

PAULO FRAGA DA SILVA
ROGER FERNANDES CAMPATO
JOÃO ADALBERTO CAMPATO JR.
(ORG.)

CIÊNCIAS E VALORES HUMANOS: O TECER DA BIOÉTICA

COLEÇÃO
PRODUÇÃO
ACADÊMICA



editorahn

PAULO FRAGA DA SILVA
ROGER FERNANDES CAMPATO
JOÃO ADALBERTO CAMPATO JR. (ORG.).

CIÊNCIAS E
VALORES HUMANOS:
O TECER DA BIOÉTICA

PAULO FRAGA DA SILVA
ROGER FERNANDES CAMPATO
JOÃO ADALBERTO CAMPATO JR. (ORG.).

CIÊNCIAS E
VALORES HUMANOS:
O TECER DA BIOÉTICA

Copyright – 2024 – João Adalberto Campato Jr.;
Roger Fernandes Campato; Paulo Fraga da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

C186c

Campato Jr., João Adalberto
Ciência e Valores Humanos: O Tecer da Bioética / João Adalberto
Campato Jr. São José do Rio Preto, SP: Editora HN, 2024.

Vários autores.
306p. (Coleção Produção Acadêmica)

ISBN: 978-65-86731-31-6

1. Bioética. 2. Ciência. 3. Direitos Humanos. I. Campato Jr., João Adalberto. II. Campato, Roger Fernandes. III. Silva, Paulo Fraga. IV. Título.

CDD 174.957

Índices para catálogo sistemático:

1. Bioética - 174

Esta obra foi editada pelo selo HN Editora, uma empresa do Grupo HN.

Coordenação Editorial
João Paulo Vani MTB 60.596/SP

Grupo HN
Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, 5000, sala 512
Iguatemi Business - CEP 15093-340 - São José do Rio Preto – SP
contato@grupohn.com.br

Visite nosso site:
www.grupohn.com.br

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta edição pode ser utilizada ou reproduzida em qualquer meio ou forma, seja mecânico ou eletrônico, fotocópia, gravação, entre outros, nem apropriada ou estocada em sistema de banco de dados, sem a expressa autorização do autor.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO 1: Possíveis Aportes dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia à Fundamentação Teórica da Bioética: Um Ensaio <i>Cláudio Lorenzo</i>	17
CAPÍTULO 2: Autonomia e Paternalismo em Saúde: Uma Perspectiva a Partir da Bioética Principlialista <i>Marta Dias Barcelos</i>	39
CAPÍTULO 3: Towards New Human Rights For Dealing With The Challenges Of Neurotechnologies <i>Roberto Andorno</i>	65
CAPÍTULO 4: Cuidado Empático Como Comando de uma Nova Bioética Clínica <i>Aline Albuquerque</i>	79

CAPÍTULO 5: A Dimensão Ética na Personalidade: Relações Entre o Cognitivo, o Afetivo e o Conativo	105
<i>Patricia Unger Raphael Bataglia</i>	
CAPÍTULO 6: Educação e Bioética: Em Busca da Autonomia Moral e da Responsabilidade	121
<i>Mirelle Finkler</i>	
CAPÍTULO 7: Estudos Sobre a Competência do Juízo Moral na Formação em Medicina no Brasil – Algumas Reflexões	143
<i>Beatriz Marcomini Arantes</i>	
<i>Leda Maria Borba Torchetto Lopes</i>	
<i>Úrsula Bueno do Prado Guirro</i>	
<i>Patrícia Ungler Raphael Bataglia</i>	
CAPÍTULO 8: A Natureza Sob Responsabilidade Humana	159
<i>Jelson R. de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 9: Impactos Ambientais e Éticos na Era da Pós-Verdade: Considerações Preliminares	183
<i>João Adalberto Campato Jr</i>	
<i>Roger Fernandes Campato</i>	
<i>Paulo Fraga da Silva</i>	

CAPÍTULO 10: Perspectivas Luso-Brasileiras Sobre os Impactos da Telemedicina na Proteção de Dados Pessoais	207
<i>Carla Barbosa</i>	
<i>Stéfani Reimann Patz</i>	
CAPÍTULO 11: Ética e Bioética no Cotidiano: Para Compreender Mais Sobre um Encontro Entre as Celebridades Atuais como Inteligência Artificial, <i>Compliance</i> e Cultura Corporativa	259
<i>Keine Alves</i>	
SOBRE OS AUTORES	297

APRESENTAÇÃO

Os artigos que se encontram reunidos neste volume foram apresentados durante o VIII Encontro e III Simpósio Internacional de Bioética da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), evento realizado em setembro de 2022, sob a organização do Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética (GPEB/UPM/CNPq).

Na seleção dos textos que o compõem, fomos – nós e os pareceristas *ad hoc* – movidos mais uma vez pela preocupação premente com a necessidade de sublinhar a natureza interdisciplinar da Bioética. Como ressaltado em publicação anterior de nosso grupo, concebemos a ideia de interdisciplinaridade não como uma decisão metodológica, dentre outras possíveis, tomada, conforme preferências subjetivas, pelo pesquisador. A despeito de imprescindível, a motivação pessoal, ainda que baseada no compromisso inadiável com a superação das barreiras estabelecidas pelo conhecimento compartimentalizado, nem sempre mostra-se suficiente para abordar por completo as profundas dimensões constitutivas do objeto de estudo. No âmbito da Bioética, o diálogo entre diferentes áreas de conhecimento não é uma simples alternativa, mas antes uma exigência que surge sem mediações das questões persistentes e emergentes que definem seu escopo.

De um ponto de vista histórico, o desenvolvimento da Bioética esteve de início atrelado quase que exclusivamente às ciências médicas. Esta situação deveu-se ao fato de que os processos e resultados decorrentes dos avanços biotecnológicos fizeram-se presentes de imediato no campo da saúde, trazendo consigo novos dilemas

morais, tratados ainda sob a ótica circunscrita do exercício da ética profissional.

Assim delineado, este contexto asfixiou de certa forma a recepção do livro de Van Rensselaer Potter, publicado em 1971, *Bioética: ponte para o futuro*, cuja intenção consistia justamente no estabelecimento de um elo que efetivasse a reaproximação entre as hard sciences e as ciências humanas, permitindo a retomada de um diálogo que restituísse ao prefixo “bios” sua plena integralidade, que o vincula originalmente não somente à vida humana, mas a todos os sistemas vivos.

É justamente esta perspectiva socioecológica que constitui o mote Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUB-DH), que veio a público em 2005. Com ela, sacramentou-se definitivamente a natureza interdisciplinar do temário bioético.

10

Com efeito, o inflexível compromisso com a vida, no sentido mais amplo do termo, constitui o propósito que impulsiona a Bioética. Sem negar sua obviedade, esta formulação busca assinalar a magnitude daquilo com que estamos lidando: algo que se recusa a ser posse de qualquer disciplina específica ou a ser uma preocupação exclusiva de acadêmicos dos mais variados matizes. Além disso, procura enfatizar que estamos imersos, desde sempre, em um domínio cujas raízes antecedem não apenas à própria cunhagem do termo ‘Bioética’ - primeiramente utilizado na década de 1920 pelo teólogo alemão Fritz Jahr, apoiado em uma perspectiva ambiental e antropológica que visava fundamentar um conhecimento voltado para a proteção de todos os seres vivos contra danos ou ameaças injustificadas -, mas também à sua posterior reintrodução por Potter.

O reconhecimento de que a Bioética, como um campo interdisciplinar do conhecimento, aborda questões que, estritamente falando,

a precedem em nada diminui sua relevância e originalidade, especialmente porque nossa era é caracterizada pelo desacoplamento entre a imediatez do existir cotidiano - impulsionada pela satisfação insaciável de necessidades que se multiplicam em um fluxo incessante, condicionado pelo avanço constante das tecnociências - e a durabilidade da vida. Em resumo, diante da subjugação da vida ao viver, a Bioética emerge como uma ciência que pleiteia a reconciliação entre as dimensões temporais da existência, a reunificação da ética e da técnica em torno do propósito que guia a prática humana, ou seja, a harmonização entre interação social autêntica e uma relação consequente com o mundo natural. Este é o desafio que a contemporaneidade nos apresenta.

Cada um dos escritos aqui reunidos – que abordam tópicos como Bioética e Fundamentação Teórico-Filosófica; Educação e Formação em Bioética; Bioética Clínica, Direitos Humanos; Bioética e Ambiente; Bioética e Comunicação; Bioética e Ciências da Vida e da Saúde, entre outros – contribui para esse intento.

O primeiro capítulo, *Possíveis Aportes dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia à Fundamentação Teórica da Bioética: um Ensaio*, destaca o fato de a Bioética brasileira ainda enfrentar desafios de endogenia teórica. Neste sentido, o autor, Cláudio Lorenzo, aborda a necessidade de integrá-la à Sociologia para enriquecer a análise ética em questões de saúde, visando a uma abordagem mais crítica e reflexiva. Para tanto, traz ao debate as contribuições do pensamento de Bourdieu, principalmente em sua ênfase na dinâmica do campo científico, com o intuito de evidenciar como os “dominantes” buscam manter o monopólio da autoridade científica, o que impacta a formação da Bioética e sua interação com outras disciplinas, situação que resulta em limitados desenvolvimento e diálogo.

O segundo capítulo, *Autonomia e Paternalismo em Saúde: uma Perspectiva a partir da Bioética Principlialista*, de Marta Dias Barcelos, enfatiza o Principlialismo de Beauchamp e Childress como uma influente teoria bioética, fundamentada em quatro princípios: respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Ao longo de 40 anos, esta teoria enfrentou críticas, especialmente sobre a ênfase que atribui à autonomia. A metodologia do equilíbrio reflexivo, especificação e ponderação é o procedimento por ela utilizado para resolver conflitos éticos. O texto explora o papel do Principlialismo na abordagem do paternalismo médico, com realce para o respeito pela autonomia como aspecto central na relação médico-doente.

12

Intitulado *Towards New Human Rights for dealing with the Challenges of Neurotechnologies*, o terceiro capítulo, cuja autoria é de Roberto Andorno, discute a interação dual – passiva e ativa - das neurotecnologias com o cérebro humano. Embora ofereça potencial terapêutico, esta interação levanta preocupações de cunho ético. Andorno indica que, apesar dos benefícios médicos, tais inovações tecnológicas representam riscos à privacidade, em virtude de seu possível uso indevido tanto por indivíduos, empresas, empregadores e professores quanto por Estados com feições autoritárias. O texto apela a medidas para impedi-lo, sobretudo à medida que essas tecnologias se tornam cada vez mais prevalentes. O Relatório do International Bioethics Committee (IBC/Unesco), aprovado em 2021, representa uma contribuição muito valiosa e sólida para este debate, uma vez que pode ajudar a preparar o terreno para o desenvolvimento de um instrumento internacional para regulamentar a matéria, ao mesmo tempo em que incentiva os Estados a serem ativos neste domínio e a adotarem leis específicas para prevenir a utilização inapropriada de neurotecnologias.

O quarto, *Cuidado Empático como Comando de uma Nova Bioética Clínica*, abarca a evolução da Bioética desde os anos setenta, com destaque para as contribuições de Potter e de Hellegers. De acordo com a autora do capítulo, Aline Albuquerque, embora a Bioética tenha ampliado seu escopo para incluir perspectivas ambientais e sociais, as questões éticas nos cuidados em saúde persistem de modo predominante. A Bioética Clínica, baseada no Princípio do Bem, não conseguiu abordar práticas abusivas e a assimetria de poder. Assim, a autora propõe uma nova abordagem, a “Bioética dos Cuidados em Saúde”, baseada na empatia clínica e no “cuidado empático”. Este último busca redefinir a relação profissional-paciente, de modo a promover a centralidade do paciente e o efetivo respeito aos seus direitos humanos.

Já o capítulo seguinte, *A Dimensão Ética na Personalidade: Relações entre o Cognitivo, o Afetivo e o Conativo*, redigido por Patrícia Unger Raphael Bataglia, explora a busca humana pela assim denominada “vida boa”. Nele é enfatizada a necessidade simultânea de “ipseidade” e “alteridade” para alcançar uma existência dotada de sentido. Com efeito, destaca-se o aspecto conativo, fundado na filosofia de Spinoza, que explora a “conação” como o esforço para a autorrealização e integridade diante de conflitos que versam sobre a relação entre o eu e o outro.

No capítulo sexto, *Educação e Bioética: em Busca da Autonomia Moral e da Responsabilidade*, Mirelle Finkler analisa a interseção entre Educação e Bioética, enfocando a formação ética como central nesse diálogo. A autora propõe a distinção entre “formação ética” e “ensino de ética”, ressaltando a importância de os alunos descobrirem a experiência moral por si mesmos. À luz desta perspectiva, investiga-se a “dimensão ética da formação” na educação superior com ênfase na autonomia moral, diálogo e responsabilidade. Passo seguinte, a

Bioética da Responsabilidade é apresentada como uma abordagem que busca formar indivíduos capazes de tomar decisões autônomas e responsáveis, mediante a defesa de valores morais na busca de soluções prudentes, aptas a suscitar um diálogo deliberativo para resolver conflitos de valores em torno da relação entre direitos e deveres. Por fim, a deliberação moral é destacada como o método fundamental dessa abordagem bioética.

No sétimo capítulo, *Estudos sobre a Competência do Juízo Moral na Formação em Medicina no Brasil – algumas Reflexões*, Beatriz Marcomini Arantes, Leda Maria Borba Torchetto Lopes, Úrsula Bueno do Prado Guirro e Patrícia Ungler Raphael Bataglia levam a efeito uma discussão sobre Kohlberg, para quem a capacidade de tomar decisões éticas, no âmbito de seis estágios divididos em três níveis de desenvolvimento moral, sofre a decisiva influência de fatores sociais, educacionais e intelectuais. O texto aponta a existência de instrumentos utilizados para avaliar a competência moral. Tal formação é crucial para lidar com conflitos éticos, especialmente em profissões como a medicina. Neste sentido, estudos indicam a competência moral dos estudantes desta área pode regredir ao longo da formação, destacando a necessidade de abordagens educacionais mais eficazes para dirimir ou minimizar o problema.

O oitavo, *A Natureza sob Responsabilidade Humana*, de Jelson de Oliveira, apresenta a visão de dois pensadores, Van Rensselaer Potter e Hans Jonas, sobre a bioética e a responsabilidade ética diante do avanço tecnológico. Potter enfatiza a necessidade de uma nova sabedoria para guiar o uso dos recentes poderes tecnológicos. Hans Jonas, por sua vez, analisa a transformação do conhecimento em uma ferramenta utilitária, alertando para os perigos da tecnociência desvinculada de valores éticos. Ambos sublinham a urgência de

repensar a relação entre ciência, tecnologia e ética para garantir a sobrevivência e melhoria da qualidade de vida no planeta.

No nono capítulo, *Impactos Ambientais e Éticos na Era da Pós-Verdade: Considerações Preliminares*, abordamos a problemática da pós-verdade em um contexto ambiental no qual a aparência muitas vezes supera a verdade estabelecida. Destacamos a influência de informações distorcidas, fake news e apelos emocionais na formação da opinião pública. Buscamos demonstrar que a pós-verdade é explorada como um fenômeno ligado ao relativismo, perspectiva em que a verdade é subjetiva, dependente de contextos, valores e crenças. A relação entre pós-verdade e negacionismo é tratada especialmente em questões como vacinas e mudanças climáticas, revelando uma tensão entre conhecimento científico e crenças pessoais. O texto explora também o papel das redes sociais na disseminação da pós-verdade e a sua função ideológica na construção de narrativas que contradizem evidências objetivas.

