendar com vistas à ação em situações concretas” (p. 21, grifo nosso).

Outrossim, lembra ainda que a ética, sempre entendida como pertencente ao terreno da filosofia, não mais pode isolar-se no altar da pureza filosófica, posto que o momento é o da abordagem científica, largamente disseminada pelas várias áreas do conhecimento humano, com seus tentáculos alcançando a própria realidade social dos grupos humanos, e, como tal, naturalmente, inquilina também naquilo que chama de mundo moral. Contudo, cuidadosa atenção há que ser dada, para não confundir os campos de atuação de ambas, a ética e a moral, pois, embora claramente inter-relacionadas, cabe não perder de vista o fato de que “...se a moral é inseparável da atividade prática do homem – material e espiritual -, a ética nunca pode deixar de ter como fundamento a concepção filosófica do homem que nos dá uma visão total deste como ser social, histórico e criador” (p.28).

E tal se mostra sobretudo importante, quando se percebe que se torna imprescindível, para o estabelecimento de uma ética verdadeiramente *científica* – a utilizar o próprio termo do autor - a preocupação com o estudo das áreas das demais ciências como a psicologia, pois que esta cuida do subjetivismo do comportamento moral humano; como a sociologia e a antropologia, cujos estudos

privilegiam as estruturas sociais, suas relações e instituições; como a economia política, em que o mundo neoliberal é a realidade de nossa época, composto de verdadeiras elegias ao deus-mercado, que passa a ditar, de forma até impositiva, as práticas morais da sociedade contemporânea.

Já no que tange à Medicina, trata-se de uma área cuja evolução caminha em estreita reciprocidade com o progresso técnico-científico, seja nas técnicas, nos procedimentos, seja nos materiais, nos equipamentos, seja nas pesquisas de vanguarda, etc. Cuidamos, portanto, de uma área da qual a ética não pode, nesses tempos pós-modernos, caminhar ao largo, pois são justamente nas sendas desse incomensurável progresso técnico-científico característico dos dias atuais, que a vida humana é criada, recriada, recombina e destruída a cada momento. São tempos em que nos quedamos verdadeiramente atordoados com as previsões, cada vez mais meras visões, dada a velocidade com que os fatos se desenrolam, do que será a vida humana nos próximos anos. Não são outras as razões que demonstram a vital importância do estabelecimento de uma ética preocupada com os valores humanos, principalmente com aqueles que se mantenham válidos para qualquer futuro que se pense humano. Valores voltados para o entendimento do homem como um ser, não apenas mergulhado em sua particularidade, mas igualmente consciente de que é parte ativa da natureza que o cerca, sendo por ela claramente responsável. Portanto, como entende JONAS (2004): "...só uma ética fundamentada na amplitude do ser, e não apenas na singularidade ou na peculiaridade do ser humano, é que pode ser de importância no universo das coisas". (p. 272)

Acredita o autor que a ética moderna é decorrente, na clássica linha cartesiana, de uma visão separatista entre a dimensão existencialista do ser humano, calcada e encerrada num olhar antropocêntrico, e aquela representada

pelas ciências naturais, em que “presa aos fatos físicos exteriores, é forçada a ignorar a dimensão da interioridade”. (p. 7)

Eis que o filósofo nos apresenta uma ética pós-moderna, em que a natureza binária do homem é naturalmente voltada para as preocupações básicas de sua existência, onde se debatem as noções de particularidade e universalidade, homem e natureza, liberdade e necessidade. Assinala ele que a vida humana constitui-se precisamente em uma constante interação entre tais preocupações, o que faz com que esse homem necessite a cada momento, ao par da consideração de sua própria forma objetiva de vida, exercitar a auto-reflexão como ser humano no mundo.

Não cabe mais uma ciência apartada das demais formas do conhecimento humano, não mais pode ser permitido, nas palavras inspiradas de Siqueira (1998), “a alguns físicos nucleares lavarem as mãos no vaso cristalino da ciência pura e a limpá-las na alva toalha do progresso científico.” (p. 13). Isto porque, face ao poder de transformação que assalta o agir humano na atualidade, aliado ao conhecimento, que inegavelmente temos, dos danos advindos desse agir, apresenta-se a constatação inexorável de que nossos destinos, nossa própria sobrevivência, acham-se intimamente relacionados à preservação da natureza extra-humana.

Trata Jonas (1997) de uma ética, que não desconhece que a ciência empunha uma clara *carência de valores* para tudo aquilo que não se refira ao “valor de la verdad en sí y de la búsqueda de ella (valor da verdade em si e de sua busca)” (p. 57, tradução nossa), que igualmente sabe ser, a ciência, detentora de uma liberdade ilimitada e incondicionada na busca desta mesma verdade, contudo, também está convencida de que a direção correta e segura a tomar é a de transformar essa ética moderna, restrita a uma verdade inscrita nela mesma, numa ética que venha a se fundamentar “em um princípio que possa ser descoberto na

natureza das coisas, para que não seja vítima do subjetivismo ou de outras formas do relativismo” (2004, 272), ou seja, numa ética nada menos que universal.

O que o filósofo entende por *carência de valores da ciência* expressa um entendimento quase que *religioso* do objeto científico, então colocado acima do próprio homem. Um objeto completamente *limpo* de sentimentos ou de sensações, que, se presentes, somente serviriam para conspurcá-lo e dele retirar toda a sua confiabilidade, toda a sua fidedignidade, e, até mesmo, quem sabe, toda a sua verdade, pois a ciência é o deus que tudo explica ou irá explicar. E conforme o homem domine este objeto terá conseguido a sua redenção. Daí a figura do cientista que *faz ciência pela ciência*, deixando ao cuidado da sociedade a utilização de seus resultados, pois que aí já não cabe mais o seu olhar. Mais ainda, esse ser humano, a serviço do deus-ciência, como que se funde com o objeto do seu estudo, tão intimamente identificado com ele se sente, tornando-se também um certo tipo de deus, posto acima de seus iguais, apartado dos deveres e preocupações próprios dos simples mortais.

Assim, acentua Jonas (1997) que esse verdadeiro *desprezo* pelos valores humanos estende-se igualmente aos valores da natureza, pois que esta é dita ser neutra, desinteressada de conseqüências futuras, indiferente a tudo que não se relacione ao momento presente, carente de interesses, carente de finalidades, em suma, carente de responsabilidades: “Las leyes naturales, como leyes formales de desarrollo, no tienen relación con el contenido resultante de su régimen.” (As leis naturais, como leis formais de evolução, não têm relação com o conteúdo resultante de sua aplicação) (p.58, tradução nossa)

Ou seja, uma natureza feita sob medida para um *reducionismo* científico, que, enfim, sabe-se autorizado, de forma tranqüila e fundamentada, a gozar de um

direito, que somente vem reforçar essa verdadeira deificação da ciência, ou seja, o “derecho a la libertad incondicionada de esta búsqueda, es decir, de la investigación” (direito à liberdade sem amarras desta busca [da verdade], vale dizer, da investigação) (p.57, tradução nossa). Está, assim, deificada a ciência, alienada dos valores humanos e da natureza, porque forte, lógica, verdadeira e, sobretudo, *científica*.

3 CIÊNCIA NEUTRA ?

A ciência moderna nunca esteve totalmente separada da ideologia dominante da sociedade que tornou possível sua emergência e seu progresso. Porque toda sociedade produz conhecimentos que constituem uma apropriação do mundo adaptada a certo modo de vida, a certa organização coletiva e a certos valores sócio-culturais.

Hilton Japiassu – A Revolução Científica Moderna (2001: 176)

No princípio eram os mitos e as manifestações religiosas, sob os quais se organizavam os fatos explicativos da vida, afetando toda uma organização social, aí incluídos o poder político e as diversas representações coletivas como tal reconhecidas. Era o tempo em que uma ética religiosa impunha-se à sociedade, determinando seus caminhos e trazendo-a nas rédeas curtas do fatalismo, em que tudo está previsto por antecipação e se apresenta sob uma forma condenatória, com a irreversibilidade do castigo para o perdão.

A influência incontestável do cristianismo no pensamento ocidental exprime-se de forma cabal na Idade Média, quando a visão cristã de mundo determinava, não apenas o conhecimento da Natureza, do homem e dos demais seres vivos, como também as regras morais que pautavam o comportamento humano.

Mas, é claramente no momento em que a sociedade humana inicia seu movimento rumo a uma urbanização crescente, em que as práticas comerciais, bancárias e industriais se assestam como as atividades dominantes da vida diária, que toda uma modificação social se apresenta, com outros usos e outros costumes, determinantes esses de um novo imaginário, composto de novas necessidades, novos desejos, novos entendimentos, novos saberes, consagrando, assim, o terreno perfeito para o surgimento de um racionalismo, caracteristicamente menos cognitivo e mais prático-social.

A ciência teria surgido, portanto, no dizer de Japiassu (2001), não “como uma atividade pura e desinteressada, como uma aventura espiritual ou intelectual. Mas dentro de um amplo contexto histórico, inseparável de um movimento visando à racionalização da existência”.(p.158)

Seria a ciência, nessa linha de raciocínio, a resposta racional aos novos tempos, em que o pensamento humano volve suas diretrizes na direção da exploração da Natureza, dela retirando tudo o que se lhe afigure útil e necessário ao desenvolvimento da sociedade mercantilista, ora em plena expansão. Imperioso se torna, então, o conhecimento cada vez mais íntimo dessa Natureza, por vezes inóspita e pouco decifrável, mas que vai aos poucos se dobrando àquela *figura* nascida dessa precisão insaciável de saber sempre mais e mais, desligada do processo produtivo, este entregue ao labor da técnica; *figura* apartada dos percalços comezinhos das dificuldades diárias, inteiramente dedicada ao objetivo altaneiro de solucionar todas as dúvidas humanas; *figura* meio humana, meio deusa – o *cientista*. A ele se credita toda a fé e confiança de uma sociedade em crise e se lhe toleram todas as excentricidades por essa sociedade extasiada.

A ciência, ela própria se torna um mito. O mito revelador, poderoso, perscrutador dos fatos e fenômenos da natureza. Mas também se torna uma religião que não tem medo de esclarecer, de informar, de explicar, que se compromete com a felicidade, que promete, e parece cumprir, a resolução de todos os problemas, já que tudo pode ser descoberto, é apenas uma questão de tempo. Não aparenta encobrir segredos, pois a ciência é do homem, não vem de fontes obscuras e inatingíveis, é o homem que a cria e a pratica por meio do *homem-cientista*, que, admirado e protegido pela sociedade da qual emerge, aponta-lhe os rumos, fornece-

lhe as diretrizes, para um caminho voltado sempre ao futuro, que será, com certeza, sempre melhor do que o que passou.

E a técnica vem caminhando a seguir, após as experimentações necessárias à confirmação do que se descobriu, trazendo o vislumbre da felicidade prometida, enquanto a ciência cada vez mais se afirma como a religião desse novo homem do mercado: certa, racional, segura e, sobretudo, próxima.

Mas... Hiroxima ... Nagazaki... Onde a transparência esperada? Onde a segurança prometida? Onde a felicidade da sociedade humana? Onde a religião que resolvia todas as dúvidas, pois estava ali com o homem, pelo homem e para o homem? A experimentação agora saíra do interior dos tubos de ensaio e das paredes seguras dos laboratórios para o mundo exterior, onde vivem os homens que sustentam essa ciência-religião e nela confiam?

Esse o ponto onde a ciência vem, ao claro, revelar todo o seu comprometimento com a ideologia que lhe deu a oportunidade de se apresentar como a que tudo provê, ideologia que privilegia o conhecimento dos fatos, de seus dados precisos e reais, não para o atingir das necessidades humanas culturais, estéticas, religiosas, numa atividade pura e desinteressada, voltada apenas para o engrandecer intelectual do ser humano, mas, para, desse conhecimento concreto e racional, aí funcionando a ciência como um mecanismo operacional, retirar-se-lhe o maior proveito possível, como interpreta Japiassu (2001): "...todos desejavam que a verdadeira ciência fosse realmente experimental, vale dizer, sintonizada com os ideais práticos de uma sociedade de comerciantes, de industriais e de engenheiros".(p.169)

Esta ciência, pela qual perpassam todas as inquietações humanas e donde surgem as respectivas soluções, inaugura um novo tipo de "fatalismo", já que nada

pode escapar de seu racionalismo, pois é ela o caminho por onde tudo passa, tudo se esclarece, tudo se resolve, é uma ciência de dominação, de orientação da vida humana, que, inicialmente, a ela se rende, contida e agradecida.

Contudo, as descobertas científicas, cada vez mais céleres e complexas, clamam por aplicação efetiva, pois a ciência não pára, à ciência não se impõem obstáculos. Urge que a técnica se apresse e caminhe junto com essa ciência que é a verdade, que é o presente e o futuro, que é “um fato social total” (JAPIASSU, 2001, p.177) E a técnica, outrora, considerada atividade menor, concernente apenas aos artesãos, cujas mãos eram seu material de trabalho, agora galga posição privilegiada, porque se torna companheira íntima da ciência, ambas caminhando juntas, dependentes uma da outra, tão juntas que, chegam a se confundir, não se podendo mesmo, por vezes, se lhes determinar as fronteiras.

Ora, ciência que precisa de demonstração prática do que descobre e inventa, técnica que tem sua existência mesmo na satisfação de determinadas necessidades, unidas em torno de objetivos comuns, já não mais existem em separado, portanto, a descoberta, a criação e a aplicação passam a acontecer ao mesmo tempo, pois, ciência é técnica e técnica é ciência!

Hiroxima e Nagazaki representam, simultaneamente, a descoberta, a criação e a aplicação, pois tudo passou a obedecer a necessidades práticas, o mundo como um todo é um grande laboratório experimental, onde as descobertas, agora denominadas técnico-científicas, são testadas, modificadas e recriadas nesse grande campo de pesquisa, o que já nos permitiu ouvir a seguinte frase: “as guerras são a grande fonte de descobertas científicas”. Guerreia-se para aplicar, mas também para aprender.

Nunca estivemos tão presos a um “fatalismo” como nos tempos que correm. A ciência, que, às vezes, parece ter cedido lugar à técnica como a parceira mais importante, vide mesmo a posição que ocupa na locução gramatical “técnico-científica”, nos aprisiona a todos pelo seu inexorável avanço, atropelando as mais íntimas convicções morais do ser humano, que se vê atônito ante as inúmeras possibilidades, por vezes, apavorantes, de manipulações genéticas e de controles biológicos, imprimindo-lhe a sensação de que nada mais pode ser realmente controlado.

Todavia, a sociedade não se pode render a uma ciência que se acredita o objetivo final da existência humana, plena de um racionalismo edificante e livre de contaminação humanística, porque, como bem acentua Japiassu (2005): “Somente a cultura humanista nos permite reconhecer o ‘humano’ em seus verdadeiros e profundos enraizamentos físicos e biológicos e em suas realizações propriamente espirituais.” (p.204).

Mas, haveria argumentação legítima contra um fato científico? Seria ele irrefutável, verdadeiro e desprovido de emoções, transitando no terreno da lógica fria e precisa, e não se permitindo ser contestado por seres governados por suas emoções, incapacitados que são para um olhar isento e, claro, *científico*?

É evidente que se deve reconhecer e entender que a liberdade da busca pela verdade é requisito fundamental no estabelecimento de uma ciência voltada para o desenvolvimento da sociedade humana, fato inconteste nos dias que correm, quando a sobrevivência do ser humano já se mostra muito próxima do centenário. É fato sabido que a liberdade, em seu alcance geral, no mundo ocidental, vem coroada de laos, assegurada como princípio constitucional, inscrita mesmo, e naturalmente, no âmago dos indivíduos.

Jonas (1997) nos vem mostrar, nesse ponto, que, ao lado da liberdade desejada e necessária, da "liberdade de investigar", reconhece-se que direcionada e contida está a sua "esfera de la acción" (esfera de ação), pois, nesse momento, "toda libertad tiene sus barreras em la responsabilidad, la ley y consideraciones sociales, no es por tanto jamás incondicional". (toda liberdade tem suas barreiras localizadas na responsabilidade, na lei e necessidades sociais, não é, portanto, jamais incondicional.) (p.65, tradução nossa).

Poder-se-ia objetar, no entanto, que todo conhecimento científico tem, para ter reconhecida sua validade, que ser trazido a público para a comunidade científica, a qual, na medida em que consiga reproduzi-lo, se lhe irá conferir o selo de verdade. Mas, como muito bem ressalta Jonas (1997), trata-se comumente de uma publicidade endógena, voltada para o público interno, talvez mesmo por uma certa arrogância que restringe o saber apenas aos iniciados.

Entretanto, na atualidade, o saber não mais se situa como um bem privado da própria ciência, já que a distância entre a teoria e a prática é quase, por vezes, inexistente, como, no dizer do filósofo: "el mundo mismo se há convertido em laboratorio". (o mundo mesmo converteu-se em laboratório) (p. 70, tradução nossa). Diversas são as explicações para este fenômeno. Lembra o autor que o trabalho da ciência não é mais o de apenas entender as coisas, mas de mudá-las, fato que contribui para a aspiração, considerada legítima na atualidade, de se aspirar ao poder do homem sobre a natureza, pois, em assim sendo, se poderá melhorar as condições de existência humana.

Dessa forma, percebe-se que toda a produção do conhecimento dá-se movida pelos interesses externos, deixando em plano subalterno os desejos do pesquisador ou mesmo as exigências do próprio conhecimento científico, o que vem

indubitavelmente demonstrar que não há como separar uma ciência pura e desinteressada de uma ciência de cunho social. E isso se dá na medida em que a própria investigação científica acontece no mesmo terreno da aplicação do conhecimento, sendo esta também parte daquela, permitindo, assim, que praticamente desapareça o limite entre pensamento e ação, “donde todo el mundo tiene que responder de sus actos.” (donde todo o mundo tem que responder por seus atos) (p. 69, tradução nossa).

Portanto, quando se fala e se pensa em liberdade de investigar, não se trata de uma liberdade totalmente despida de amarras, encerrada num imaginário científico destinado apenas aos olhares contemplativos dos iniciados, mas de uma liberdade atenta às transformações advindas das várias experimentações científicas, notadamente as levadas a cabo no campo da genética humana, que se mostram, a cada dia, mais capazes de escapar das mãos e das mentes daqueles que com elas trabalham, adquirindo, como observa Jonas (1997), vida própria.

Cada vez mais os homens precisam e estão capacitados a prever o futuro, para não comprometer de forma irreversível a vida para as gerações que se seguem, enquanto atentos estejam para os riscos do *agora*. Mais ainda, falamos de homens livres que agem, pois, como nos ensina Arendt (2005): “Os homens são livres – diferentemente de possuírem o dom da liberdade – enquanto agem, nem antes, nem depois; pois ser livre e agir são uma mesma coisa” (p. 199), ao mesmo tempo em que plenamente conscientes de que os poderes de hoje são grandes demais para repousar no pensar e no fazer de apenas uns poucos.

Trata-se da ênfase no *agir* do homem, já que, em suas próprias palavras, “a sede humana de conhecimento só pôde ser mitigada depois que o homem depositou sua fé no engenho das próprias mãos” (2004, p.303), entendendo

ele assim que esta seria a única maneira de mudar as coisas, desenvolvendo conceitos elaborados por si mesmo, enquanto obtinha a confirmação de tais conceitos por meio de novas ações. Dessa forma, ocorre o que ela chamou de “inversão de posições entre a contemplação e a ação”. (2004, p.302), quando o homem, ante o verdadeiro divórcio entre o ser e a aparência, passa a buscar a verdade por trás de que se lhe mostrava, passando a residir nele próprio o poder total nessa busca.

Evidencia, pois, que o agir vai determinar o pensar do homem, aquele que produz seus próprios instrumentos no decorrer da experimentação e neles deposita toda a sua confiança, a tal ponto, que acredita que tudo pode ser resolvido e reduzido a uma certa utilidade, até mesmo a natureza pode ser manuseada, modificada e refeita, porque o que vale é a engenhosidade humana.

Sugere que apenas o senso prático humano jamais teria levado a humanidade ao desenvolvimento dos tempos atuais, ou seja, de que tal desenvolvimento deve-se exclusivamente ao objetivo de tornar a vida humana mais confortável. Cita o caso do relógio, que, do ponto de vista de seus inventores, foi criado apenas “para a finalidade altamente teórica de realizar certos experimentos com a natureza” (2004, p.303), ou seja, tratou-se apenas de mero acidente e acrescenta: “é pouco provável que o nosso mundo condicionado à técnica pudesse sobreviver, e muito menos continuar a desenvolver-se, se conseguíssemos nos convencer de que o homem é, antes de tudo, uma criatura prática” (2004, p.303).

Tal raciocínio nos parece, a exemplo do relógio, plenamente aceitável ao pensarmos, por exemplo, nas experiências nucleares que culminaram na produção da bomba atômica, seguidas que foram, nos anos pós-holocausto nuclear, de marcado arrependimento de seus criadores, que somente se responsabilizavam

pelas pesquisas enquanto aconteciam, já que o depois não era considerada tarefa científica.

Todavia, nesses tempos pós-modernos, em que os reclames da sociedade mostram sua grande ingerência na produção do conhecimento científico, permeando os campos da teoria e da prática, já não existe mais o **cientista apartado da realidade**, pois ele é, na grande maioria das situações, verdadeiramente assediado pelas necessidades humanas, que determinam a senda pela qual deverá ele caminhar, no atendimento a essas demandas, as quais, de forma crescente, são determinadas por grupos político-econômicos, os reais detentores do poder social humano.

Cada vez mais é a vida prática a via determinante do quê e do como dar-se-á a produção do conhecimento, e como a obediência a tal situação é construída sobre a necessidade imperiosa da obtenção de enormes recursos econômicos, pois que a tecnologia moderna é detentora de custos elevadíssimos. O cuidado da sociedade aos atendimentos éticos, no que toca aos experimentos científicos, há que ser diuturno, já que, sabidamente, os grandes interesses político-econômicos não correm necessariamente ao encontro dos legítimos interesses da sociedade.

E é o respeito aos valores fundamentais ligados à pessoa humana, aliada à compreensão de que ser humano e natureza, são parte de um mesmo complexo de vida, em que, “em vez de ser uma máquina, a natureza como um todo se revela, em última análise, mais parecida com a natureza humana – imprevisível, sensível ao mundo circunvizinho, influenciada por pequenas flutuações” (CAPRA, 1996, p.158), que propicia o surgimento de uma nova área do conhecimento, destinada a promover o envolvimento da pesquisa biomédica com a ética, num esforço para que

todo e qualquer benefício obtido para a melhoria da vida humana, venha sempre a respeitar esse complexo de vida em sua totalidade - a Bioética.

4 BIOÉTICA

In medicine, professional morality specifies general moral norms for the institutions, practices, and traditions of medicine. Special roles and relationships in medicine require rules that other professions may not need.

Beauchamp & Childress – Principles of Biomedical Ethics (2001: 5)

O termo bioética surge em 1970, com o artigo “Bioethics, the science of survival”, de autoria do oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin, (ALMEIDA,1999, p.5) e que publica no ano seguinte a obra “Bioethics: bridge to the future”. Preocupou-se o estudioso, frente aos vertiginosos avanços da tecnociência biomédica, com o respeito à dignidade da pessoa humana numa perspectiva ecológica, entre a ciência e a filosofia, entendendo a bioética como um novo ramo da ciência, na citação de Sauwen (2000, p.18), uma “ciência da sobrevivência”. Tal se deu porque Potter, como oncologista que era, havia estabelecido as relações entre as modificações causadas, pelos avanços tecnológicos, ao meio ambiente e o surgimento de certos tipos de cânceres.

Poucos meses depois, Hellegers, obstetra, fisiologista fetal e demógrafo, da Universidade de Georgetown, em Washington, utilizou o novo termo com um sentido diverso, ou seja, ele situou a bioética no campo da filosofia, aplicada esta às novas situações surgidas na área biomédica, socorrendo-se, para tal, de princípios éticos normativos em vez de ferramentas científicas (ALMEIDA, 1999, p.7). Diferentemente de Potter, que permanecia com a visão dicotomizada, advinda do século anterior, em que se situavam em campos diversos a ciência e a filosofia.

É importante assinalar, que esses novos conceitos surgiram assentados em modificações profundas no pensamento da sociedade humana, tanto no que toca ao poder médico, quanto no âmbito da conscientização do direito individual à

autodeterminação na assistência médica. Um melhor conhecimento acerca do trabalho médico e da relação médico paciente; um sentimento de necessidade de reforma dos costumes e dos valores sociais; e, principalmente, certos acontecimentos relacionados à pesquisa e assistência médica de massa, foram os fatores que contribuíram de forma incisiva para o surgimento da bioética. (ALMEIDA, 1999)

Tais acontecimentos falam bem de perto à questão da Responsabilidade Médica, escopo de nosso trabalho, e foram trazidos ao conhecimento público no final dos anos 60 e início dos 70. Um deles referia-se aos critérios de escolha de pacientes eleitos para submeterem-se à hemodiálise, quando evoluiu-se, por pressão social, da exclusão dos que viviam à margem da sociedade, como os desempregados, e das prioridades conferidas primeiramente aos homens em prejuízo das mulheres e dos casados em prejuízo dos solteiros, para a criação de um programa governamental em que todos tinham o mesmo direito ao tratamento dialítico.

Os outros acontecimentos tratavam da ausência de condições éticas, estas já estabelecidas no pós-guerra, com o Código de Nuremberg, para o desenvolver de pesquisas científicas em seres humanos. Destes, três foram particularmente graves: um projeto que durou 40 anos, em que 600 negros pobres do Estado americano da Geórgia, que sofriam de sífilis, não foram informados de seu diagnóstico, não lhes foram ministrados medicamentos, mesmo com a existência da penicilina no mercado, tendo sido acompanhada a evolução de sua doença simplesmente com refeições e exames médicos gratuitos, bem como um auxílio-funeral (!); outro caso envolveu o desenvolvimento de uma vacina para a hepatite B em cerca de 800 crianças mentalmente retardadas, em Staten Island, no Estado de

Nova York, sob o argumento de que estas crianças desenvolveriam a doença em algum momento de suas vidas; e por último o ocorrido na cidade de Nova York, quando foram injetadas células cancerosas em 22 pacientes idosos e senis, sem que lhes fosse informado que se tratava de neoplasia. (ALMEIDA,1999)

Tais acontecimentos certamente refletem o distanciamento médico-paciente, que se passou a observar após a Segunda Guerra Mundial, acompanhando o desenvolvimento vertiginoso da tecnologia médico-científica. O paciente vem a se transformar, de completo incapaz na compreensão e atuação em sua própria doença e tratamento, em um verdadeiro receptáculo de novas técnicas e de novos medicamentos, alijado até mesmo do conhecimento de quem seja o seu médico-assistente, visto o quase que completo isolamento entre eles, passando a ser entendido, não mais como o sofredor de uma doença, mas sim como o portador dela.