Já o capítulo 10, *Perspectivas Luso-Brasileiras sobre os Impactos da Telemedicina na Proteção de Dados Pessoais*, de Carla Barbosa e Stéfani Reimann Patz, avalia os impactos e desafios da telemedicina na proteção de dados pessoais. A telemedicina traz inúmeros benefícios, como o acesso a profissionais especializados, a melhoria na coordenação dos atendimentos e a redução de distâncias e custos. No entanto, sua implementação requer atenção especial para garantir a privacidade e o sigilo das informações dos pacientes, devido à circulação e conexão ampliadas de dados pessoais relacionados à saúde, o que aumenta os riscos de vazamento. O desafio, portanto, está em encontrar um equilíbrio entre a utilização da Telemedicina e a proteção dos dados pessoais, especialmente informações sensíveis de saúde. Nesse contexto, o texto inicialmente o panorama histórico da telemedicina e telessaúde. Depois, a evolução de sua utilização e a

regulamentação na União Europeia, Portugal e Brasil. Por fim, analisa os impactos ético-jurídicos e desafios relacionados à proteção de dados dos pacientes.

No último capítulo, *Ética e Bioética no Cotidiano: para Compreender mais sobre um Encontro entre as Celebidades Atuais como Inteligência Artificial, Compliance e Cultura Corporativa*, Keine Alves explora, entre outros aspectos, a interseção entre ética, bioética, inteligência artificial, compliance e cultura corporativa. O autor, com larga experiência no mercado corporativo, destaca a importância da ética em um cenário em que decisões são influenciadas por algoritmos, situações econômicas e conflitos de interesse. Ele enfatiza que uma organização empresarial é uma cultura em que a Ética, especialmente a Bioética, desempenha um papel crucial. O compliance é apresentado como uma manifestação da ética em ação, guiando as organizações para um caminho alinhado com valores morais. O texto defende a necessidade de compreender e aplicar ética de maneira pragmática em um mundo em rápida evolução.

16

Gostaríamos de agradecer ao apoio financeiro do MackPesquisa, sem o qual esta publicação não teria sido possível. Da mesma forma, expressamos nossa gratidão aos membros do GPEB/UPM/CNPq, bem como a todos (as) os (as) autores(as) desta obra.

Esperamos que este livro cumpra satisfatoriamente seu papel na divulgação da Bioética.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Os Organizadores

CAPÍTULO 1

POSSÍVEIS APORTES DOS ESTUDOS SOCIAIS DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA À FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA BIOÉTICA: UM ENSAIO

CLÁUDIO LORENZO

Introdução

17

Há pouco mais de duas décadas, a Bioética brasileira vem fazendo esforços para o desenvolvimento de arcabouços teóricos e práticos capazes de abordar os conflitos éticos envolvendo ciência, saúde e ambiente, de forma mais adequada à nossa realidade. Entretanto, talvez como um artefato desses esforços, desenvolveu-se uma certa endogenia teórica, uma espécie de prática autorreferencial na produção do conhecimento da Bioética brasileira, que demonstra pouca permeabilidade a proposições externas e a outros campos do conhecimento que com ela partilha objetos de análise e investigação (Lorenzo, 2019; Lorenzo e Neves, 2023).

Na Bioética como um todo, as contribuições da Filosofia, talvez um dos campos mais atuantes em sua fundamentação, têm estado mais restritas à filosofia moral e, em particular, à nova concepção de “ética aplicada”, que tem sido apontada na litera-

tura como insuficiente para abordar a complexidade das práticas tecnocientíficas globais e a complexidade dos fatores que as influenciam (Hedgecoe, 2004; Jungues, 2005). Enquanto isso, campos fundamentais do conhecimento para entender processos de produção científica, seus limites, suas influências, perpetradas e sofridas, em relação ao contexto, tais como, Epistemologia, Antropologia da Saúde e os Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia (ESCT) têm participado muito pouco dos exercícios de fundamentação teórica da Bioética no Brasil. Existem, obviamente, alguns esforços nesse sentido, como os trabalhos de Nascimento (2011), que articulou os estudos sociológicos decoloniais à Bioética de Intervenção, ou os primeiros passos da Bioética Crítica, que tenho desenvolvido com o prof. Thiago Cunha da PUC-Paraná, integrando elementos da Teoria Crítica e de autores herdeiros dessa corrente com estudos decoloniais (Lorenzo, 2012; Cunha e Lorenzo, 2014; Sayago e Lorenzo, 2022).

Neste capítulo pretendo, então, discutir brevemente as articulações que vêm sendo construídas entre Bioética e Sociologia ao longo do tempo, para em seguida apresentar um breve panorama das principais correntes contemporâneas da Sociologia da Ciência e dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia e tentar demonstrar de que forma esses estudos poderiam contribuir em análises e pesquisas bioéticas, sobretudo na perspectiva de temas mais amplos, como questões sanitárias globais, produção e distribuição de novas tecnologias em saúde, destruição ambiental, para em seguida discutir, com base na Praxiologia sociológica de Bourdieu alguns aspectos internos e externos da institucionalização da Bioética no Brasil que podem ter contribuído para a endogenia da qual falamos.

A Bioética e a Sociologia

As primeiras aproximações da Sociologia com a Bioética foram no sentido de levantar algumas profundas críticas à sua fundamentação enquanto um programa disciplinar distinto. Essas críticas apontavam três problemas principais: a incapacidade dos modelos hegemônicos responderem à pluralidade moral das sociedades modernas e às diferenças culturais entre povos distintos envolvidos em práticas transnacionais de pesquisa e assistência no campo (Mulle, 1994); os limites intrínsecos da concepção teórica baseada na noção de “ética aplicada” cuja legitimidade das proposições normativas é em geral garantida por uma racionalidade interna aos próprios modelos minimizando aspectos externos como os efeitos dos contextos na geração dos conflitos (Hedgecoe, 2004); o reconhecimento da Bioética, enquanto nova disciplina foi obtido pela pertinência de suas reivindicações diante das condutas da tecnociência na atualidade muito mais que propriamente pela validade de seus enunciados cognitivos e pressupostos teóricos (Lopez, 2004).

Na última década, porém, vêm sendo crescentes na literatura internacional formas de uma aproximação mais cooperativa entre esses dois campos de saber. A maioria dessas propostas sugere o uso de metodologias das ciências sociais nos estudos bioéticos, o que, segundo seus defensores, permitiria produzir conhecimentos mais concretos sobre a diversidade das moralidades vigentes e dos contextos sociais em torno dos conflitos éticos na saúde. Essa corrente tem recebido a designação de Bioética Empírica. Uma revisão sistemática sobre Bioética Empírica demonstrou que em geral essas articulações se dão realmente no plano metodológico como uma diversidade tão grande de métodos que não permite definir uma tendência específica e tendo como objeto central o exame das

moralidades e tomadas de decisão em relação às práticas biomédicas no nível intersubjetivo do cuidado (Davies e Dunn, 2015). Outros autores têm se posicionado sobre a necessidade de uma maior fundamentação por perspectivas teóricas citando os estudos feministas (Morley et al, 2021), teoria crítica (Cunha e Lorenzo, 2014; Arnason, 2015), estudos da colonialidade (Nascimento, 2011), entre outros.

Desta forma, persistem ainda grandes lacunas em torno de uma fundamentação teórica para uma Bioética capaz de abordar temas mais amplos, tais como: disparidade de capacidade de pesquisa entre países; práticas científicas transnacionais; produção e acesso às tecnologias; cooperação internacional em saúde; limites dos enunciados científicos de fronteira, influência do mercado sobre os interesses científicos, etc. É nessa perspectiva que a Sociologia em Geral e os Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia, em específico, podem aprofundar e qualificar o campo da Bioética.

Pode-se dizer que uma Sociologia da Ciência, propriamente dita, tenha surgido em meados do século passado, nos trabalhos do estadunidense Robert Merton, que buscava construir um quadro teórico-conceitual capaz de distingui-la da sociologia geral do conhecimento desenvolvida algumas décadas antes pelo alemão Karl Mahein, e compreender sua função social e o *ethos* que orientava suas práticas, definindo quatro diretrizes institucionais para sua prática: universalismo (critérios universais para avaliação técnica e ética), ceticismo (partir para análise dos dados livre de ideias pré-concebidas), desinteresse (não estar movido por nenhum interesse externo que não o crescimento do conhecimento, e comunismo (o conhecimento é patrimônio de toda a humanidade e não propriedade privada). Esses princípios juntos deveriam constituir o principal alicerce desse *ethos* científico perseguido (Merton, 1979).

Nas duas décadas que se seguiram, essa proposição de Merton sofreu duras críticas sobre a impossibilidade de cumprimento das diretrizes e por estar muito distante das práticas reais da pesquisa científica. É justamente contra essa perspectiva funcionalista que as correntes construtivistas da sociologia vão se insurgir, com uma produção mais profícua no Reino Unido. Essas correntes opunham aspectos relativistas ao universalismo pretendido, compreendendo a ciência como um conjunto de práticas sistemáticas sempre contextuais e circunstanciais que produzem discursos socialmente legitimados sobre a realidade e que estão envolvidas em uma rede sociotécnica que envolve a política, as instâncias patrocinadoras, o funcionamento das instituições, etc. Para se diferenciarem da Sociologia da Ciência de concepção mertoniana, eles foram chamados de Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia.

21

O Programa Forte

O Programa Forte da Sociologia, elaborado pelos sociólogos britânicos Barry Barnes e David Bloor em torno dos anos 70 e 90 do século passado, se opõe frontalmente à ideia de ciência como uma instituição social praticamente isolada que atua de forma independente, pura e desinteressada. Além disso, eles pretendiam investigar, além das influências externas à produção do conhecimento, questões epistemológicas propriamente ditas, relacionadas à formação dos conteúdos cognitivos do conhecimento científico, seu alcance e seus limites, que até então eram objetos exclusivos da filosofia da ciência. A designação “forte” tem por base exatamente sua determinação em fazer o enfrentamento das questões epistêmico-cognitivas em torno das ciências (Barnes, 1974; Bloor, 1991).

O Programa Forte se interessa especialmente pelo estudo dos processos de formação das crenças científicas, crenças ditas institucionalizadas com poder e autoridade social e endossadas por uma comunidade de detentores de saber. Uma das primeiras conclusões de impacto do Programa Forte foi a demonstração de como a ciência foi recoberta por uma “aura do sagrado” como resultado a força social alcançada dada sua capacidade de oferecer os mais precisos enunciados sobre a natureza, sua origem e funcionamento. Essa aura confere à ciência uma capacidade em manter ao longo do tempo uma respeitabilidade crescente para suas práticas e seus resultados tecnológicos, em uma espécie de invulnerabilidade a ataques externos e à própria autoridade em definir tudo que é e não é ciência, influenciando campos outrora em oposição, como a própria religião.

22

Do ponto de vista metodológico, o modelo propõe 4 diretrizes para realização dos estudos: 1. Causalidade – identificação das causas que promovem as crenças científicas, enquanto estados de conhecimento; 2. Imparcialidade – investigar tanto as causas verdadeiras, quanto falsas, tanto os sucessos quanto os fracassos científicos, tanto processos racionais quanto irracionais na produção das crenças dos cientistas; 3 – Simetria – os mesmos tipos de causas devem poder explicar tanto crenças verdadeiras quanto falsas; 4. Reflexividade – os padrões utilizados para explicar o processo de formação de crenças científicas devem ser aplicáveis à própria sociologia.

Nos estudos bioéticos, o fato de podermos compreender melhor por meio desse método como se constroem as crenças científicas, as negociações que implicam suas construções, a transitoriedade de alguns enunciados científicos, contribui para uma abordagem mais crítica de determinadas afirmações com pretensão à verdade. Afirmações essas que muitas vezes são tomadas como verdade ab-

soluta e por isso mesmo reivindicadas para determinar escolhas éticas e regulatórias. No mesmo sentido a “aura do sagrado” que a ciência teria alcançado, segundo o Programa Forte, pode ajudar a compreender a tendência pouco crítica dos pesquisadores e pouco reflexiva de muitos cientistas a respeito das consequências sociais de suas práticas.

Programa Empírico do Relativismo (EPOR)

Também chamado Estudo das Controvérsias Científicas, essa corrente é estreitamente próxima do Programa Forte, e foi desenvolvida entre os anos 80 e 90 pelo também britânico Harry Collins (Collins, 1992). Suas investigações têm como objeto os estudos microsociológicos das controvérsias científicas, seja entre cientistas de uma determinada área de pesquisa, seja entre cientistas e outros atores capazes de produzir mudanças sobre aspectos do conhecimento científico, anteriormente aceitos como corretos.

O modelo define como *Core-set* (em português seria algo como “Conjunto Básico”, mas o uso corrente é o da expressão de língua inglesa), que indica a reunião dos atores mais engajados nas práticas de experimentação e observação, que trazem contribuições para as teorias ou resultados de experimentos capazes de produzir efeitos no resultado da controvérsia, seja por reforço às crenças científicas atuais seja por oposição a elas. Os grupos em oposição são definidos como “aliados” ou “adversários” em relação a uma determinada crença.

O *Core-set* deve ser analisado também por sua inserção na sociedade, em que interessa analisar a relação entre determinados fatores sociais, as dinâmicas de estabelecimento e evolução das

controvérsias científicas e os conflitos entre membros de grupos em competição que partilham um mesmo paradigma científico.

Ao estudar a produção de um determinado conhecimento e sua estabilização para que sejam aceitas suas pretensões à verdade, o EPOR propõe uma bifurcação da situação em estudo para aplicação metodológica. De um lado estará o “fórum constitutivo”, espaço propriamente dito, como o laboratório ou um núcleo de estudos, onde se experimenta, teoriza e publica. De outro lado, está o fórum contingente por meio do qual aliados e adversários buscam apoio de organizações, comunicam-se com a sociedade geral, recrutam novos membros que compartilham suas crenças e inclusive “fofocam sobre o trabalho dos adversários”. Nesse sentido, o estudo da produção de um determinado conhecimento e sua estabilização para o cumprimento de suas pretensões à verdade devem ser feitos por meio dessa espécie de bifurcação para a aplicação metodológica dos espaços de atuação desse *core-set*. A estabilização do conhecimento depende dos resultados das dinâmicas operadas nesses dois fóruns do *Core-set*. Só é possível conhecer como um determinado conhecimento se estabiliza e seus resultados passam a ser considerados como verdadeiros, quando se observa as controvérsias, os experimentos prós e contra e os artifícios sociais utilizados para vencer as controvérsias.

Em uma articulação com a Bioética, o Estudo das Controvérsias científicas (EPOR) poderia ajudar, por exemplo, a subsidiar investigações éticas descritivas sobre a crise de inovação da indústria farmacêutica e a legitimidade de alguns dos ensaios clínicos financiados por elas, identificando-se grupos de “aliados” e “adversários” dos atuais processos científicos e políticos da produção de novos medicamentos, tornando possível aferir os graus de flexibilidade interpretativa com base nos distintos interesses, que

favorecem as crenças na efetividade e graus riscos de novas drogas, apresentados pelas pesquisas financiadas pela indústria, o que seria extremamente relevante para um exame propriamente ético.

O modelo nos oferece ainda uma via para investigar qual a natureza de fenômeno que é capaz de alterar as crenças dos cientistas que se colocam desses dois lados da controvérsia, bem como estudar as dinâmicas sociais envolvendo os engajamentos institucionais e redes de atuação desses grupos. Essa perspectiva de investigação pode promover uma melhor compreensão das perspectivas morais e políticas dos grupos e conseqüentemente, qualificar o exame propriamente ético dos conflitos envolvidos e suas conseqüências.

A Sociologia da Tecnologia

Esta corrente parte do pressuposto de que é necessário dar tratamento analítico equivalente aos âmbitos social, econômico, político, natural e técnico envolvidos no processo da produção de novas tecnologias. A aceitação de uma nova tecnologia para sua produção e distribuição depende do assentamento destes âmbitos em um arranjo que estabilize características e interesses divergentes (Law, 1987).