Lembra ainda ALMEIDA (1999), a importante contribuição dos movimentos sociais, característicos da década de 60, como os voltados para os direitos civis em favor das minorias étnicas, o do acesso maior da sociedade à informação e o do movimento feminista, este trazendo à baila a discussão sobre a moralidade do aborto.

É nesse ambiente fervilhante de novos costumes e de novos valores históricos, culturais e científicos, que surge a bioética, permitindo, ao contrário do que acontecia até então, a presença de profissionais e estudiosos não médicos, em um campo notoriamente território exclusivo do profissional da Medicina. Era o casamento da ética médica com a filosofia, mas que somente começou a atingir o fim a que propunha, ou seja, o de trazer respostas mais imediatas aos dilemas ético-morais que ora se apresentavam, quando se criou um modelo principiológico

de bioética, o que se materializou na conhecida obra de Beauchamp e Childress: *Principles of Biomedical Ethics*, em 1977. (ALMEIDA, 1999)

Após esse modelo – **princípioalismo ou dedutivismo** - vários outros surgiram, dentre os quais destacamos : o do **casuísmo ou indutivismo**; o da **teoria da virtude**; e o da **proposta feminista**.

Antes de discorrermos brevemente sobre tais modelos, necessário se torna lembrar que bioética, “área de reflexão, discussão e interação entre pessoas interessadas em discutir e estabelecer hierarquias de valores” (SEGRE, 2003, p.57), não é o mesmo que deontologia ou ética médica. Enquanto a primeira cuida das chamadas éticas profissionais, ou seja, compreende normas – direitos e deveres – a serem cumpridos por determinada categoria profissional, acompanhadas das respectivas sanções, a ética médica prende-se a uma teorização sobre os valores morais, a uma análise crítica dos costumes e “à indicação dos pressupostos necessários para que um determinado ato humano possa ser inserido no âmbito da moralidade.” (SAUWEN, 2000, p.15) É da autora a seguinte definição de bioética, que nos parece bastante precisa: “...é um estudo interdisciplinar, ligado à ética, que investiga, nas áreas da ciência da vida e da saúde, a totalidade das condições necessárias a uma administração responsável da vida humana em geral e da pessoa humana em particular.” (p.21)

3.1 Principlismo ou Dedutivismo

Beauchamp e Childress (2001) construíram um modelo expresso por um conjunto de princípios éticos gerais, *prima facie*, ou seja, princípios não absolutos, contextualizados e sem nenhuma hierarquia estabelecida *a priori*, a ser adaptado aos casos concretos que se apresentassem na lide diária do profissional. Isto porque, em um mundo como este em que vivemos, em constante transformação, os conceitos de justiça, verdade e moralidade pisam em terreno movediço, mudando de significado conforme novas técnicas e novos saberes se desenvolvem, o que limita de muito a aplicação de teorias éticas, que refletem fundamentos definitivos e não flexíveis.

Aproveitaram, os autores, os princípios da *beneficência* e da *não-maleficência*, princípios esses já de há muito constantes da ética médica, acrescentando-se-lhes dois outros, os da *autonomia* e da *justiça*, princípios novos para tal ética, surgidos no bojo de toda essa transformação social, que vínhamos discutindo até então, sendo que, o da justiça, explicado foi pela “questão da destinação justa de recursos”. (ALMEIDA,2006)

Chama a atenção Sauwen (2000, p.25) para o fato de que, caso surjam conflitos entre os princípios, deve-se tentar evitar o dano para o paciente, ou seja, recorre-se ao princípio da não-maleficência, princípio esse que alguns estudiosos reputam como o mais importante de todos.

Esse princípio tradicional da ética médica. o da **não-maleficência**, é entendido como o de não causar mal ou dano a outrem – *primum non nocere* - e que Beauchamp e Childress (2001) definem como “intentionally refraining from actions that cause harm” (abster-se intencionalmente de [praticar] ações que

causem mal) (p.115, tradução nossa). É importante assinalar, que tal princípio igualmente implica em não impor o risco de vida ao paciente, mesmo que não haja intenção de colocar o paciente em tal risco. Contudo, intervenções médicas, plenas de graves implicações para a vida do paciente, por vezes, há que serem tomadas, quando, então, lembram os autores: “Grave risks require commensurately momentous goals for their justification, and emergencies justify risks that non-emergency situations do not justify.” (Justifica-se correr grandes riscos quando os objetivos são importantes e corretamente avaliados, já emergências justificam riscos que outras situações não-emergenciais não contemplam)(p.118, (tradução nossa)

Tem-se também a negligência que, definida como a ausência dos cuidados devidos a um determinado paciente, certamente irá violar o princípio da não-maleficência, e será reconhecida pelos seguintes elementos: a existência de um dever para com a parte afetada, a violação deste dever pelo profissional e, finalmente, a parte afetada sofre uma lesão e esta lesão foi causada pela atitude nociva do profissional. Entretanto, chamam a atenção Beauchamp e Childress (2001) para o fato de que “...even if the therapeutic relationship proves to be harmful or unhelpful, mal practice occurs if and only if professional standards of care are not met.” (mesmo que a terapêutica utilizada prove ser perigosa ou sem maiores benefícios, prática danosa ocorre somente se os cuidados profissionais padronizados não forem obedecidos.) (p.119, tradução da autora)

Há que se dedicar atenção especial àquelas decisões a serem tomadas, em situações que envolvem o grande dilema entre tratar ou não tratar determinados pacientes chamados terminais, situações essas em que se entrelaçam influências de cunho religioso, filosófico, bem como princípios médicos e normas legais.

Encontramos, nesses momentos, os maiores desafios ao princípio em pauta, como nos lembra Almeida (2006:10), no conhecido caso de Karen Ann Quinlan, em New Jersey, em coma profundo e irreversível, que, um ano após sua internação, teve removidos os aparelhos que lhe permitiam a manutenção de vida vegetativa, a pedido dos pais, católicos praticantes, que argumentaram constituírem tais aparelhos um “tratamento extraordinário”, preferindo ver sua filha falecendo de maneira natural, no que foram atendidos pela Suprema Corte americana no ano seguinte. Karen ainda sobreviveu por quase 10 anos com terapêutica de sustentação (nutrição e hidratação), considerado tratamento não extraordinário.

Caso semelhante, bastante presente na mídia no último ano, foi o de Terri Schiavo, no Estado da Flórida, em que, após uma parada cardíaca, sofreu morte cerebral por falta de oxigênio e sobreviveu quinze anos com alimentação artificial, sendo objeto de uma disputa jurídica entre o marido que queria interromper essa assistência e os pais com posição contrária. Finalmente, em março de 2005, foi autorizada a suspensão da alimentação, a que se seguiu intenso debate político, social e judicial com interposição de recursos, desligamentos e religamentos sucessivos do suporte alimentar, sendo que até mesmo uma lei *ad hoc* foi sancionada pelo Governador (logo declarada inconstitucional) para o religamento dos tubos. Tal caótica situação durou os treze dias em que Terri Schiavo ainda se manteve em vida vegetativa.

Lembram Beauchamp e Childress (2001) que, mesmo que o paciente não seja um doente terminal, o tratamento médico de sustentação não será obrigatoriamente empregado, se implica em um sacrifício que excede os possíveis benefícios para o paciente, ou se este, senhor em sua plenitude de suas faculdades mentais, recusa tal terapêutica, pois:

The principle of nonmaleficence does not imply the maintenance of biological life, nor does it require the initiation or continuation of treatment without regard to the patient's pain, suffering, and discomfort. (O princípio da não-maleficência não implica na manutenção da vida biológica. Nem requer iniciar nem continuar o tratamento, sem que se dê o devido valor à dor, ao sofrimento e ao desconforto do paciente) (p.135, tradução nossa)

Portanto, desde que, face a uma péssima qualidade de vida, assim observada pela implantação de uma terapêutica que produz mais riscos e mais sofrimentos que benefícios para um determinado paciente, justifica-se o impedimento ou a interrupção desta citada terapêutica.

Desta forma, o princípio da não-maleficência encontra-se em cheque na atualidade, já que, embora de fácil descrição, complexo se torna quando em execução, pois, como assinala Almeida (2006):

...a tendência em abandonar o princípio da sacralidade da vida e substituí-lo pelo princípio da qualidade de vida compromete o princípio da não-maleficência, que não pode mais ser considerado o princípio primário e absoluto da ética (bio)médica. (p.11)

O **princípio da beneficência** refere-se àquela idéia, inerente ao tratamento médico, qual seja a de fazer sempre o melhor para o outro, seja ajudando, seja causando o bem. Envolve esse princípio os conceitos de compaixão, bondade e caridade. Chama a atenção, por sua vez, Almeida (1999, p.8), que beneficência não é benevolência, pois que esta reflete uma característica do agente, “um traço de caráter ou virtude de estar disponível para agir em benefício de outros”, enquanto o primeiro refere-se à qualidade do ato, “ação realizada para beneficiar o outro, observando-se aqui uma obrigação moral de agir em benefício dos outros”. Deve-se estar atento para um importante desvio desse princípio, qual seja o de agir com paternalismo, pois que, em assim sendo, não é ao real interesse do paciente que

atende o ato médico, mas sim àquela posição quase ditatorial, que entende esse profissional, e apenas ele, como o sabedor de todos os saberes e que tem a resposta efetiva, e magnânima, para os sofrimentos do ser humano, sendo suas, e somente suas, as decisões sobre a alma e corpo desses seres.

Por outro lado o que significa fazer o bem para o outro? Será aquilo que consideramos o bem para nós? Mas o que é bom para nós o será também para o outro? Deveremos impor esse bem, que é o bem para nós, sem levar em conta o sentimento desse outro? E como interroga Almeida (2006): “Seria o melhor interesse do paciente remover um sofrimento insuportável ajudando-o a morrer ou deixa-lo vivo apesar de sua dor?” (p.9)

Como podemos claramente observar, está em jogo nesse momento o que se constitui em outro princípio do modelo de que ora cuidamos, ou seja, o **princípio da autonomia**. Tal princípio repousa na *questão da autodeterminação do indivíduo aplicada à assistência médica*. Indubitavelmente acha-se relacionado ao pensamento liberal tradicional, característico da cultura ocidental, em que, confundem-se, principalmente, as idéias de privacidade e de liberdade, como a de ser o paciente, no âmbito da assistência médica, dono de seu próprio corpo e de sua vida.

Como podemos observar, os dois princípios anteriores se acham, em inúmeras ocasiões, obstados pelo princípio da autonomia, que vem progressivamente se apresentando como o princípio de maior relevo, devendo mesmo ser considerado quase como o que orienta a aplicação dos demais princípios. O principal expoente dessa teoria é o médico e filósofo Engelhardt Jr, em sua obra “The Foundations of Bioethics”, (ALMEIDA, 2006), que entende o princípio da autonomia como sobreposto aos demais, exceto se se estiver frente a uma

situação de dano para outrem. Sua teoria, na clássica tradição filosófica do liberalismo norte-americano na defesa dos direitos individuais, chamada dos *estranhos morais*, na interpretação de Schramm (1998), assegura que

cada pessoa tem sua vida e sua concepção moral legítima embasada nos princípios e hierarquias de sua comunidade moral. Por isso ninguém teria, a princípio, o direito de impor aos outros seus estilos de vida e suas concepções sobre o que é o bem ou o mal, nem o direito de limitar a expressão de tais concepções.(p.35)

Após numerosas críticas, Engelhardt renomeou ele próprio esse princípio como “princípio do consentimento”, significando que o paciente estaria plenamente envolvido, juntamente com seu médico, no tratamento de sua condição mórbida, em um “empreendimento comum”. (ALMEIDA, 2006, p.16)

Quanto ao **princípio da justiça**, tem-se que não se deve tratar uma pessoa diferentemente das demais, atendendo-se à idéia de equidade e à de mérito. Eis que logo nos indagamos: que equidade, para quem e como? Mérito, que mérito, de quê, e quem o decide? São conceitos por demais imprecisos, que somente poderiam ser estabelecidos em face dos casos concretos, e que só estão presentes nas decisões que envolvem o ato médico, porque os recursos distribuídos para a assistência à saúde parecem cada vez mais escassos, frente ao enorme avanço técnico-científico observado nos tempos que correm, com o custo cada vez mais elevado do maquinário e dos medicamentos utilizados.

A coisa se torna tão complexa e perigosa, que observamos opiniões como a de Sauwen (2000):

Assim, por exemplo, no caso de uma série de pessoas à espera de um órgão para transplante, estando em todas os demais aspectos em pé de igualdade, deve-se preferir uma pessoa sem problemas nos tribunais a um criminoso. (p.26)

De imediato nos perguntamos: de quem ou do quê recebemos o poder supremo de decidir que pessoas sem envolvimento com a justiça são mais merecedoras de um tratamento que mantenha a vida? E se aquele etiquetado como criminoso demonstrar não o ser posteriormente à decisão que certamente lhe custará a vida? E que tipos de crimes enviarão para o corredor da morte o infortunado que o tiver cometido? Faremos uma lista com os crimes permitidos e os não permitidos, ou incluiremos todos eles, desde a simples agressão verbal à honra de alguém à pedofilia execrada?

Nossa impressão é a de que não podemos examinar um determinado princípio como o mais importante e que se irá comportar como o líder de todos os outros, se estamos cuidando de seres humanos, com suas vontades, suas fraquezas, seus interesses. Mais ainda, situados esses seres em um mundo tão cambiante quanto esse em que vivemos, onde o que hoje é o bem, amanhã poderá ser o mal e o justo poderá ser o injusto. Como muito bem explicita Almeida (2006):

O principialismo, na verdade, não representa nem regras práticas ditadas pela experiência e nem, tampouco, prescrições absolutas. [Esses princípios] ...são um conjunto de diretrizes para os profissionais de saúde frente a dilemas morais. (p.13)

4.2 Casuísmo ou Indutivismo

Trata-se de um modelo propugnado por Jonsen e Thoumin (1988), em que os autores utilizam a jurisprudência como o modelo para o julgamento dos casos presentes, refletindo clara influência da tradição anglo-americana, pensamento com bases pragmáticas e costumeiras. Nesse modelo não há recurso a quaisquer

princípios *a priori*, existe apenas um vínculo do caso presente com o caso futuro, o que irá direcionar a conduta para o caso em exame.

Na análise de Sauwen (2000), tem-se que a utilização desse modelo pode, em determinadas circunstâncias, privilegiar influências de cunho moral e religioso em detrimento de outras de conteúdo racional, já que “modelos jurisprudenciais são construídos a partir de uma determinada ideologia”. (p.27). Ademais, lembra a autora, casos muito específicos poderão ser submetidos a decisões que lhes poderão ser impróprias.

Entretanto, pensamos, a análise de casos passados não deverá ser relegada ao ostracismo, posto que muito há a se aprender com a experiência, o que não vislumbramos é uma aderência com exclusividade ao modelo em tela, posto que acreditamos que ambos, o principialista e o casuísta, podem ser modelos complementares e associativos, permitindo, assim, uma melhor qualidade para as decisões no campo da assistência médica.

4.3 Teoria da *Virtude*

Preconizada por Pellegrino e Thomasma no livro “For the Patient’s Good: the restoration of beneficence in health care,” publicado em 1988 (ALMEIDA, 2006). Para esses estudiosos, utilizar princípios significa julgar e, para tal, é imprescindível o “senso pessoal de responsabilidade e integridade” do profissional médico, como assinala Almeida (2006), que chama a atenção para essa nova perspectiva do princípio de beneficência, como visto por esses autores, ou seja o da “confiança mútua entre o médico e o paciente com o objetivo de atuar no melhor interesse de

um com o outro”.(p.17) Entretanto, mostra que não há incompatibilidade entre o princípalismo e a teoria em tela, porque a integração entre as virtudes e os princípios permitem uma filosofia moral mais completa, de resto como, afirma, pensa Beauchamp.

4.4 A Proposta Feminista

Gilligan com a sua “ética do cuidado”, contrapõe, na interpretação de Almeida (2006), o valor do cuidado à idéia de justiça, em que o primeiro teria uma roupagem essencialmente feminina, enquanto o segundo uma imagem masculina, propondo o cuidado como “eixo fundamental para o desenvolvimento de uma ética profissional em saúde”.(p.20). A crítica de Almeida aponta o fato de que, nessa teoria, cuja discussão é centrada no gênero, embora seja perfeitamente válida, desejável e necessária a atenção dada às questões bioéticas referentes à mulher, existe também a necessidade da mesma atenção para o que ocorre com as minorias, as etnias e as classes sociais. Sua principal crítica é a de que a visão feminista no campo da bioética “abre mão de uma análise imparcial dos fenômenos morais em jogo.” (p.17)

Nessa linha de raciocínio, desenvolve Boff (1999) o fenômeno da falta de cuidado generalizado do mundo atual, seja com os desempregados e aposentados, seja com os marginalizados pela sociedade, seja com os *sonhos* “de generosidade” com “a dimensão espiritual do ser humano”, seja mesmo com a coisa pública, observando que:

Há um descuido e um abandono crescente da sociabilidade nas cidades. A maioria dos habitantes sentem-se desenraizados culturalmente e alienados socialmente. Predomina a sociedade do espetáculo, do simulacro, do entretenimento.(p.19)

Lembra o autor ainda o descuido e o “descaso na salvaguarda da nossa casa comum, o planeta Terra” (p.20), o que mais uma vez aponta para as terríveis mudanças climáticas que se anunciam nos dias de hoje, quando os inúmeros relatórios ambientais, de diversas entidades internacionais, clamam que algo precisa ser feito ... e já!

Igualmente não há desarmonia entre o princípalismo e a presente teoria, pois que o cuidado com a humanidade e seu habitat, inerente a esta teoria, está em franca sintonia com os princípios daquele.

Por outro lado, é importante assinalar, do ponto de vista da relação médico-paciente, o cerne de nosso trabalho, que a abordagem princípalista da bioética compreende princípios *prima facie*, que, exatamente por não serem absolutos, mas “condicionais ou dependentes da situação ou ponto de vista com que são afirmados”, como os define Kipper e Clotet (1998, p.46), oferecem ao profissional médico um caminho seguro para que suas decisões sejam aquelas que realmente beneficiem seu paciente, decisões essas tomadas com prudência, a virtude que “facilita a escolha dos meios certos para um bom resultado.” (p.49).

E em se constituindo a Bioética num verdadeiro elo entre as ciências biológicas e os valores ético-morais, ambos presentes no conduzir a sobrevivência humana de forma responsável, naturalmente a ela se reúnem o Direito e a Medicina, áreas do conhecimento diretamente envolvidas com o ser humano. O Direito, por seu turno, dotado da força coercitiva que lhe é própria, vem de perto influenciar sobremaneira a prática da Medicina, notadamente no que se refere à Responsabilidade Médica, cuja natureza deve perpassar a formação e o exercício da prática médica, indo muito além do mero cumprimento do dever do médico de

informar, ao seu paciente, sobre os mistérios da doença e do tratamento que este deverá enfrentar.

5 RESPONSABILIDADE

Hoje é hoje, amanhã será amanhã, é hoje que tenho a responsabilidade, não amanhã, se estiver cega, Responsabilidade de quê. A responsabilidade de ter olhos, quando os outros os perderam.

José Saramago – Ensaio sobre a Cegueira (1996:241)

Responsabilidade implica na existência de uma situação, cuja especificidade é tal, que ela somente se resolverá em função de uma resposta, traduzida necessariamente em uma determinada ação. Desta forma, como explica Siqueira (1998), “ser ou sentir-se responsável significa que nos encontramos numa situação de responder por algo.” (p. 37)

Ser ou sentir-se responsável, sob esse ponto de vista, remete o indivíduo à liberdade de escolha, ou seja, a de optar entre duas ou mais alternativas e, em seguida, poder agir de acordo com o que decidiu. Portanto, há que se afastar toda forma de coação, tanto a que advém externamente ao sujeito, fugindo, assim, ao seu controle, como a que é resultante de causas internas, situadas em seu interior, que venham a lhe constranger de maneira irresistível, inibindo-lhe cumprir o decidido.

Voltando a Vásquez (2004), mesmo não estando o homem submetido à coação, interna ou externa, vivemos num mundo casualmente determinado, isto é, num mundo sujeito a relações de causa e efeito, daí ele indaga: “Como podem ser compatíveis, por sermos habitantes deste mundo, a determinação de nosso comportamento e a liberdade de nossa vontade?” (p. 118)

Para respondê-la, o autor discute a dialética da liberdade e da necessidade, além de duas outras posições filosóficas também fundamentais: a do determinismo absoluto, a do libertarismo. A do determinismo absoluto, entendendo que no mundo em que vivemos tudo tem necessariamente uma causa, ou seja, tudo representará

simplesmente o efeito de atos realizados no passado e dos quais muitos sequer desconfio de sua existência, mas, que se os conheço posso predizer o futuro, na verdade me está dizendo que não tenho nenhuma escolha a fazer, já que não existe a liberdade de vontade: “Eu não escolho propriamente: um conjunto de circunstância (enquanto causas) escolhem por mim.(p. 121)”. Em assim sendo, como poderei ser responsável?

Já o libertarismo defende a idéia de que, como poderíamos ter agido diferente em determinada ocasião, fazendo algo que não fizemos, ou que algo que não aconteceu poderia ter acontecido, se tivéssemos decidido de forma a que acontecesse, “se tem uma liberdade de decisão e ação que foge à determinação causal” (p. 123). Dessa forma, não haveria determinação causal, seja da sociedade em que se vive, seja dos motivos interiores do indivíduo. Chama a atenção o autor para o fato de que, nessa visão, “o ser livre é ser incausado” (p. 124), o que leva à negação, inclusive, da influência do caráter desse indivíduo nos seus próprios atos, caráter este, na realidade, formado por um sem número de relações causais, e que os atos, que porventura sofressem tal influência, não seriam considerados como atos livres. Em assim sendo, como responsabilizar alguém pelo que possa fazer?

Quanto à posição filosófica da dialética da liberdade e da necessidade, tem-se que a liberdade implica na consciência histórica da necessidade, já que “não se pode falar de liberdade do homem em abstrato, isto é, fora da história e da sociedade” (p.130), mas, trata-se de uma posição que entende, também, ter o homem domínio e ação, não apenas sobre a natureza em que vive, mas sobre a sua própria natureza, pois, tanto mais livre ele é, quanto mais exercer o seu poder transformador ou criador no mundo. Portanto, falar em responsabilidade é também considerar como requisitos a liberdade e a necessidade causal.

Essa consciência histórica da necessidade envolve a compreensão de que a sociedade dos tempos atuais, cada vez mais é mandatária de exigências que extrapolam o círculo da atuação privada, especialmente nas áreas da educação, saúde, assistência e seguridade social. Tais exigências constituem-se em verdadeiras obrigações sociais, cujo atendimento pela sociedade há que se realizar de forma cada vez mais ampla, já que passam a transcender os chamados meios ortodoxos de imposição fiscal e a própria fiscalização da eficiência profissional, tendo que prover seus membros de uma melhoria ativa e constante em todas as áreas. Esta melhoria irá depender fundamentalmente de uma investigação científica efetiva e eficaz, destacando-se, nesta, a experimentação em seres humanos, como reconhece Jonas (1997), tratando da ética, ao declarar que “la investigación humana se ha convertido en un interés social” (a investigação humana converteu-se em um interesse social) (p. 87, tradução nossa).

Estamos aqui discutindo uma responsabilidade que ultrapassa o campo do individual, onde o homem é o sujeito de sua ação e não o seu próprio objeto transformado por esta mesma ação, onde seus atos apresentam-se próximos aos fins que, por sua vez, são claros e determinados. Cuidamos, portanto, de uma responsabilidade que deve nortear um coletivo, em que o objeto é a natureza e a própria natureza humana e cujos atos humanos apresentam um efeito cumulativo tal que, a cada momento, uma situação nova se apresenta, demandando interpretações novas e ações novas, todas estreitamente dependentes das que lhes precedem, evoluindo, assim, para uma nova construção do saber e do fazer, como nos mostra Jonas (2004): “la acumulación como tal, no contenta com transformar su comienzo hasta hacerlo irreconocible, pretende destruir la condición básica de toda la serie, sua propia premisa” (a acumulação, como tal, não se contenta em transformar a

situação original até torná-la irreconhecível, pretende destruir a condição básica de toda a série, sua própria premissa.) (p. 34, tradução nossa).

Cada vez mais o saber científico necessita dos relatos sociais, ou seja, da participação ativa e crítica da sociedade a quem precisa servir e não a ser por ela servido, como um deus a quem se concede o monopólio do saber verdadeiro e único.

É a nova ética pós-moderna, já discutida por nós anteriormente, em que as ciências naturais não mais se podem entender situadas num plano avançado em relação às outras searas do conhecimento humano, escoradas num purismo científico-racional, longe da influência desvalorizadora dos sentimentos e paixões humanas. Não há lugar no mundo que se nos avizinha, mundo esse transformado e mesmo refeito pela mão da técnica, para posições dogmáticas e anti-humanizadoras no trato com as coisas do mundo, como nos ensina o filósofo:

Si por tanto, como afirmamos, la responsabilidad frente al conjunto es el valor principal para el mundo del mañana, el valor complementario a él es un vivo sentido de su objeto, precisamente “el conjunto”, la humanidad como tal. Así pues, despertar, mantener, incluso fundamentar un sentimiento de “la humanidad” es una importantísima tarea educativa e intelectual para el mundo de mañana. (Portanto, como afirmamos, a responsabilidade frente ao conjunto [do conhecimento humano] é o valor principal para o mundo de amanhã e o valor que lhe complementa é um sentido atento para o seu objeto, precisamente esse “conjunto”, ou seja, a “humanidade” como tal. Dessa forma, despertar, manter, fundamentar um sentimento da “humanidade” é uma importantíssima tarefa educativa e intelectual para o mundo de amanhã.) (p. 52).

E é esse sentimento de humanidade, parte integrante dessa responsabilidade regente das relações de um mundo mutante, pleno de certezas sempre novas e sempre velhas, e de cujo alvorecer somos agentes e testemunhas, que deverá ser implantado, de forma a compor um verdadeiro ato pedagógico, construído

diuturnamente, em que exsurgem os compromissos humanos fundamentais de alteridade, solidariedade e beneficência.

Um ato em constante renovação, que não se esgota em si mesmo, porque inter-relacionado às mais diversas situações humanas, aos mais diferentes públicos e formas culturais, alimentado que é pela realidade das práticas sociais, ao mesmo tempo que conectado aos contextos institucionais em que tais práticas se exercem. Um ato que é verdadeiramente pedagógico porque, como preconiza Giroux (2003), refere-se a uma “pedagogia enquanto ideologia e prática social envolvida na produção e na disseminação do conhecimento, de valores e de identidades dentro de formações institucionais concretas e das relações de poder” (p. 21).

E uma responsabilidade, assim compreendida, consagra, não somente a interdisciplinaridade, mas a transgressão, e, sobretudo, a crítica. É uma responsabilidade que se constrói a partir de uma realidade que se reconhece dinâmica, mas que nem por isso deixa de ser humana, que é eclética, mas que não premia as distorções, que se amolda ao momento, mas que lhe antevê o depois.

5.1 Responsabilidade Jurídica

§ 53: Se um awilum (cidadão) foi negligente em fortificar o dique de seu campo e não fortificou o dique de seu campo: (se) em seu dique se abriu uma brecha e as águas carregaram uma gleba, o awilum em cujo dique se abriu a brecha, indenizará a cevada que fez perder.
Código de Hammurabi (Emmanuel Bouzon. Ed. Vozes, 2001)

O conceito de responsabilidade implica no conceito de dever. E dever jurídico, no dizer de Cavalieri Filho (2003), refere-se à “conduta externa de uma pessoa imposta pelo Direito positivo por exigência da convivência social” (p. 23).

Trata-se uma ordem, de um comando, ou seja, constitui-se em um dever jurídico originário ou primário, que, ao ser violado, configura o ato ilícito, o qual, por sua vez, ao causar dano a outrem, gera um “dever jurídico sucessivo ou secundário” - o de reparar este dano - dever este que constitui a chamada responsabilidade civil.

Portanto, completa o jurista: “Só se cogita, destarte, de responsabilidade civil, onde houver violação de um dever jurídico e dano” (p. 24). Outrossim, é igualmente necessário e imprescindível que entre o ato ilícito e o dano observado, haja uma relação de causalidade, completando-se, assim, a tríade: ato ilícito (violação de um dever jurídico), dano à vítima, e nexa causal, ou seja, a evidência de que o referido ato causou o dano observado.

Historicamente, os atos ilícitos apresentavam, para o Direito romano, já ao final da época republicana, importância diversa caso fossem privados ou públicos, assim considerados, no caso dos últimos, os que violassem norma jurídica que atingissem a cidade e a segurança do Estado romano, como o parricídio, o falso testemunho, o incêndio voluntário e o roubo noturno de colheitas, delitos tais punidos com pena de morte (Cretella Júnior, 1997, p.303). Conforme Gomes (2000), no caso dos delitos privados, ou seja, aqueles atos de ofensa aos bens do indivíduo ou à sua pessoa, como as lesões corporais, eram delitos sujeitos à pena

de indenização imposta pelo Estado. (p.12). Durante a Idade Média, houve tantos Direitos quantas havia, cidades ou regiões. Entretanto, foi durante este período que se construiu a figura autônoma do ato ilícito, com fulcro nos textos romanos, como assinala o autor, que reconhece ser o Direito canônico aquele que “mais contribuiu para o desenvolvimento do papel da intenção no direito e, mais largamente, para a adaptação da regra jurídica à moralidade do autor do prejuízo, a qual acabou por inserir o conceito de culpa em posição eminente” (p. 14-15).

Deste fato, adveio a noção de que mesmo que o autor se visse poupado do castigo, estaria obrigado a indenizar a vítima, como completa o jurista: “A extensão da responsabilidade civil se encontrava assim realizada em duas direções: a da culpa e a do prejuízo” (p. 15).

Gomes (2000) aponta Domat, no século XVII, como quem estabelece a distinção entre as violações do contrato e a simples negligência, com a culpa sendo, não apenas suficiente para a indenização, “mas também necessária para engendrar a responsabilidade. (...) ... reputando-se culposa conduta a que não esteja conforme a que deveria manter um bom pai de família” (p. 16-17).

No Direito brasileiro, encontramos três fases distintas, a saber: a primeira caracterizou-se pela aplicação das Ordenações Filipinas, que tinham presente o Direito romano; a segunda iniciou-se com o advento do Código Criminal de 1830, que lida com a idéia de ressarcimento; e a terceira principia com o grande jurista Teixeira de Freitas, que “opunha-se a que a responsabilidade civil estivesse geminada à criminal” (p.19). Dentre as suas várias contribuições ao instituto em tela, destacam-se: a solidariedade dos co-delinqüentes, a separação das responsabilidades civil e penal, a responsabilidade civil com fundamento na culpa, a culpa presumida, entre outras.

Nos dias que correm, assinala ainda Gomes (2000) que se observa uma fragmentação do “sistema da responsabilidade civil em nosso Direito centrada na culpa, como inscrita no Código Civil” (p.20-21), haja vista a legislação sobre: acidentes de trabalho, seguro obrigatório de responsabilidade civil, responsabilidade civil do Estado, danos causados ao meio ambiente, Código de Defesa do Consumidor, e outras tantas mais, todas baseadas na responsabilidade objetiva.

Observa ainda Gomes (2000), que a responsabilidade civil é hoje matéria francamente jurisprudencial e arremata:

Pode-se hoje dizer, sem receio, máxime após a vigência da atual Carta Magna, consagrando os princípios da responsabilidade civil em tema de dano moral, da ofensa a bens imateriais, como o meio ambiente, o patrimônio histórico, artístico e paisagístico, que as diretrizes da responsabilidade civil se traçam mais na reiteração dos julgados do que propriamente em preceitos do Código (p. 21).

A responsabilidade, do ponto de vista jurídico, pode ser avaliada a partir de diversos ângulos. Será penal se o ato ilícito cometido estiver tipificado como infração penal na legislação penal, e a norma violada, neste caso, será de Direito Público. Será civil, se a norma violada for de Direito Privado, embora uma mesma conduta ilícita possa violar ao mesmo tempo tanto a lei civil quanto a lei penal, dependendo de sua gravidade.

Neste sentido, a responsabilidade penal apresenta quase que os mesmos fundamentos da responsabilidade civil, ou seja, a existência de um resultado danoso para o bem jurídico considerado, de uma ação ou omissão desviada dos deveres de cuidado e a presença do nexos causal. Todavia, para que exsurja a responsabilidade penal, fundamental é que a norma violada esteja descrita na lei penal, enquanto que para a responsabilidade civil basta que se verifique o prejuízo, surgindo aí o **dever de reparar** o dano.

Outra característica bastante importante da responsabilidade penal refere-se à pena, posto que esta deverá fazer o agente sentir todo o peso da reprovação da sociedade à conduta por ele praticada, livremente e com conhecimento de causa, como assinala Gomes (2000):

Daí a existência de causas de irresponsabilidade ou de atenuação da responsabilidade penal: ordem legal e de autoridade legítima, o estado de necessidade e, sobretudo, o estado de inconsciência do agente (p. 26).

Tal se dá porque, na responsabilidade penal, é a sociedade, em sua totalidade, e representada por membro do Ministério Público, a autora do processo contra o agente causador do delito, agente este que estará, por seu turno, sujeito a uma pena, imposta pelo magistrado e que poderá, inclusive, implicar em perda da liberdade.

Diverso é o enfoque dado à responsabilidade civil, já que o autor responde apenas contra o lesado e a sua responsabilidade resume-se à obrigação de reparar o dano. Desta forma, mesmo presa de perturbação mental, deve o causador do dano reparar o prejuízo causado.

Como já mencionamos anteriormente, responsabilidade, no dizer de Cavalieri Filho (2000), significa um dever jurídico sucessivo, que pressupõe o descumprimento de um dever jurídico originário, ou seja, uma obrigação, portanto, ao procurarmos o responsável por um determinado dano, há que se descobrir a quem estava imputado cumprir a obrigação, ou seja, o dever jurídico originário.

Nesse momento, temos que a responsabilidade civil será subjetiva quando estiver ligada à idéia de culpa, seu principal pressuposto, com fulcro, portanto, na idéia básica assim definida por Cavalieri Filho (2000) de que “ninguém pode merecer censura ou juízo de reprovação sem que tenha faltado com o dever de cautela em seu agir” (p. 38).

O Código Civil Brasileiro de 1916 consagrava a responsabilidade civil subjetiva baseada na culpa, inculpada, de maneira especial, nos seus artigos 159 e 1545, *verbis*:

Art. 159: Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.

A verificação da culpa e a avaliação da responsabilidade regulam-se pelo disposto neste Código, arts. 1518 a 1532 e 1537 a 1553.

Art. 1545: Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.

Vale lembrar que a culpa, como fundamento para a reparação do dano, neste caso, implica tanto na culpa *stricto sensu*, como na *lato sensu*, bem assim o dolo, devendo a vítima provar esta culpa ou este dolo.

Ora, a complexidade tecnológica do mundo moderno, onde pode ser quase imensurável a distância entre a vítima e o autor do dano, tanto no que tange ao conhecimento técnico, quanto à distância geográfica, acrescido do vertiginoso aumento populacional, veio ocasionar, mesmo, a impossibilidade, em grande número de casos, da vítima provar a culpa do agente.

Encaminhou-se, então, a doutrina jurídica atual, para o entendimento progressivo no sentido da aplicação da teoria da responsabilidade objetiva a situações especiais, como aquelas em que: o autor ou auferir benefícios do serviço que presta ou do produto que fabrica; ou esses serviços ou produtos, embora legalmente oferecidos, oferecem riscos a quem deles se serve ou ao meio ambiente; ou, mesmo, encontra-se o autor em acentuada vantagem no relacionamento jurídico com a vítima, todas situações em que o operador do

direito reconhece claramente insuficiente, para a reparação do dano, o instituto da responsabilidade subjetiva.

Quanto à teoria da responsabilidade objetiva, tem-se que esta compreende a teoria do **risco** e a teoria do **dano objetivo**. No caso da primeira, ao ocorrer um dano decorrente da prática de uma determinada atividade, o responsável na reparação deste **dano** será o responsável pela dita atividade, pois que, assumindo a atividade, assume também o **risco** a ela inerente. Já com relação à teoria do dano objetivo, Dominato (2001) assevera que:

... diante da existência do dano, o lesado deve ser ressarcido, o agente deve ser responsabilizado não só pelo dano causado por culpa sua, como também por aquele que seja decorrência de seu simples fato, uma vez que no exercício de sua atividade acarrete prejuízo a outrem. (p. 367)

Várias são, portanto, as conseqüências observadas da aplicação da teoria da responsabilidade objetiva, como a liberação da vítima em provar a culpa do agente, a caracterização da responsabilidade como direta, seja contratual ou extracontratual, a restrição de excludentes, que se refeririam apenas ao caso fortuito e força maior, etc.

A Constituição Republicana de 1988 consagra a aplicação da responsabilidade objetiva, por exemplo, nas relações do Estado, por meio de seus agentes, com o indivíduo, no seu artigo 37, parágrafo 6º. Por outro lado, incumbiu nossa Lei Maior ao Estado, no seu art. 5º, inc. XXXII, promover, na forma da lei, a defesa do consumidor, o que foi realizado com o advento da Lei 8078/90, o chamado Código de Defesa do Consumidor.

Este diploma legal veio agasalhar o instituto da responsabilidade objetiva nas relações de consumo, especialmente, nos artigos de números 12 e 14, quando se refere, no primeiro, à responsabilidade do fabricante, do produtor, do construtor e

do importador quanto aos seus produtos, e, no segundo, ao fornecedor quanto aos serviços que presta, responsabilidade essa que reconhece, explicitamente, presente e efetiva, **independentemente da existência de culpa**.

O Código Civil, em vigor desde o dia 11 de janeiro de 2003, vem sedimentar as várias construções, doutrinária e jurisprudencial, no que tange à responsabilidade civil, não apenas quanto às relações de consumo, como também às relações do Estado com o indivíduo, consubstanciadas nas entidades prestadoras de serviços públicos, sejam estas de direito público ou de direito privado.

É, portanto, a responsabilidade civil objetiva, cada vez mais, a responsabilidade dos tempos atuais, em que basta à vítima provar o dano e a relação de causalidade entre o fato e o dano, não importando a existência ou não da culpa no evento em questão.

Como já vimos, responsabilidade implica no descumprimento de uma obrigação, definida esta por Pereira (2003), como o “vínculo jurídico em virtude do qual uma pessoa pode exigir de outra uma prestação economicamente apreciável” (p.7), logo, a obrigação tem sempre por objeto uma prestação, que se consubstancia numa ação do devedor em relação ao credor, objeto esse, cujo conteúdo é o objeto mediato da obrigação.

Nesse raciocínio, coube ao francês Demogue (*in* GIOSTRI: 2001, 111-125), nos primeiros anos do século passado, a conceituação das **obrigações**, do ponto de vista de seu objeto ou conteúdo, como de **meio** ou de **resultado**, cujas primeiras noções podem ser localizadas, mesmo, no Direito romano.

Obrigações de meio referem-se àquelas em que o devedor compromete-se a empregar todos os meios existentes para obter o resultado que o credor deseja,

empenhando toda a sua diligência e conduzindo-se com prudência, para atingir o resultado desejado, sem que, no entanto, se comprometa com a obtenção desse resultado.

Já nas **obrigações de resultado**, ao contrário, há que se obter o resultado pretendido, e apenas nessa condição é que se considera cumprida a obrigação. Portanto, basta ao credor demonstrar que o resultado avençado não foi alcançado, cabendo, ao devedor, por via de consequência, o ônus de provar que tal não aconteceu, pela ocorrência de caso fortuito, por motivo de força maior, ou por culpa exclusiva do credor, ou seja, cabe ao devedor o ônus da prova.

Vale lembrar, que não importa, na avaliação da responsabilidade oriunda deste tipo de obrigação, se o devedor comportou-se de forma negligente, imprudente ou imperita, desde que o resultado alcançado não tenha sido o avençado, pois, trata-se aqui de responsabilidade objetiva, na qual somente importa, a existência de dano e a relação causal entre o fato e o dano, como já exposto.

Ora, este conceito obrigacional vinha atender de perto ao anseio do jurista, na época, em caracterizar a responsabilidade do transportador de pessoas, coisas e mercadorias, pois se tratava de uma área, onde o fator "álea" , em caso de dano, não se consubstanciava, permitindo assim a inversão *a priori* do ônus da prova, que passava a ser do acusado. Como acentua Giostri (2002):

A classificação de Demogue tem como característica principal precisar a quem cabe o ônus da prova, pois, enquanto na obrigação de meio esta cabe ao credor, na de resultado vai ocorrer a inversão de tal ônus, deslocando-se, portanto, para a pessoa do devedor (p.81).

Como bem demonstra a autora (2001:118-121), em sua tese de Doutorado, o grande jurista elaborou sua construção doutrinária, na época em que o grande evento do momento era a indústria automobilística, que apresentava à sociedade, a cada ano, veículos em número crescente e cada vez mais velozes.

Se imaginarmos as ruas estreitas, de tráfego mais direcionado a permitir a passagem de carruagens, bicicletas, cavalos, etc, acolhendo tais veículos, demandando, quase que de afogadilho, sinalização adequada e educação pertinente, não apenas para os pedestres, bem assim para os motoristas, torna-se fácil compreender o ajuste perfeito que tal conceituação encontrou para a avaliação desta nova prestação obrigacional – a do transporte de pessoas.

Demogue compreendeu que, como assinala a autora:

... transportar aqueles elementos se constituiria em **uma prestação com resultado predeterminado, na qual só interessava o adimplemento final e acabado, em acordância total com o que fora avençado previamente. Aquelas áreas são consideradas como ausentes de fator álea** e, em caso de dano, só se isenta o devedor mediante prova de ocorrência de caso fortuito ou força maior (ou ainda, por exclusiva culpa da vítima) (p. 121, grifo nosso)

Quanto ao trabalho médico, oportunamente, entendeu o grande jurista que, em sendo área sabidamente preta de incertezas e abrigo costumeiro do inesperado, necessário e imprescindível era exigir-lhe o correto emprego dos *meios terapêuticos*, a segurança da conduta prudente e o trabalho perito e diligente, pois o resultado não seria obtido apenas pela atuação do facultativo, já que sofreria as influências, não menos significativas, das reações orgânicas do paciente ao tratamento e da conduta deste no seguir as ordens médicas.

Portanto, o trabalho médico, para Demogue, implicava em uma **obrigação de meios**, logo, com fulcro na culpa, cabendo ao credor o ônus de provar que o profissional agiu com imprudência, negligência ou imperícia.

Todas essas noções nos fazem pensar da justeza do pensamento demoguiano, pois que, caso empregássemos o conceito **obligacional de resultado** ao trabalho médico, e em estando o resultado em completa sintonia com o que foi acordado, não caberia atenção à forma como ele foi alcançado, não importando realmente se agiu o médico com diligência, prudência e empregando os meios mais adequados ao caso em questão, o que certamente transformaria esse médico num profissional sem alma e o paciente numa simples amostra de laboratório.

5.2 Responsabilidade Médica

“É chegado, agora, um tempo de necessária reflexão para reconhecer que os pacientes também têm obrigações e os médicos também têm direitos, tudo para permitir um equilíbrio imperativo para a administração da justiça, ainda mais nesse trânsito da humanidade com novas descobertas e avanços da ciência médica.”

Min. Carlos Alberto Menezes Direito (Voto Vista)
Terceira Turma – STJ - RESP 81101/PR

5.2.1 Histórico

Como nos mostram as páginas da história da sociedade humana, os atos médicos sempre estiveram sujeitos ao julgamento das sociedades em que foram praticados, portanto, a responsabilidade médica do médico surgiu, do ponto de vista histórico, já com as legislações mais primitivas.

Na fase mais antiga do Direito Romano, de acordo com Cretella Júnior (1997, p.303-304), a vítima de um delito, ou os seus familiares distribuíam a justiça com as próprias mãos, atingindo indiferentemente tanto ao agente como seus parentes, constituindo o que ele chamou de “vingança privada não regulamentada”. Mais tarde um avanço se registrou com a chamada Pena de Talião (*talis*=tal ; logo, tal delito, tal vingança), vindo a representar a fase da “vingança privada regulamentada” em que a pena alcançava o autor do crime, numa proporção mais equilibrada entre a ofensa e o castigo. Posteriormente deu-se a “composição voluntária”, em que a vítima ou utilizava a Pena de Talião ou dava preferência a um resgate em dinheiro. Seguiu-se a fase em que o Poder Público passa a intervir em tais questões, determinando a obrigatoriedade da composição e fixando somas determinadas para cada delito, a fase da *composição legal*. Bastante tempo depois, o Estado avoca a si a repressão dos delitos e surge a Lei das XII Tábuas (450 a.C.), que normatiza os sistemas de composição voluntária e de composição legal. Cerca de quase dois séculos depois,

surge a Lei Aquília (287 a.C.), com a previsão de pena de morte ou de deportação de médicos por erros profissionais.

Podemos citar ainda diversos outros instrumentos legais da Antigüidade que tratavam do trabalho médico, como o Código de UrNammu (dos sumérios, no séc. XXI a.C.), o Código de Manu (Índia), o Cho-King (China), a Lei de Zoroastro (Pérsia), o Talmude (judeus), o Código de Hamurabi (Babilônia, séc. XVII a.C. que estabeleceu a Lei de Talião), o Corpus Hippocraticum (Grécia, séc. V a.C.). (SOUZA, 2003:22-23).

No ano de 1170, já na Idade Média, Maimónides, médico judeu, elaborou um Código que previa as penas de prisão, açoite ou morte para a punição de médicos que fracassavam. (SCHAEFER, 2002, p.19). Por outro lado, é nesta época que se nota a importante influência do Direito canônico (1200 a 1600), no julgamento dos atos médicos, ao se exigir tanto o exame quanto o parecer de cirurgiões e de parteiras, na instrução dos processos judiciais, inaugurando a proteção da lei para tais profissionais.

Ademais, nunca é demais lembrar, como expõe Giostri (2002), que as pesquisas históricas apontam para o conhecimento de que, em tempos idos, a medicina era

... exercida por sacerdotes, feiticeiros, escravos, curandeiros, magos e, mais tarde, por barbeiros, sendo que dentre eles, como é fácil concluir, muito poucos possuíam reais conhecimentos sobre a matéria ou estavam realmente habilitados a exercer tal profissão. Foi somente em 1335, por edito do rei de França Jean I, que o exercício da medicina restringiu-se aos diplomados em Universidades. (p. 29)

Dessa forma, como nos dá conta Gordon (2002: p.14), a história da medicina, nos seus primórdios, podia, exemplificando, associar a arte de curar com a arte da arquitetura, o que se verificou na figura do egípcio Imhotep (2980 a.C.) que

construiu uma pirâmide para o seu faraó, que lhe serviria de abrigo, quando não mais lhe fosse eficaz qualquer tratamento médico.

É de se notar que até o século XVI, quando surge a Odontologia, somente havia, na área da saúde, as profissões de médico e farmacêutico. A Enfermagem foi aceita como profissão apenas no século XIX, enquanto outras profissões, em grande parte oriundas da Medicina, como a fisioterapia, a psicologia, a fonoaudiologia, somente surgem no século seguinte, XX. (SOUZA, 2003, p.23-24)

O ensino médico, já a partir do século XII, desenvolve-se, pois, baseado em princípios éticos no tratamento dos enfermos, dando qualificação importante para a atividade médica. A Revolução Francesa, seis séculos depois, passa a entender a medicina com um instrumento de justiça social e as casas de saúde passam a ser dirigidas de forma profissional, até que no século XX as escolas médicas já se apresentam intimamente vinculadas às Universidades. (SOUZA, 2003, p.24)

No que toca ao surgimento da responsabilidade médica, percebe-se que ela somente é como tal reconhecida, quando se associa à ciência, representada esta pelos conhecimentos de anatomia, fisiologia, farmacologia, que também envolvem experimentações científicas. Como bem observa Sá (1999):

Não existiu a responsabilidade médica enquanto a atividade de curar ficou ligada aos métodos divinatórios e a moléstia aos pecados do paciente ou de sua família, pois o fracasso era atribuído ao não-mercimento do doente, que estava pagando por algo que tinha feito. Com a medicina transformada em arte e técnica, surge a preocupação do homem com a responsabilidade médica. (p.6)

Terá sido o Direito francês o primeiro a definir normas codificadas para a Responsabilidade Médica, normas essas que vieram exercer grande influência no Direito de vários países, neles incluído o Brasil. Como pioneiro, data de 1832 o conhecido parecer de André Marie Jean-Jacques Dupin, Procurador-Geral da Corte

Civil do Tribunal de Cassação de Paris, que entendia deveriam ser os médicos julgados pelos mesmos tribunais que julgavam os atos dos cidadãos em geral, numa tentativa de garantia contra a negligência, imprudência e imperícia que porventura cercassem os atos médicos. É dele a seguinte máxima: “o médico e o cirurgião não são indefinidamente responsáveis, porém o são às vezes; não o são sempre, mas não se pode dizer que não o sejam jamais”. (GIOSTRI, 2002, p.34).

Destaca Schaefer (2002, p. 21) o grande legado do Direito Civil Francês, que foi o entendimento, externado pela Corte de Cassação Francesa em 1936, de que a relação jurídica médico-paciente advém de um contrato *sui generis*, assim definido por Giostri (2002):

Um contrato *sui generis* (ou inominado ou atípico) é aquele contrato não disciplinado expressamente pela lei, mas que em virtude das crescentes relações humanas tem sido permitido, se lícito o seu objeto, para que produza efeito no mundo jurídico, tutelando-se, dessa maneira, a iniciativa da autonomia privada. (p. 61)

Assim corroborando, Pereira (2003) ensina que: “A celebração de um contrato atípico exige-lhes [às partes] o cuidado de descerem a minúcias extremas, porque na sua disciplina legal falta a sua regulamentação específica”. (p.61) Tal noção reveste-se de vital importância para os contratos médicos, posto que se trata de uma área em que as dúvidas dos pacientes são numerosas, pelo desconhecimento natural dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento das doenças, fato este que lhes dificulta até mesmo expressar-se quanto àquilo que querem e precisam saber.

Neste sentido, deve-se lembrar que, como determina o art. 70, do Código de Ética Médica, é obrigação do médico dar as explicações necessárias à compreensão do paciente sobre seu estado, como acentua Gauderer (1991):

... nós médicos não podemos e nem devemos usar o 'mediquês', ou seja, uma linguagem profissional hermética, fechada, erudita, de difícil compreensão e de uso exclusivo do profissional de saúde ou de sua especialidade. Nós médicos temos a obrigação de usar uma linguagem clara, transparente, objetiva e acima de tudo compreensível ao paciente ou seu responsável. (p. 37)

Não apresenta tal determinação mera obrigação médica, cujo significado encerra-se em si mesma, pois o que a prática nos demonstra é que paciente bem informado é paciente obediente e cooperativo com as instruções que lhe são fornecidas, o que sabidamente irá diminuir, em muito, as chances de insucesso no tratamento a que esteja submetido.

Tais noções representam motivo de grande preocupação para os Conselhos Federal e Estaduais de Medicina, no que concerne à qualidade do ensino médico ministrado em nosso país. Observa-se que, em um período de cerca de um século, iniciando-se em 1808, ano da fundação da primeira Faculdade de Medicina, na Bahia, apenas mais duas Faculdades foram criadas, uma no Rio de Janeiro e, posteriormente, outra no Rio Grande do Sul. Entretanto, desde então, e até os dias atuais, o número dessas instituições de ensino médico excede já a centena, formando uma enorme quantidade de profissionais e dentre os quais destaca-se um número significativo que não frequentou qualquer curso de especialização, seja por não apresentarem conhecimentos técnicos suficientes para serem aceitos em tais cursos, seja pela falta absoluta de recursos financeiros para a sua locomoção, já que esses cursos quase sempre se situam nas grandes cidades.

A conduta médica em nosso país só foi normatizada em 1932, quando iniciou-se a sua fiscalização, com a edição do Decreto nº 20.981, de 11/01/1932. Já os Conselhos de Medicina foram criados pela Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, cujo regulamento interno foi aprovado pelo Decreto nº 44.045, em 19/07/1958. Constituem-se esses órgãos em:

... autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira destinadas à fiscalização do exercício da profissão médica e apreciação dos assuntos atinentes à ética profissional em todo o território brasileiro. São órgãos disciplinadores e julgadores do exercício ético-profissional.” (SCHAEFER: 2002, p. 51).

Além da Constituição Federal, no seu artigo 37, parágrafo 6º, quando cuida da responsabilidade civil do Estado, por meio dos atos de seus agentes, outros diplomas legais se ocupam da responsabilidade médica, como o Código Civil de 2002, nos artigos 15, 186, 927, 932, inc. III, 933, 948, 951 e 932,III; o Código de Ética Médica, artigo. 29, entre outros; e o Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 14, § 4º; sem prejuízo das Resoluções publicadas pelo Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina de todo o país

Em suma, como muito bem observa Schaefer (2002)

O que se pode perceber é que, independente da fase em que se encontram, Medicina e Direito sempre andaram juntos a serviço da humanidade, preocupando-se com os erros médicos irreparáveis e a justa remuneração do profissional. (...) O Direito nada mais é que do que o espelho da evolução moral da sociedade, e a Medicina nada mais é do que a arte de curar, apoiada pela evolução tecnológica e científica de cada época. (p. 22)

5.2.2 Responsabilidade Médica e o Ordenamento Jurídico Brasileiro

5.2.2.1 O Código Civil Brasileiro

O Código Civil Brasileiro, em vigor desde 11 de janeiro de 2003, abriga a responsabilidade civil médica, como já citado, em seus artigos 15 (sem dispositivo correspondente no CC de 1916), 186 e 927 (art. 159 do CC de 1916); 948, 949, 950 e 951 (arts. 1537, 1538, 1539 e 1545 do CC de 1916); e art. 932, inc. III (art. 1521, inc. III).