O modelo chama de “engenharia heterogênea” o processo por meio do qual se busca associar pessoas, habilidades, e mesmo artefatos, a um determinado fenômeno natural. Essa engenharia é considerada bem-sucedida quando a rede construída consegue manter estabilidade diante das tentativas de outras entidades em dissociar a rede em seus componentes, desfazendo as associações estabelecidas. Um sistema tecnológico seria, portanto, uma associação já construída, que envolve uma diversidade de componentes: orga-

nizações, artefatos legislativos, econômicos, científicos, políticos e físicos. Os elementos assumem características e posições em função do sistema em que se acoplam e da rede à qual se integram, posições que mudam com as modificações de um determinado âmbito, por exemplo, quando se atualiza uma ferramenta técnica, ou uma mudança política passa a desvalorizar determinado sistema tecnológico. O sistema é estudado por meio do reconhecimento da consolidação de suas sete etapas: invenção; desenvolvimento; inovação; transferência; crescimento; competição; consolidação. E o estudo dessas etapas inclui as formas como o processo foi conduzido (as tomadas de decisões), os componentes que fizeram parte e as características contextuais econômicas, políticas e sociais onde se encontra o sistema. Ou seja, há o que os autores chamam de “cultura da tecnologia” em cada etapa particular, composta de distintos valores, ideias e instituições.

26

Nesse sentido, um sistema tecnológico é fruto das decisões dos construtores (empreendedores) do sistema, não se pode dizer que tenha autonomia. Por isso, o modelo utiliza o conceito de *momentum*, o que quer dizer que o tende a um “inércia de movimento”, com direção, objetivos, interesses, patrimônio fixado e toda sorte de características que sugira trajetória definida pelas decisões dos empreendedores. A relação entre decisões e contextos dota os sistemas de estilos específicos, relacionados a países, climas, geografia, política, e outras características contextuais.

A Sociologia da Tecnologia, na medida em que analisa a estabilização da produção tecnológica pelo assentamento de arranjos, onde existe uma equiparação entre os âmbitos social, econômico e político e os âmbitos naturais e técnicos das práticas científicas, pode trazer uma contribuição muito sólida à compreensão, em di-

menção global, dos conflitos éticos em torno da produção de biotecnologias, incluindo a produção de medicamentos.

Neste sentido, há uma contribuição perceptível para qualificar uma análise bioética, por exemplo, para a investigação da “engenharia heterogênea” operada pelas indústrias de biotecnologias sobre governos, câmaras legislativas e agências regulatórias de países; bem como possíveis manipulações de resultados de ensaios clínicos, já apontadas frequentemente na literatura; ou o financiamento massivo a congressos médicos; contribuições financeiras a associações médicas, associações de enfermos e revistas científicas, que atuariam conjuntamente para estabilizar socialmente alguns de seus produtos.

A Antropologia de Laboratório

27

A corrente antropológica dos estudos sociais em ciência e tecnologia é talvez a mais radical no que concerne ao seu relativismo epistêmico. A prática científica não teria natureza distinta de outras práticas sociais, nem uma superioridade cognitiva alcançada por uma racionalidade própria e exclusiva, como defende a epistemologia clássica. O conhecimento científico seria o resultado de convenções metodológicas e discursos socialmente construídos, reproduzidos e validados por meio de complexas negociações (Latour e Woolgar, 1986; Latour, 1987).

Mas, para além de toda a polêmica que esta corrente gera, o que nos importa em especial aqui é menos suas interpretações epistemológicas sobre a realidade e a verdade e mais sua proposição metodológica e sua forma de abordar o espaço propriamente dito de construção do conhecimento científico, em que o laboratório

científico é o exemplo mais claro. Neste sentido, sua proposta é tratar todo e qualquer ambiente de produção científica como um território e uma cultura distinta e aplicar a seus “nativos” o método etnográfico propriamente dito.

Apesar de guardar a mesma natureza microssociológica das correntes anteriores, sua investigação é realizada, invariavelmente, em campo, se diferencia bastante das teorizações baseadas estritamente nas pesquisas historiográficas e nas fontes de texto, tais como as empreendidas pelas correntes anteriores. Seu desenvolvimento posterior aprofunda a noção de rede como um sistema complexo formado por elementos humanos (cientistas, técnicos de laboratório, engenheiros, gestores, patrocinadores, sujeitos de pesquisa e membros de comitês avaliadores) e não humanos (as estruturas físicas do laboratório, a literatura científica, instrumentos de medição e mesmo os animais de laboratório), cujas interações também devem ser observadas em um processo contínuo. Isso significa que o etnógrafo deve proceder a uma observação disciplinada que se dirija tanto para o contexto interno, quanto externo ao laboratório e que favoreça a identificação da quantidade e natureza dos atores participando direta ou indiretamente da prática científica que pretende desenvolver um novo conhecimento.

A antropologia de laboratório, que, claro, também pode ser aplicada à núcleos disciplinares de estudo é, segundo seus autores, mais eficaz na compreensão da atividade científica e mais bem capacitada para a geração de dados sobre a operacionalização da racionalidade científica, em especial sobre a construção dos argumentos que buscam persuadir a comunidade quanto à validade de seus resultados obtidos e teorizações propostas, reforçando empiricamente a fundamentação da construção de teorias sociológicas sobre o conhecimento científico.

Para uma reflexão propriamente bioética de práticas científicas, a execução de etnografias de laboratório visando compreender, o entendimento por eles das consequências econômicas e socioculturais de seus resultados, bem como seus posicionamentos éticos e ideológicos dentro dos grupos quanto a alguns dos temas específicos de interesse da bioética tais como: à importância dada ao direito de patentes e seus limites; a incentivos financeiros a pesquisadores para recrutar participantes em ensaios clínicos; sobre o acesso aos dados brutos de pesquisa, ou o direito à publicização dos dados negativos; a relação de grupos de pesquisa com instâncias regulatórias, entre outros. Além disso, sua concepção de redes constituída por elementos humanos e não humanos permite a produção de estudos sobre a influência de acesso à matéria-prima e equipamentos na produção científica e sua influência na autonomia científica, bem como a relação dos pesquisadores com os animais de pesquisa, envolvendo outro campo de atuação da bioética, que tem sido a proteção animal.

29

A Sociologia da Ciência de Pierre Bourdieu e a institucionalização da Bioética no Brasil.

Bourdieu difere um pouco mais profundamente das abordagens anteriores e muitos não o consideram integrante da corrente dos ESCT (Bourdieu, 1976; 1997; 2004; 2009). Apesar de Bourdieu também considerar a ciência e a tecnologia como construções sociais, ele busca evitar o relativismo e o antirrealismo radicais de alguns seguidores dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia, que chegam a tomar a própria natureza como uma espécie de fabricação dos cientistas. Nesse sentido, há em sua Sociologia da

Ciência certo grau de realismo pragmático, uma vez que os produtos que emergem das redes sociotécnicas da ciência se estabilizam na medida em que são incorporados às nossas práticas. Ou seja, é o uso prático e útil que estabiliza conhecimentos e tecnologias.

Dois outros componentes centrais de seu pensamento são indispensáveis para compreender sua sociologia: os conceitos de *campo* e de *habitus*. *Campo* em Bourdieu é um espaço social e culturalmente delimitado, com algum grau de autonomia formado por agentes sociais típicos dele em permanente disputa pelas diretrizes que devem orientar o funcionamento do campo. Especificamente em relação ao campo científico, as lutas competitivas, a disputa específica é pelo monopólio da autoridade científica, que por sua vez é obtida por meio de reconhecimento dos outros membros da capacidade técnica e poder social dos dominantes do campo. Já o conceito de *habitus* representa as sistematizações herdadas e aprendidas no interior do campo que determinam as formas de perceber, refletir e agir dos integrantes do campo.

No campo científico, o *habitus* dos integrantes se relaciona com aceitação e uso das regras metodológicas encarnadas no paradigma, bem como as regras de interação social no interior do campo em relação às autoridades, os chamados *dominantes* do campo, o que implica no reconhecimento do poder e da submissão devida a eles, ou ainda a concorrência entre os *dominados* pela atenção dos *dominantes* que reforçam sua autoridade.

Dessa maneira, em relação ao campo científico, os elementos teóricos e metodológicos que orientam a forma correta de fazer pesquisa não são derivadas de uma razão, enquanto atributo puro da mente humana, desprovida de historicidade, e sim pelas disputas simbólicas que se dão no interior desse campo. Bourdieu demonstrará, por exemplo, como funciona o regime de recompen-

sas e reconhecimento dentro de um campo científico disciplinar e como as regras internas desse campo, algumas vezes externamente ocultas, existem para favorecer os indivíduos que já ocupam os espaços de maior poder dentro dele. Sua preocupação não está em estudar as validades internas das formas de verificação da eficácia dos produtos científicos ou o rigor empírico-cognitivo dos métodos, como nas correntes anteriores, mas sim em como os cientistas fazem uso social de suas teorias e métodos, e os processos por meio dos quais, se estabelecem as autoridades nas comunidades científicas e se definem a aplicação das informações geradas e dos produtos sintetizados. Daí sua noção de um estudo da práxis científica propriamente dita, de uma praxiologia.

A praxiologia de Bourdieu também propõe um tipo de reflexividade, como aquela do Programa Forte, dentro da qual os mesmos parâmetros analíticos utilizados para investigar a formação das crenças científicas em outras ciências deveriam ser usados para o exame da sociologia. Fica claro que esse quadro teórico-conceitual é plenamente aplicável também à análise sobre os valores envolvidos nas disputas dentro do campo e, conseqüentemente, ao exame ético das condutas dos membros de determinados campos.

Se pensarmos a maneira como a Bioética se institucionalizou no Brasil, a partir de uma perspectiva praxiológica bourdieusiana, examinando a formação de suas associações, a organização de seus congressos nacionais, a formação de seus primeiros programas de pós-graduação, as articulações políticas, como aquelas com o Conselho Federal de Medicina, concluiremos que o grupo de integrantes do campo, os ditos “dominantes”, que se consideravam os pioneiros no campo, e alcançaram um maior reconhecimento acadêmico, envidaram grandes esforços, para manter o monopólio dessa autoridade científica. Isso, muitas vezes, implicou na

defesa de uma especificidade do campo anunciada como pouco acessível a integrantes de outros campos disciplinares que com eles partilhavam objetos de estudo, que muitas vezes impediu uma maior ascensão dentro do campo de pesquisadores da sociologia, antropologia, epistemologia, saúde coletiva, etc, dificultando uma maior integração desses campos em sua formulação teórica e práticas de ensino e pesquisa.

Aos chamados *dominados* do campo, aqueles e aquelas recém-chegados, cabia apenas aceitar as regras encarnadas que favoreciam os dominantes; legitimar o poder deles e à submissão devida a eles e lutarem pela atenção e prestígio junto aos dominantes como forma de ascender no campo. Houve programas em Bioética, em que a demonstração de capacidade e conhecimento no campo da bioética por um novo membro foi vista como ameaçadora à autoridade dos dominantes, de onde se criavam situações para tornar o ambiente desfavorável a esses sujeitos. Isso pode ser confirmado e observando nesses programas, o nome de diversos pesquisadores do campo que o integraram e saíram, mostrando uma rotatividade maior que a da maioria dos programas.

De certa forma, pode-se dizer que essa conduta na institucionalização da disciplina Bioética é hoje responsável por ela ter um desenvolvimento menor do que seria esperado, menor diálogo com campos afins, e mesmo uma menor respeitabilidade intelectual de suas produções para essas áreas afins. Daí a escassez de citação da produção científica da bioética em revistas de maior impacto de campos afins, como os de sociologia, filosofia, antropologia e saúde coletiva. Vale destacar, também, a pequena quantidade de programas de pós-graduação em Bioética no Brasil, cinco no momento em que escrevo este capítulo, e numa situação em que

apenas duas universidades colocadas entre as 20 melhores do país oferecem.

Além desses estudos de institucionalização disciplinar, a praxiologia de Bourdieu poderia também contribuir para o estudo de outros problemas relacionados à eticidade das práticas científicas, tais como: a prática de inclusão em autoria de artigos dos chefes de serviços e de grupos de pesquisa, ainda que não tenham efetivamente contribuído nem na ideia nem em qualquer parte de sua redação; a formação de “cartéis” em periódicos científicos, desvelando os vínculos prioritários com alguns grupos de pesquisa; as análises das dimensões éticas da atuação das agências de fomento na atribuição de valores simbólicos que estruturam o regime de recompensas e reconhecimento entre membros da comunidade acadêmica, entre outros.

33

Considerações Finais

Apesar de apresentadas superficialmente dado o limite de espaço do capítulo, creio que foi possível demonstrar a pertinência e importância das possíveis contribuições teóricas e práticas ao campo da Bioética de algumas das principais correntes dos Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia e da sociologia praxiológica da ciência de Bourdieu, no sentido de superar uma construção epistêmica baseada na articulação da filosofia moral com as ciências da saúde, como aquela que tem caracterizado os modelos teóricos hegemônicos fundamentados na noção de “ética aplicada”.

Obviamente, essas novas contribuições têm que ser pensadas em diálogo com perspectivas próprias do sul global, a exemplo dos estudos decoloniais, uma vez que é preciso compreender também

as influências geopolíticas muito imbricadas nos jogos sociopolíticos e culturais envolvidos com a geração e difusão do conhecimento e com a produção e distribuição de tecnologias em todas as suas fases.

A abordagem inicial que eu trouxe neste capítulo sobre a institucionalização da bioética enquanto nova disciplina no Brasil precisa de maior aprofundamento, sobretudo no que se refere à busca de evidências empíricas, tais como o exame dos conteúdos programáticos das pós-graduações em Bioética e dos congressos brasileiros, bem como a identificação dos responsáveis por esses conteúdos, além de um estudo bibliométrico das citações da produção bioética pela produção científica de campos afins. Esse estudo já se encontra em andamento e esperamos em alguns meses poder divulgá-lo.

34

Passados todos esses anos desde a chegada da bioética no Brasil e na América Latina, apesar das perspectivas teóricas regionais terem alcançado maior reconhecimento internacional, chegando a terem sido distinguidas sob a designação de “bioética social”, mantém-se claramente uma tendência ao encistamento teórico e isolamento metodológico. Uma reação a essa endogenia precisa ser travada, tanto no plano epistêmico, no qual este capítulo pretendeu contribuir, quanto, e talvez sobretudo, no plano político-institucional.

Bibliografia

Árnason V. Toward critical bioethics. **Camb Q Healthc Ethics**. 24(2):154-64, 2015.

Barnes B. **Scientific knowledge and sociological theory**. London: Routledge, 1974.

Bloor D. **Knowledge and social imagery**. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

Bourdieu P. **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa: Edições 70, 2008.

Bourdieu, P. (1976) **O campo científico**. Montero, P. (Trad) do original *Le champ scientifique*. Actes de Ia Recherche en Sciences Socialesp. 88-104. Disponível em: <https://cienciatecnosociedade.files.wordpress.com/2015/05/o-campo-cientifico-pierre-bourdieu.pdf>

35

Bourdieu, P. **O senso prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

Bourdieu, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. Trad. Catani, DB. São Paulo: Editora UNESP, 1997

Collins HM. **Changing order**: replication and induction in scientific practice. Chicago: University of Chicago Press, 1992

Cunha T, Lorenzo C. Global bioethics from the perspective of critical bioethics. **Rev Bioet**. 22(1):116-25, 2014.

Davies R, Ives J, Dunn M. A systematic review of empirical bioethics methodologies. **BMC Medical Ethics**. 16(15): 1-13, 2015.

Hedgecoe AM. Critical bioethics: beyond the social science critique of applied ethics. **Bioethics**. 18(2):120-43, 2004

Junges, J. (). Bioética como casuística e como hermenêutica. **Revista Brasileira de Bioética**, 1(1), 28-44, 2005

Latour B, Woogar S. **Laboratory life: the construction of scientific facts**. New Jersey: Princeton University Press, 1986.

36

Latour B. **Science in action: how to follow scientists and engineers through society**. Cambridge: Harvard University Press, 1987

Law J. **Technology and heterogeneous engineering: the case of Portuguese expansion in the social construction of technological systems**. Cambridge: MIT Press; 1987.

López, j. How sociology can save bioethics . . . maybe. **Sociology of Health & Illness** 26 (7): 875-896, 2004

Lorenzo C. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN. **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB; p. 173-89, 2012.

Lorenzo, C and Neves, F. Bioethics and sociology: the place of social studies of science and technology. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 27 e220046. 2023

Lorenzo, C. A propósito da sociologia da ciência: ensaio sobre a endogenia bioética. **Revista Bioética**, 27(1), 9-17, 2019.