O art. 15, *verbis*:

Art. 15: Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

remete à autonomia do paciente, princípio bioético por nós já discutido em seção anterior, ao regulamentar a questão do tratamento a ele imposto, o que merece preocupação quanto ao fato de que, mesmo em presença de condição emergencial, com risco de morte, o médico não poderá intervir sem que o paciente expressamente o autorize. Entretanto, como lembram Boyaciyán e Vasquez (2007, 24), o **artigo 146 do Código Penal** (deve-se analisar de forma combinada as normas legais, porque o Direito é uno) dispõe, em seu **parágrafo 3º, I**, a exceção em que é lícito constranger alguém, a saber: "a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida." Mais ainda, o instituto da omissão de socorro encontra-se disposto no **art. 135**, do mesmo diploma legal, em que todo e qualquer cidadão não pode eximir-se de prestar assistência a qualquer um que se ache em grave e iminente perigo, evidentemente sem risco pessoal, notando-se que em especial situação encontra-se o médico, com a experiência notória de quem lida diuturnamente com tais casos.

Certamente que a intenção do legislador no citado **art. 15** foi o de proteger a autonomia do paciente em todos aqueles casos em que ele, ou seu representante legal, tenham condições objetivas de decidir sobre os meios de tratamento indicados para sua condição mórbida e, especialmente, receber todas as explicações necessárias para o correto entendimento dos males que o afligem.

O **art. 186**, a seguir, delimita o que se entende como obrigação de meio, a qual, descumprida, irá implicar no surgimento de uma responsabilidade subjetiva, ao imputar àquele que age com culpa, ou seja, sem a prudência, a diligência e a perícia

necessárias, o cometimento de um ato ilícito. Enquanto o **art. 159**, no Código Civil de 1916, já revogado, subentende o ato ilícito e condena o devedor a reparar o dano, o Código em vigor optou por deixar *explícito* que se trata de um ato ilícito e dedicou à reparação do dano um artigo em separado, o **art. 927**.

Art. 186: Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927: Aquele que, por ato ilícito (art. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

§ único: Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, **ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.** (grifo nosso)

Evidentemente, causa alguma preocupação a 2ª parte deste parágrafo único, no que tange à atividade médica, em que o risco para a vida do paciente é parte integrante desta mesma atividade, o que certamente demandará interpretação restrita, do dito dispositivo, à luz da legislação própria, visto que para o exercício de tal atividade, lícita, imprescindível é a satisfação de requisitos legais, que vão desde a diplomação em curso universitário específico, à inscrição em órgão profissional especial, o Conselho Regional de Medicina.

Ao tratar da reparação do dano causado por meio de indenização, o Código atual é muito mais abrangente que o anterior em relação ao erro profissional, aí incluídos os médicos, quando no **art. 951** refere-se à indenização devida por aquele que agir com culpa no exercício da atividade profissional, acrescentando o item, agravamento do mal, enquanto o **art. 1545** do Código anterior, apenas se referia à morte, inabilitação de servir ou ferimento, limitando seu alcance a apenas algumas categorias profissionais, entre os quais, os médicos.

Outrossim, este **art. 951** é claro ao referir-se expressamente aos artigos anteriores **948, 949 e 950**, artigos esses que definem a indenização devida em casos de homicídios, de lesão ou ofensa à saúde, bem assim de seqüelas atribuídas ao ato cometido, o que não se consignava de forma explícita no Código de 1916.

Art. 948: No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

- I- no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família.
- II- na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 949: No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950: Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até o fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

§ único: O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez.

Art. 951: O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

A responsabilidade objetiva consolida-se no **art. 932**, onde encontramos abrangidas a responsabilidade das Casas de Saúde, dos Hospitais, bem assim dos Planos de Saúde e Seguros, estes últimos quando possuem atendimento em hospitais próprios ou credenciados, “não se aplicando, por óbvio, àqueles seguros de saúde que funcionam no sistema de reembolso, pois nestes a livre escolha do paciente é garantida, sendo diretamente responsáveis o hospital e o médico pelo

paciente escolhido.” (SCHAEFER, 2002, p. 57):

Art. 932: São também responsáveis pela reparação civil:
III- o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

5.2.2.2 O Código de Defesa do Consumidor

Neste diploma legal, em que permeia a responsabilidade objetiva todos os seus dispositivos, merece transcrição o único momento em que se encontra a responsabilidade subjetiva como determinante das relações jurídicas entre o fornecedor de serviços e o seu consumidor, o art. 14, parágrafo 4º, *verbis*:

“Art. 14: O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§4º: A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.” (grifo nosso)

É no que se refere à apreciação do dano médico, abrigado nesse parágrafo 4º, que o Código adentra o terreno da responsabilidade subjetiva, para excepcionar os profissionais médicos, no exercício do ato médico, visto tratar-se de um contrato *intuitu personae*, dotado de características muito próprias, como comenta Kfourri Neto (2001):

... dada a singularidade do serviço prestado: curar os enfermos, salvar vidas; se houver culpa do médico, nada impede que o lesado proponha a demanda em face de ambos, pessoa física e jurídica, ou de apenas um deles. (p. 193)

Por outro lado, lembra o autor, julgado recente do Tribunal de Justiça de São Paulo, onde o entendimento foi o de que o assunto em exame era o próprio trabalho médico, hipótese de exercício de profissão liberal, o que, mesmo frente a profissional empregado da casa hospitalar, permitiu determinar a desconsideração da pessoa jurídica, alcançando-se a figura do profissional, para somente depois da

análise de sua atuação pessoal, poder-se determinar a responsabilidade ou não do estabelecimento no caso. (p. 192)

Em suma, **o dano advindo do ato médico** deverá ser sempre apreciado, embora considerado como inserto nas relações de consumo, com fulcro na análise do elemento subjetivo da culpa e, a se cristalizar essa recente interpretação do Tribunal de Justiça de S. Paulo, a responsabilidade do médico por esse dano será apurada, mesmo em condições de vínculo deste profissional com a entidade hospitalar em que tenha praticado o ato atacado, todavia, sempre pela ótica da responsabilidade pela culpa.

5.2.2.3 O Código de Ética Médica

Elaborado pelo Conselho Federal de Medicina em 11 de janeiro de 1965, foi substituído pelo Código de Deontologia Médica, instituído pelo mesmo órgão, em 13 de abril de 1984. Durante os anos de 1986 e 1987, foram enviadas, ao CFM, propostas para um novo código, oriundas não apenas dos vários Conselhos Regionais de Medicina brasileiros, como também dos médicos e de instituições científicas e universitárias. E em 8 de janeiro de 1988, na Sessão Plenária da I Conferência Nacional de Ética Médica foi aprovado o novo Código de Ética Médica, atualmente em vigor, pela Resolução nº 1246, do Conselho Federal de Medicina.

E, para ajustar-se a este novo Código e à Constituição Federal de 1988, com a publicação da Resolução nº 1617 de 16 de maio de 2001, oriundo deste mesmo órgão fiscalizador e julgador dos atos médicos, passou a vigorar o novo Código Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil.

A responsabilidade do médico ocupa o capítulo III do Código de Ética Médica em vigor, destacando-se o artigo 29, como o que se refere diretamente à

responsabilidade subjetiva do profissional frente aos atos praticados no seu paciente, *verbis*:

“É vedado ao médico:

Art. 29: Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”

Minuciosamente, o restante do capítulo dedica-se a enumerar as várias condutas profissionais, incompatíveis do ponto de vista ético, com o correto ato médico.

Trata-se de mais um instrumento legal a reger o desempenho insatisfatório do profissional médico, expressando o mesmo entendimento da legislação já examinada, a de que o dano médico deve ser apreciado sempre a partir da análise do elemento subjetivo, da culpa, não se admitindo exceções.

5.2.2.4 A Doutrina e a Jurisprudência

A responsabilidade civil, restrita, nos seus primórdios, ao terreno dos direitos privados, dada a complexidade da vida moderna, viu ampliado de forma considerável seu campo de atuação, estendendo-se desde a atuação do Estado, à ofensa aos bens imateriais, como o meio ambiente, passando pelo patrimônio histórico, artístico e paisagístico do país.

Como ressalta Cavalieri Filho (2000), essa imensa ampliação de seus domínios encontram razão, principalmente, nas enormes conquistas do ser humano na área técnico-científica, sobressaindo-se a área médica como uma das que mais absorve, a cada momento, tais conquistas da atividade humana.

Entretanto, lembra o jurista (2000) que é exatamente esta profusão de temas, bem assim um campo de atuação marcadamente extenso, que, enquanto constroem uma

“jurisprudência extremamente abundante e dinâmica, dificultam uma sistematização doutrinária ou científica da responsabilidade civil; cada um de seus desdobramentos, se, por um lado, traz luz sobre determinado aspecto da questão, por outro, cria verdadeiras zonas cinzentas, de modo a não permitir consenso sobre outros aspectos.” (p.17, grifo nosso)

Este entendimento torna-se de vital importância para a discussão que empreenderemos mais adiante, no que concerne ao entendimento doutrinário-jurisprudencial dominante, mas não pacífico, que permeia os julgados em nosso país, quando frente, por exemplo, aos procedimentos da cirurgia plástica, especialidade em que, por motivos óbvios, os momentos de insatisfação se mostram dos mais numerosos.

5.2.3 Os Atos Médicos

A posição doutrinária e jurisprudencial, na esteira da normatização legal, é uniforme nesse sentido, entendendo que não há, no caso do médico, qualquer compromisso com a cura, como bem define Kfoury Neto (2001):

“Ao assistir o cliente, o médico assume obrigação de meio, não de resultado. O devedor tem apenas que agir, é a sua própria atividade o objeto do contrato. O médico deve apenas esforçar-se para obter a cura, mesmo que não a consiga.” (p.65)

Entretanto, o “esforçar-se” subentende uma série de atitudes, quais sejam as de: empregar os melhores e mais adequados meios terapêuticos ao caso concreto, acrescidos de certa dose de esforço e empenho de vontade em atingir a cura, bem assim de prudência na atuação do profissional para com seu paciente.

Vê-se, portanto, a extrema importância dada, neste tipo de obrigação, ao esmero profissional e ao esforço técnico, únicas variáveis realmente importantes na avaliação do suficiente adimplemento desta dada obrigação, isto porque, trata-se de

um campo de atuação prenhe de incertezas e de imprevistos, como é o corpo humano, ou seja, navega-se numa seara onde o que impera é o fator **álea**.

Extremamente oportuno é o esclarecimento feito por Lalou, em 1962, (*apud* GIOSTRI, 2002) ao tratar deste dado fator, quando se utiliza tal conceito obrigacional, como se observa da transcrição do seguinte texto traduzido por Giostri:

“Cada vez que o resultado buscado pelas partes é tido por elas como aleatório, a obrigação é uma simples obrigação geral de prudência e diligência; se este resultado é, ao contrário, considerado como possível de ser alcançado sem álea, então a obrigação é determinada.” (p.92, grifo nosso)

Lembra ainda Giostri (2002, p.95), que foi uma preocupação de vários autores, em especial dos franceses, dedicados a estudar e comentar esta modalidade de classificação, a de não aplicá-la em situações onde se encontrasse o fator **álea**, e o trecho acima transcrito espelha bem esta preocupação.

Dentre os atos médicos, o **ato cirúrgico**, como já nos referimos em capítulo anterior, representa, por si só, um dano a tecidos corporais, estes muitas vezes íntegros, representado este dano, ao final de um processo de reparação realizado pelo próprio organismo lesado, por uma cicatriz, sinal indelével da agressão causada, anteriormente, por este ato cirúrgico.

Entretanto, este ato, embora lesivo, é desejado, e o dano causado, suportado, observando-se, assim, uma situação extremamente peculiar, em que o indivíduo procura o dano e até mesmo, por vezes, por ele anseia.

E anseia, porque será este dano que poderá impedir um dano maior, seja este por doença, seja por acidente, e que, em significativo número de casos, constituir-se-á em uma real ameaça à sua integridade corporal ou, mesmo, à sua própria vida.

Poderá este dano desejado, e procurado, em algumas ocasiões, representar a diferença entre o viver plenamente e o apenas sobreviver, enquanto em outros momentos, representará a diferença entre a vida e a morte.

Não há, portanto, em inúmeras dessas oportunidades, a preocupação, tanto do cirurgião, como do paciente, com a estética, com a beleza. O que importa realmente para o profissional é salvar o paciente, é dar-lhe boa qualidade de vida, é permitir-lhe novamente viver! Para o paciente é saber-se vivo, livre, sem medos e, se possível, sem limitações!

Onde aí a importância da cicatriz fina, quase invisível num corpo, por vezes, outrora, inteiramente íntegro? Talvez até seja desejável que ela se exponha de forma cabal e indubitosa, encarada quase como um troféu de vitória na luta contra a morte!

Todavia, para os tecidos corporais, não interessou em nenhum momento a causa daquele dito **dano cirúrgico**, ele, o corpo, comportou-se como de hábito, movimentou seus mecanismos de cura e reparação teciduais, como escrito em seus genes desde os tempos primordiais, e as condições gerais do momento o permitiram. Haverá uma cicatriz quase indelével ou absolutamente expressa, indiferentemente se interna ou externa, alheia a se o motivo foi doença ou acidente, dependendo apenas das condições e do comportamento do organismo lesionado.

Mas, se a razão, pela qual o **dano cirúrgico** é buscado, repousa na malformação, na deformação, ou mesmo na simples insatisfação corporal, torna-se este dano, ao mesmo tempo, almejado e desprezado, amado e odiado, pois o real desejo é de que ele aconteça, mas não se exponha, em suma, comporte-se como se milagre fosse.

Ao lado do **dano cirúrgico**, praticado no decorrer do ato cirúrgico, exsurge o procedimento anestésico, procedimento esse que, em tempos anteriores, era praticado pelo próprio cirurgião e que, com o progresso da ciência e das técnicas médicas, desligou-se da cirurgia propriamente dita, tornando-se especialidade à parte, exercida por profissional especializado na referida técnica.

De mero componente de uma equipe médica, cujo chefe era naturalmente o cirurgião, tornou-se o anestesiológico, nos tempos mais atuais, profissional autônomo na equipe cirúrgica, numa posição de igualdade com a do cirurgião.

Essa posição de verdadeiro destaque no **ato cirúrgico**, por seu turno, exige do anestesiológico maiores responsabilidades, tanto durante a intervenção cirúrgica, como, e principalmente, com a segurança do paciente nos períodos pré e pós-operatório. Constitui-se o anestesiológico no clínico da sala cirúrgica, responsável por manter o paciente convenientemente sedado e em analgesia, mantendo devidamente monitorados seus sinais vitais. Sua responsabilidade, na verdade, como já assinalamos, já se inicia no período que antecede a intervenção cirúrgica, quando deverão ser convenientemente checados os diversos exames, assim chamados pré-operatórios, acompanhados de uma entrevista pessoal com o paciente, visando não apenas à avaliação de suas condições clínicas, como também possíveis idiosincrasias a medicamentos utilizados no ato anestésico, o que certamente poderia ocasionar situações extremamente perigosas para o paciente durante o ato cirúrgico. Ato contínuo, deverá ainda o anestesiológico verificar, testando, todo o equipamento básico localizado na sala cirúrgica, com especial atenção aos medicamentos essenciais e à aparelhagem necessária para atendimento a eventual parada cárdio-respiratória. Ao término da cirurgia, este profissional é o responsável pelo estabelecimento dos critérios de alta do paciente,

no período de recuperação pós-anestésica, responsabilidade esta personalíssima, ou seja, é ela intransferível a qualquer outro profissional.

O cuidado com o procedimento anestésico é tão importante na prática médica, que é especificamente a ele dedicado a Resolução nº 1363, de 12 de março de 1993, do Conselho Federal de Medicina, quando este órgão detalha, em três artigos e vários incisos, a correta atuação do anestesiológista frente à realização de qualquer anestesia.

É exatamente essa obrigação de levar o paciente a um estado de inconsciência, acompanhado de analgesia efetiva e de, após o procedimento cirúrgico terminado, trazê-lo ao *status quo ante*, ou seja ao estado de consciência anterior a este **ato cirúrgico**, que tem levado parte da doutrina e da jurisprudência pátrias a considerar a obrigação deste profissional como de resultado.

Como discutimos anteriormente, ao tratarmos da cirurgia plástica estética, estamos igualmente caminhando numa seara onde o elemento predominante é a **álea**. Sabem os profissionais médicos que, em questão de reações ditas alérgicas, qualquer medicamento poderá causá-las, mesmo aqueles já utilizados, por vezes de forma freqüente, pelo paciente. Também sabem eles, que testes de sensibilidade feitos com medicamentos podem revelar-se negativos, permitindo, contudo, reações, às vezes, de gravidade acentuada, ao serem utilizados posteriormente. Em suma, reações alérgicas são sempre uma surpresa, daí o cuidado absolutamente imprescindível a ser tomado no uso de qualquer tipo de medicamento, mormente durante uma intervenção cirúrgica, ocasião em que o paciente encontra-se inconsciente e não apresenta, portanto, sintomas e sinais tão evidentes do transtorno do que aqui se trata.

O que estamos argüindo é que, num terreno característico do inesperado, o que deverá ser avaliado, numa verificação correta e justa da responsabilidade do profissional, não é o resultado obtido ao final do ato cirúrgico, mas, como ressalta Giostri (2001):

a possibilidade da previsibilidade e a análise da diligência. Ora, sabe-se que existem situações que são previsíveis; outras o são apenas parcialmente previsíveis e, ainda, outras há, que pertencem ao terreno da completa aleatoriedade. (p.152)

5.2.4 A Responsabilidade Penal Médica

Cabe referência aos chamados crimes próprios, ou seja, àqueles somente praticados por médico, no exercício da profissão, como o tipificado no art. 269 do Código Penal, que dispõe sobre o crime de Omissão de Notificação Compulsória de Doenças, listadas essas pelas autoridades sanitárias; ou o disposto no art. 302 da mesma Lei, referente ao fornecimento de atestado médico falso; ou ainda o previsto no art. 14 da Lei 9434/97 (Lei de Transplantes de Órgãos) sobre a remoção de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, em desacordo com as disposições desta mesma lei.

Lembra-nos Souza (2003, p.130), que, em casos abarcados pelas Leis 9099/95 (Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais) e 10259/01 (Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais Federais), ou seja, aqueles casos cuja pena máxima cominada seja de até dois anos, cabe a transação penal. Esta refere-se a um acordo entre as partes envolvidas sobre os danos, na audiência preliminar (art. 72, Lei 9099/95), que, se aceito, implicará, inclusive, em renúncia ao direito de queixa ou de representação, para a parte autora, nos casos de ação penal privada ou pública condicionada à representação.

Há que se notar que, para que o ato praticado pelo médico configure crime, imprescindível é que sua conduta seja consciente e dirigida a determinada

finalidade e, mais ainda, que atue com dolo ou culpa, figuras jurídicas que se constituem em matéria de prova e são partes integrantes do tipo penal, como nos lembra Souza (2003):

Isto tudo, em termos de Direito Penal, caracteriza a chamada Teoria Finalista da Ação, ou seja, o dolo ou a culpa integram o tipo penal, um deles tem que estar presente na conduta – na vontade – do médico que cometer um crime, seja ele um crime comum ou próprio.(p.132)

Tratando-se de culpa, tem-se que esta somente será aceita se houver, durante a realização de determinado ato médico, a ocorrência de imprudência, de negligência ou de imperícia, estas, por sua vez, devidamente demonstradas, pois que a culpa médica envolve habitualmente situações relativas à ciência e a arte médicas, quase sempre de conteúdo de difícil entendimento para leigos. Para tal, necessário e imprescindível se torna o concurso, ao magistrado, da opinião dos expertos e dos exames periciais, mesmo porque, como menciona Kfourí Neto (2001)

“Os médicos dizem que não há doenças, há doentes – porquanto dois pacientes, acometidos do mesmo mal e tratados de modo idêntico, podem apresentar reações absolutamente distintas à terapia: num caso a cura; noutra o agravamento da enfermidade e, até, a morte.”(p.71)

Por outro lado, a prova pericial, em nosso ordenamento jurídico, embora de reconhecido valor jurídico, posto que representa toda uma visão de profissional experiente e afeito à matéria em causa, não obriga o magistrado a automaticamente aceitá-la, podendo este, caso a entenda falha, no todo ou em parte, rejeitá-la, igualmente, no todo ou em parte, nomeando outro perito, ou mesmo se valendo de outras provas, caso assim julgue mais conveniente, evidentemente fundamentando sua decisão.

Todavia, o que se observa, em se tratando do estabelecimento ou não da culpa médica, face aos conhecimentos altamente específicos que envolvem os atos médicos, é a tendência do julgador em reconhecer o papel fundamental do laudo pericial e, em caso de dúvidas, recorrer a parecer médico-legal, em que para tal é escolhida figura reconhecida de notório saber na área em litígio, que irá esclarecer, e por vezes complementar, possíveis falhas ou obscuridades do laudo pericial.

É importante assinalar, que, idealmente, qualquer atividade médica deve ser primordialmente apresentada e discutida com o paciente, desde uma simples prescrição médica, já que tal procedimento garante com muito maior segurança a adesão do paciente ao tratamento, até uma intervenção cirúrgica, que, com muito mais propriedade, envolve risco de vida para o paciente, que dele precisa estar consciente, podendo assim cotejá-lo, auxiliado pelo profissional médico, com os benefícios que desta intervenção irá auferir.

Contudo, freqüentemente, ocasiões se apresentam, em que tal conduta médica, de esclarecimento do paciente e obtenção de seu consentimento, não pode ser realizada, quais sejam aquelas situações de urgência ou emergência, em que o risco de perder a vida é presente e imediato, quando então o médico está autorizado a realizar o ato médico sem o consentimento do paciente, numa justificativa plenamente amparada nos preceitos constitucionais e legais. Claro está que, em tais situações, a avaliação da responsabilidade médica irá comportar um cuidado muito maior do magistrado na sua caracterização, posto que o momento em que o ato médico foi praticado implicou em ação imediata e urgente, cujo objetivo concentrava-se apenas em salvar a vida.

Um aspecto importante diz respeito à margem de risco com que todo médico trabalha, em qualquer tipo de ato médico praticado. E é exatamente porque tal

acontece, que a prudência exsurge como o grande qualificativo que deve nortear a conduta médica em todos os momentos, quando o profissional precisará avaliar os limites dentro dos quais poderá trabalhar, para que nem exorbite do seu poder de agir, nem recue, se um pouco mais de audácia se mostra necessária para atingir o resultado pretendido. Como observa Kfoury Neto (2001):

“É difícil definir o que seja um médico prudente. Há casos que requerem um médico audacioso, sem ser ignorante, nem imprudente. Não raro, a timidez, a hesitação, a prudência, revelam imperícia, contribuem para o agravamento do mal, constituem culpa.”(p.75)

Dessa forma, não se constitui em tarefa realizável o estabelecer limites fixos e determinados para a responsabilidade médica, já que nunca se observam similaridade de situações, pois os pacientes não são iguais, sofrendo mesmo todo indivíduo modificações a cada fase de sua vida, nem as condições mórbidas comportam-se sempre da mesma forma, podendo sofrer variações e combinações as mais diversas.

Quanto à presença do **dolo** na conduta do médico, isto é, da vontade de concretizar os elementos objetivos do tipo, observar-se-á a prática de um crime, e crime doloso. Certamente, que, em tais casos, não mais se estará tratando de um ato médico lícito e, sim, de um ato criminoso, incurso nos artigos correspondentes do Código Penal e sujeito às penas ali cominadas. Outrossim, deverá o agente responder na área cível, pela reparação do dano causado.

Desta forma, apenas quando existir a intenção de causar dano estaremos em presença do dolo, pois no que se revelar a inobservância do cuidado objetivo necessário, produzindo-se um resultado objetiva e subjetivamente previsível, estaremos frente à existência de culpa.

Portanto, nas palavras de Souza (2003):

“Pode-se dizer que, a grosso modo, quando age com dolo, a conduta do médico é voluntária, e quando age com culpa a conduta do médico é involuntária. E, assim agindo, se houver caracterização de um tipo penal, o médico cometerá um crime.”(p.134)

Entretanto, a **culpa**, em sentido estrito, ou sob a forma de dolo, constitui-se em matéria de prova, pois que, em Direito Penal, não se admite a culpa presumida. Desta forma, a responsabilidade penal do médico somente se configura, face a uma ação claramente inscrita no tipo penal.

5.2.5 O Ônus da Prova

Este ônus, que não é dever, mas faculdade, não sendo, portanto, direito da parte contrária exigir a prova, consiste “na conduta processual exigida da parte, para que a verdade dos fatos por ela arrolados seja admitida pelo juiz”, como leciona Theodoro Júnior (2000, p.373). Esta necessidade de provar o fato que se alega, dá-se na medida em que apenas os fatos provados são considerados existentes, e, conseqüentemente, serão os que irão contribuir para estabelecer o convencimento do juiz.

Assim, deverá cada parte de *per se* provar os pressupostos fáticos do direito de que entende ser possuidora e que deseja o juiz aplique ao decidir a lide. Vale lembrar, todo fato alegado e não provado, ou provado de forma incompleta, ou não convincente, é considerado fato inexistente.

Por outro lado, há que as provas serem juridicamente admissíveis, constituindo-se sua discriminação em objeto, não apenas do Código de Processo Civil, mas igualmente do Código Civil, do Código Comercial e até mesmo de outros meios “moralmente legítimos” (art. 332, CPC), entre os quais destacam-se indícios e presunções.

A importância do *onus probandi* torna-se bastante evidente, ao classificarmos uma determinada **obrigação pelo seu conteúdo**, como **obrigação de meio** ou **de resultado**, isto porque, no caso da primeira, em que haverá responsabilização se for detectada falta de diligência, ou seja, se for a atividade executada sem que todos os meios disponíveis tenham sido utilizados no seu exercício, o ônus de provar que tal se deu caberá unicamente ao credor.

Ao contrário, tratando-se de **obrigação de resultado**, observada quando o que importa é que o resultado final seja o avençado, será o devedor que empunhará a carga probatória, entretanto, apenas para provar o caso fortuito ou a força maior, únicas condições, que, caso existentes, o irão livrar da obrigação de reparar o dano observado, com o não cumprimento da obrigação.