Merton R, Storer N. **The sociology of science: theoretical and empirical investigation**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. Reasons to redefine moral distress: a feminist empirical bioethics analysis. **Bioethics**. 35(1):61-71, 2021.

Mulle, J.H. Anthropology, bioethics, and medicine: a Provocative trilogy. **Medical Anthropology Quarterly**. 8(4): 448-467, 1994.

Nascimento, W. F. do ., & Garrafa, V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saúde e Sociedade**, 20(2), 287-299, 2011.

Sayago, M e Lorenzo, C. (2022) O acesso global e nacional ao tratamento da hemofilia: reflexões da bioética crítica sobre exclusão em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e180722.

CAPÍTULO 2

AUTONOMIA E PATERNALISMO EM SAÚDE: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

MARTA DIAS BARCELOS

1. Introdução

O principialismo de Beauchamp e Childress é a primeira e a mais influente teoria da bioética, cujas bases são lançadas na obra *Principles of Biomedical Ethics*, publicada em 1979. Esta teoria asenta na defesa de quatro princípios *prima facie* – respeito pela autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça – que, uma vez articulados entre si, conduzem a normativas de ação mais concretas que visam contribuir para a resolução de problemas éticos no âmbito da biomedicina.

Ao longo de mais de 40 anos de afirmação, o principialismo foi alvo de várias críticas que, na sua maioria, foram integradas nas diferentes edições de *Principles*, acabando por contribuir para o seu desenvolvimento e projeção na bioética. É de destacar os trabalhos de Clouser e Gert, os autores que cunham o termo principialismo (*principlism*) para se referirem às teorias que utilizam princípios éticos na resolução de questões práticas, em que a perspectiva de Beauchamp e Childress se insere (Clouser

e Gert, 1990). Apesar do sentido crítico que lhe está na origem, o termo principialismo é frequentemente empregado nos meios acadêmicos da especialidade e é aceito por Beauchamp e Childress para se referir à teoria de que são fundadores (Beauchamp e Rauprich, 2015).

O principialismo é hoje globalmente conhecido pelos quatro princípios que advoga e pela afirmação do respeito pela autonomia, sempre que este princípio entra em conflito com os restantes. Apesar de todos os princípios receberem, pelo menos do ponto de vista teórico, o mesmo grau de importância, na prática, tem-se evidenciado um grande destaque ao princípio de respeito pela autonomia. Com base no aprofundamento deste princípio, Beauchamp e Childress marcaram o debate da bioética em várias questões fundamentais, nomeadamente no que se refere aos fundamentos do consentimento informado e ao combate ao paternalismo médico.

No entanto, vários são os autores que criticam a prioridade que o respeito pela autonomia parece ter na teoria principialista, afirmando que este princípio consiste num produto da cultura norte-americana, a qual concede destacado valor às liberdades individuais e que não se adequa a outros contextos sociais (Holm, 1995; Requena Meana, 2008; Garrafa, Martorell e Nascimento, 2016).

Apesar das críticas, pode-se afirmar que a compreensão teórica da bioética continua a ter como horizonte de fundo a influência do principialismo, seja pela adoção dos conceitos que propõe e respectiva aplicação a casos práticos, seja ainda pela elaboração de novas propostas metodológicas alternativas que visam responder de forma mais eficaz às questões éticas da atualidade. Não obstante o lugar de destaque que atualmente se lhe queira dar, é fato

que a influência do principialismo é hoje inegável, refletindo-se em vários domínios, como seja no ensino da disciplina de bioética em diferentes programas académicos, no exercício das profissões de saúde, nas práticas das comissões de ética e no modo como os princípios são operacionalizados em vários documentos internacionais de natureza ético-legal.

Um dos principais problemas éticos para o qual o principialismo tem contribuído desde a sua origem refere-se ao paternalismo e à autoridade que o médico assume na tomada de decisão em saúde. Ainda na fase que antecede a publicação de *Principles*, Beauchamp dedica alguns trabalhos à questão ética do paternalismo, contribuindo para que a autoridade das decisões em saúde fosse redirecionada para o doente, como sendo o principal agente das escolhas em relação aos tratamentos e quer ou não quer receber (Beauchamp, 1977; Beauchamp, 1978).

41

Seguindo esta linha de reflexão, o presente artigo tem por objetivo analisar o contributo de Beauchamp e Childress para a compreensão do paternalismo médico. Para isso, importa perguntar se, diante da primazia atribuída ao respeito pela autonomia, haverá situações em que o paternalismo é aceitável e, em caso afirmativo, quais são os critérios que o justifica?

A reflexão que conduz a uma resposta para estas perguntas é desenvolvida em dois momentos fundamentais: o primeiro assenta na caracterização das estratégias epistemológicas que o principialismo utiliza para a resolução de conflitos éticos entre princípios; o segundo consiste na aplicação desse modelo ao problema do paternalismo, conforme é apresentado na última edição de *Principles* (Beauchamp e Childress, 2019).

2. Equilíbrio Reflexivo e os Métodos de Especificação e Ponderação

42

Ao longo das oito edições de *Principles*, os autores estiveram sempre comprometidos com a utilização dos mesmos quatro princípios éticos. Em termos gerais, o respeito pela autonomia é entendido como o princípio do qual decorrem as normas relacionadas com o respeito pela capacidade de decisão por parte de pessoas autónomas; a não maleficência conduz a normas que previnem o dano; a beneficência reflete-se no conjunto de normas que visam proporcionar benefícios e ponderá-los na relação com os riscos e custos associados a cada prática; por último, a justiça informa um conjunto de normas que visa estabelecer de forma equitativa a distribuição dos benefícios. Estes princípios encontram as suas raízes na moralidade comum, que se define pelo conjunto de regras ou normas universalmente válidas que abrangem todas as pessoas de todos os lugares e que são essenciais para a estabilidade da vida em sociedade (Beauchamp e Childress, 2019).

Na esteira de Ross, estes princípios são *prima facie*, uma vez que possuem o mesmo grau de importância e estão isentos de uma hierarquia pré-estabelecida entre si (Ross, 1930). Quer isto dizer que todos os princípios devem ser respeitados, a não ser quando um deles prove ser mais relevante, justificando a prioridade em relação aos restantes. A ausência de hierarquia entre princípios é marcada, simultaneamente, pelo potencial de conflituosidade existente entre eles. Nestes termos, a teoria de Beauchamp e Childress carece de um método de resolução de conflitos entre princípios, o qual contribua, em última instância, para a resolução dos conflitos práticos.

É na 4.^a edição de *Principles* que Beauchamp e Childress integram a concepção de equilíbrio reflexivo (*reflexive equilibrium*) com vista a resolver o conflito entre princípios, abandonando o método dedutivo até então utilizado para justificar o processo de aplicação de princípios gerais a casos práticos (Beauchamp e Childress, 1994).

O equilíbrio reflexivo é uma ideia desenvolvida por John Rawls, em *A Theory of Justice*, que serve para suportar a construção da teoria do contrato social e dos princípios de justiça como equidade (Rawls, 1999). No caso específico do princípalismo, o equilíbrio reflexivo é utilizado para contribuir para a elaboração de um sistema coerente de crenças que facilite a transição dos princípios gerais para os casos práticos e conduza o processo de justificação da decisão moral. Seguindo o pensamento de Rawls, o equilíbrio reflexivo é entendido como um estado a que se atinge, depois de avaliada a objetividade dos juízos particulares e dos princípios éticos, através da análise da coerência existente entre eles. A justificação dá-se, então, no processo dialético entre os princípios e os casos práticos, os quais podem ser ajustados e adequados à medida que se vão detectando incoerências entre eles (Beauchamp e Childress, 2019).

Neste quadro teórico, a reflexão ética tem início com um conjunto de juízos ou crenças que são aceitáveis e para os quais não é necessário suporte argumentativo. Por exemplo, Rawls refere que a intolerância religiosa e a discriminação racial são duas situações que ninguém duvidaria estarem erradas. Com base em juízos que não carecem de justificação, constrói-se uma teoria geral mais consistente, em que se possa detectar e excluir qualquer forma de incoerência; num processo inverso, as diretrizes de ação são testadas, com o objetivo de verificar a existência de resultados incoerentes. Este movimento dialético consiste em aprovar os princípios gerais em juízos particulares, os quais, por sua vez, são testados à luz dos

princípios gerais. Quando o conflito é identificado através de resultados incoerentes que derivam da experiência, então, o procedimento deve ser revisto, tanto no que se refere aos juízos, como no que diz respeito à concepção mais abstrata que a eles corresponde. Desta forma, o procedimento de ajustamento das normas ocorre de forma permanente até atingir o equilíbrio.

Para explicar o modo como se assegura a coerência na prática, retome-se o exemplo utilizado por Beauchamp e Childress acerca das políticas de distribuição de órgãos para transplante. Considere-se o seguinte:

Princípio 1. Distribuição por expectativa de número de anos de sobrevivência, tendo em vista a maximização dos resultados benéficos do procedimento;

Princípio 2. Distribuição de acordo com as listas de espera, procurando a igualdade na oportunidade.

Cada um dos princípios apresentados pode ser aplicado numa política mais abrangente, pese embora ser questionável se o princípio 1 representa ou não uma medida ética inaceitável à partida, dado o seu carácter discriminatório. Independentemente dessa questão (que não cabe agora analisar), o que importa acentuar é que a incoerência decorre da aceitação mútua dos dois princípios, uma vez que um tende a anular o outro (Beauchamp e Childress, 2019).

Desta forma, não é então possível elaborar uma política pública para os transplantes a partir da articulação destes dois princípios que possam dar origem a orientações práticas. A ideia de “oportunidade justa”, baseada nas listas de espera, é incompatível com o

critério de distribuição com base no fator da idade, de acordo com os anos de produtividade. Tendo em conta a ideia de equilíbrio reflexivo, os juízos que se formassem a partir destes dois critérios seriam incoerentes por terem na origem duas orientações distintas e que se anulam uma à outra.

Nesta medida e ilustrado pelo exemplo dado, o processo que conduz ao equilíbrio reflexivo caracteriza-se por um potencial de revisibilidade dos juízos iniciais. Tudo se inicia com uma regra que é uma primeira crença ou hipótese explicativa aceitável. Contudo, esta não é aceite de forma inflexível ou, pelo menos, de modo que não possa ser alterada. O aspecto fundamental do equilíbrio reflexivo consiste no potencial ajustamento das crenças iniciais, num processo que ocorre permanentemente, tal como é apontado por Rawls.

Neste âmbito, a afirmação de uma justificação que vai para além dos requisitos da mera coerência lógica reforça a importância da ideia de equilíbrio reflexivo amplo, o qual envolve várias dimensões da vida moral. Conforme Beauchamp e Childress afirmam:

O objetivo do equilíbrio reflexivo amplo na nossa abordagem é identificar os juízos, regras, conceitos, dados e teorias particulares que sejam recursos relevantes para a reflexão moral, e trazê-los para o equilíbrio, seja para os modificar ou, então, para rejeitar alguns deles por serem incoerentes com o sistema de crenças. As perspectivas morais a ter em conta são crenças sobre casos particulares, sobre regras e princípios, sobre a virtude e o caráter, sobre formas de justificação consequencialistas e não consequencialistas, sobre o estatuto dos sentimentos morais, e afins (Beauchamp e Childress, 2019, p. 442).

A afirmação põe em destaque a rede complexa de elementos que entram em jogo no sistema de crenças. Aliás, tal complexidade

é característica da própria vida moral, reforçando a razão pela qual a coerência se mostra insuficiente como critério único que suporta a justificação. Numa ética aplicada à biomedicina este aspeto é de central importância, já que todo o contexto prático envolve múltiplas circunstâncias relevantes para o processo deliberativo e que não se esgotam na fórmula lógica que determina a coerência dos juízos. Assim, um sistema coerente de crenças deve ser complementado com um sentido moral, aspecto que remete para a concepção de moralidade comum que Beauchamp e Childress apontam como sendo a fonte de onde derivam os quatro princípios evocados.

46 No entanto, o equilíbrio reflexivo, como estado que se pretende alcançar, não constitui um método suficiente por si só para a resolução de conflitos entre princípios. Este processo é desenvolvido com base em dois procedimentos complementares, os quais serão atribuídos à “especificação” (*specification*) e à “ponderação” (*balancing*), categorias epistemológicas que Beauchamp e Childress integram na sua metodologia, também desde a 4.^a edição (1994).

A especificação constitui o primeiro elemento metodológico com vista a alcançar o equilíbrio reflexivo. A ideia de especificação é desenvolvida por Henry Richardson como um método independente no domínio da razão prática, que visa contribuir para a resolução de casos complexos. Como a própria designação indica, este procedimento assenta na exigência de atribuir um conteúdo mais específico aos princípios gerais e abstratos, de modo a contornar o conflito que possa existir entre eles (Richardson, 1990; Richardson, 2000).

No principialismo, a especificação está na origem da formulação de regras mais concretas que derivam dos princípios propostos. O princípio de respeito pela autonomia poderá dizer muito pouco sobre o curso de ação a seguir, embora constitua um ponto de partida

para a especificação de regras mais concretas. Tais regras são: (i) dizer a verdade; (ii) respeitar a privacidade dos outros; (iii) proteger informação confidencial; (iv) Obter consentimento para intervenções com pacientes; (v) sempre que solicitado, auxiliar os outros em decisões importantes (Beauchamp e Childress, 2019).

Em alguns contextos, a especificação basta para determinar qual a regra a aplicar, ao dissolver o conflito e ao dar indicações sobre aquilo que deve ser feito. Noutros contextos, nomeadamente quando o conflito entre duas ou mais regras permanece, estas requerem uma maior especificação, exigência que estes autores aceitam de Richardson. O processo de uma especificação progressiva não deve, todavia, perder o contexto geral de uma metodologia que se insere no âmbito de um sistema coerente de crenças. A coerência constitui sempre o objetivo primeiro da especificação.

Apesar do lugar de destaque que ocupa na metodologia de Beauchamp e Childress, a especificação não esgota todo o processo justificativo que conduz à decisão moral. Ao contrário do que defende Richardson (1990), Beauchamp e Childress não dispensam a ponderação como forma de alcançar a coerência, a qual é inserida no principialismo como uma categoria distinta da de especificação. Desta forma, a ponderação define-se como o processo argumentativo de encontrar razões que suportam e justificam as crenças morais, dando prioridade a um princípio *prima facie* em relação a outro que está a ser infringido, numa situação em que ambos conflituam.

De acordo com Beauchamp e Childress, a especificação e a ponderação são fundamentais para o âmbito geral da coerência, embora assumam um papel diferenciado no contexto da moralidade: a especificação é mais adequada na elaboração de políticas públicas e a ponderação é mais eficaz na deliberação de casos particu-

lares (Beauchamp e Childress, 2019). Compreenda-se melhor esta ideia a partir dos elementos textuais presentes desde a 4.^a edição:

A ponderação resulta frequentemente em especificação, mas não necessariamente, e a especificação envolve frequentemente a ponderação, mas também pode apenas adicionar detalhes. Com base nisto, não propomos fundir os dois métodos. A questão é que a ponderação não compete com a especificação e ambas aumentam coerentemente o modelo da coerência (Beauchamp e Childress, 1994, p. 34).

48

A deliberação do agente numa situação concreta é determinada pela ponderação atribuída às diferentes obrigações que conflituam entre si, fazendo prevalecer uma sobre a outra. O modo como Beauchamp e Childress apresentam a ponderação deriva da influência de Ross (1930) no que se refere ao entendimento dos diferentes deveres *prima facie*. Um determinado ato pode considerar-se alternativamente como correto ou como incorreto *prima facie*, dependendo das circunstâncias em que ocorre e do destaque que é dado a cada uma delas.

Na perspectiva de Beauchamp e Childress, a ponderação deve ser justificada racionalmente, identificando razões que sejam relevantes para a deliberação ética. Para defender a ponderação justificada, os autores apontam várias condições para reduzir o grau de arbitrariedade e de intuição, reforçando a objetividade e a coerência dos juízos. Tais condições são as seguintes:

1. Oferecer boas razões para agir de acordo com uma norma que é tida como prioritária, em vez daquela que é violada;

2. O objetivo moral que justifica a infração possui uma expectativa realista de ser alcançado;
3. Não se poder substituir a ação por nenhuma alternativa moralmente preferível;
4. Selecionar o nível mais reduzido de infração, compatível com a obtenção do objetivo primordial da ação;
5. Garantir que todos os efeitos negativos da infração são minimizados;
6. Garantir que todas as partes afetadas foram tratadas de forma imparcial (Beauchamp e Childress, 2019).