Note-se que estamos, nesse tipo de obrigação, face a uma inversão do ônus da prova, que foge, na oportunidade, do entendimento padrão de que o ônus de provar o fato é de quem o alega. Tal se observa, porque, se é o resultado final o que se busca e se este for atingido, o credor verá satisfeita sua pretensão. Obviamente, caso o resultado seja insatisfatório, não terá ele, o credor, que provar nada, a não ser demonstrar esse descumprimento da obrigação, quando, então, esta será reputada inadimplida e exsurgirá o dever de indenizar para o devedor.

Entende-se, portanto, porque, somente em presença de um caso fortuito ou de força maior, poderá o devedor ilidir a sua obrigação de indenizar o credor, provando efetivamente, que não podia prever nem impedir o fato ou a força obstantes.

Exemplificamos com a cirurgia plástica estética, em que, embora se observe acentuada participação do paciente/credor no seu desenrolar, entendem a doutrina e a jurisprudência dominantes, que se trata, sem maiores delongas, de uma

obrigação de resultado, pois, como já mostramos anteriormente, alega-se que há um resultado a ser alcançado, expresso por uma melhoria na aparência do paciente, melhoria esta que *teria sido* acordada entre as partes, cirurgião e paciente, por ocasião da consulta.

O ônus da prova, conferido a quem alega determinado fato, justifica-se pela necessidade que tem este de provar o fato constitutivo do seu direito, para que a verdade desse fato seja admitida pelo juiz. Ademais, como lembra Câmara (2001: 346): “o juiz só deverá considerar as regras sobre a distribuição do ônus da prova, portanto, no momento de julgar o mérito”, de acordo com o chamado ônus objetivo da prova, tendência da doutrina processual moderna no estudo do ônus da prova.

Desta forma, temerária se torna a classificação, quase automática, da referida especialidade cirúrgica, como **obrigação de resultado**, visto que, ato contínuo, será atribuída ao cirurgião a carga probatória, em sentido claramente contrário ao do princípio da comunhão das provas, que dispõe que estas, uma vez levadas ao processo,

não mais pertencem a qualquer das partes, e sim ao juízo, nada importando, pois, quem as produziu, [entretanto, se] a investigação probatória for negativa, ou seja, quando os fatos não estiverem integralmente provados, aí sim as regras de distribuição do ônus da prova produzirão seus regulares efeitos. (CÂMARA: 2001, p 347)

Fato semelhante observa-se quanto ao procedimento anestésico, pois que este, composto de inúmeros outros atos indispensáveis à sua prática, tais como, infusões de sangue, de medicamentos e de fluidos de várias naturezas, bem como pela utilização de equipamentos e materiais específicos para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, aliados à reação muito particular de cada organismo, situados, assim, em terreno claro da imprevisibilidade, tem-se que a produção de provas cabíveis irá adentrar por searas claramente estranhas, embora

relacionadas, ao atuar do anestesiolegista. Nesse sentido, relegar a um segundo plano, se plano houver, o julgamento da necessária diligência que deverá permear os atos desse profissional, para a segurança do paciente, é descurar-se do fato que este paciente é um ser humano, completamente diverso da aparelhagem utilizada na sala cirúrgica, essa, sim, de funcionamento claramente previsível.

5.4.2.6 - A Carga Probatória

Giostri (2001, p.190) refere-se a uma “carga probatória dinâmica”, que representaria uma nova distribuição da carga probatória, em que se observaria o afastamento de uma posição “estática” da parte demandada, aguardando que a parte demandante apresentasse as provas constitutivas de seu direito, para uma posição dinâmica, em que este devedor seria chamado a produzir provas, negando os fatos alegados, posto que poderá se situar em melhores condições para produzi-las.

Por outro lado, demonstra a autora (2001, p.194), que não se constituiria a referida conduta em “inversão do ônus de provar”, citando Ferreyra (2001), que:

expressa sua expectativa no sentido que os juristas e os julgadores saibam rechaçar a tentação de considerar a doutrina das cargas probatórias dinâmicas como uma regra de inversão da carga da prova (o que não é), mas qualifica-la como **uma regra não apriorística que impõe um tipo de colaboração entre autor e demandado na coleta do material probatório.** (p.194, grifo nosso)

Logo, frente a uma demanda, após se entender existir um resultado não satisfatório, poderá o magistrado, verificando que a investigação probatória não se fez suficiente, e entendendo ser para o demandante de grande dificuldade a obtenção da prova exigida, não ocorrendo o mesmo para o demandado, determinar a este último o ônus de produzi-la, simplesmente por estar em melhores condições de provar o fato.

Neste momento, age o magistrado com o único objetivo do melhor esclarecimento, sem qualquer conotação “punitiva” que se possa daí inferir, pois que não haverá o emprego de fórmula pronta, ou seja, a de que a cirurgia plástica estética é obrigação de resultado e, como tal, inverte-se *automaticamente* o ônus da prova, **porque esta cirurgia, como ato médico, que é, não se constitui em obrigação de resultado.**

Daí a grande importância do profissional em esclarecer, minuciosamente, o paciente, sobre a natureza do ato cirúrgico a que se irá submeter, dando-lhe a conhecer possíveis intercorrências e tendo o cuidado de que tais informações sejam suficientemente claras, na medida do possível documentadas por escrito, ou até mesmo filmadas, sem prejuízo de documentação fotográfica da região a ser operada, pois que todos esses cuidados, não apenas darão ao seu paciente a necessária segurança do que poderá acontecer, como irá amparar este profissional, caso surjam dúvidas futuras.

Aspecto igualmente importante advem do fato de que, se se entende, indiscutivelmente, constituir-se a cirurgia plástica estética em uma obrigação de resultado, resultando daí, por via de consequência, a inversão do ônus da prova, desloca-se para a figura do credor, na verdade, todo o poder de julgamento do que tenha sido um resultado insatisfatório.

Um credor que também é parte ativa no cumprimento da obrigação, pois que terá que obedecer a uma série de recomendações médicas, pré e pós-cirúrgicas, como, por exemplo, a abstenção do fumo, o repouso obrigatório, a não exposição à luz solar, o uso de cintas específicas, e muitas outras, todas medidas que irão influir decisivamente no processo de cicatrização e, conseqüentemente, no resultado

satisfatório que todos desejam e esperam, pelo qual não é o cirurgião o único responsável

Trata-se, evidentemente, de uma obrigação *sui generis*, esta em que o credor também é, ao mesmo tempo, devedor de si mesmo, emergindo, na oportunidade, a figura jurídica da confusão, que se verifica quando as figuras do devedor e do credor se reúnem na mesma pessoa, o que irá implicar, como é sabido, em extinção da obrigação.

São ilações que se justificam, quando, além de termos devedor e credor que se confundem no cumprimento da mesma obrigação, temos agregado o fator álea, ou seja o incerto e o imprevisto.

Mais ainda, não se esgotam aqui as peculiaridades das relações entre o paciente e o seu cirurgião plástico, pois cabem, ainda, as seguintes indagações: dado que o resultado se observa no próprio corpo do paciente, que é o real e efetivo interessado nesse dado resultado, do qual ele formou imagens, por vezes durante anos, com um olhar nem sempre tão harmônico para o restante de seus atributos físicos, como seria o desejado, não será este paciente o único indivíduo realmente qualificado para apreciar este resultado? Não será este paciente o juiz competente para este julgamento? Entretanto, como obter dele a necessária imparcialidade, atributo indispensável da função de julgar?

5.2.7 O Olhar do Paciente

“É o poder da expectativa, mais do que o poder do conhecimento conceitual, que molda o que vemos, na vida não menos que na arte”, assim analisa Gombrich (1995, p.235) a forma como vemos as coisas ao nosso redor e, por extensão, nós mesmos.

Quando olhamos uma figura, como, por exemplo, no caso das famosas manchas de Rorschach e imaginamos que representam ora uma pessoa, ora um animal, ora uma planta, estamos reconhecendo nesses borrões de tinta, nada mais nada menos, que “coisas ou imagens que temos armazenadas em nossas mentes”. Estamos exercendo nosso “poder de expectativa” de que aquela determinada mancha irá representar algo que conhecemos.

Outrossim, ao vermos uma determinada forma que nos é familiar, relembra o filósofo, *ato contínuo já imaginamos a sua cor*, como quando vemos o desenho de um indivíduo indiano, sempre ele nos parecerá escuro, porque a esta cor nos remete a forma do nariz e as ondas do cabelo. “Interpretar e classificar uma forma afeta a maneira como vemos a sua cor” (1995: 238). É mais uma vez o poder da expectativa determinando o que estamos vendo.

Por outro lado, todas as vezes que nos colocamos frente a uma figura imprecisa, nós complementamos essas falhas com a nossa própria experiência, preenchendo-as com as nossas expectativas, como no exemplo de Gombrich (1995):

Quando aguardamos o ônibus no ponto e imaginamos que foi o número 2 que dobrou a esquina, fixamos o olho na mancha indistinta que apareceu ao longe na expectativa de projetar nela o número “dois”. Quando temos êxito nessa projeção, dizemos que podemos ver o número. (...) **Cada vez que perscrutamos a rua ao longe, comparamos, de certo modo, a nossa expectativa, a nossa projeção, com a mensagem que vem. Se estamos tensos demais, o menor estímulo produzirá uma ilusão – como é do conhecimento geral.** (...) Mas somos nós, sempre, que lançamos esses tentáculos, que apalpam e sondam o mundo exterior, prontos a recolher esses sensores para um novo teste.(p.236, grifo nosso)

Em suma, vemos o mundo, e a nós mesmos, com o conhecimento que deles temos, comparamos todo o tempo essas imagens com as que temos reservadas em nossas mentes, e completamos, com as nossas experiências e expectativas, tudo

aquilo que estiver incompleto ao nosso olhar. Todavia, só vemos aquilo que já conhecemos, senão, não reconhecemos o que vemos, pois não vemos o que queremos, nem o que devemos, mas sim o que **podemos ver**.

É exatamente o que acontece quando examinamos uma fotografia nossa e não nos reconhecemos, dizemos: **este não sou eu, não tenho este nariz tão largo, nem tenho este sorriso torto, deve ser efeito da luz!** Embora, por vezes, seja mesmo efeito fotográfico, a verdade é que temos um **eu-imagem** desenhado em nossa mente, que teima em não ser o mesmo *eu* percebido pelo mundo que nos rodeia. E é este **eu-imagem** que nós queremos preservar, quando malhamos nas academias, quando freqüentamos um spa e as clínicas de estética, quando procuramos um cirurgião plástico.

Como observa oportunamente Jeudy (2002):

Quando uma pessoa célebre fazia pintar seu retrato, ela não procurava uma prova do que havia sido um dia; desejava, mais propriamente, pendurar na parede uma representação idealizada de si própria. (p.47)

Neste sentido, torna-se perfeitamente compreensível a grande dificuldade encontrada por este cirurgião, não em atingir o resultado perfeito, advindo da harmonia conseguida entre os traços corporais de um determinado paciente, mas em ir ao encontro daquele **eu-imagem**, habitante dos desejos mais íntimos deste paciente, e que é o que vai reger, a sua plena satisfação, ou não, dele, paciente, com o resultado final.

5.2.8 - A Perícia Médica

Haja vista os atos médicos compreenderem todo um conhecimento técnico muito amplo e altamente especializado, não permitindo, evidentemente, ao magistrado um entendimento, como seria o ideal, profundo o suficiente, para julgar

a verdade dos fatos por si mesmo, torna-se absolutamente imprescindível a prova pericial.

É o perito que, com a indispensável formação médica, habilitado, portanto, a examinar com conhecimento de causa todo o procedimento médico atacado, poderá fornecer as informações necessárias para que o magistrado possa formar a sua convicção.

Durante seu trabalho de peritagem, este profissional poderá valer-se de todos os meios que entender necessários, obtendo informações de todos aqueles relacionados com o procedimento cirúrgico atacado, bem como enriquecendo seu laudo com todas as peças que lhe parecerem pertinentes.

É interessante lembrar que, muito comumente, comenta-se a respeito de um “corporativismo médico”, isto para não se mencionar outros termos, alguns bastante ofensivos, para que se apresentem dúvidas a respeito do valor do trabalho do perito. Evidentemente, que existem liames entre os médicos, de resto como também existem entre os advogados, entre os juízes, entre os professores, etc. Um profissional conhece o tipo de trabalho que o outro profissional exerce, conhece as dificuldades e os obstáculos inerentes à profissão de ambos e, portanto, sabe que em determinados momentos o resultado não será o desejado.

Entretanto, a generalização de que por causa deste elo todos os laudos médicos são suspeitos de escamotear a verdade, somente nos levará a uma avaliação apartada da realidade, avaliação esta, todavia, que não resistirá a um passeio mais demorado sobre os vários processos que tramitam em nossos Tribunais, como demonstra Gistri (2002) em sua obra, onde desfilam inúmeros casos, em que o perito não poupou o colega demandado, descrevendo sem hesitações os erros que foram cometidos.

E não pode ser poupado aquele profissional que agiu com descaso, que agiu com desídia, que agiu com desrespeito ao seu paciente. Estamos frente a um profissional que atua diretamente no âmbito da vida humana, com a função de respeitá-la e preservá-la, da forma que melhor lhe permitem os conhecimentos médicos do momento, enquanto não perde vista o fato de que se trata de um ser humano, que precisa de apoio, de compreensão, de um trato verdadeiramente humano.

Ora, esse profissional necessita de ser bem formado, ou seja, de ser um bom técnico e de ser também sensível ao sofrimento, de conhecer os mais avançados princípios científicos e de ser detentor dos mais importantes princípios éticos, de agir com sabedoria profissional e de agir com serenidade e compreensão, de entender o funcionamento do órgão doente e de atender à ansiedade do possuidor desse mesmo órgão. Constatar tais necessidades é atentar para a enorme importância da educação na formação desse profissional, educação que começa na família, se continua na vizinhança, nas amizades, na escola e vem, finalmente, se completar na Universidade, o local de onde deverá sair o médico competente na sua arte de curar ou mesmo de apenas minorar o sofrimento do seu semelhante.

6 EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E GLOBALIZAÇÃO

Deixando de lado a idéia de globo como simplesmente terreno do empreendimento econômico, é possível encarar nosso planeta Terra como uma unidade multiforme, tal qual antes dos seres humanos o habitarem. Somos mais criaturas planetárias do que globais. (...) ...a educação convencional, ao longo do século XX não nos preparou para esse momento, com todos os seus perigos e promessas.
Edmund O'Sullivan – Aprendizagem Transformadora (2004: 266)

O'Sullivan (2004) toca num ponto essencial da educação de nossos dias, em que esta se encontra claramente voltada para o mercado, com a incumbência de formar indivíduos consumidores de mercadorias, e não a de verdadeiros cidadãos, numa repetição incansável de que somente um crescimento econômico, consistente e progressivo, constitui-se em desenvolvimento, e que tal situação é imperiosa, sem a qual não poderá haver qualquer progresso! E é progresso o que todos procuramos, desejamos, mesmo muitas vezes sem saber o que realmente significa crescer sem limites, desenvolver sem críticas, progredir sem conhecimento, atentos apenas às duas palavras mágicas, unidas como num casamento perfeito: crescimento e desenvolvimento! Como denuncia o autor: "...todos os povos da Terra devem percorrer a mesma trajetória e aspirar a único objetivo – o desenvolvimento." (p.166)

Ora, a sociedade humana, envolvida que está em uma nova ordem mundial, onde as maravilhas da computação e as descobertas genéticas ocupam nossos corações e mentes diuturnamente, alimentada pelas idéias de que são as atividades e os sistemas de comunicação empresariais que transformam o planeta Terra em uma unidade global, deixa de construir uma visão de inserção num complexo maior e mais realista de interação homem-natureza, em que se reconhece a espécie humana apenas como "uma espécie dentre outras, não uma espécie acima das outras."(p.115)

É nesse momento que O'Sullivan (2004) clama por uma educação que não mais reflita uma perspectiva apartada de um entendimento universalizado, pois que “os elementos do universo estão em nosso corpo, os mesmos elementos que estão nas árvores, nas rochas, nos leões e nos rios.” (p.63) Uma educação que entenda que não estamos isolados num planeta estático; uma educação que oriente no sentido de uma compreensão de que estamos em comunhão, permanente e ativa, com tudo o que nos rodeia, como na lição de Freire (2006-a): “Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere.” (p. 54)

E é essa educação consciente de fazer parte desse todo, que vai interagir com as descobertas científicas desses tempos globais, não de forma submissa e quase reverente, como freqüentemente se observa, mas entendendo-a como uma aliada no atendimento das necessidades humanas, adequando-a a essas mesmas necessidades, visando sempre o cidadão e não o consumidor. Esse posicionamento na educação reveste-se de singular importância, posto que, como lembra O'Sullivan (2004), com muita propriedade, a ciência traz em seu bojo um claro histórico de dominação, envolvendo noções de controle da natureza, de poder econômico, de procura desenfreada de prestígio e respeito, somente para citar algumas. Nessa verdadeira ânsia de dominação, que se expressa, por vezes, no desejo do poder de criação, relembra-nos o autor, como exemplo, as circunstâncias em que se produziram as bombas atômicas no século passado, quando os cientistas a elas se referiam como seus ‘bebês’, sendo eles próprios seus “pais”, chegando a lhes dar nomes – “O Garoto Gordo”, “O Menininho”. E, mais ainda, revelando a face dominadora masculina, quando, referindo-se ao funcionamento dessas bombas, assim se expressaram: “Eles esperavam que a bomba fosse menino, não menina –

isto é, que não fosse uma nulidade.(...) O médico voltou com o maior entusiasmo e confiança de que o menino é tão vigoroso quanto seu irmão mais velho. (...) “Os bebês nasceram e passam bem”.(p. 214)

E a educação das sociedades modernas, com sua função conservadora da manutenção do *status quo*, segue o mesmo ritmo de dominação, entretanto, agora sob uma nova forma, pois que suas instituições educacionais, que a princípio refletiam as necessidades do Estado-nação, já nesse início de século XXI, passam a transcender esse mesmo Estado, mergulhando, num movimento constante e contínuo, em direção a uma nova retórica de mercado, um “mercado transnacional que desafia cada vez mais os poderes e a soberania do Estado-nação” .(O’SULLIVAN, 1999, p.66). Comportam-se elas, as instituições educacionais, como contritas aliadas desse processo de globalização transnacional, fato observado claramente na elaboração de seus currículos, ao mesmo tempo em que colaboram na divulgação desse processo, apresentado como o inexorável e único caminho para os desejados, desenvolvimento e progresso, sem os quais inevitavelmente deixaremos até mesmo de existir!

Como conseqüência, nossos alunos são cada vez mais entendidos como indivíduos a serem qualificados para a inserção nesse mercado transnacional globalizado, formado de necessidades de consumo que, por seu turno, ensejam um devorar voraz das reservas do planeta, já uma realidade em nossos dias, ao constatar os sinais inquietantes do aquecimento global. Queremos banir de nossos cursos básicos e superiores o ensino de matérias humanísticas, como a filosofia, já que ela não parece apresentar maior utilidade nesse perseguir constante de uma formação educacional eminentemente técnico-científica. Pensamos o mundo a nossa volta como algo inerte, silencioso, do qual retiramos o que nos apetece e

com o qual nos relacionamos de maneira contemplativa, porque com ele não interagimos, somos apenas “extrativistas” e “observadores”.

Um ponto bastante interessante da análise de O’Sullivan (2004) diz respeito à tendência de serem entendidas, como necessidades humanas, o que em realidade são apenas meios de obtenção dessas necessidades. E estas seriam: a necessidade fundamental de Subsistência, compreendendo alimento e habitação; a de Compreensão, nesta inserta a educação; e a de Proteção, que compreende os sistemas de cura e os de saúde preventiva. Como tais necessidades estão em interação contínua e umas são dependentes das outras, um determinado meio de satisfazer uma delas também irá satisfazer outra ou outras, ao mesmo tempo em que uma única necessidade poderá implicar em meios diferentes para sua própria satisfação. O que vem revelar a falência evidente das políticas de governo, ao tentar atendê-las separadamente.

Lembrando que essas necessidades humanas são do **ser humano**, logo, universais, percebe-se que “Identificar como as necessidades são satisfeitas numa cultura é uma forma de definir essa cultura”.(p.352) São os meios, portanto, de satisfação das necessidades, que irão determinar o estado de pobreza, que seria, dentro desse entendimento, um estado de pobreza verdadeiro, em contraposição àquele que utiliza, para a sua definição, um conceito estatístico de quantas pessoas se encontram situadas abaixo de tal ou qual limite de renda. Mais ainda, esse raciocínio demonstra que são vários os estados de pobreza, posto que a falta de satisfação de apenas uma dessas necessidades caracteriza um estado de pobreza humana, o que, por sua vez, nos permite a dedução, frente ao que desenvolvemos anteriormente, que, freqüentemente, numa mesma sociedade encontramos estados de pobreza múltiplos.

E isto é particularmente real, quando verificamos a todo momento, em nosso país, um estado de pobreza de subsistência – deficiência alimentar e habitacional – ao lado de um estado de pobreza de proteção – falta quase que completa de assistência à saúde e à doença – combinado com um estado de pobreza de compreensão – educação deficitária e, as vezes, pensamos, sem rumos. Torna-se evidente a clara interação entre esses vários estados de pobreza, pois quem não se alimenta de forma satisfatória e não tem uma habitação com condições básicas de saneamento, não tem, portanto, saúde. Este indivíduo, sem saúde, também não terá assistência na doença, o que, certamente, implicará em não ter condições mínimas de ser educado, mesmo porque a educação, a que terá acesso, não preenche condições para qualificação, seja pela falta de recursos materiais, seja pela aplicação de métodos que desconhecem a realidade desse aluno, seja porque não há mínimas condições de segurança pública.

Por outro lado, mesmo aqueles indivíduos que vêm satisfeitas razoavelmente suas necessidades básicas, imersos que estão numa cultura global de consumo “necessário”, desenfreado e aparentemente inexorável, consumo esse cuja religião é a do passageiro e a do descartável, desenvolvem uma sensação de transitoriedade, em que nada vem para realmente ficar, em que o que é hoje, não o é mais amanhã, tal sensação expressando-se, nas palavras de O’Sullivan (2004), como “uma sensação de impermanência (...) uma falta de raízes (...) uma mobilidade constante” (pp.354,355). Os lugares onde estão esses indivíduos não suprem suas necessidades, elas precisam ser buscadas em outros locais, longe do meio em que estão, com enorme gasto de tempo nessa busca, num zanzar constante por diversos meios de transporte, observando-se, dessa forma, que “a sensação de fazer parte

de uma comunidade estável e a segurança perdem-se na confusão da mudança e da mobilidade aceleradas”. (p.355)

Não somente a mudança, mas também a diversidade constitui-se em aspecto fundamental de sobrevivência de diversos grupos culturais, ora verdadeiramente “asfixiados” pela imposição ferrenha de uma cultura de mercado, uniformizada pelo objetivo do lucro, objetivo esse que determina os grupos “superiores”, ou seja, os “mais iguais”. Os grupos excedentes, aqueles “asfixiados”, que irão ocupar os extratos “inferiores” das sociedades, compondo o exército dos discriminados, espelham a discriminação pela cor, pela etnia, pelo sexo, pela religião. Nós os seres humanos sempre tivemos dificuldades em conviver com o “diferente”, os diversos tipos de discriminação não são terreno virgem para nós, mas, possivelmente nunca antes se tentou sufocar tais grupos de indivíduos, pela imposição técnica e fria do consumo, condição essa que deixa de investigar as necessidades humanas, como pré-requisito na criação dos produtos que as satisfaçam, para criar primeiro o produto e somente após criar a necessidade, seguida do convencimento da obrigatoriedade da sua satisfação. Aí está a pedra de toque da uniformização cultural, em que todas as partes do globo, mesmo as mais longínquas, apresentam os mesmos quereres e a compulsão ávida por satisfazê-los, consumindo os mesmos produtos e perdendo a sua individualidade. Os que assim não se adaptam são massacrados por sua imprudência e discriminados por suas características próprias.

Somos todos seres humanos, nossos corpos e cérebros funcionam de maneira semelhante, temos as mesmas necessidades básicas, fazemos parte de um universo com os mesmos elementos que nós. Há que entendamos que apenas uma raça existe, a humana, aí está o DNA que nos ensinou isso; há que respeitemos a individualidade e tratemos o indivíduo como *cidadão* e não como mero *consumidor*,

mais uma peça da engrenagem do mercado; há que aprendamos a lidar com a diversidade das culturas, porque, como nos ensina O'Sullivan (2004):

A globalização das metas educacionais não leva à consciência de um mundo mais amplo e diversificado. Essa é a incrível ironia do processo de globalização. O que parece acontecer com o avanço da globalização é o desenvolvimento simultâneo de uma monocultura.(p.365)

Claro está que não temos a veleidade de pretender que se esgotam aqui as influências sofridas pelas sociedades globalizadas do mundo atual, mesmo porque esgotá-las, não poderia jamais constituir-se em objetivo de trabalho dessa ordem, contudo, acreditamos que tais influências agem de forma intensa nos critérios da educação fornecida por nossas instituições educacionais. Elas ainda sofrem de um certo imobilismo em compreender as mudanças pelas quais passamos e, conseqüentemente, encontram-se ainda sem condições de apontar as diretrizes corretas e seguras, o que nos permitiria enfrentar as contradições da globalização, inaugurando o que deveria ser uma nova ordem no terreno educacional.

7 EDUCAÇÃO E DIREITOS

No Brasil não há como entender os direitos senão pela contradição dos conflitos de classe; e mais, as nossas ordenações jurídico-formais emergiram amalgamadas com as relações de dominação patrimonial, capazes, portanto, de instaurar um conjunto de preceitos que são paralelos aos constitucionalmente definidos. Nesse sentido, é na instabilidade da vida social e não no desejo de sua estabilidade que os direitos devem ser compreendidos.

Paulo Meksenas – Cidadania, Poder e Comunicação (2002:75)

A forma como em nosso país compreendemos o exercício dos direitos, lembrando que falar em tal exercício configura uma situação que podemos definir como ainda bastante nova, já que entendemos originada após a Constituição Republicana de 1988, reveste-se de singularidades muito próprias, apenas compreendidas quando analisadas à luz das condições existentes no Brasil, à época da dominação portuguesa.

Meksenas (2002) conduz tal análise, baseado nas anotações de Martins (*apud* MEKSENAS, 2002), que lembra o fato de que ao Rei e à Coroa pertencia o patrimônio privado, um patrimônio inacessível, restando como patrimônio público, tudo aquilo que não interessava à metrópole, aquele patrimônio ao qual era permitido o acesso, os bens municipais, ou seja, os bens pertencentes às vilas. Como tais bens eram propriedades das famílias locais e por elas administrados, compreendia-se que administrar a vila constituía-se em uma extensão da administração desses mesmos bens. Dessa forma, “a esfera pública (...) vai pouco a pouco se personificando como patrimônio da família, assumindo a forma do privado.”(p.56)

Enquanto na Europa dos séculos XVI e XVII, é na distinção entre o público e o privado, e sob o prisma das liberdades civis, que se constituem os direitos, em nossa terra, mais que nunca essa distinção se encontra diluída, e os direitos são entendidos como direitos que representam a origem familiar do indivíduo e exercidos

por ele como poder pessoal. E eram a esses chefes locais que a população pobre recorria buscando proteção.

Os direitos, assim concedidos, e não conquistados, eram e ainda o são, em nossa terra, de forma fragmentada, por partes, gerando continuamente uma sensação de incompletude, de algo por terminar e, mais ainda, dissociados uns dos outros, porque nossa característica de administração é conjuntural e não estratégica, já que necessário é acomodar-se ante a força dos grupos dominantes, prisioneiros da promiscuidade público-privada, como observa Meksenas (2002): No Brasil, ainda hoje, o poder político patrimonial se afirma continuamente e produz a cultura do privado que se apropria do público.(p.59)

Em assim sendo, caminham juntos, direitos e propriedade, público e privado, ensejando que as leis não sejam cumpridas, sentidas que são como fator de dominação e não como de entendimento social, criando na sociedade o sentimento de que é mais eficaz e seguro agir por si mesmo. Ademais, quando se é obrigado a buscar assistência nas tendas do Estado, tal é sentido como concessão desse Estado patrimonial aos menos afortunados.

Lembra-nos o autor, que sempre existiu um “esforço das classes dominantes em descaracterizar as lutas pela cidadania quando protagonizadas pelas classes trabalhadoras.”(p.61), e exemplifica com as greves operárias do início do século passado, cujas reivindicações eram centradas no pagamento de horas extras, no descanso semanal remunerado, no cumprimento da Lei de Férias, na regulamentação do trabalho feminino, na proibição do trabalho dos menores. Todas reivindicações nascidas no âmbito do trabalho operário, que o Estado interpretava como ameaças ao poder constituído, mas que irão finalmente conseguir modificar as estruturas jurídico-formais, num claro movimento de baixo para cima, evidenciando

que é exatamente essa instabilidade social o meio de cultura para o surgimento dos direitos em nossa sociedade.

Aqui um pequeno parêntesis, para um fato que ilustra como, ainda hoje, os direitos têm seu exercício dificultado, em muitos casos pelo reduzido poder econômico de seus destinatários, mas que estes, tenazes, encontram formas populares, não oficiais, de exercê-los. Criou-se, em 1999, em S. Paulo, uma editora popular, a Expressão Popular, que publica títulos de autores clássicos (Paulo Freire, Florestan Fernandes, Lênin, Rosa Luxemburgo, etc.), alguns deles que as demais Editoras não têm interesse em publicar. Os livros são de bom acabamento, muitos deles com capas ilustradas por Sebastião Salgado, com preços 70% mais baixos que os da concorrência. São cerca de 200 pontos de venda, de fácil acesso à clientela visada, dentre os quais estão até mesmo livrarias comerciais como a Saraiva e a Cultura, bem como “sites” de venda na Internet como o Submarino, que recebem, distribuidores formais e informais, 30% de comissão sobre os valores finais, o que demonstra que são vendidos a preço de custo (LAVORATTI, 2007). É a sociedade brasileira exercendo seus direitos, previstos em lei e na Constituição, como, nesse caso, o direito à Educação, à margem da atuação do Estado.

Voltando aos movimentos sociais de luta das primeiras décadas do século XX, entretanto, a consciência da sociedade brasileira, permanecia semelhante àquela que apresentava a população da Colônia, ou seja: uma visão de desencanto, de impotência, que evoluía para uma postura de submissão e para uma política de favores, “de pagamento de recompensas, ou o uso da influência pessoal, que passa a tomar o lugar dos direitos”. (MEKSENAS, 2002, p.60)

E não é essa também a realidade de nossos dias? O público e o privado firmemente unidos na sua constituição, espelhando o nascimento gemelar que

caracteriza sua origem? Não transmitem a idéia de que essa promiscuidade toma todos os cantos, níveis e poderes do país e de que ela é natural e mesmo uma fatalidade? Não ensinam que ninguém empunha o poder como se fosse a batuta que atende as necessidades da sociedade brasileira, mas sim como o aríete que arromba o patrimônio da nação, para satisfazer suas necessidades pessoais?

Mais que nunca o que viceja é a política de favores, em que o indivíduo apartado das situações de poder, busca os favores dos que têm influências, atende pedidos cujo cumprimento lhe irá conceder melhores condições de vida e, por vezes, resolverá suas lides, porque esses influentes estão próximos aos meios de justiça. Daí aquela idéia, ainda muito presente no imaginário popular, do “rouba, mas faz”, ou seja, é quase justo que aquele que detém o poder, dele se locuplete um pouco, desde que faça coisas que a sociedade reclama, afinal, o que é de todos não é também dele?

Quando um conhecido escritor brasileiro se revolta com a situação moral que enfrentamos na atualidade e acusa o brasileiro de ser também um agente dessa situação, ele apenas está verificando essa simbiose público-privada refletindo-se em todos os níveis do tecido social. Reclama o indivíduo do descalabro moral dos poderes da República, mas acha natural não devolver às autoridades o dinheiro que achou, porque “dinheiro não tem dono” e “quem me prova que a autoridade devolverá?”

Eis que chegamos àquela situação em que todos são corruptos, em que cada um toma conta apenas de si mesmo, no máximo dos que lhe são mais chegados, em que todos se permitem “levar vantagem em tudo”, porque se os poderosos não obedecem a lei, por que os sem poder têm que obedecer?

Um outro aspecto igualmente importante no exercício dos direitos em nossa sociedade, diz respeito a um particular padrão de racionalidade imposto às políticas públicas e aos direitos sociais no Brasil, marcadamente a partir de 1964. Observa-se que tais políticas, fornecedoras desses direitos, aí inclusas as áreas de educação e saúde, são estabelecidas pontualmente, ou seja, sem uma estruturação completa que garanta a sua continuidade, com uma destinação definida de recursos, fiscalização eficiente e garantia de atendimento efetivo a uma população sem meios, ela própria, de obtê-los. São políticas prenhes de verdadeiros “interstícios”, por onde passa a iniciativa privada, esta complementando e, freqüentemente, substituindo a presença do Estado, com evidente onerosidade para a população pobre, que assim se vê aliada dessas políticas estabelecidas para seu próprio benefício. Esse tipo de organização demonstra que o objetivo nunca foi o de atender de forma completa às necessidades da população, mas apenas o de completar falhas imediatas na assistência do Estado, já que este compreendia o indivíduo como capaz de atender suas necessidades pelo esforço pessoal. Como assinala Zitkoski (2006), “A perversidade e a indiferença com que são tratados os contingentes de seres humanos, que não fazem parte dos planos estratégicos dos sistemas econômicos e políticos hoje vigentes, demonstra a transgressão ética escancarada nos quatro cantos do mundo”.(p.60) E como resume muito bem Meksenas (2002): “As políticas públicas, portanto, sempre foram pensadas e mesmo aplicadas como uma questão desvinculada da relação de direitos.”(p.68).

A consequência clara de tais políticas incompletas é, como vimos, a exclusão dessa população, que passa a ser atendida de forma emergencial por medidas de claro contexto assistencialista, verdadeiros “remendos” naqueles “interstícios” a que nos referimos, o que vem apenas solidificar tal marginalização, pelo imobilismo e

sensação de incapacidade que acarreta. Essa realidade observada em nosso país, e que se repete em outros países ditos em desenvolvimento, inspirou a proposta de um novo paradigma, mais realista para a avaliação do empobrecimento e exclusão gerados pela globalização, o Índice de Desenvolvimento Humano. Neste índice, estão inclusos indicadores, que avaliam de perto as necessidades dessas populações, a saber: o de expectativa de vida ao nascer, o de conhecimento – alfabetização e média de escolaridade – e o de produto/renda, o que vem refletir de maneira mais precisa, embora ainda não completamente satisfatória, a enorme distância entre aquilo a que se propõe a globalização e o que efetivamente ela gera.

Corraggio (2000), ao analisar esse Índice, que representa apenas “condição e não resultado do crescimento econômico” (p.50), demonstra que é absolutamente necessário um redirecionamento dos investimentos de áreas como gastos militares, subsídios a estatais ineficientes, subsídios sociais mal-dirigidos, para programas básicos de saúde, de desempregados e subempregados, de serviços rurais, de educação primária e eventualmente secundária, lembrando que, como acentua o informe do Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento, “no caso de recursos extremamente escassos deve-se dar prioridade à educação.” (p.51)

Com tal política, voltada para a aplicação dos recursos nos setores básicos da sociedade, com ênfase no setor educacional fundamental, já se estará, nesse estágio, criando empregos para a população mais necessitada e ainda pouco qualificada. Com a melhora da qualidade de vida que certamente será observada, tal população poderá aspirar a uma real qualificação profissional, o que irá permitir o acesso a melhores empregos, com evidente redução do desnível social.

Observa-se, nessa linha de raciocínio, que se está propugnando por um movimento de baixo para cima, em que as políticas públicas serão focalizadas nas

pessoas, não somente na criação de capacidades, como na garantia de sua efetivação, pelo estado de emprego produtivo e bem remunerado, tornando o indivíduo um agente de sua própria existência, participe de um desenvolvimento que também é seu, sendo um ser que assiste e que não mais é apenas assistido.

A educação, de simples direito, passa a ser também exercício desse direito, porque não mais espera para ser lembrada somente em época de eleições, já que agora faz parte do cotidiano do indivíduo, indivíduo esse que não mais pede, nem recebe favores, porque já identifica seu lugar na sociedade e já sabe de suas capacidades.

8 EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EDUCACIONAL

... o sistema regular de ensino tem incorporado significativo contingente de pessoas cuja formação e referências culturais não têm o perfil suposto pela concepção tradicional de universidade.

Luiz Percival Leme Britto – Contra O Consenso (2003: 188)

Britto (2003) faz uma análise interessantíssima em torno daquela queixa extremamente comum entre nós, professores universitários, no que diz respeito à falta de capacidade dos alunos, não somente em interpretar o que lêem, como em expressar suas idéias de forma coerente, ao produzir textos escritos.

Demonstra o autor, que os estudos que se dedicam a compreender o problema, o fazem considerando os estudantes como um bloco comum, como se foram uma “categoria única e homogênea”, sem que haja maiores referências às suas origens “socio-econômico-culturais”, ou seja, sem que se individualize a natureza de sua formação familiar, social e escolar pretéritas.

Argumenta ele, em seu raciocínio, que nos parece bastante pertinente, que:

... as dificuldades no trato com o discurso acadêmico não advêm da falta de uma capacidade genérica de redação ou mesmo de leitura, mas sim do modo como estes estudantes interagem e convivem com os objetos da cultura letrada, em particular com as formas de produção do conhecimento formal.(p.176)

Na verdade, estamos frente a uma geração de estudantes universitários extremamente heterogênea, em que encontramos desde aqueles que desconhecem o rádio, vêem pouca televisão e vivem no mundo da “internet” (seu único mundo escrito), com seus “mp3”, seus “ipods” e seus telefones celulares, àqueles que mal têm tempo para o estudo formal, pois que trabalham em tempo quase integral, nada lêem, e vêem os canais abertos de televisão, com seus programas, as mais das vezes, completamente imbecilizantes.

Uns não conseguem se expressar, oralmente e por escrito, de maneira adequada, porque não faz parte de seu mundo a mídia escrita: livros, jornais e revistas. Outros encontram dificuldades em seus textos e conversas orais, porque não têm oportunidades econômico-sociais para servir-se desses recursos de comunicação. Somente uma restrita minoria está devidamente preparada para a lide universitária, no que toca à leitura e à escrita.

Em sua análise, Britto (2003) acusa, como uma das fortes razões para tal insuficiência, o verdadeiro adestramento a que são submetidos os estudantes nos cursinhos pré-vestibulares, com as suas “receitas de bolo” para a confecção de redações – “uma montagem de modelo específico de texto” (p.177) - que soam como coisa artificial, fabricada, completamente distante dos interesses desses estudantes, que cumprem simplesmente uma tarefa sem sentido para eles. Entretanto, tal adestramento surge na medida em que os estudantes não trazem em sua bagagem escolar o mínimo necessário de conhecimentos de leitura e escrita, para que tenham condições de interpretar e escrever seus textos. Vêm-se, dessa forma, os referidos cursos, frente a essa realidade, que suscitou a exigência de confecção de redação nos concursos de admissão nas Universidades, obrigados a suprir de forma intensiva, em poucos meses, a enorme lacuna na formação escolar, familiar e social desses alunos. Familiar e social, digo, porque grande parte desses alunos não têm um histórico familiar de interesse por leitura e não conversa sobre isso, seja com familiares, seja com amigos.

A propósito, não apenas hábitos de leitura e escrita estão ausentes da convivência familiar e social, como também as regras mais elementares de convivência humana, expressas nos cumprimentos formais ao entrar em ambientes diferentes, seja numa aula, seja numa sala de conversa; ao esbarrar em alguém ao

se locomover; ao fazer qualquer tipo de pedido; ao solicitar ajuda em qualquer atividade. Parece mesmo existir um pacto de silêncio nessas ocasiões, quando supõe-se que pedir desculpas, ou ensaiar um “por favor”, ou mesmo um “muito obrigado”, faz de seu autor um indivíduo humilhado e pouco audaz.

Outra causa apontada por Britto (2003), reside na aceitação por professores e alunos, de que há apenas “uma única situação de escrita – a redação escolar – que, por sua vez, se relaciona apenas à disciplina de Língua Portuguesa, ignorando as formas relacionadas a outras modalidades de estudo e de uso da escrita.” (p.181). Esse entendimento equivocado contribui para a perda de excelentes oportunidades de aprimoramento dos alunos no manuseio da língua pátria, a qual, cada vez mais, é isolada, tornando-a uma disciplina fechada em si própria, em lugar de ser entendida como o verdadeiro veículo de expressão de todas as demais disciplinas, o que, por seu turno, sem dúvida, traria um entusiasmo maior do alunado pelo idioma, já que estariam dele se utilizando em situações efetivamente concretas.

BRITTO (2003) ainda nos alerta para o fato, já discutido anteriormente, de que nossas instituições educacionais estão, de forma crescente, alinhadas com o pensamento da formação educacional voltada para o mercado, “em que saber ler importa para a produção, para a reprodução dos valores hegemônicos e para a organização da vida diária.”(p.186) Nessa linha de raciocínio, verifica-se que o que se exige desse aluno é uma forma específica de discurso, presa a modelos já determinados, muitas vezes refletindo um discurso acadêmico – “pelo qual a Universidade se identifica e é identificada.” (p.187), e em que pouco espaço sobra à criatividade, à liberdade de criticar e ao desenvolvimento de outros pensares.

Nesse momento, soam perfeitas as palavras de Freire (2006-b): “.a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica de

realidade.”(p.29) Porque uma educação que aprisiona a consciência dos alunos, que os ata a fórmulas e modelos únicos, construídos a partir da visão de uma realidade pontual, que representa nada mais que um fragmento de uma realidade muito maior, não pode formar indivíduos conscientes de que são “sujeitos que fazem e refazem o mundo” (p.30). Há que ser “uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, que domestique ou subjogue. Isto obriga a uma revisão total e profunda dos sistemas tradicionais de educação, dos programas e dos métodos.”(p.45)

Britto (2003) assegura que apenas uma escola realmente produtora de conhecimento; em interação contínua com outras entidades voltadas igualmente para uma educação criadora; envolvidas todas numa formação educacional assentada na pesquisa; estimuladoras de uma ação cultural transcendente ao ensino em sala de aula; e abertas aos discursos trazidos pelos estudantes, poderá efetivamente realizar essa mudança radical de que tanto precisamos.(p.193)

9 A FORMAÇÃO EDUCACIONAL DO MÉDICO

9.1 A Medicina Mecanizada

A técnica se fez tecnocracia; o taylorismo ciclópico, depois de varrer os setores da indústria, ganhou os arraiais da Medicina, (...) investindo contra a máquina humana com a mesma frieza técnica, como se tratasse com coisa inanimadas.

Prof. Clementino Fraga (1880-1971)

O trecho em epígrafe diz bem da *mecanização* da Medicina dos nossos dias, em que o médico e o paciente pouco se comunicam e, por vezes, sequer se vêem, a exemplo de procedimentos diagnósticos como a ressonância magnética, quando, freqüentemente, apenas o técnico conduz a realização do exame, do qual será dado o laudo pelo médico especialista, em outra dependência do Centro Radiológico, e entregue ao paciente por funcionário da recepção.

A chamada “desumanização” da medicina é, convenhamos, uma triste realidade de nossos dias, provocada, na verdade, pelo extraordinário avanço científico e tecnológico. Como este traz em seu bojo uma acentuada elevação do custo da assistência médica, o que dificulta a uma população, cada vez mais empobrecida, arcar com a despesa da medicina privada, ocorre esta em massa para os hospitais públicos, enquanto os pouco menos desfavorecidos procuram as empresas de assistência médica, os conhecidos seguros-saúde. No âmbito da medicina pública, exercida em hospitais e postos de saúde, em que os recursos são escassos e, principalmente, mal administrados, os médicos, conseqüentemente, são então agraciados com uma absurda quantidade de atendimentos, num espaço de tempo cada vez mais exíguo, tornando o paciente muito mais um obstáculo que um objetivo.

Já no terreno da medicina privada, modernamente quase que completamente ocupada pelos conhecidos convênios médicos com as empresas seguradoras de saúde, que, como quaisquer empresas, visam precipuamente o lucro, temos

igualmente um elevado número de consultas e um tempo mínimo para sua efetivação, bem como limites, não somente na quantidade de exames solicitados, como também no valor monetário destes. Desta feita, estão os médicos verdadeiramente aprisionados e inteiramente dependentes de tal esquema empresarial, visto que aí “a correlação de forças favorece a empresa, que utiliza seu poder através da prerrogativa do credenciamento num cenário de mão-de-obra excedente e desemprego galopante” (PEREIRA FILHO, 1998, p.48).

Estudo levado a efeito por Siqueira (2003) constata o que ele chamou de desencontros na relação médico-paciente, expressos por percentagens significativas: no tempo de duração de consulta inferior a 10 minutos (69,9%); no tempo de permanência na sala de espera superior a 90 minutos (53,1%); no número de pacientes não chamados pelo nome durante o atendimento médico (32,6%); no número de pacientes não submetidos ao exame físico (30,2%); no número de pacientes que não voltariam ao mesmo médico, caso tivessem opção de escolher (20,6%) (p.34-35). Isto num universo de 647 pacientes, em que 324 eram usuários do SUS e 323 de planos de saúde privados, demonstrando que a idéia de que o melhor atendimento dar-se-ia no consultório particular do médico conveniado não passa de mera ilusão.

Chama a atenção, nesse estudo, a freqüência significativa de pacientes não submetidos a um exame físico durante uma consulta médica (30,2%), pedra angular de um atendimento médico digno desse nome, o que transforma uma sala de consulta em nada mais do que um balcão de informações apressadas, quando então o médico procura extrair um diagnóstico a partir de exames complementares, que, como o nome informa, devem complementar algo, ou seja, um atendimento completo, anamnese e exame físico. Tais exames, de complementares passam a

ser diagnósticos, como já se observa na denominação de vários deles e mesmo nos serviços anunciados pelos diversos centros, por vezes já titulados de centros de Medicina Diagnóstica. Quem faz o diagnóstico não é mais o médico, após compilar as informações colhidas com o paciente, na anamnese e no exame físico, acrescidas daquelas obtidas nos exames complementares, ao contrário, são estes últimos que fornecem o diagnóstico, sem que, por vezes, sequer se tenha conhecimento de que paciente se trata.

E o médico, agora transformado em mero “pedidor” e “verificador” de exames, limita-se a prescrever medicações que tratam os resultados de exames e não o paciente, que tratam a tecnologia e não o ser humano doente, pois este passou a ser nada mais que um detalhe, num universo quase cibernético.

Ora, frente a tais obstáculos, torna-se fácil compreender o grave esgarçar da sagrada relação médico-paciente, esta agora quase que totalmente descaracterizada, em que o paciente é “um estômago”, “um diabetes”, “uma cistite”, desprovido de um direito subjetivo absoluto – o seu nome – e o médico, “aquele moreninho de bigode, que mal olhou pra mim e me passou um remédio que não tem na farmácia do hospital”.

Entretanto, é essa desgastada, conspurcada, incompreendida relação médico-paciente, que, prenhe de subjetividade, como refere Pereira Filho (1998), precisa “ser encarada como sagrada pelos médicos e suas entidades representativas. Ela garante um exercício profissional mais humano que tecnicista e faz com que a ética se coloque acima do lucro.” (p:48)

E se é a relação médico-paciente o último bastião daquela filosofia que entende que não há doenças e sim doentes, já que cada caso é um caso, é imprescindível que as entidades dedicadas ao ensino médico preocupem-se de

maneira intensiva e eficaz com a formação desse profissional, desde os primeiros momentos de sua entrada na Universidade, entendendo que, compondo o conhecimento de cada disciplina, deverão estar a apreciação e a discussão das noções relacionadas à Ética e à Responsabilidade Médicas.

Digna de nota é a clara importância dos exames complementares, cada vez mais sofisticados tecnicamente, permitindo mesmo a visão do interior do corpo humano em funcionamento, e extremamente úteis, não apenas para o diagnóstico, como para o tratamento das diversas condições mórbidas. E essas máquinas maravilhosas passam a conferir a seus operadores um *status* verdadeiramente *sui generis*, claramente superior aos dos demais profissionais médicos, o que, certamente, influencia sobremaneira o estudante de Medicina que, muitas vezes, já entra na Faculdade direcionado para o trabalho profissional com esses aparelhos, não fazendo de sua preocupação principal o trato direto com o paciente.

Tal realidade constitui-se em uma deformação da chamada “medicina baseada em evidências”, técnica esta que se apóia na concepção de que o médico, na procura do melhor tratamento para o seu paciente, deve preocupar-se em combinar a sua experiência clínica na matéria, com as informações advindas de pesquisas clínicas idôneas, sobre não apenas os resultados precisos e confiáveis dos testes diagnósticos, assim também sobre os indicadores de prognósticos e de segurança dos procedimentos terapêuticos. Digo, deformação dessa técnica, porque o que assume a dianteira no tratamento médico, como já assinalado anteriormente, é a importância desmesurada dedicada aos procedimentos tecnológicos de diagnóstico e tratamento, numa verdadeira obsessão por números e imagens, reforçando-se a prática, diga-se, infelizmente, já de tempos, de relegar ao quase ostracismo a experiência clínica individual do profissional, aí ressaltados, insisto

nesse ponto, a anamnese e o exame físico do paciente, como muito bem define Marques (2003):

É uma prática lamentável, mas antiga, observar que alguns médicos deixam de ouvir ou de examinar o paciente, tentando substituir esses recursos semióticos por uma bateria de exames complementares.(p.19)

E um médico orientado principalmente para uma valorização maior do trabalho médico com exames complementares, sentindo o paciente como um mero figurante desse trabalho, estará com toda certeza muito mais exposto, vulnerável mesmo, a práticas médicas inadequadas, e conseqüentemente a uma ação judicial por erro do médico.

Na oportunidade, devemos notar que a expressão “erro médico”, comumente usada pelos meios de comunicação, não expressa apenas erro cometido por profissional médico, mas engloba práticas defeituosas de outros profissionais de saúde e, inclusive, de instituições de saúde. Dessa forma, cabem aqui algumas ponderações sobre o que se entende por “erro médico”. Giostri o conceitua como “uma falha no exercício da profissão, do que advém um mau resultado ou um resultado adverso, efetivando-se através da ação ou da omissão do profissional” (2002, p.136) Deve-se lembrar que, muito freqüentemente, o paciente não distingue claramente entre o que se constitui como suas próprias expectativas e o que acusa como "erro médico". Este deve ser diferenciado do chamado erro profissional, na melhor linha de nossa jurisprudência, em que se reconhece, esse último, como aquele que “decorre de falha não imputável ao médico, podendo confundir a conduta profissional e levar o médico a se conduzir erroneamente”, como aponta Moraes (1998, p.323). Encontram-se nessa categoria a omissão e mesmo a sonegação de informações, praticadas pelo paciente, ou ainda a falta de colaboração deste mesmo

paciente quanto a cumprir as ordens médicas. Cabe aqui texto muito feliz do autor, que vem ao encontro de toda a nossa argumentação, no que refere ao poder de uma boa relação médico-paciente no êxito de toda intervenção médica, *verbis*:

Veja-se que, por parte do paciente, toda interpretação dos fatos vai depender de como o médico os apresenta. Daí a importância de ele depositar absoluta confiança no médico. Esta vai depender de sua fama, adquirida pela frequência de acertos nos casos graves da população que ele assiste e vai predominar sobre a competência, que o profissional só pode demonstrar para seus pares, seja na vida acadêmica, científica, ou nas sociedades médicas, ou no relacionamento com os colegas. (p. 324)

Outro ponto de grande importância para a formação do profissional médico reside na capacidade da tomada de decisões frente a um mundo cada vez mais complexo, e porque não dizer confuso, em que a moralidade sofre modificações profundas a cada momento, em que o que ontem era ilegal ou mesmo contrário à moral, hoje passa a ser aceito com naturalidade, tanto pela sociedade como pela lei. O que fazer, instado por um lado a respeitar a autonomia do paciente, a exercer a tolerância e a prudência no que se refere ao tratamento médico necessário, e por outro lado decidir sobre a interrupção de medidas de suporte vital em pacientes terminais, sobre as implicações médicas, psicológicas e jurídicas de um abortamento em feto anencefálico; ou, face aos poucos recursos em saúde, escolher, entre pacientes igualmente necessitados de cuidados emergenciais, aquele que irá ocupar um único leito vago de Unidade de Terapia Intensiva?

O caminho para a morte, os momentos que a precedem, sejam curtos ou mesmo longos, não são objeto de estudo no curso de Medicina, pelo menos não sob o ângulo do sofrimento humano, o futuro médico não é preparado para lidar com a morte do paciente, pelo contrário, é instruído para escapar dela, deve tentar ao

extremo as medidas que a afugentem, por vezes, à revelia da vontade do paciente ou da família deste, tudo em nome do melhor tratamento, da melhor técnica.

E o desenvolvimento técnico-científico permanece caminhando a passos largos, trazendo a cada dia mais novidades, exigindo desse profissional, não só uma atualização progressivamente mais rápida, como também decisões igualmente rápidas e seguras, frente a situações nunca dantes imaginadas, mas nem por isso menos importantes para vida humana.