As condições apresentadas são também *prima facie*, tal como os princípios a que se referem. No entanto, apesar do esforço em determinar estas condições, Beauchamp e Childress admitem que não é possível evitar a subjetividade das avaliações, a qual faz parte da vida moral e da condição do próprio agente que delibera. Na esteira do que é afirmado:

Tal como acontece na especificação, o processo de ponderação não pode ser rigidamente ditado por um qualquer “método” formulado na teoria ética. O modelo de ponderação não irá satisfazer nem aqueles que procuram uma orientação clara e específica sobre o que se deve fazer em casos particulares, nem aqueles que acreditam numa ordenação lexical ou serial de princí-

pios, com condições de prevalência automática (Beauchamp e Childress, 1994, p. 36).

A afirmação dos autores deixa ver que o processo de deliberação, por muito que beneficie das formulações especificadas dos princípios, não dispensa a ponderação como estratégia metodológica independente. Aliás, o reforço por parte de Beauchamp e Childress, de que a ponderação se aplica mais corretamente a casos individuais do que à elaboração de políticas públicas, deixa lugar para a aceitação da dimensão de subjetividade que determina a decisão moral em cada situação.

De seguida, analisar-se-á o modo como a abordagem do equilíbrio reflexivo é usada para resolver os casos de paternalismo médico, os quais confrontam os princípios éticos da beneficência e do respeito pela autonomia.

50

3. Beneficência Médica e Vontade do Doente

O paternalismo que tradicionalmente caracteriza a relação entre médico e doente é tema de análise em *Principles*, desde que esta foi publicada pela primeira vez em 1979. Ao longo das suas sucessivas revisões, Beauchamp e Childress apresentam uma proposta teórica que visa combater – ou pelo menos reduzir drasticamente – a influência do paternalismo na medicina. Na gênese do seu argumento está a defesa do respeito pela autonomia do doente, princípio entendido como uma “peça central” da teoria principialista, tal como referem os seus proeminentes críticos (Gert, Culver e Clouser, 2006).

A preocupação de Beauchamp e Childress tem na sua base a tensão existente na prática médica cotidiana, a qual incide, por um lado, na autoridade do médico e na influência que este tem nas decisões que são tomadas em relação à saúde do doente e, por outro, na autonomia do próprio doente em relação às escolhas que só a ele dizem respeito e que articulam as suas expectativas de saúde com valores e convicções pessoais. Esta tensão prática aponta impreterivelmente para uma tensão teórica existente entre dois princípios *prima facie* enunciados pela teoria principialista, nomeadamente o respeito pela autonomia e o princípio de beneficência (Barcelos, 2022).

Nesta medida, cabe perguntar: será que a teoria principialista apresenta um modelo capaz de combater eficazmente o paternalismo médico? E, para isso, será que Beauchamp e Childress propõem uma anulação do princípio de beneficência em detrimento do de respeito pela autonomia ou, antes, propõem uma articulação entre ambos?

Para responder a este problema, Beauchamp e Childress distinguem o designado “paternalismo fraco” (*weak paternalism*) do “paternalismo forte” (*hard paternalism*), uma ideia que os autores retomam do pensamento político de Joel Feinberg (1971). Na concepção apresentada, o paternalismo fraco caracteriza-se pela intervenção de uma pessoa numa ação ou escolha de outra, com o intuito de prevenir danos e quando essa ação ou escolha tende a ocorrer de forma involuntária ou desinformada. Por seu turno, o paternalismo forte, caracteriza-se pela intervenção beneficente e não prejudicial de uma pessoa na ação ou escolha de outra, com a particularidade de tal ação ou escolha ser devidamente informada e ponderada, cumprindo assim os requisitos básicos da autonomia da vontade (Beauchamp e Childress, 2019). É, por isso, no pater-

nalismo forte que se dá o conflito entre beneficência e autonomia, tratando-se da única forma de paternalismo “interessante e controverso” sobre o qual importa pensar (Beauchamp, 2009, p. 77).

Neste sentido, o combate ao paternalismo que Beauchamp e Childress defendem tende a assentar numa base utilitarista, ao reforçar a importância da ponderação de benefícios e, em termos mais concretos, à ação que se prevê trazer maiores benefícios em detrimento da consideração das regras que estão a ser violadas. Retomando as palavras do texto:

A justificação das ações paternalistas que recomendamos coloca o benefício na escala com os interesses da autonomia e pondera os dois: à medida que os interesses da autonomia da pessoa aumentam e os benefícios diminuem, a justificação da ação paternalista torna-se menos plausível; inversamente, à medida que os benefícios para uma pessoa aumentam e os interesses referentes à sua autonomia diminuem, a justificação da ação paternalista torna-se mais plausível (Beauchamp e Childress, 2019, p. 237-238).

52

Com base no excerto, é interessante verificar que Beauchamp e Childress, acusados por diversos autores de dar prioridade à autonomia, reconhecem a possibilidade de fazer prevalecer a beneficência sobre a autonomia, desde que para isso sejam respeitadas determinadas “condições”, tal como os próprios referem.

Para tornar mais explícitas as circunstâncias em que o paternalismo forte pode ocorrer, os autores apontam cinco condições necessárias que devem ser todas elas satisfeitas de forma a dar prioridade ao princípio de beneficência e, conseqüentemente, a violar o respeito pela autonomia do sujeito:

1. Existência de um risco de dano significativo que pode ser evitado ou de um benefício que pode não ser recebido;
2. O ato paternalista pode eventualmente impedir o dano ou assegurar o benefício;
3. A intervenção para prevenir os danos ou assegurar os benefícios supera os riscos de uma decisão já tomada;
4. Não há uma alternativa moralmente melhor do que a de limitar a autonomia;
5. A medida adotada para prevenir os danos ou assegurar os benefícios é aquela que menos restringe a autonomia (Beauchamp e Childress, 2019).

A exigência de cumprimento das condições acima apontadas está diretamente relacionada com o método de ponderação, anteriormente apresentado, e visa reduzir o grau de subjetividade implícita na decisão do médico no que se refere à avaliação dos melhores interesses do doente quando a sua autonomia está a ser posta em causa. Ou, dito de outro modo, um médico que faça o exercício de respeitar as condições referidas terá maior probabilidade de promover a beneficência e menor probabilidade de agir contra os interesses do doente. Não obstante, a ideia dos «melhores interesses» apresentada por Beauchamp e Childress como critério de atuação é de complexa aplicação na prática, desde logo

porque o conflito se dá nas situações em que o doente não se revê nos melhores interesses que o médico identificou para ele.

Esta tensão tende a agravar-se ao considerar uma sexta condição apontada no decurso do texto, a qual «exige que uma ação paternalista não prejudique interesses *substanciais* de autonomia, como ocorreria se alguém anulasse a decisão de um doente Testemunha de Jeová que, por profunda convicção, recusasse uma transfusão de sangue» (Beauchamp e Childress, 2019, 239). Para ilustrar este exemplo, os autores acrescentam que «[r]ealizar compulsivamente uma transfusão de sangue afetaria substancialmente a autonomia da pessoa e tal não poderia ser justificado de acordo com esta condição» (Beauchamp e Childress, 2019, 239). Ainda que esta condição seja considerada «não necessária» (razão pela qual aparece separada das anteriores), é, sem dúvida, a mais relevante para admitir ou não a pertinência de paternalismo forte. Ou seja, é a análise desta condição que permitirá entender o significado de «melhores interesses» ou «interesses *substanciais*», assim como os limites da infração do respeito pela autonomia. Tendo em conta este objetivo, analise-se o exemplo que se segue:

Um psiquiatra está a tratar um doente são, mas que age de forma que parece estranha. Atua conscientemente de acordo exclusivamente com as suas convicções religiosas. O doente faz uma pergunta ao psiquiatra sobre a sua condição, questão que tem uma resposta precisa, mas que, se for respondida, o levará a um comportamento grave de automutilação, como arrancar o olho direito, para realizar o que acredita ser um requisito da religião. Aqui o médico age de forma paternalista, e justificada, ocultando informações ao seu doente, que é racional e informado (Beauchamp e Childress, 2019, p. 239).

Este caso é recriado para ilustrar uma situação em que o paternalismo forte se justifica, mesmo que tal implique uma infração dos limites da autonomia da pessoa, conforme apontam os autores. De acordo com as circunstâncias apresentadas, o médico falta à verdade devida ao doente, manipulando informação que só ao doente diz respeito e que ele manifesta interesse em conhecer.

O exemplo permite problematizar a solidez da abordagem principialista no que se refere à determinação da «linha de infração mínima» da autonomia. O principal problema que parece advir da posição dos autores reside na própria concepção de autonomia adotada e na suposta facilidade com que se pode chegar a uma deliberação nestas circunstâncias. Num plano mais concreto, a decisão de faltar à verdade pode justificar-se de formas diferentes, ainda que a consequência que se quer evitar seja a mesma: risco de o doente causar danos irreversíveis a si próprio.

No entanto, importa considerar as várias leituras que este caso suscita. Por um lado, o médico pode justificar que a sua decisão de faltar à verdade ou ocultar informação constituiu a única forma de cumprir a responsabilidade de zelar pela integridade física do seu doente. A prevenção deste dano tende a prevalecer sobre a convicção religiosa que pode levar o doente a mutilar partes específicas do corpo, com consequências irreversíveis, mesmo que o médico reconheça que se trata de uma decisão esclarecida e autónoma. Por outro lado, o médico pode argumentar que um doente que apresente comportamentos autodestrutivos revela uma limitação na sua capacidade de decisão e que se encontra condicionado por fatores externos que interferem com a sua vontade, como seja a interpretação de algumas crenças religiosas. Por isso, não reúne condições para o exercício da autonomia. Se a deliberação fosse tomada com base nesta última avaliação, então não se verificaria o

conflito entre princípios, uma vez que o doente não está em condições de tomar uma decisão autónoma. A apresentação das duas hipóteses mostra que o que constitui uma forma de justificação do «paternalismo forte» para os autores principialistas pode ser interpretado por outros eticistas, profissionais de saúde, e até mesmo pelos decisores das políticas de saúde, como uma ação de «paternalismo fraco».

56 Por seu turno, se se comparar o caso da transfusão forçada de sangue no doente testemunha de Jeová (invocado aquando da sexta condição) com o do doente que apresenta tendência para a mutilação, percebe-se que ambas as situações têm em comum tratar-se de uma ação baseada em crenças religiosas e ambas constituem uma infração do respeito pela autonomia que se estende para além do mínimo. Assim, a posição dos autores é a de que o paternalismo forte legitima a ocultação da informação, se esta evitar que o doente se mutile, ao passo que uma transfusão de sangue contra a vontade do próprio, embora lhe possa salvar a vida, é um atentado contra a sua autonomia e, por isso, o paternalismo não é justificado nestas situações. Aliás, apesar de a referência às testemunhas de Jeová ser breve neste exemplo, a posição dos autores é coerente com outros textos em que o problema é analisado (Childress, 2020). É também este o contexto para o direito a recusar tratamento por razões decorrentes de convicções religiosas (Beauchamp e Childress, 2019).

A análise de exemplos como este põe a descoberto a imprecisão de categorias que Beauchamp e Childress utilizam para justificar a ação paternalista, nomeadamente ao não definirem o que se entende por afetar «substancialmente» a autonomia, ou ir além dos limites «mínimos» da autonomia. De fato, os autores esclarecem que é preciso estabelecer fronteiras de forma a que a autonomia

não seja substancialmente lesada. Mas essas fronteiras ou limites são tênues, dependendo necessariamente da interpretação daquele que decide e do modo como ele entende a autonomia de quem está à sua frente.

Neste âmbito, importa realçar a importância que a avaliação dos riscos ocupa na determinação das fronteiras relativas à infração do princípio do respeito pela autonomia: «à medida que aumenta o risco para o bem-estar de um paciente ou aumenta a probabilidade de um dano irreversível, aumenta a probabilidade de uma intervenção paternalista justificada» (Beauchamp e Childress, 2019, 239). Com base nesta afirmação, presume-se que os autores estão, no caso da mutilação, a considerar como risco provável e como uma ameaça ao próprio bem-estar a extração de uma parte do corpo; no caso da testemunha de Jeová, o que ameaça efetivamente o bem-estar é a ação contrária às convicções religiosas, assumidas autonomamente, ainda que uma das conseqüências possa ser a morte do doente.

A análise realizada até ao momento revela que a sexta e última condição é fundamental para determinar efetivamente o paternalismo forte, embora seja apresentada como uma condição não obrigatória em todos os casos em que o paternalismo se justifica. É esta a condição que mais exceções apresenta, nomeadamente suportando a ideia de que os atos de beneficência, como o de administrar uma transfusão de sangue contra a vontade do doente, são um atentado à autonomia, mesmo que a omissão do procedimento comprometa a sua vida. A autonomia é usada como critério para determinar aquilo que o próprio considera serem os seus melhores interesses, ainda que a vida nem sempre seja o primeiro bem a salvaguardar.

Apesar de esta condição não estabelecer uma linha precisa sobre os limites da autonomia, é manifesto que ela é determinante

para, pelo menos, entender quando se está a proceder a atos de paternalismo forte. As cinco condições obrigatórias, no conjunto, podem adaptar-se a várias situações concretas, não lesando significativamente a autonomia. Já na sexta condição observa-se um paternalismo difícil de justificar e aquele que interessa verdadeiramente aos autores principialistas.

58 Simultaneamente, ao preverem as condições que legitimam a possibilidade de um paternalismo forte, os autores procuram defender-se da acusação de dar sempre prioridade à autonomia da pessoa, em circunstâncias de conflito com outros princípios, nomeadamente o de beneficência, que é tão relevante no domínio da ética biomédica. A medida de avaliação da beneficência é feita de acordo com a ponderação de riscos e benefícios, estreitando desta forma o âmbito em que os abusos possam ter lugar. Uma posição desta natureza não garante uma correta definição do que são os «melhores interesses» do doente, mas previne situações em que os melhores interesses do doente são desconsiderados em detrimento dos melhores interesses públicos ou da sociedade.

O esforço que está na base da argumentação em torno das condições que legitimam o paternalismo forte expressa bem a tensão existente entre as perspetivas individuais dos autores. O resultado apresentado parece refletir a negociação que os autores fizeram entre si, de forma a alcançar o consenso e garantir o espaço necessário para as convicções de cada um.

4. Conclusão

A autonomia é um conceito cuja relevância não parou de crescer desde o surgimento da bioética nos anos 70. Um indicador desta

sua proeminência é a profunda alteração na relação entre médico e doente, marcada por um papel cada vez mais ativo que é atribuído à pessoa em situação de doença e pelo abandono quase completo do paternalismo como uma prática milenar em medicina. É de destacar o impacto que o princípalismo teve ao longo deste processo, desde logo pela conceptualização da autonomia enquanto obrigação moral a respeitar e pela formulação de metodologias que contribuem para a resolução de conflitos entre este princípio com outros princípios igualmente relevantes no domínio da bioética.

Conforme aponta a análise efetuada, o princípalismo procura apresentar uma versão de “paternalismo moderado”, com base na determinação de várias condições de ponderação que garantam que a autonomia não seja substancialmente prejudicada (Beauchamp e Childress, 2019). Apesar de Beauchamp e Childress não assumirem uma posição antipaternalista, a definição das condições de ponderação que propõem e a sua aplicabilidade na prática deixa pouco espaço para a justificação do paternalismo médico, ainda que seja moderado.

No quadro proposto, a primazia do respeito pela autonomia não deriva de uma prioridade latente que seja atribuída a este princípio em detrimento de outros, mas antes do modo como os próprios critérios de ponderação são elaborados, os quais estão de acordo com os melhores interesses do doente. Por outras palavras, o raciocínio que lhe está na base é profundamente influenciado pela lógica utilitarista, que visa minimizar os riscos e exponenciar os benefícios. Deste modo, a maximização do bem está diretamente relacionada com o benefício de salvaguardar a autonomia, o único princípio que é capaz de promover os melhores interesses do doente.

Pese embora a autonomia seja, *prima facie*, tão relevante quanto os restantes, parece evidenciar-se que, no caso da saúde da pes-

soa, ela ganha uma prioridade quase total, pois só em situações muito raras e extremas o paternalismo tende a justificar-se, como se viu pelo exemplo dado. Por isso, é questionável se a designação de um “paternalismo moderado” é a mais adequada para a proposta dos autores principialistas. Apesar de a obra sofrer várias alterações ao longo das suas oito edições, os autores mostram-se reticentes em assumir uma perspectiva mais alinhada com a da confiança do doente no profissional de saúde e na beneficência do médico. Por isso, pode dizer-se que os autores continuam essencialmente comprometidos com a promoção das liberdades individuais que tanta influência exerceu na afirmação da bioética nos anos 70.

60

Todavia, o caminho não se esgota aqui. Este raciocínio, que tem na sua base a especificação e a ponderação com vista a alcançar o equilíbrio reflexivo, tende a distinguir-se quando o ângulo é mais alargado e é a saúde de todos que está em causa. Uma análise detalhada da questão do paternalismo em saúde pública à luz da teoria principialista é importante, pois oferece o terreno propício para o exercício metodológico que coloca a beneficência em confronto ou em complementaridade com a justiça.

Referências

Barcelos, Marta Dias. **Bioética e consenso - uma análise da teoria principialista**. Parede: Príncipe Editora, 2022.

Beauchamp, Tom. Paternalism and biobehavioral control. **The Monist** 60, n. 1 (1977): 62-80.

Beauchamp, Tom. Paternalism. In Reich, Warren Thomas (ed). **Encyclopedia of bioethics**, Vol. 3. 1194-1201. New York: Macmillan Publishing, 1978.

Beauchamp, Tom. The concept of paternalism in biomedical ethics». In Honnefelder, L.; Sturma, D. (ed). **Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik** 14, n. 1 (2009): 77-92.

Beauchamp, Tom; Childress, James. **Principles of biomedical ethics**. 1.^a ed. New York: Oxford University Press, 1979.

Beauchamp, Tom; Childress, James. **Principles of biomedical ethics**. 4.^a ed. New York: Oxford University Press, 1994.

Beauchamp, Tom; Childress, James. **Principles of biomedical ethics**. 8.^a ed. New York: Oxford University Press, 2019.

Beauchamp, Tom; Rauprich, Olivier. Principlism. In Have, Henk ten (ed). **Encyclopedia of global bioethics**. Cham: Springer International Publishing, 2015. DOI: 10.1007/978-3-319-05544-2_348-1.

Childress, James. Respecting personal autonomy - relational autonomy as a corrective? In Childress, James. **Public bioethics: principles and problems**, 19-37. New York: Oxford University Press, 2020.

Clouser, K. Danner; Gert, Bernard. A critique of principlism, **Journal of Medicine and Philosophy** 15, n. 2 (1990): 219-236.

Feinberg, Joel. Legal paternalism. **Canadian Journal of Philosophy** 1, n. 1 (1971): 105-124.

Garrafa, Volnei; Martorell, Leandro Brambilla; Nascimento, Wanderson Flor do. Críticas ao Princípio do Autonomismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. **Saúde e Sociedade** 25, n. 2 (2016): 442-451. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150801>.

Gert, Bernard; Culver, Charles M.; Clouser, K. Danner. **Bioethics** – a systematic approach. 2.^a ed. New York: Oxford University Press, 2006.

Holm, Søren. Not just autonomy - the principles of american biomedical ethics. **Journal of Medical Ethics** 21, n. 6 (1995): 332-338.

Rawls, John. A theory of justice. Ed. rev. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

Requena Meana, Pablo. Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana. **Cuadernos de Bioética** 19, n. 66 (2008): 255-270.

Richardson, Henry. Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems, **Philosophy & Public Affairs** 19 (1990).

Richardson, Henry. Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles, **Journal of Medicine and Philosophy** 25, n. 3 (2000): 285–307.

Ross, W. David. **The right and the good**. Oxford: Oxford University Press, 1930.

CAPÍTULO 3

TOWARDS NEW HUMAN RIGHTS FOR DEALING WITH THE CHALLENGES OF NEUROTECHNOLOGIES

ROBERTO ANDORNO

I. Introduction

Neuroscience gives us new insights into the brain's functioning, and offers unprecedented possibilities for accessing, recording, decoding and altering information from the human brain, and even for predicting and influencing individuals' behavior.

65

This is to say that neurotechnologies can interact in two different and even opposite ways with our brains, one passive and the other active:

- a) neurotechnologies can “read” our brain activity (and indirectly, read our thoughts, memories and preferences), and
- b) they can “write” to the brain in order to modify certain data or enhance certain cognitive abilities.

All this can have positive, therapeutic applications in the medical field, but raises also some serious ethical and legal concerns about potential misuses.

Just to give an example regarding behavior **prediction**, I can mention a study conducted in 2012 by a team of US neuroscientists suggesting that brain scans can help to determine whether certain convicted persons are at an increased risk of recidivism if released.

In this study, researchers followed a group of 96 male prisoners at prison release. Using fMRI, prisoners' brains were scanned during the performance of computer tasks in which they had to make quick decisions and inhibit impulsive reactions.

The researchers followed the ex-convicts for 4 years to see how they behaved. The study results indicate that those individuals showing low activity in a particular area of the frontal lobe are more likely to commit crimes again within 4 years of release. According to the study, the risk of recidivism is more than **double** in individuals showing low activity in that area of the brain than in individuals with high activity in that region. The scientists claim that they have identified a "potential neurocognitive biomarker for persistent antisocial behavior". In other words, according to them, brain scans can help determine whether certain convicted persons are more dangerous than others.

This makes me think of a science fiction story titled "The Minority Report", which was adapted into a movie in 2002. The plot is about a special police unit ("Precrime Division") which is able to identify and arrest murderers before they commit any crimes. The system is believed to be flawless until an officer from that same unit is mistakenly accused of a future murder. He must escape and prove that he is innocent^a

The proposal of using neurotechnologies to predict behavior in the criminal police and criminal justice is problematic. In particular: Can we be sure that brain scans will only identify the really high-risk offenders, and not others? It is important to note that these data have *probabilistic* nature, and it is not clear that they can be directly applied to predict the criminal behavior of a particular *individual*. There can perfectly be false positives, that is, people who are not at risk of recidivism, but whose low activity in the frontal lobe of the brain is due to some other factors. In any case, much more work is needed to ensure the reliability of the technique before authorizing its use by courts.

But before focusing on the new risks and dangers that neurotechnologies bring, I would like to briefly mention that, of course, they also offer many positive applications, especially in the medical field. Brain imaging techniques, various forms of brain-computer interfaces, and other related technologies have great potential to improve the wellbeing of patients with neurological diseases by providing new diagnostic, preventive and therapeutic strategies.

Besides the medical applications, neurodevices offer new opportunities for individuals to self-monitor their mental health and cognitive performance, to use brain-controlled computers, to communicate with others only with their thoughts, and even for entertainment purposes. Many of these applications are already on the market.

However, these same technologies create also new and serious ethical and legal challenges. Only from the point of view of the **privacy** of our minds, we must be aware that these tools involve recording and storing a **huge volume and variety of brain information**, which can be potentially accessed by third parties without

the individual's consent, or with a consent that is obtained by fraud or coercion. Those third parties could be very different:

- other individuals wanting, for instance, to blackmail someone;
- companies for marketing purposes (to promote certain products by having access to the mental preferences of consumers);
- employers interested in looking into their employees' minds to monitor their concentration at work;
- teachers and school authorities wanting to scan children's brains to see if they are paying sufficient attention to the lessons;
- and even States (authoritarian states) for political purposes, for instance, to identify opponents to the regime.

68

All this sounds like science-fiction, but many of these things are already happening, or will happen soon if no measures are taken to prevent them. For instance, in some areas of China, employers are already requiring workers to wear electroencephalography-based headsets to monitor their concentration level, for instance, to know if they are paying sufficient attention to what they are doing, to monitor their mood, if they are depressed and the level of depression, etc. Something similar is happening with schools. Even if this is done with the apparent consent of those individuals, it

is doubtful that their consent is really **free**, given the significant power-imbalance between both parties (between employers and employees; between teachers and students).

One may think: “Well, all this is not new; privacy violations have always existed, and they have been declared illegal.” For instance, the unauthorized access to private correspondence, the disclosure of personal information, for instance, of health data without the patient’s consent, etc. That’s true but, in my view, the new threats to privacy resulting from neurotechnologies are not at all comparable to the “classic” ones, like those that I have just mentioned. I would dare to say that they are **qualitatively different** from them. We are placed here on another and much higher level of privacy invasion. After all, the brain is the organ most closely connected to our **personality, to our thoughts and memories, to who we are**. The so-called “mind-reading technologies” are not just providing access to *information* about us. They have access to **our personality**, to our **inner life**. I think it’s difficult to conceive any other information that is more intimate and sensitive than this one.

I like to use a metaphor and to compare our minds to a fortress or castle. I see our minds as a kind of *last refuge of our freedom*. You know, fortresses in the middle age were very strong structures, that were usually placed at the top of a hill; they were well protected by high walls against any attack from the enemies. And it was extremely difficult, or impossible, for enemies to take them.

I claim that we have always conceived our minds (our inner life, our thoughts) as something invulnerable, something that is beyond any external control or monitoring. In the past, authoritarian governments could persecute their opponents, put them in prison, torture them, etc. But even in such extreme situations, those people were generally still free to continue **thinking** what

they wanted, because their minds were beyond any monitoring by the State. But this could not be anymore the case in the coming years in the absence of specific legal norms.

I would also like to mention that neurotechnologies do not ONLY jeopardize *mental privacy*, but also **freedom of thought and self-determination**, as they can theoretically be used as powerful tools for mind-control purposes, “brain-washing” and personality alteration.

It is true that freedom of thought is not new as a human right. On the contrary, it is one of oldest human rights, one of the first human rights to be recognized since at least the end of the 18th century, for instance, in the French Revolution’s declaration of rights. The Universal Declaration of Human Rights of 1948 refers to the freedom of thought. However, please note that these declarations only refer to the “manifestation” of thought and beliefs, and not to the thoughts *per se*.

But what is at risk with neurotechnologies are precisely our **thoughts as such**, and not just the **manifestation** of our thoughts. In other words, it is not just our *forum externum*, but rather our *forum internum*, our freedom of thought in the literal sense, the freedom to be able to **think** without being monitored or controlled by others.

Therefore, given the importance of all these values at stake that I have mentioned, it seems well that human rights have an important role to play here. The key questions are:

- How to find a balance between the expected benefits from neurotechnologies, especially in the medical

field, and the risks they pose to basic, fundamental human interests?

- More concretely, do we need new human rights (the so-called “neuro-rights) to protect these values?

- Or would it suffice to expand existing human rights, for instance, to interpret them extensively to cover these new issues?

- Should we move towards the development of an International Declaration of Neurotechnology and Human Rights?

I do not intend to answer all these difficult questions here, but I will first, briefly summarize a proposal for human rights in this area that I made in 2017, together with my colleague Marcello Ienca. Then, I will say a few words about the report developed by the International Bioethics Committee of UNESCO in December 2021.

71

II. A Proposal of International Neurorights

In that paper, we took as starting point the notion of “cognitive liberty”, that we understand basically as “mental self-determination”, in the negative *sense* that we have the right to *refuse* the coercive, non-consented use of neurotechnology. This principle is directly connected to the notion of freedom of thought.

Based on that general notion we proposed 3 rights:

1. the right to mental privacy
2. the right to mental integrity
3. the right to psychological continuity

1.Right to Mental Privacy

This right can be regarded as an extension of the general right to privacy but applied to a very special category of personal data: *the data from our brains*. This means that we have the right that our thoughts and memories (our inner life) are not “read” by others and are not used by others without our consent, and maybe even in some circumstances with our apparent consent (like in the examples that I mentioned from China).

72

Of course, it must be discussed if this right should be absolute or relative. I mean, whether under certain exceptional circumstances the compulsory use of mind-reading technologies can be allowed (for instance in the context of a criminal investigation and with a court order). It could also be discussed if in such cases, the compulsory “mind-reading” would not violate the principle that prohibits self-incrimination. All depends on whether brain data can be assimilated to a “declaration”, or whether it is just “information” about the person, similar to fingerprints or DNA). But I will not enter into this discussion.

2.Right to Mental Integrity

This right aims to prevent harm to our minds; it is not about the privacy of mental data here; it’s about protecting our brains (and our minds) from harm. For instance, imagine a criminal who

attempts to harm someone by hacking a BCI device (such as the one used for a Deep Brain Stimulation), or to make some harmful alterations in the brain, even if they do not necessarily change the individual's personality.

3. Right to Psychological Continuity

This right aims to prevent unconsented personality changes by third parties, and to protect our own identity across time.

This right overlaps to some extent with the previous one, but it is more focused on unconsented *personality changes*, and not just on harm to the brain per se. This is more about new forms of brain washing, or the alteration or deletion of memories that are relevant for our self-recognition, or the implantation of false memories, etc.

73

And also, here there is room for discussion as to whether such a right should be absolute or relative right (for instance, if such interventions could be allowed, for instance, as a corrective for persistent violent offenders like rapists, paedophiles, etc.).

So, basically, this was our proposal, which of course is provisional, in the sense that it can be corrected, completed or further developed. I think for instance of issues that we haven't addressed, such as discrimination based on brain data, or the right not to know information about our brain (similarly to the right not to know one's genetic information, which is already recognized by domestic and international law).

Besides the laws that may be adopted at the domestic level, I think it is clear that some minimal international standards are also necessary. As science becomes increasingly globalized, a coherent

and effective response to the new challenges raised by science should also be global.

I'd like to remind that around the end of the 1990s, the international community made significant efforts to address the then new challenges posed by genetic technology and to adopt specific international declarations (especially in the context of UNESCO).

I think it is perfectly conceivable -and desirable- that, similarly to what happened with the “genetic revolution”, specific international human rights standards are developed for dealing with the ongoing neuro-revolution. Of course, this is not in conflict with other possible strategies, like updating Commentaries to relevant provisions of the International Covenant on C&P right to propose an extensive interpretation of those provisions to cover the issues raised by neurotechnologies.

74

III. The UNESCO IBC Report on the Ethics of Neurotechnologies

Now I will say a few words about the Report of the UNESCO International Bioethics Committee (IBC) on this topic. It is titled “Report on the ethics of neurotechnology” and was approved in December 2021. It's a comprehensive and dense document of around 50 pages. It analyses in depth the ethical and legal issues raised by neurotechnological developments.

Why is UNESCO taking the initiative on this? As you know, UNESCO is the UN agency for Education, Science and Culture. It has been very much involved in bioethical issues since 1993, when the IBC was created. I had myself the opportunity to be a member of the IBC as representative of Argentina for some years, and to

be involved in the drafting of two international declarations (one on genetic data in 2003, and one of bioethics and human rights in 2005). In my opinion, something similar could happen with neurotechnologies, in the form of an international Declaration.

Declarations are soft law instruments (this means that they are, strictly speaking, not legally binding). However, they should not be underestimated. They play an important role by helping countries to become familiar with new topics and to encourage them to pass domestic laws in these areas; in addition, these soft law instruments can be the first step towards the development of binding instruments (conventions or treaties). I mean, they are not merely “ethical recommendations” as sometimes they are labelled. They have a special legal nature; they are not immediately binding but they are potentially binding.

I was happy to see that this new report of the IBC explicitly supports this possibility of adopting a Declaration on human rights and neurotechnology (n° 168; n° 184). Certainly, the report does not represent necessarily the position of States. It’s the opinion of a group of experts, but it’s an influential opinion, as those experts have been proposed by governments. I think it is likely that this report will inspire the drafting work of the Declaration of Neurotechnology and Human Rights, if the Member States of UNESCO finally decide to elaborate such a document.