9.2 – Processos Ético-Profissionais (2005): Levantamento de Dados

“Para apreender os procedimentos da pesquisa, é necessário examinar como ela procede, em vez de confiná-la na observância de um decálogo de processos que só devem, talvez, parecer avançados em relação à prática real na medida em que são definidos de antemão.” Pierre Bourdier et alii. Ofício de Sociólogo (2004: 19)

Tendo em vista que nosso trabalho tem como objeto demonstrar a natureza da Responsabilidade Médica como um ato pedagógico transversal, na formação e no exercício da profissão médica e, mais ainda, que tal ato transcende o mero cumprimento do dever do médico de informar, ao seu paciente, sobre tudo aquilo que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento de seu estado mórbido, realizamos um levantamento nos Processos Ético-Profissionais, julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, durante o ano de 2005, com o intento de ilustrar, com fatos reais, os verdadeiros desencontros observados na prática médica, no que tange ao relacionamento médico-paciente.

Para tanto, consultamos cada processo na sede do Conselho, em nossa cidade, durante o mês de maio de 2006, após permissão expressa da Corregedoria e da Presidência do Órgão de Classe, dado o caráter sigiloso de tais processos, desde que, como ainda cabem recursos ao Órgão Superior – o Conselho Federal de Medicina, sediado em Brasília, qualquer publicidade antes da decisão deste Órgão poderia comprometer o julgamento final. Por via de conseqüência, não pudemos citar os nomes das partes, bem assim os números desses processos, informações essas que constam de nossas observações pessoais, apenas para efeito desse trabalho de pesquisa.

Esse levantamento nos permite perceber melhor como uma comunicação médico-paciente incompleta e, por vezes, equivocada, comporta-se como causa importante das denúncias levadas a termo contra o profissional médico,

demonstrando assim a necessidade do conhecimento, por parte deste, das noções da matéria Responsabilidade Médica, assunto esse que deve permear todo o seu curso de Graduação.

Queremos lembrar, já de início, que foge ao escopo de nosso trabalho discussões e juízos de valores, quer sobre os julgamentos levados a efeito pelo Órgão de Classe, quer sobre o lapso temporal em que incorreram tais processos, quer sobre os erros dos médicos condenados. Interessa-nos analisar os desencontros observados nas relações médico-paciente, frutos de uma comunicação ruidosa entre eles e que podem, certamente, com um cuidado maior do profissional, serem atenuados, se não, em alguns casos, abolidos mesmo.

Para tal, ao lado da consulta dos conteúdos da denúncia, da contestação e do julgamento, reservamos especial cuidado aos termos da denúncia, pois que nestes encontram-se mais evidentes esses desencontros na relação médico-paciente. Impressionou-nos sobremaneira as queixas dos pacientes naqueles processos que resultaram em absolvição do médico, pois que, após períodos de tempo realmente muito longos, em que se desenrolaram as várias etapas processuais, incluindo avaliações periciais de várias espécies, nada se averiguou que pudesse macular o atendimento médico, do ponto de vista exclusivamente técnico-científico. Percebemos, então, que estes processos, em que o médico fora absolvido, compunham aqueles casos que mais de perto falavam ao objeto de nosso trabalho, porque nos ofereciam uma oportunidade ímpar de detectar, com maior precisão, as razões pelas quais um paciente chega a não compreender um insucesso terapêutico e, mais ainda, a identificar o profissional médico como o grande culpado pela sua desventura, quando a realidade assim o desmente.

Detivemo-nos, desta feita, nesses casos de absolvição dos médicos implicados, analisamos as queixas dos pacientes e as cotejamos com os termos das contestações e com a realidade encontrada pelas Câmaras Técnicas do Conselho, realidade essa constante dos respectivos laudos, que embasaram o resultado dos julgamentos.

Embora a análise do desenvolvimento de tais processos, bem assim dos julgamentos ético-profissionais pelo Conselho de Classe, não componham, como já mencionamos, o objetivo do nosso trabalho, tarefa certamente muito melhor tratada em área própria, faz-se necessário uma apresentação, mesmo que resumida, do que são tais processos, de seus objetivos e de sua tramitação.

O Processo Ético-Profissional é muito semelhante ao Processo Administrativo-Disciplinar ou Ético-Disciplinar, pois os Conselhos de Classe são órgãos colegiados julgadores, já que como administradores, que são, possuem a função de *preocupar-se com os atentados à res publica no exercício funcional*, bem como *detém a competência de julgar as infrações éticas no exercício médico*, como se observa da leitura do art. 2º, *caput*, do Código de Processo Ético Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil, Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1617/2001, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44045/58 e, consubstanciado nas Leis nº 6838/80 e 9784/99, *verbis*:

Art. 2º: A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.

§ 1º.....

§ 2º – A apreciação e o julgamento das infrações éticas pelos Conselheiros obedecerá às seguintes regras:

I- A sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II- Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, a instrução ocorrerá no Conselho regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de medicina para desaforamento do julgamento.

A sindicância é o momento inicial em que são apurados os indícios de possíveis irregularidades e precederá sempre o arquivamento da queixa ou a instauração do processo. Ela se compõe de quatro fases (em *itálico*): a *nomeação* de um Conselheiro Sindicante, para em um prazo de trinta dias, prorrogáveis conforme a necessidade de cada caso, proceder à sua *instrução* e apresentar o *relatório*, que será levado à *sessão plenária*. Trata-se, portanto, *apenas de peça preliminar e informativa do processo* (FRANÇA, 2001), em que está dispensado o contraditório, pois não há ainda instauração de processo. Após deliberação do Conselho, a sindicância será arquivada ou será instaurado o processo. Podem as partes, nessa fase, proceder à conciliação, se assim o desejarem, seguida de sua homologação pelo Conselho, ocasião em que se encontra vedado qualquer acerto pecuniário, como dispõe o art. 9º da Resolução.

O Processo Ético-Profissional inicia-se precisamente com a denúncia, “uma exposição por escrito sobre circunstâncias do fato que constituem infração ao Código de Ética Médica” (FRANÇA, 2001, p.41). A partir de então, os princípios do contraditório e da ampla defesa se impõem, garantias de ordem constitucional que são, imprescindíveis a qualquer ato acusatório, já que em “cada ato praticado no processo, a outra parte tem o direito de se opor ou de apresentar sua versão” (FRANÇA, 2001, p.49)

Nessa fase serão tomados os depoimentos das partes, das testemunhas, feitas acareações, examinados documentos e realizar-se-ão as perícias necessárias, com as partes sendo notificadas a cada passo para as providências pertinentes. Após o término de todos os procedimentos, será aberta vista dos autos às partes, que terão um prazo de 15 dias para as alegações finais. Encerrado o prazo, o Conselheiro Instrutor apresentará relatório circunstanciado, sobre o qual o Relator e

o Revisor irão emitir suas opiniões e, posteriormente, o caso será levado à Sessão de Julgamento..

O Julgamento, de acordo com o que dispõe o artigo 39 da Resolução será realizado a portas fechadas, com a presença das partes, seus Procuradores, da Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina, necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica.

As penas disciplinares a serem aplicadas pelos Conselhos de Medicina são as previstas no art. 22 da Lei Federal nº 3268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44045/58, na seguinte gradação, da mais leve à mais grave: advertência confidencial em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e cassação do exercício profissional, todas devidamente fundamentadas pelo Conselho

É importante assinalar, que cabe recurso contra a decisão dos Conselhos, seja para reformar a pena, seja para reexaminar a decisão, o que deverá ser feito em obediência aos termos e aos prazos legais. Os recursos, no dizer de França (2001) “são elementos estabilizadores da ordem pública e da relação jurídica” (p.101), ou seja, são destinados a corrigir possíveis erros ou injustiças cometidos em decisões judiciais. Dos recursos tratam os artigos do nº 50 ao nº 56, da Resolução, que cuidam dos prazos, dos efeitos, da intimação da parte contrária e da revisão do processo.

Como se pode observar, tal curso processual é sempre longo e penoso para ambas as partes, enfrentando o profissional durante todo esse tempo pressão intensa, tanto psicológica como material, na medida em que, por vezes, uma

reputação ilibada, construída durante toda uma vida, estará sob suspeição, suspeição essa que, na realidade, não se irá esvaecer por completo, mesmo após uma sentença de absolvição.

Exatamente pela importância que representa para o médico tal nódoa em sua reputação, manchada por uma queixa equivocada, nascida comumente de uma comunicação deficiente entre ele e seu paciente e/ou familiares, é que nos iremos ocupar aqui, um pouco mais detidamente, com os processos que culminaram em absolvição.

Interessam-nos, sobremaneira, as alegações dos pacientes, verdadeiras ou não, mas cuja presença aponta fortemente para a presença daqueles desencontros, a que nos referimos anteriormente, fato esse que deve servir de orientação para todos aqueles que se dedicam à prática da medicina.

Note-se que tais processos, de acordo com o art. 1º da Resolução, tramitam em sigilo processual, pela própria natureza dos atos investigados, pois que publicidade poderia resultar, como alerta França (2001), “em prejuízos irreparáveis para as partes envolvidas e para a credibilidade do próprio conjunto da categoria.” (p.23-24) Dessa forma, referir-nos-emos a esses casos, numerando-os do nº 1 ao nº 8, sem qualquer outro tipo de identificação.

Foram 57 (cinquenta e sete) os processos Ético-Profissionais julgados pelo Conselho durante o ano de 2005.

Apresentamos, a seguir, os quadros que sintetizam os dados desse citado levantamento:

O Quadro 1 nos mostra uma visão geral do destino dos 57 (cinquenta e sete) processos já referidos:

Processos Ético-Profissionais - CREMERJ	
57 processos (2005)	
Síntese Geral	
57 processos	
<u>I - 14 processos</u> (Seguradoras, Sociedades Médicas, Empresas Prestadoras Serviços Saúde)	<u>II - 43 processos</u> (Conduta Médica no Exercício Profissional)
<u>II.1 - 22 processos</u> (ausência a plantões, medicina como comércio, atitudes anti-éticas entre colegas)	
<u>II.2 - 21 processos (27 médicos)</u> relacionamento médico-paciente comprometido	
<u>19 médicos</u> condenados	<u>8 médicos</u> absolvidos
3 (advertência confidencial)	5 (censura confidencial)
9 (censura pública)	2 (cassação registro)

Quadro 1: 57 processos julgados pelo CREMERJ - 2005

O Quadro 2 discrimina os processos referentes à conduta médica no exercício profissional:

Processos Ético-Profissionais - CREMERJ	
57 processos (2005)	
I – Envolvimento de Seguradoras, Sociedades Médicas, Empresas Prestadoras de Serviços de Saúde.	14 processos
II – Conduta Médica no Exercício Profissional	43 processos
Total	57 processos

Quadro 2: 43 processos referentes à conduta médica

No Quadro 3, dentre esses 43 processos, envolvendo a conduta médica no exercício da profissão, distinguimos os 21 processos referentes a relacionamento médico-paciente comprometido. Nesses processos há 27 médicos acionados, já que em alguns há mais de um profissional acusado.

Processos Ético-Profissionais - CREMERJ 57 processos (2005)	
II – Conduta Médica no Exercício Profissional	
II.1 – ausência a plantões, exercício da medicina como comércio, atitudes anti-éticas entre colegas.	22 processos
II.2 – relacionamento médico-paciente comprometido	21 processos (27 médicos)
Total	43 processos

Quadro 3: 21 processos (27médicos) com comprometimento da relação médico-paciente

O Quadro 4 nos mostra que, dentre os 27 médicos acusados nos 21 processos referentes a relacionamento médico-paciente comprometido, 19 profissionais (13 processos) foram condenados e 8 médicos foram absolvidos.

Processos Ético-Profissionais - CREMERJ 57 processos (2005)	
II – Conduta Médica no Exercício Profissional	
II.2 – relacionamento médico-paciente comprometido	
absolvidos	8 processos (8 médicos)
condenados	13 processos (19 médicos)
Total	21 processos

Quadro 4: 21 processos: 19 médicos condenados e 8 médicos absolvidos

No Quadro 5, os 19 médicos condenados tiveram suas penas assim distribuídas:

Processos Ético-Profissionais - CREMERJ 57 processos (2005)	
II – Conduta Médica no exercício Profissional	
II.2 – relacionamento médico-paciente comprometido	
19 médicos condenados	
advertência confidencial com aviso reservado	3 médicos
censura confidencial com aviso reservado	5 médicos
censura pública em publicação oficial	9 médicos
cassação do exercício profissional	2 médicos
Total	19 médicos

Quadro 5: 19 médicos condenados: penas

O Quadro 6, na página seguinte, é dedicado aos processos referentes aos 8 médicos absolvidos. Nele vamos analisar, com uma atenção especial, os termos da denúncia, da contestação e o período de tempo decorrido desde a denúncia até a absolvição do profissional.

Processos Ético-Profissionais - CREMERJ 57 processos (2005)			
Absolvição - 8 processos (8 médicos)			
Nº	Denúncia	Contestação	Lapso Temporal
1	a ginecologista foi indelicada: “não ligo para o cabaço”	tratou-se de mera brincadeira para “deixar a paciente à vontade”	3 anos
2	paciente “ficou sem enxergar depois de operação no olho e teve que sofrer transplante de córnea” .	câncer oftálmico; técnica cirúrgica correta. Paciente retirou o curativo sem ordem médica e ficou sem proteção ocular.	4 anos
3	falta de interesse do médico; poucas informações	médico plantonista presente e prestando informações	5 anos
4	paciente atendido na Emergência “o médico o medicou e o enviou para a Oncologia, sem condições”	atendimento correto na Emergência; já era paciente da Oncologia, com melhores condições para atendê-lo	7 anos
5	hemorragia após punção de “artéria” para hemodiálise; “médicos inseguros”.	caso gravíssimo de Lupus; complicações hemorrágicas após punção <u>venosa</u> para hemodiálise	7 anos
6	crise de asma; “não foi dado oxigênio”; “óbito sem explicação”	abuso de auto-medicação com conseqüente parada cardíaca; oxigênio administrado junto com a medicação inalada.	8 anos
7	exame invasivo pela manhã e “visita do médico só à noite”	médico plantonista presente e prestando informações	9 anos
8	desconhecimento da causa do óbito e resultados dos exames	informações dadas pelo chefe da equipe cirúrgica; não havia telefones de familiares no prontuário.	10 anos

Quadro 6: 8 médicos absolvidos: processos

9.3 - Estudo dos Dados

Nos casos de n^{os} 3 e 7, os familiares dos pacientes se queixam de falta de interesse do médico em esclarecer dúvidas, de sua presença pouco freqüente durante a internação, de, após um exame invasivo realizado pela manhã, somente passar para ver o paciente à noite, de não estar presente na hora do óbito. Esclareça-se que, em ambos os casos, havia médico plantonista presente e que os pacientes tiveram sua assistência em todas as solicitações.

Lição importante podemos extrair desses dois casos, quando entendemos que todas as queixas repousam no desejo de maior atenção do médico, o que possivelmente poderia ser prestada, com alguns poucos minutos de conversa, onde seria dada a explicação de que o médico tinha outros casos igualmente importantes demandando sua atenção, o que poderia não lhe permitir estar presente todo o tempo, mas que estaria alcançável caso dele tivessem necessidade, coisa que o hospital providenciaria, mas que ficassem descansados, porque havia médico plantonista, durante todo o tempo da internação, apto a tomar todas as providências necessárias. Um sorriso, a mão no ombro, podem fazer milagres e dar ao paciente e/ou à sua família a necessária calma e a compreensão de que não podem ter o monopólio da atenção do médico, mas que podem tê-la quando necessário, ao mesmo tempo em que estarão amparados pela presença e assistência de um médico plantonista. Pensemos em quanta tranquilidade poderia ter advindo de tal conduta, tão breve no tempo ocupado, e que muito possivelmente poderia ter evitado um longo processo de 5 (cinco) e de 9 (nove) anos, respectivamente, para, ao final, decidir-se pela absolvição do médico! Quanta angústia, quanto sofrimento, quanta frustração!

O caso de nº 1 refere-se a um atendimento de uma jovem por uma médica ginecologista que, sem a presença de uma enfermeira na sala de exames, fato que deve sempre ser evitado, teria sido pouco gentil ao fazer o exame ginecológico, o que resultara em dores para a paciente. Além disso, ao alegar a paciente que acreditava ainda ser virgem, a médica teria retrucado *não ligar para o cabaço*. Note-se a inexistência de testemunha nesse caso, que deveria ser representada por enfermeira presente ao exame, providência essa, que, embora obrigatória, nem sempre pode ser tomada, dada a grande falta de profissionais de enfermagem em nossos hospitais públicos. Em sua contestação, a médica alegou que apenas *brincara com a paciente para deixa-la à vontade!*

Outra lição muito importante podemos tirar do caso em questão; trata-se de paciente pouco à vontade com o exame ginecológico – o processo dá conta de relato de abuso na infância – nervosa com o procedimento e que, certamente, esperava contar com maior compreensão e sensibilidade da médica para a sua insegurança. Esta, tentando descontraír a paciente, não conseguiu perceber que brincadeiras com assunto tão sensível e de forma, sem dúvida, tão pouco elegante, somente se prestaria a aumentar a frustração e a vergonha da jovem. Um gesto gentil, algumas palavras respeitosas de tranqüilidade, um maior respeito à paciente que ali se encontrava, temerosa da realização de um exame sabidamente, no mínimo, desconfortável, sem dúvida teria fornecido outro rumo aos acontecimentos, provavelmente sem que nenhum processo fosse aberto, deixando a profissional por cerca de três anos, em suspenso sobre o seu destino, que, afinal, foi o da absolvição.

Vamos encontrar no caso nº 4 um retrato bastante real e pungente da situação dos serviços de saúde em nosso Estado. Salas de espera, corredores,

salas de repouso e, sobretudo, as salas de emergência, repletas de pacientes e pobres de acomodações, quando estes são examinados em cadeiras, no chão e, por vezes, até mesmo em pé! Faltam medicamentos básicos e material igualmente básico, como lençóis, seringas, algodão, fios de sutura e tensiômetros (aparelhos de pressão). No meio do que poderíamos descrever como verdadeira balbúrdia, os médicos e enfermeiras, num azáfama constante, atendem e os pacientes esperam e ... sofrem.

Nesse citado caso, a denúncia dá conta da queixa de familiares de um paciente com doença neoplásica (câncer), atendido na Emergência de Hospital de grande porte, onde foi atendido por médico, que lhe ministrou a medicação adequada, conforme verificado posteriormente por peritos, mas que lhe teria dispensado pouca atenção, tendo-o transferido para o Serviço de Oncologia do mesmo nosocômio, onde já era paciente em tratamento quimioterápico. Refere a família que, além da falta de atenção, este o teria liberado para a Oncologia, para continuar o tratamento quimioterápico, sem condições para tal, fato não confirmado pela perícia durante o processo. Entretanto, os mesmos peritos observaram que o paciente foi mal atendido pela Instituição, não lhe tendo sido permitido acompanhante durante o deslocamento, embora a decisão fosse revista posteriormente, bem como não teve a assistência necessária durante a quimioterapia, quando sentiu-se mal e não teve atendimento médico por um tempo maior do que o desejável.

Em 2005, o Jornal do Brasil publicou matéria, onde analisava as condições altamente estressantes em que trabalham os médicos em nosso Estado, mormente nas emergências, citando o exemplo do Hospital Miguel Couto que, à época, abrigava 33 (trinta e três) pacientes na unidade de Emergência, quando a

capacidade desta era de 22 (vinte e dois), tendo apenas 2 (dois) médicos para o atendimento! O Sindicato dos Médicos, na ocasião, forneceu a informação de que nos 12 (doze) meses anteriores fora observado o dobro do número de processos contra médicos na Justiça (220 casos), sendo as queixas mais comuns as de omissão de socorro ou de mau resultado do atendimento. Refere o presidente do Sindicato, que aconselha aos médicos a *relatar no prontuário do paciente o que não existe na Unidade*, para com isso, não apenas denunciarem as faltas, mas para se protegerem, posteriormente, de processos na Justiça.

Um outro problema gravíssimo, na mesma reportagem, traz a público a questão da segurança no trabalho, pois enfrentam os profissionais ameaças de pessoas relacionadas ao tráfico de drogas, o que pode ser exemplificado no relato de um médico que, ao atender uma paciente do sexo feminino, esta lhe disse: “Sou mulher do homem lá de cima (referindo-se a um traficante da Rocinha). Você tem que me tratar bem!”

Todas essas dificuldades somente apontam para um cuidado cada vez maior do médico, ao exercer sua profissão em condições tão precárias e perigosas. Deve fazer parte de sua preocupação diária o de tentar, o mais que lhe for possível, estabelecer um contato maior com o paciente, mesmo que por rápidos momentos, de forma que o próprio paciente e seus familiares possam assim identificar a verdadeira causa do atendimento falho e para ela direcionem suas queixas e frustrações. Sempre haverá os de difícil convencimento, mas salvar o que puder da relação médico-paciente é o único caminho que ainda pode dar alguma proteção a esse profissional, que poderá passar por um enorme constrangimento durante longo tempo, como o médico do caso em questão – 7 (sete) anos – para ser absolvido ao final!

Os casos de nºs 8, 2, 5 e 6 podem ser assim agrupados, pois neles identificamos a falha, a nosso ver, primordial na relação médico-paciente, ou seja aquela que se refere ao não correto cumprimento do dever de informar. Tão importante é este dever no exercício da profissão médica, que podemos encontrar no Código de Ética Médica inúmeros artigos que dele dão conta, seja direta, seja indiretamente. Como exemplos podemos citar os de números 40, 41, 46, 56, 59, 73, 123, dos quais o mais adequado aos casos em apreço, a nosso ver, é o de número 59, *verbis*:

Art. 59: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal

Os casos de nºs 8, 5 e 6 espelham o desconhecimento significativo do paciente, e familiares, quanto a resultados de exames e à causa do óbito, no oitavo caso (8), e quanto às medidas de tratamento, no quinto (5) e sexto (6) casos. Anotemos aqui, ao nos referirmos ao primeiro caso, o de nº 8 (oito), a importância do correto esclarecimento quanto aos termos que possam estar presentes nos documentos médicos, sejam simples resultados e laudos de exames, sejam as informações constantes numa certidão de óbito. A linguagem médica pode ser suficientemente incompreensível para os não iniciados, bem assim, fonte de desnecessárias angústias e mesmo de atitudes movidas pela revolta.

Referiram, os familiares, no caso nº 5, que houve negligência médica ao ser realizada punção venosa (pensavam ser arterial) para instalação de cateter para hemodiálise, em paciente grave com Lupo Eritematoso Disseminado, quando formou-se hematoma. A perícia constatou ter seguido a paciente um curso tormentoso, dada a gravidade de sua doença, sujeita, como sabido, a complicações hemorrágicas. Entendeu a família que os médicos estavam inseguros quanto ao

tratamento, o que não se observou da leitura do prontuário médico, quando os peritos constataram procedimento terapêutico correto e adequado ao caso. Muito provavelmente, uma atenção maior dada a esses familiares poderia ter dissipado tais dúvidas e os preparado melhor para a evolução clínica de um quadro tão grave, o que, possivelmente, quem sabe, não os tivesse direcionado para a instalação de um processo ético-profissional

Quanto ao caso nº 6 (seis), reclamaram os familiares que, no decorrer de uma grave crise de asma, o paciente não recebera oxigênio. Medidas de tratamento, mormente aquelas levadas a efeito em atendimento emergencial, necessitam ser explicitadas, o que, muitas vezes, não irá demandar um grande espaço de tempo, como no caso em apreço, em que bastaria informar ao familiar que o oxigênio já estava sendo ministrado, com a medicação pertinente, no procedimento de nebulização, não necessitando de ser também administrado, concomitantemente, por cateter nasal. É de se notar, nesse caso, que houve abuso de medicação por parte do paciente, em sua residência, o que motivou a parada cardíaca que levou o paciente ao óbito. Muito provavelmente, a consciência da automedicação, por parte do paciente, impulsionou a queixa familiar, o que deve sempre servir de alerta ao médico, para que tente conscientizar a família quanto ao enorme perigo do ato de automedicar-se, o que poderá, ao colocá-la face a face com o ato abusivo, vir a inibir o desejo de projetar na conduta médica as conseqüências de sua conduta imprópria.

Todos esses três últimos casos vêm demonstrar a necessidade da vigilância constante por parte dos médicos, no que se refere às reações do paciente e da família aos atos terapêuticos e às questões por eles apresentadas. Esclarecimentos fornecidos na hora e da forma correta podem, muito provavelmente, prevenir queixas, denúncias e instaurações de processos ético-profissionais, evitando longos

períodos de tempo de angústia e expectativas (10, 7, 8 anos, respectivamente), até o veredicto de inocente.

Finalmente, o caso de nº 2 (dois), em que cirurgia oftalmológica, realizada com técnica correta, resultou em dano grave à córnea do paciente, o que demandou posterior transplante do órgão. Observou-se que o paciente, referindo que o curativo muito o incomodava, o retirou por conta própria, ficando sem proteção, o que ocasionou o grave dano à córnea. Temos nesse caso um fator importantíssimo a influenciar sobremaneira a evolução e o final esperado de uma intervenção cirúrgica – o comportamento do paciente. Quando este é parte importante da cura, o dever de informar do médico se agiganta, exigindo cuidadosa atenção às suas palavras e ao correto entendimento por parte do paciente, que dificilmente imagina o desconforto que irá vivenciar no pós-operatório. Por vezes o assentir da cabeça, dando conta do pleno entendimento para o que lhe está sendo dito, não expressa a profundidade requerida para a compreensão da gravidade do problema que lhe está sendo apresentado, o que certamente irá propiciar atitudes de desleixo, contribuindo para complicações gravíssimas, como no caso ora em apreço. Dessa forma, faz-se necessário vigilância e cuidados redobrados, por parte do médico, quando o paciente for seu parceiro nos cuidados pós-operatórios, evitando, assim, anos de sofrimento e de mácula em sua carreira, como aqui observou-se - cerca de 4 (quatro) anos, pois como ensina Canal (2000): *A conduta do paciente poderá – e geralmente é – mais decisiva que a própria conduta do médico na felicidade ou infelicidade de um tratamento.*(p. 69)

O dever de informar é pedra angular no relacionamento médico-paciente, causa de encontros e desencontros entre essas partes, na verdade, a peça que dará conforto e segurança ao paciente e, talvez, a única que poderá manter o médico à

distância dos Processos Ético-Profissionais e de uma carreira enodada pelas suspeitas.

10 Responsabilidade Médica: sua importância

O cenário em que o médico se move e exerce a sua atividade profissional é estruturado pelos políticos, geralmente sem que a categoria seja ouvida. Os serviços que geram a demanda de seu trabalho são prometidos pelos administradores públicos, invariavelmente sem a consulta àquele profissional que os vai atender. O médico funciona como o pára-choque das diferenças entre a demagogia e a realidade.

Raul Canal – O Exercício da Medicina e suas Implicações Legais (2000: 28)

Canal (2000) toca num ponto importantíssimo, com influência significativa sobre a prática médica e, conseqüentemente, no que se refere ao preparo do futuro médico para sua atuação profissional, o fato de que as políticas públicas, para a área da saúde, são decididas e implementadas à revelia das reais necessidades das populações-alvo, bem assim sem que as entidades médicas sejam chamadas a opinar, já que são os profissionais médicos aqueles mais aptos a apontar as formas corretas de atender a essas necessidades, pois trabalham diretamente com as referidas populações.

Os resultados podem ser observados em exemplos como o de aparelhos adquiridos e encaixotados, porque não existem instalações adequadas para eles, ou não há técnicos especializados para montá-los, ou mesmo para operá-los, ou não são necessários naquela determinada região. Quando passam por esses vários estágios e começam a funcionar, logo param por falta de manutenção adequada, seja por falta de peças, seja por ausência de assistência técnica humana.

Outras vezes, a verdadeira necessidade da região situa-se na implementação do saneamento básico, ou seja, a construção de rede de esgotos e fornecimento de água potável, todas condições *sine qua non* para uma política de saúde verdadeiramente efetiva.

Em outros momentos, o que impede a assistência médica necessária é a falta de medicamentos básicos e de materiais também básicos para um atendimento primário de saúde, isso quando não se tem hospitais plenamente construídos, acabados, por vezes totalmente equipados do ponto de vista material, e fechados, pois desprovidos de profissionais para o atendimento da população..

E, como bem menciona Canal (2000), o médico, como a face visível do sistema para o paciente, não somente porque é aquele que este procura ao ter a saúde comprometida, mas porque também o médico personifica o poder público na área da saúde, representa o anteparo para o qual se voltam as críticas e mesmo ameaças físicas.

Torna-se, portanto, imprescindível, na formação profissional do estudante de medicina, uma abordagem mais específica do comportamento do médico no exercício da profissão em nosso país, quando serão apresentadas e discutidas essas inúmeras dificuldades de todos os dias, mormente quando são os jovens formandos aqueles que entram em contato mais direto com a população mais carente, nos nossos hospitais, ambulatórios e postos de saúde.

O reconhecimento dessa realidade por parte de todos aqueles que lidam diuturnamente com a assistência médica em nosso país, em especial no que tange às condições gerais em que labuta o profissional médico, implica, certamente, em uma preocupação, a cada dia mais intensa, com o preparo do estudante de medicina, objetivando o enfrentamento de tais condições, para que, este, ao lado do respeito sempre presente no trato da relação médico-paciente, esteja igualmente cuidadoso com sua segurança, quanto às implicações legais implícitas nesse relacionamento.

Para tanto, forçoso é reconhecer que nossos currículos médicos ainda não preparam conveniente o futuro médico para os dilemas a que já nos referimos anteriormente, de maneira mesmo superficial, como o de decidir quem morre e quem se salva; o de prescrever medicamentos que desconfia não poderão ser adquiridos por falta de condições financeiras; o de enfrentar condições draconianas, impostas por seguradoras de saúde, quanto a reduzir pedidos de exames de alto custo econômico, a diminuir o tempo de internação, e mesmo atender grande número de pacientes em período de tempo reduzido, de resto, no último caso, como acontece igualmente nos centros de atendimento público de saúde. Não são preparados, os futuros doutores, para lidar com os aparelhos médicos essenciais para diagnóstico e tratamento, quebrados, e mesmo inutilizados, por ausência de manutenção; para a falta de material, o mais básico, para cirurgias de emergência e de rotina; para a invasão dos hospitais de grupos armados visando ao resgate ou execução de criminosos, já que estes não têm hospitais próprios para atendimento, dotados que devem ser, estes hospitais, de condições de segurança adequadas.

É todo um mundo radicalmente diferente daquele encontrado nas salas de aula, ou nas dependências dos hospitais universitários, ainda que estes estejam sofrendo, a cada dia mais, com a crescente incúria do poder público e já venham reproduzindo, em grande parte, as enormes deficiências a que nos vimos referindo.

E esse preparo deverá ser cuidadosamente realizado, de molde a não suscitar apenas sentimentos de indignação e atitudes de defesa, promovendo o afastamento, do estudante, daquela idéia de que irá enfrentar uma guerra, em que os pacientes são, ao mesmo tempo, vítimas e adversários. Os melhores resultados, certamente, serão observados, se iniciado o ensino da Responsabilidade Médica, de permeio às demais disciplinas do curso médico, desde o início do curso de

graduação. As condições em que trabalha, em nosso país, o profissional médico, deverão ser discutidas, ilustradas e cotejadas com as melhores condutas nas diferentes situações. E, como ponto mais eminente dessas discussões, deverá estar situado o paciente, apresentado como o objetivo primeiro da Medicina, pois que esta somente existe porque existe o ser humano. Deverá ser ensejado ao aluno refletir sobre valores, sobre princípios, sobre direitos e deveres, dele com o paciente e dele consigo próprio, não perdendo de vista a realidade social e econômica de nosso país, realidade essa que, como já mencionamos, irá condicionar sobremaneira a prática médica desse futuro profissional. Tal reflexão irá desenvolver-lhe a noção de que ele, como futuro médico, será detentor de conhecimentos, dos quais deverá se utilizar com simplicidade e segurança, sem ranço de vaidade imerecida, pois, como define muito bem Comes (1996):

... o médico utiliza um acervo de conhecimentos que constitui patrimônio cultural da humanidade, não pertence a ele como agente do saber acumulado, a ele pertence a perícia, a maior ou menor habilidade (arte) na execução das técnicas e conhecimentos adquiridos.(p.2)

Além do estabelecimento dos princípios éticos e morais na formação profissional do aluno do curso de graduação em Medicina, que vimos discutindo até então, impende ressaltar a importância do conhecimento de assunto afeito aos campos do Direito e da Medicina, de interesse vital para o exercício médico e do qual já nos ocupamos em tópico próprio – a Responsabilidade Médica.

Os diferentes preceitos éticos e legais, que compõem a Responsabilidade Médica, serão sempre apresentados no bojo da realidade do dia a dia, exigindo, portanto, uma atualização contínua do ensino e um contato prático constante com os locais de prática médica. Dessa forma, veremos o estudante, ao iniciar seu curso

médico, relacionar-se primeiro e diretamente com o paciente, isto é, com a vida, e não mais, como é de praxe, com o cadáver, isto é, com a morte!

Ao se tornar consciente de que os atos, praticados no exercício da Medicina, implicam em diagnosticar e tratar seres humanos, atos esses que poderão resultar em danos a essas pessoas, e que danos devem ser reparados, já que exsurge, nessa circunstância, a Responsabilidade Médica, o aluno começa a entender melhor a importância da atividade que irá exercer, tanto pelo lado do cuidado e da diligência com que deverá premiar seus atos, como igualmente perceberá a necessidade de estar a par das implicações jurídicas do seu proceder.

A Responsabilidade Médica deve pontuar todas as áreas do conhecimento médico a serem ministradas durante o curso médico de graduação, acompanhando as noções técnicas e morais pertencentes a cada uma dessas áreas, especialmente entendendo que a Medicina não é ciência de exatidão, de estatística ou de generalização, que ela é realmente uma profissão moral, cujo objeto é uma pessoa e, mais ainda, que ela é uma obrigação de meios e não de resultados, ou seja, não tem o médico a obrigação da cura, embora sempre perseguindo-a desesperadamente, mas sim de envidar todos os esforços, aí incluídos a melhor técnica e a maior diligência possível, para alcançar os objetivos desejados em cada caso que se lhe apresente.

O ensino dessa matéria, incluída, insistimos, no corpo de cada disciplina ensinada no curso médico, irá relacionar os procedimentos médicos, com os possíveis ou prováveis danos por eles ocasionados, bem assim com o comportamento ético-profissional a ser levado a cabo pelo médico, expresso pelo cuidado e respeito ao ser humano, objeto daquela determinada medida terapêutica. Não deverá ser olvidado o esclarecimento quanto à natureza jurídica do trabalho que

está sendo desenvolvido pelo médico e a que tipo de questionamento jurídico poderá ser submetido, em caso de insatisfação pelo paciente quanto ao resultado obtido.

E é nesse momento que, em cumprimento ao dever de informar, o dever maior do médico no trato da relação médico-paciente, será o estudante apresentado àquele documento, cada vez mais entendido como a peça-chave na comprovação efetiva desse dever: o Termo de Consentimento Informado. Lembra Couto Filho (2007), em artigo publicado recentemente no Jornal do Brasil, que, alicerçado principalmente no Código de Proteção do Consumidor, além de no próprio Código de Ética Médica, impõe-se a prova de que o médico efetivamente atendeu às necessárias informações, ao paciente, no que tange às possíveis complicações advindas do ato médico a ser praticado. Em suas palavras:

Em determinadas ações judiciais indenizatórias, por exemplo, mesmo quando se chega, no final do processo, à conclusão de ausência de imprudência e imperícia do doutor, ainda assim, segundo o pensamento de vários juízes, poderá haver uma condenação sob a égide de que **não há prova** de que o paciente fora devidamente informado sobre a possibilidade de ocorrência da complicação.(p.A10) (grifo nosso)

Trata-se de um documento que, mesmo não seja previsto em lei e ainda não represente uma prática generalizada, vem sendo entendido, de forma crescente, como uma indicação de que o médico cumpriu corretamente com seu dever de informar, caso atenda, tal documento, ao princípio basilar da boa-fé, envolvendo o consentimento livre, anterior ao ato médico e prestado pelo próprio paciente, pessoa capaz de direito e de fato, ou por seu representante legal. Seu valor, como ensina Giostri (2001), embora venha a corroborar o efetivo atendimento a esse dever, é limitado a nada mais:

que uma peça de evidência, que pode ser derrubada por outra evidência, como o uso de má-fé, ou de malícia, por parte da pessoa que obteve o consentimento ou, ainda, de inabilidade por parte do paciente em comunicar-se na língua em que o consentimento foi escrito.(p.84)

Também na realização de pesquisa na área médica, se faz presente tal consentimento, que Estigara (2006) chama de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim definido:

decisão voluntária, realizada por pessoa autônoma e capaz, após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas conseqüências e dos seus riscos.

Claro está que importam em situações diferentes, a pesquisa e o tratamento médico, mormente quando este implicar em medidas emergenciais, em que a vida do paciente estará dependente de decisões extremamente rápidas, contudo o dever de informar estará sempre presente, mesmo quando prestado no decorrer do ato médico, e, na medida do possível, documentado, para a segurança do profissional e, igualmente do paciente, que assim poderá cobrar seu descumprimento.

E o docente-médico possui uma influência significativa na formação do aluno de medicina, posto que se trata de uma relação didático-pedagógica, em que este aprende fazendo, o que vale dizer que é o reconhecimento da capacidade do mestre e a qualidade da interação entre ambos, que irão determinar a qualidade do aprendizado, porque o docente ensina com o exemplo, seja da técnica que emprega, seja de seu comportamento pessoal no trato com o aluno e, sobretudo, no trato com o paciente. Como observa Sá Júnior (2002):

A conduta do professor tende a exercer influência preponderante no processo e no resultado de qualquer procedimento pedagógico, e isso parece ser mais evidente no ensino médico que em outra atividade pedagógica. (...) Na Medicina, o estudante necessita aprender a fazer, fazendo, o que torna seu ensino qualitativamente diverso daquele em que o aluno aprende ouvindo e lendo. (p.53)

O professor de Medicina, no exercício do ensinar, atende a princípios éticos e morais com alto nível de exigência, pois está sendo observado e copiado pelo aluno, que nele deposita sua confiança frente a situações que envolvem, em grau acentuado, o sofrimento humano, observando-se, assim, duas situações de vulnerabilidade: a do paciente que sofre e a do aluno que aprende a minorar esse sofrimento.

Quão difícil é a manutenção desses princípios éticos e morais face às situações vergonhosas de atendimento médico em nosso país e, ao mesmo tempo, quão necessários e imprescindíveis são eles para a realização desse mesmo atendimento! Que enorme esforço é exigido desse profissional no transmitir a melhor conduta ao aluno para aquele dado caso, imerso este caso naquelas dadas condições! Quão importante, e mesmo fundamental, levar esse aluno a entender e a confiar, que apenas se valendo de atitudes éticas positivas, sem se deixar levar pelo momento egoísta, hedonista e imediatista que caracteriza nossa época neoliberal, estará apto a atravessar tempos tão tormentosos, em que, lembra Sá Júnior (2002): “A ética de quem passa fome é diferente da ética de quem vive na fartura; a ética do homem livre é diferente da ética do escravo; a do patrão, diferente da do empregado.” (p. 65)

Nessa época de tantas éticas, cada uma egocentricamente atendente às suas próprias mazelas, que desconhecem as necessidades que não componham o acervo dos seus interesses pessoais, é o compromisso do médico-professor com a humanidade, com o seu paciente e com o seu aluno, protegendo acirradamente a relação médico-paciente e a relação professor-aluno, abstendo-se de condutas mercantilistas na primeira e puramente tecnicistas na segunda, que irá atender ao

que dele se espera no seu exercício pedagógico, "...já que independentemente de seus desejos ou de seus temores, serve de modelo para o aluno no que respeita à elaboração e ao emprego dos valores e, portanto, à construção de suas atitudes morais." (p.62)

Gostaríamos de acrescentar que, embora a parte mais importante do ensino da Responsabilidade Médica repouse no exemplo apresentado pelos docentes-médicos, na sua faina diária do ensinar, o ensino formal se irá fazer igualmente necessário, concretizando-se por meio de palestras, mesas-redondas, conferências, em que se contará com a presença de magistrados, membros do Ministério Público, representantes dos Conselhos de Medicina e da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como de filósofos, sociólogos e demais profissionais relacionados aos estudos éticos. Muito importante a participação ativa dos alunos por meio da apresentação de trabalhos sobre o assunto, apresentação de seminários e realização de debates, durante todo o curso de graduação, aproveitando-se o ensino das diversas disciplinas do curso, que deverão exibir a preocupação pelo enfoque da Responsabilidade Médica.

E, embora não seja o escopo de nosso trabalho a discussão sobre a criação e implementação das políticas públicas na área em questão, não podemos olvidar o papel importantíssimo, e mesmo decisivo, que ocupam tais políticas na organização do currículo médico. Mais ainda, ressalta-se a figura dos gestores de tais políticas, sejam governamentais, acadêmicas, técnicas ou administrativas, como aqueles a quem se incumbe a criação de projetos difusores de justiça social, em que, na melhor linha de Jonas: "a dimensão da ética seja incorporada ao lado dos saberes técnicos ou legais para o favorecimento de todos." (KULAVA, 58, 2006)

Trata-se, portanto, a Responsabilidade Médica de matéria interdisciplinar, amoldada a todas as áreas da ciência médica, caminho a determinar os passos do médico, durante todo o seu exercício profissional, pois será ela o fator principal de proteção do seu trabalho, fonte de segurança de ambas as partes nessa relação, o paciente e o médico.

10 CONCLUSÕES E PROPOSIÇÕES

O homem precisa educar-se, formar a inteligência, para poder usar eficazmente as novas liberdades. A inteligência, no sentido em que falamos, não é algo de nativo, mas algo de cultivado, de educado, de formado, de novos hábitos que a custo se adquirem e se aprendem. Anísio Teixeira – Fundamentos Democráticos da Educação (2004:27)

10.1 - Conclusões

O objetivo do trabalho é o de sublinhar o reclamado apelo social à Responsabilidade e à Ética médicas, a suscitar imperiosa demanda da educação médica na reordenação curricular em seu curso de formação. Quanto ao seu objeto, visamos demonstrar a natureza da Responsabilidade Médica como um ato pedagógico transversal na formação e no exercício da profissão médica.

Realizado apenas à guisa de ilustração da imperiosa necessidade da atenção à matéria da Responsabilidade Médica, na formação do médico, procedemos a um levantamento dos processos ético-profissionais julgados pelo Conselho Estadual de Medicina de nosso Estado, durante o ano de 2005, em que pudemos observar os verdadeiros desencontros na relação médico-paciente que permeia a prática médica em nosso meio e onde apontamos, de forma breve, as suas prováveis causas.

O que nosso trabalho revela é que:

1- A Responsabilidade Médica é matéria indispensável na formação do profissional médico, provendo-o dos conhecimentos éticos e jurídicos, fundamentais à prática médica dos nossos tempos, época em que os avanços técnico-científicos trazem à tona situações completamente originais, com implicações ético-morais até então inimagináveis, bem como promovem um distanciamento progressivamente maior entre as partes integrantes da sagrada relação médico-paciente.

2- O ensinar-aprender-fazendo da Responsabilidade Médica, centrada na presença do docente-médico, ao lado do aluno, nas atividades da prática médica,

permite ao futuro médico compreender que a verdadeira Medicina se realiza no paciente em sua inteireza, respeitando-se seus sofreres, seus desejos, seus sentimentos e que se utiliza da melhor técnica em honra do melhor resultado, contudo, sem olvidar que o fundamental é o ser humano, para quem e com quem se trabalha.

3- É função precípua das autoridades gestoras das políticas públicas na área da Educação Médica, governamentais, acadêmicas, técnicas e administrativas, uma postura responsável na elaboração e aplicação de tais políticas. Estas necessitam ser projetos difusores de justiça social, que entendam a ética como posicionada passo a passo com o conhecimento técnico e legal, ética essa em cujo centro colocada está a Responsabilidade, que, por sua vez, entendida como o princípio orientador de tais políticas, irá permitir a construção da sociedade que todos queremos e precisamos.

10.2 – Proposições

1 – É no período de formação profissional do médico, que localizamos o momento de conscientização do aluno para essa nova visão de uma Medicina exercida com Responsabilidade, em que ambas as partes da relação médico-paciente adquirem direitos, mas também contraem deveres.

2 – Responsabilidade Médica é matéria que deve permear todas as áreas do conhecimento médico a ser ministrado durante o curso médico de graduação, acompanhando as noções técnicas pertencentes a cada uma dessas áreas.

3 – Evidencia-se nesse mister a figura do docente-médico, que com seu exemplo, na realização do ato médico, irá semeando no aluno a postura ética e responsável que deve apresentar o profissional.

4 – É, portanto, no ensinar-aprender-fazendo, que as noções da Responsabilidade Médica serão apresentadas ao aluno, que estará vivenciando, na prática, as enormes dificuldades que enfrentam os médicos na sua lide diária, ao mesmo tempo em que aprende, de forma ética e responsável, como as irá enfrentar e resolver.

5 – O conhecimento jurídico, que será necessariamente apresentado, intimamente relacionado a essa forma de ensinar-aprender-fazendo, irá capacitar, o futuro médico, a não só adquirir a consciência de que será o responsável pelas suas ações, bem assim de como poderá evitar situações que o levem a figurar como parte em processos judiciais e ético-profissionais.

6- As autoridades gestoras das políticas públicas, na área da Educação Médica, deverão criar e implementar projetos conjuntos, visando a inclusão da Responsabilidade Médica no currículo de graduação médica, atendendo às

particularidades do ensino médico, no que tange a interdisciplinaridade e às especificidades da prática médica.

Acreditamos, firmemente, que a solução para essa crise ético-moral, que nos oprime e preocupa nesse milênio que se inicia, com reflexos evidentes na sagrada relação médico-paciente, repousa, no que concerne à prática médica, em uma atenção direcionada dos responsáveis pelo ensino da Medicina à formação profissional do médico, formação esta voltada para uma conduta ética, humana, consciente e responsável, que utiliza a ciência e a técnica, não apesar do ser humano, mas com e para ele.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente**. Cap. 2, Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 1999. Disponível em <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br>. Acesso em: 11 de maio de 2006.

ARENDT, Hannah. **Entre o Passado e o Futuro**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **A Condição Humana**. 10. ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

ÁVILA, Roberto Luiz d'. É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular? *In: Bioética: Ética e Ensino Médico*. Brasília: CFM, 2002.

BEAUCHAMP, Tom L. & CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 5. ed. New York: Oxford University Press Inc., 2001.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar. Ética do humano – compaixão pela Terra**. 12. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BORGES, Waleska. Médicos no Limite do Estresse. Cidade. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 11 ago. 2005. Disponível em: <http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/cidade/2005/11/08/jorcid20051108003a.html>. Acesso em 10/11/2005.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude ; PASSERON, Jean-Claude. **Ofício de Sociólogo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOUZON, Emanuel. **O Código de Hammurabi**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

BOYACIYAN, Krikor & Vasquez, Mônica Lopes. Regulamentação Civil da autonomia do paciente. **Jornal da AMB/CFM**, Brasília: CFM, n. 1349, ano 48, julho/2007

BRITTO, Luiz Percival Leme. **Contra o Consenso: Cultura Escrita, Educação e Participação**. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

CÂMARA, Alexandre Freitas. **Lições de Direito Processual Civil**. v.1. 5. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2001.

CANAL, Raul. **O Exercício da Medicina e suas Implicações Legais**. Brasília: Bárbara Bela, 2000.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. S. Paulo: Editora Cultrix, 1996.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

COMES, Júlio César Meirelles. O Atual Ensino da Ética para os Profissionais de Saúde e seus Reflexos no Cotidiano do Povo Brasileiro. **Bioética**. v. 4, n. 1. Brasília: CFM, 1996.

CORAGGIO, José Luis. **Desenvolvimento Humano e Educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira. A Transparência Ética. Opinião. **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 28 abril. 2007.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Curso de Direito Romano**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

DOMINATO, Luciana Alves. Responsabilidade Civil Médica na Reprodução Humana Assistida à Luz da Bioética. *In*: TUBENCHLAK, James (Coord.). **Doutrina**. Niterói: Instituto de Direito, 2001.

ESTIGARA, Adriana. Consentimento livre e esclarecido na pesquisa envolvendo seres humanos. A distância entre o “dever ser” e o “ser”. **Jus Navigandi**. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8803>. Acesso em 19/08/2006.

FERREIRA, Lydia Masako. **Manual de Cirurgia Plástica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

FRAGA, Clementino. **Sciencia e arte em medicina**. Rio de Janeiro: Vecchi, 1938.

FRANÇA, Genival Veloso de; FRANÇA FILHO, Genival Veloso de; LANA, Roberto Lauro. **Comentários ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil**. 2. ed. Paraíba: Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, 2001.

FREIRE, Paulo (a). **Pedagogia da Autonomia**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____ (b) **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. 3. ed. São Paulo: Centauro Editora, 2006

_____ **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

GAUDERER, Ernst Christian. **Os Direitos do Paciente**, 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Responsabilidade Médica: As obrigações de meio e de resultado: avaliação, uso e adequação**. Pensamento Jurídico – v. 5. Curitiba: Juruá, 2001.

_____ **Erro Médico à Luz da Jurisprudência Comentada**. Curitiba: Juruá, 2002.

GIROUX, Henry A. **Atos Impuros: A prática política dos estudos culturais**. São Paulo: ARTMED Editora S.A., 2003

GOMBRICH, E.H. **Arte e Ilusão**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

GOMES, Luiz Roldão de Freitas. **Elementos de Responsabilidade Civil**. São Paulo: Renovar, 2000.

GORDON, Richard. **A Assustadora História da Medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações S/A, 2002.

GOUVEIA, Lene Revoredo. **Responsabilidade Civil Médica: Cirurgia Plástica Estética**. Monografia de Graduação em Direito, Faculdade Brasileira de Ciências Jurídicas (SUESC), Rio de Janeiro, 2003

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **Estética: Idéia e Ideal**. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

JAPIASSU, Hilton. **A Revolução Científica Moderna**. 2. ed. São Paulo: Letras & Letras, 2001.

_____ **Ciência e Destino Humano**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

JEUDY, Henri-Pierre, **O Corpo como Objeto de Arte**. São Paulo: Estação Liberdade, 2002.

JONAS, Hans. **O Princípio Vida**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____ **El Principio de Responsabilidad: Ensayo de una ética pura para la civilización tecnológica**. 2. ed. Barcelona: Herder, 2004.

_____ **Técnica, medicina y ética**. Barcelona: Paidós Básica, 1997.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 4. ed. São Paulo: RT, 2001.

KULAVA, Evaldo Antonio. A Responsabilidade como Princípio Ético em H. Jonas e E. Levinas: uma aproximação. In: SOUZA, Ricardo Timm de e OLIVEIRA, Nythamar de (Orgs.) **Veritas**. V.51 n.2 Porto Alegre: EDIPUCRS, Jun. 2006

LAVORATTI, Liliana. Sem Terra, mas com editora de livros. **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 21 maio 2007. País, p.A6.

MARQUES, Roni. Os riscos da medicina sem a ciência médica. *In: Bioética*. V.11, nº 2. Brasília: CFM, 2003.

MEKSENAS, Paulo. **Cidadania, Poder e Comunicação**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. v.1. São Paulo: Atlas S/A, 1999.

MORAES, Irary Novah. **Erro Médico**. 4. ed. São Paulo: Lejus, 1998.

NADER, Paulo. **Introdução ao Estudo do Direito**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

O'SULLIVAN, Edmund. **Aprendizagem Transformadora: Uma visão educacional para o século XXI**. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil: Teoria Geral da Obrigações**. v.2. 21. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

_____ **Instituições de Direito Civil: Contratos**. V. 3. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

PEREIRA FILHO, Antonio. Autonomia do Médico nas Instituições. *In: Bioética: Os Limites da Autonomia do Paciente*. V.6, n. 1. Brasília: CFM, 1998.

PLATÃO. **Fédon**. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SÁ, Elida. **Biodireito**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1999.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. Ética do Professor de Medicina. *In: Bioética: Ética e Ensino Médico*. V. 10, n.1. Brasília: CFM, 2002.

SANTO AGOSTINHO. **Confissões**. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

SANTOS, Alexandre Martins dos. **Responsabilidade Penal Médica**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2003.

SAUWEN, Regina Fiúza e HRYNIEWICZ, Severo. **O Direito “in vitro”: Da Bioética ao Biodireito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2000.

SCHAEFER, Fernanda. **Responsabilidade Civil do Médico & Erro de Diagnóstico**. Curitiba: Juruá, 2002.

SCHRAMM, Fermin Roland. A Autonomia Difícil. **Bioética**. Vol. 6, n. 1. Brasília: CFM, 1998.

SEGRE, Marco. Ensino da Bioética *lato sensu*. In: **Bioética**. Vol. 11, n. 2. Brasília: CFM, 2003.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 18. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

SIQUEIRA, José Eduardo. **Ética e Tecnociência: Uma Abordagem segundo o Princípio da Responsabilidade de Hans Jonas**. Londrina: UEL, 1998.

_____ O ensino da Bioética no curso médico. In: **Bioética**. v.11, n. 2. Brasília, 2003.

SOUZA, Neri Tadeu Câmara. **Responsabilidade Civil e Penal do Médico**. São Paulo: LZN Editora, 2003.

TEIXEIRA, Anísio. **Fundamentos Democráticos da Educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de Direito Processual Civil**. v.1. 34. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

WILDE, Oscar. **O Retrato de Dorian Gray**. Obra Completa. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguillar S/A, 1995.

ZITKOSKI, Jaime José. **Paulo Freire e a Educação**. São Paulo: Editora Autêntica, 2006.