The report mentions the human values that are challenged by neurotechnologies, such as:

- a - **Mental integrity and human dignity.** The growing neurotechnological possibilities to modify

the brain, and consequently the mind, in an invasive and pervasive way (...).

b - **Personal identity.** This refers to our ability to think and feel for ourselves (...). Because, if “brains are connected to computers, an individual’s identity can become diluted, in part because algorithms help them make decisions and can consequently blur the participation of the individual-self (...).

c - **Freedom of thought, cognitive liberty.**

d - **Mental privacy and brain data confidentiality.** There are specific issues that can arise from brain data collected by neurotechnology. Mental activity is the most intimate part of the human being, and should be protected against illegitimate interference. Neurotechnologies can acquire a lot of data from users and these data need to be protected. It emphasizes the specificity of mental data.

e - **Distributive justice.** Neurotechnology may increase inequalities.

f - **Discrimination/bias** resulting from the combination with AI and algorithms driving contemporary neurotechnologies.

The report makes also some concrete Recommendations to Member States, in particular:

- to adapt existing human rights instruments to deal with this new challenge and maybe to declare new human rights in this area.

According to the IBC, for the purpose of elaborating an international instrument, the following principles are essential:

a - all human beings have a right to protection of their brain activities regardless of race, gender, socio-economic status and cognitive abilities.

b - brain data obtained from, with, or via neurotechnology must never be used for surveillance or profiling without proper informed consent, and never for potential discrimination based on cognitive or other mental features.

c - uses of neurotechnology by state and non-state actors should be scrutinized for possible violations of human rights.

IV. Conclusion

I come to my conclusions: On the one hand, neurotechnologies are providing new diagnostic, preventive and therapeutic tools and contribute in this way to the well-being of neurological patients. On the other hand, they create new serious potential threats to basic human interests: our freedom of thought, the privacy of our mental

life, our mental integrity, our personal identity. These values are crucial, as they directly relate to our personhood, to our self.

This is why they need to be protected by specific legal norms, including human rights norms. This can be done either through the expansion of existing human rights, the extensive interpretation of current human rights, or with the development of new specific human rights.

The UNESCO IBC report represents a very valuable and solid contribution to this debate and helps to prepare the ground for the development of an international instrument on this matter. At the same time, it encourages states to be active in this field and to adopt specific laws to prevent a misuse of neurotechnologies.

CAPÍTULO 4

CUIDADO EMPÁTICO COMO COMANDO DE UMA NOVA BIOÉTICA CLÍNICA

ALINE ALBUQUERQUE

1.Introdução

A Bioética, nos anos setenta, ao ser formulada como novo campo do conhecimento, apresentou duas dimensões, a potteriana, focada na construção de uma ponte entre a ciência e os valores, e a de Hellegers, de cunho clínico, voltada para as questões emergentes dos cuidados em saúde. Ao longo do tempo, a Bioética foi ganhando novos contornos, sendo enfatizadas as suas perspectivas ambientais e sociais, o que se expressou na adoção, em 2005, pela UNESCO, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Embora a ampliação do escopo da Bioética seja louvável, superando a perspectiva micro das questões clínicas, o que se nota é que as principais questões éticas concernentes aos cuidados em saúde ainda não foram superadas. Ademais, ressalta-se que a Bioética Clínica, notadamente por meio do Princípio do Bem, pouco contribuiu para a alteração do quadro de práticas abusivas no contexto dos cuidados em saúde, para o enfrentamento da assimetria de poder na relação entre profissional-paciente e se conferir cen-

tralidade ao paciente, notadamente mediante o respeito aos seus direitos enquanto tal.

Com efeito, as instituições de saúde estão repletas de práticas abusivas e discriminatórias em face dos pacientes. As condutas de profissionais que não respeitam os direitos dos pacientes acarretam resultados inadequados nos cuidados em saúde e a insatisfação do paciente. Ainda, quando os pacientes vivenciam situações violadoras de seus direitos passam a rezear buscar os serviços de saúde, o que impacta negativamente na saúde do próprio paciente e da população em geral. Assim, estudo sobre o tema demonstrou que os pacientes são comumente ignorados, discriminados, intimidados e rotulados em razão do seu estado social. Essas práticas afetam a qualidade do cuidado.

80

No mesmo sentido, pesquisas sobre a temática indicam que quando o cuidado é centrado no paciente e a sua dignidade é preservada, o paciente se sente mais seguro para contar aspectos importantes da sua condição de saúde, o que acarreta menos erros de diagnóstico, o tempo de permanência no hospital reduz e se tornam mais engajados no próprio cuidado.

Desse modo, o contexto atual dos cuidados de saúde, que perpetua a posição subalterna do paciente e a violação de direitos dos pacientes, demanda a construção de uma teoria bioética aliçada no compromisso ético de alteração dessa realidade. Por consequência, o Princípioalismo, corrente hegemônica da Bioética Clínica, há que ser superado, bem como outro arcabouço precisa ser formulado, tal como o que ora se propõe fundamentado na empatia clínica e no cuidado empático. Esse novo arcabouço para a Bioética Clínica conforma uma vertente inovadora denominada de “Bioética dos Cuidados em Saúde”. Esses estudos tiveram como objeto a estruturação teórica da Bioética dos Cuidados em

Saúde; no entanto, não se focaram no cuidado empático, enquanto comando ético estruturante dessa nova proposição teórico-normativa. Com efeito, a Bioética Clínica, que consiste na análise e na prescrição de condutas na prática clínica voltadas para o balizamento do cuidado em saúde, é constituída por saberes não apenas de cunho teórico, mas também normativos, haja vista que a Bioética é uma ética aplicada e tem o condão de ofertar ferramentas para a prescrição de condutas e resolução de conflitos.

A empatia clínica que consiste na capacidade do profissional de saúde de ser empático em relação ao paciente constitui um preditor de comportamentos pró-paciente, na medida em que implica uma atitude do profissional na direção do seu reconhecimento como agente moral dotado de perspectiva própria, emoções, necessidades e preferências. Nessa direção, o cuidado em saúde baseado na empatia clínica, denominado neste estudo de “cuidado empático”, também apresenta uma conformação que o situa como comando ético da Bioética Clínica, porquanto pressupõe que o profissional de saúde perceba o paciente de determinada forma e se conduza consoante tal percepção, conforme será demonstrado neste artigo.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo central formular a proposição de aportes teóricos para a Bioética dos Cuidados em Saúde com base na empatia clínica e, especificamente, por meio da formulação do conceito de cuidado empático, enquanto comando constituinte e estruturante dessa nova vertente da Bioética Clínica. Desse modo, tem-se como escopo, em última instância, ofertar para bioeticistas e membros de Comitês Hospitalares de Bioética a reflexão acerca da necessidade de substituir o Principlismo com base em uma Bioética Clínica alicerçada em uma nova ética substantiva capaz de conferir argumentos, critérios e justificativas para a análise de casos e propor prescrições de condutas. Considere-

rando os estudos previamente levados a cabo, este artigo teórico se fundamenta, como apontado, nas pesquisas de Albuquerque e Tanure, Jeffrey e de Churchill, Fanning e Schenck sobre a proposta de uma nova vertente para a Bioética Clínica. Registra-se que não se trata de pesquisa bibliográfica, mas sim de investigação de natureza teórica, que se fundamenta em marcos escolhidos e a sua aplicação em determinado objeto para a formulação original de aportes teóricos. Quanto à empatia clínica, o referencial proposto se ancora nos estudos de Howick e seus colaboradores. A referência adotada para o conceito de cuidado, foi a de Herring e de Maio, no que concerne à sua análise de Tronto e Ricoeur; e o cuidado empático é uma novidade deste estudo, que se origina das pesquisas prévias desenvolvidas pela autora, fundamentada nas formulações de Cameron e colaboradores sobre escolha empática.

82

Este artigo se encontra estruturado em quatro partes: a primeira tem como escopo delinear a nova vertente da Bioética Clínica, a Bioética dos Cuidados em Saúde; a segunda apresenta o conceito de empatia clínica empregado neste estudo; em seguida, tem-se como escopo o cuidado empático na prática clínica; e, por fim, tem-se o estudo do cuidado empático como comando ético Bioética dos Cuidados em Saúde e suas interfaces com a escolha empática.

2. Bioética dos Cuidados em Saúde: Novo Referencial Bioético para a Prática Clínica

A Bioética dos Cuidados em Saúde consiste em uma vertente da Bioética Clínica que sustenta o modelo biopsicossocial, a centralidade do paciente e a importância da relação entre profissio-

nal e paciente. Ademais, essa vertente advoga uma transição do predomínio da voz do profissional e das evidências biomédicas no encontro clínico para tomar em conta, seriamente, o conhecimento experiencial do paciente, bem como de uma prática clínica “orientada pela doença ou pela tarefa a ser cumprida” para “orientada pelo paciente”. Howick e Rees assinalam que há um novo paradigma nos cuidados em saúde, no qual o eixo central da prática clínica é a relação humana. Consoante esse novo paradigma, há alguns elementos fundamentais que interessam diretamente à Bioética dos Cuidados em Saúde: (a) a comunicação empática é entendida como uma intervenção efetiva por si só; (b) as visões dos pacientes e suas experiências são valoradas como parte do processo de tomada de decisão; (c) a capacidade do paciente e de cuidadores de acessar, entender e usar a informação em saúde é apoiada. Considerando a formulação acima, espera-se que uma vertente da Bioética Clínica promova relações entre profissionais e pacientes que reconheçam a sua individualidade e atendam às suas preocupações.

A Bioética dos Cuidados em Saúde tem como fonte para a formulação de seus aportes teóricos a experiência do paciente, sem descuidar do papel do profissional, até porque a relação entre ambos é um dos aportes que a estrutura. Mas, distintamente de outras vertentes bioéticas, não é a vivência clínica do profissional que irá ditar o substrato sobre o qual se constroem os temas centrais e seus aportes. Dessa forma, a Bioética dos Cuidados em Saúde se alicerça na empatia clínica e nos seus desdobramentos nos diversos componentes da qualidade do cuidado, como a comunicação, a parceria entre profissional-paciente e a centralidade do paciente. Esses aportes teóricos se conjugam com o respeito e a promoção dos direitos humanos aplicados ao contexto dos cuidados em saúde.

de, os quais devem ser observados *prima facie* por todos, inclusive pelos profissionais de saúde. Ressalte-se, ademais, que não há na atualidade uma abordagem ética que não deva levar em conta os direitos humanos, notadamente quando se trata de contexto no qual um dos seus atores apresenta uma condição de vulnerabilidade acrescida, como o paciente. Desse modo, a Bioética dos Cuidados em Saúde é constituída por aportes teóricos e prescrições normativas. Esses aportes teóricos são desdobrados em três eixos: (a) comunicação empática entre profissional de saúde e paciente; (b) relação de parceria entre profissional de saúde e paciente; (c) centralidade e empoderamento do paciente, cuja voz há que ser amplificada nos cuidados em saúde. As suas prescrições normativas são estabelecidas pelo referencial teórico-normativo dos Direitos Humanos do Paciente. Os eixos teóricos e o referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes não serão objeto de desenvolvimento neste artigo, porquanto tem-se como escopo desenvolver o conceito de cuidado empático, fundante dos eixos aludidos, que foram desenvolvidos em pesquisas pretéritas.

2.1 Empatia Clínica

A empatia é uma capacidade multidimensional, complexa e importante para vida social e atrelada à sobrevivência da espécie humana, apresentando, assim, um traço evolutivo. Neste estudo, parte-se do entendimento de empatia como a capacidade humana cognitiva e emocional que permite a ressonância das emoções do outro, o entendimento dos seus estados mentais e a tomada da sua perspectiva. Ainda, a empatia pressupõe a diferenciação de si em relação ao outro, logo, não significa colocar a si mesmo no

lugar do outro. Com efeito, a empatia consiste na capacidade de me conectar com o mundo de outra pessoa, sintonizando-me com as suas emoções e entendendo seus pensamentos e a situação em que se encontra. Assim, nota-se que empatia é complexa e implica uma abertura para o outro; por conseguinte, não é automática como o contágio emocional, nem demanda que haja a similitude emocional, mas sim uma sintonia ou ressonância emocional. No mesmo sentido, exige certo nível de imaginação para a tomada de perspectiva, o que pode ser matizado a depender da situação. Em suma, a empatia provê um conhecimento singular do mundo interno do outro.

Considerando que há uma confusão no campo dos cuidados de saúde entre empatia e compaixão, será feita uma breve distinção entre ambos os construtos. A compaixão é uma emoção ocasionada pela consciência de que outra pessoa vivencia uma situação de sofrimento sem merecer, apresentando três elementos: o sofrimento sério de outrem; a situação causadora do sofrimento não foi provocada por culpa de quem sofre; a pessoa que sofre é merecedora de preocupação. Em síntese, a compaixão envolve a consciência do sofrimento do outro e a intenção de aliviá-lo.

Distintamente, a empatia é uma capacidade multidimensional complexa, que abarca funções cognitivas complexas, como a tomada de perspectiva, e não é vinculada necessariamente a uma situação de sofrimento da outra pessoa, podendo ressoar emoções positivas, como a alegria. Ainda, a empatia não engloba um movimento em busca de alívio do sofrimento, embora seja uma preditora de comportamentos pró-sociais.

Na esfera dos cuidados em saúde, a capacidade empática do profissional de saúde em relação ao paciente é denominada de empatia clínica. Com efeito, Howick e Rees estruturam o conceito de

empatia clínica a partir de três componentes: (a) entendimento da situação do paciente, suas emoções e perspectivas, reconhecendo as dificuldades de se colocar no lugar do paciente; (b) comunicação desse entendimento, checando a sua acurácia; (c) atuação de acordo com esse entendimento, de forma que ajude o paciente. Para tanto, os estudos sobre a temática apontam que os profissionais de saúde devem ter as seguintes condutas como norteadoras do cuidado empático: (a) adotar tempo suficiente para a entender a história do paciente; (b) conversar sobre assuntos gerais; (c) oferecer encorajamento; (d) dar sinais verbais de que o paciente está sendo compreendido (hmm, ahh, etc.); (e) estar fisicamente engajado (por meio da adoção de determinadas posturas, gestos, contato visual, toque apropriado e outros); (f) ser acolhedor durante a consulta, desde o seu começo até o final.

86

Desse modo, há consenso na literatura especializada sobre o tema de que a empatia clínica é constituída por três componentes.

Portanto, pode-se afirmar que a empatia clínica envolve a capacidade do profissional de entender o ponto de vista do paciente e a sua situação de saúde, expressar esse entendimento e participar da tomada de decisão com base nesse entendimento compartilhado.

3.Cuidado Empático na Prática Clínica

3.1 Dimensão do Cuidado sob a Perspectiva da Ética do Cuidado

O conceito de cuidado é impreciso e apresenta proposições não uníssonas. Diante da dificuldade de demarcá-lo, serão focados os

seus quatro componentes constituintes, nos termos sustentados por Herring. Previamente à abordagem de tais componentes, é essencial enfatizar o aspecto relacional do cuidado. Distintamente, da perspectiva liberal política, na qual o ser humano é visto de forma atomizada, apartado das suas relações e comunidade, a perspectiva relacional traz como elemento central da ética o fato de os seres humanos serem relacionais e viverem de forma inter-relacionada, interdependente e interconectada. Essa perspectiva relacional é substrato constitutivo da ética do cuidado, formulada por Herring, Gilligan, Noddings e Tronto. A ética do cuidado é uma importante vertente da Bioética Clínica, fundada em estudos feministas, e que sustenta, em linhas gerais, formulações não universais e indutivas, baseadas no reconhecimento de que as bases para decisão ética se extraem das relações humanas concretas. Assim, Gilligan opôs a “ética da justiça”, alicerçada em princípios e análises dedutivas, à “ética do cuidado”, contextual e focada na preservação das relações. Tronto, diferentemente de Gilligan, entende o cuidado com uma atividade e incorpora princípios universais, como o dever de cuidado de todos em relação aos seus próximos, que envolve a percepção da existência de uma necessidade e a avaliação do seu atendimento, bem como a determinação de como responder à essa necessidade. Noddings, por sua vez, aborda uma característica fundamental do cuidado, qual seja, a atenção em relação ao outro, na medida em que a escuta e a conexão com o outro permite um deslocamento motivacional, que implica colocar o outro no centro de modo a atender às suas necessidades, consistindo na cadeia básica do cuidado.

Importante notar que Noddings expõe uma interface entre cuidado e empatia, sem, contudo formular o conceito de cuidado empático.

Retomando aos componentes conformadores do cuidado, segundo Herring, esses são: (a) atendimento das necessidades; (b) respeito; (c) responsabilidade; (d) relacional. No que tange ao atendimento das necessidades, todos os seres humanos têm necessidade de serem cuidados, por isso cuidamos dos outros e somos cuidados, uma necessidade equivalente ao de respirar ar puro. O respeito significa que o cuidado impõe atenção em relação às necessidades do outro e à resposta adequada a tais necessidades, sem objetificá-lo. Igualmente, o respeito abarca outros aspectos: o reconhecimento da humanidade no outro; a escuta do outro e o seu consentimento para o cuidado; o tratamento conforme sua dignidade inerente; e a consciência sobre como o outro vivencia a experiência de ser cuidado. A responsabilidade diz respeito ao cuidador, especificamente, sobre a sua responsabilidade de cuidar não apenas quando deseja ou é de sua conveniência, mostrando uma disposição para o cuidado a despeito das suas preferências. Por fim, o cuidado deve ser compreendido no contexto de relacionamentos recíprocos.

Portanto, conforme a ética do cuidado de Herring, o cuidado visa atender às necessidades humanas de forma que a interação entre o cuidador e o cuidado seja vista como recíproca e mutuamente significativa, baseado no respeito ao outro e ciente da responsabilidade social de sua provisão.

Quanto ao papel das emoções na ética do cuidado, de acordo com Herring, essas oferecem *insights* morais, e se cabe à lei promover relações de cuidado, as emoções devem ser levadas à sério nas legislações, porquanto são inefetivas para fomentar o cuidado nas sociedades caso não considerem as emoções nas interações humanas.

Endossando a perspectiva de Herring, Maio aponta que a ética do cuidado apregoa o valor das emoções na constituição da mora-

lidade. Quanto a tal ponto, Albuquerque demonstrou que não há na atualidade como sustentar a dissociação entre os julgamentos e as decisões morais sem considerar as emoções.

Maio examina a formulação de cuidado de Ricoeur, para o qual o cuidado é estar com alguém e para alguém, sendo bidirecional na medida em que a pessoa cuidada também provoca mudanças no cuidador. A nossa visão de nós mesmos é moldada pelas interações com o outro e isso também se mostra na relação de cuidado. E, nessa relação, o cuidador, uma vez consciente e aberto para essa característica relacional do ser humano, pode se colocar de forma menos assimétrica, na medida em que a assimetria de poder está presente na relação de cuidado. Para Ricoeur, o cuidado consiste numa combinação de autoconsciência, intencionalidade (orientação na direção do outro), boa-vontade e espontaneidade.

Neste estudo, não se tem como objetivo aprofundar a reflexão sobre a ética do cuidado, mas tão somente empregar o conceito de cuidado, formulado por Herring, assim como destacar a convergência entre a ética do cuidado e a Bioética dos Cuidados em Saúde, mormente quanto à importância conferida às relações humanas e à dimensão emocional do ser humano. Por outro lado, distancia-se da sua negativa em aceitar princípios universais e a normatividade no campo clínico. Portanto, o entendimento do que seja o cuidado empático é extraído de construtos da ética do cuidado, por conseguinte, a Bioética dos Cuidados em Saúde é uma vertente próxima da ética do cuidado por destacar a relação, a necessidade e as emoções, bem como de uma ética principiológica, ancorada em prescrições normativas balizadoras do cuidado, como os direitos humanos.

3.2 Cuidado Empático no Contexto Clínico

O cuidado em saúde é um conjunto de práticas levadas a cabo pelo profissional de saúde de modo relacional e interativo com o paciente, objetivando responder às suas necessidades. A noção de cuidado como prática é extraída de Tronto, para a qual o cuidado está conectado com atitudes e ações, bem como de Herring, que considera o cuidado como uma atividade destinada a atender necessidades. O cuidado no contexto clínico acontece numa interação entre o paciente o profissional, em que se tem a presença do diálogo por meio do qual desenvolvem uma compreensão compartilhada da situação do paciente, bem como identificam e descobrem meios de melhorá-la, segundo as preferências de cada paciente. Sendo assim, o cuidado em saúde consiste, além de ações desenvolvidas pelos profissionais, também num processo relacional, comunicacional e dialógico.

90

Para que esse cuidado seja adjetivado como empático, a empatia clínica deve estar presente seja na sua dimensão constitutiva, enquanto capacidade do profissional de saúde, e na sua dimensão relacional, quando essa capacidade se expressa na interação com o paciente. Desse modo, o cuidado em saúde empático é aquele provido por um profissional de saúde empático e que recruta a sua empatia quando da sua interação com o paciente. Para que o cuidado seja empático, o profissional precisa escolher ser empático e o ambiente em que se encontra precisa propiciar essa escolha. Assim, a escolha empática é um componente do cuidado empático, pois, sem essa escolha, o profissional de saúde não será empático, compreendendo a empatia em suas dimensões cognitiva e emocional. Consequentemente, nota-se a importância de discorrer sobre a escolha empática do profissional de saúde.

Embora a empatia seja uma capacidade humana, também é produto de um processo dinâmico de decisão acerca de ser ou não empático em dado contexto. Esse processo é baseado numa decisão que ocorre rápida e inconscientemente, que sopesa e prioriza objetivos, como evitar custos materiais e manter relações sociais. A escolha em ser empático ou não significa valorar e selecionar alguns objetivos em detrimento de outros. Exemplificando, empatizar com outra pessoa pode satisfazer nosso objetivo em ser moral, mas obstar o objetivo de minimizar esforço.

Desse modo, não obstante os benefícios sociais e individuais da empatia sejam amplamente reconhecidos, também apresenta custos e é condicionada ao contexto e ao ambiente no qual a pessoa se encontra. Isto é, a empatia nos impulsiona a ajudar aqueles com os quais compartilhamos nossos genes e a cooperação recíproca com mútuo benefício; por outro lado, possui custos emocionais, cognitivos e materiais. E, além disso, se condiciona a externalidades do contexto e do ambiente. Considerando os custos da empatia, indaga-se acerca da escolha empática, ou seja, seres humanos realizam escolhas em serem ou não empáticos em face dos seus benefícios e custos. Segundo Cameron e colaboradores, em geral, as pessoas escolhem em não serem empáticas, preferência que é conduzida pelo julgamento sobre os custos da empatia, inerentes ao ato de empatizar.

Com efeito, a empatia é um fenômeno motivacional, assim, ao se alterar a motivação das pessoas para exercer a sua capacidade empática, essa pode ser recrutada e incrementada. Essa motivação decorre do valor subjetivo esperado, o que engloba o peso que cada um confere aos custos e às recompensas presentes no exercício da capacidade empática. Assim, a empatia pode ser evitada quando há custos materiais - ser empático custa tempo e dinheiro -

ou emocionais, quando ser empático se associa à angústia. Quanto aos custos cognitivos, esses abarcam o esforço, a aversão e a ineficácia. Neste estudo, destacam-se os custos do esforço e da ineficácia, pois são aplicados no contexto da prática clínica por Cameron e colaboradores. O esforço é entendido como a intensificação subjetiva de atividade física e/ou mental visando ao atingimento de determinado objetivo. A ineficácia é compreendida como a falta de acurácia na ressonância emocional e no entendimento da situação e dos estados mentais do outro.

Sublinha-se o fato de que mesmo quando há recompensas em ser empático, como a presença de emoções positivas, há custos, criando um desejo robusto em evitar a empatia. Desse modo, quando as pessoas se veem prestes a entrar numa situação provocadora do recrutamento da sua empatia, tendem a pesar o valor esperado dos seus custos mentais, como esforço, emoções negativas e ineficácia, além dos custos materiais e recompensas, essas, comumente, dizem respeito ao seu desejo de fazer a coisa certa e se ajustar às normas sociais.

Particularmente, no caso de médicos, estudos demonstram que relatam aumento de satisfação por ajudarem outrem, exibindo um aumento da empatia, bem como uma habilidade de regulação da sua capacidade empática para evitar custos psicológicos. A pesquisa de Cameron e Inzlicht sobre a temática aponta que médicos exibem menos empatia quando comparados com o grupo controle, embora outras pesquisas não endossem essa distinção. Ao contrário, algumas mostram que médicos demonstram maior probabilidade de escolha empática. Ademais, para os autores, nota-se a presença de fatores motivacionais significativos na escolha empática no ambiente laboral associada a experiências positivas em ajudar os outros, levando à conclusão de que, no caso dos médicos,

a empatia é mais relevante para a adoção de comportamentos de ajuda, o que se associa positivamente à escolha empática. O fato de os médicos realizarem autorregulação emocional para evitar uma fadiga empática, conforme os autores, não conduz à assertiva de que essa regulação gera déficit empático. Ainda, quanto à escolha empática dos médicos, essa é motivada pela crença de que a empatia é útil na prática clínica e de que ser empático traz satisfação.

Outro fator que impacta na empatia dos médicos é o senso de ineficácia, ou seja, a sua percepção de eficácia ao inferir os estados mentais e a situação do paciente, o que pode ser melhorado com a sua formação em comunicação e educação continuada nessa temática.

As pessoas escolhem serem ou não empáticas de diferentes formas, dependendo dos seus objetivos, logo, a modulação desses objetivos pode alterar como regulam sua empatia, e, no caso dos médicos, como provêm cuidado para os pacientes. Exemplificando, caso os médicos sejam levados a refletir sobre o papel essencial que a empatia tem nos cuidados em saúde, isso pode incrementar sua escolha empática, do mesmo modo, se forem permanentemente lembrados de que a empatia conduz a resultados positivos e satisfatórios na sua interação com os pacientes.

Não obstante o fato de que ser empático provoque nos seres humanos o senso de que estão fazendo algo bom, o que traz impactos positivos para sua autoestima e orgulho de si mesmo, bem como facilita a aproximação, as relações positivas e motiva comportamentos pró-sociais, a escolha empática não é sempre feita. Como visto, ser empático é custoso e há certa tendência de não escolhermos ser empático, entretanto, quando se trata de profissionais de saúde essa escolha deve ser percebida de outra forma, na medida em que a empatia clínica é um fator comprovado de incremento

da qualidade do cuidado em saúde, bem como de benefícios para pacientes e os próprios profissionais. Diante disso, pode-se afirmar que os profissionais de saúde, em particular, não têm escolha empática, isto é, não podem escolher deixar de ser empáticos em relação aos pacientes. Até mesmo porque a seleção de se engajar ou não em situações que podem nos demandar sermos empáticos ou não, inexistente no caso dos cuidados em saúde, haja vista que sempre a interação com o paciente demanda certo nível de capacidade empática do profissional. Assim, embora se parta da premissa de que ser empático é constituinte da profissão de saúde, isso não significa que os profissionais, na prática, deixarão de sopesar os custos e as recompensas em serem empáticos, por isso, além de sustentar que a empatia clínica é uma habilidade profissional, há que se prover ambiência e motivação para que escolhas empáticas sejam feitas no cotidiano dos cuidados em saúde. Desse modo, exige-se que os sistemas de saúde sejam constituídos com base no cuidado empático de modo que haja uma ambiência propícia para a escolha empática, o que impõe o reconhecimento de que o cuidado empático é um comando ético central da prática clínica.

4. O Cuidado Empático como Comando Ético da Bioética dos Cuidados em Saúde

A Bioética dos Cuidados em Saúde é um referencial ético para a prática clínica que se fundamenta em aportes teóricos e prescrições normativas, quais sejam: (a) comunicação empática entre profissional de saúde e paciente; (b) relação de parceria entre profissional de saúde e paciente; (c) centralidade e empoderamento do paciente; e as suas prescrições normativas são estabelecidas pelo

referencial teórico-normativo dos Direitos Humanos do Paciente. Para além desse arcabouço, o cuidado preconizado pela Bioética dos Cuidados em Saúde é o empático, ou seja, aquele cuidado que consiste na resposta relacional do profissional fundamentada na compreensão da situação do paciente e das suas necessidades, levada a cabo por meio da empatia expressada na interação entre ambos. O cuidado em saúde tem como finalidade responder às necessidades do paciente, mas não aquelas supostas pelo profissional, mas sim as extraídas da interação empática entre ambos. Portanto, o cuidado empático é um comando ético estruturante da Bioética dos Cuidados em Saúde.

A Bioética dos Cuidados em Saúde, na linha da ética do cuidado, parte da interdependência dos seres humanos e não considera o paciente que se encontra em situação de vulnerabilidade acrescida inferior, incapaz ou inábil. No mesmo sentido, a assimetria de poder presente na relação entre profissional e paciente não pode conduzir a um paternalismo benevolente; ao revés, o reconhecimento de que a relação é desigual leva a se postular o mesmo nível de respeito, o qual se associa à empatia clínica, na medida em que propicia que se apreendam as necessidades e as preferências dos pacientes, guias para a tomada de decisão. Portanto, o cuidado empático é um comando crucial para se respeitar o paciente, sendo uma ferramenta na mitigação da assimetria de poder. Ademais, a Bioética dos Cuidados em Saúde incorpora a responsividade da ética do cuidado ao ser uma ética primariamente focada na resposta daquele que necessita do cuidado, sendo uma ética “*response-focused*”. E, apenas o cuidado empático permite a efetiva realização dessa responsividade, pois sem acessar os estados mentais e a situação do paciente, não há como o profissional responder adequadamente às suas necessidades.

Para efetivar esse comando ético da Bioética dos Cuidados em Saúde, os profissionais de saúde precisam na sua formação e na sua educação continuada estarem conscientes de que a sua capacidade empática é benéfica para os pacientes e para eles próprios, bem como para a provisão de cuidados de qualidade, impactando em todo o sistema de saúde. Além disso, é essencial que o cuidado empático seja entendido como um comando ético, ou seja, como a escolha certa a ser feita. Essa percepção por parte do profissional de saúde de que está fazendo algo moral e socialmente valorizado e útil tem o condão de promover a sua escolha empática.

96

Ressoar as emoções do paciente, compreender a sua perspectiva, incluindo necessidades e preferências, é um comando ético que integra o Cuidado Centrado no Paciente, a Tomada de Decisão Compartilhada, a participação do paciente em seu próprio cuidado e a efetivação dos direitos dos pacientes, abordagens constitutivas da Bioética dos Cuidados em Saúde. Isso porque empatizar com o paciente provê informações sobre seus estados mentais e situação, o que facilita a interação e melhora a comunicação. Assim, o profissional de saúde pode ser motivado a valorar o cuidado empático não apenas como um objetivo em si, mas também como meio para outros objetivos, como o de prover cuidado de qualidade para o paciente.

Os custos cognitivos e emocionais do cuidado empático não devem ser negados ou mitigados para os profissionais de saúde; ao revés, é importante que sejam abordados no seu processo de formação e educação continuada para que estejam conscientes de que a sua profissão tem questões próprias com as quais devem lidar. Escamotear a complexidade das relações humanas e enfatizar tão somente seu lado positivo não se revela adequado para o profissional de saúde enfrentar no cotidiano as emoções que emergem

do encontro com o paciente. Nesse sentido, é imperioso que a comunicação também seja integrada ao elenco das habilidades profissionais, particularmente, a comunicação empática relacionada ao paciente, pois um dos custos cognitivos da escolha empática é o receio de falhar na inferência dos estados mentais e situação do paciente, o que está intimamente atrelado ao componente comunicacional da empatia clínica.

Da mesma forma, é preciso elucidar as recompensas em ser empático e que, quando realizam a opção por ser um profissional de saúde, a empatia é uma das habilidades requeridas. Igualmente, é crucial evidenciar que as recompensas superam os custos. As recompensas são senso de proximidade, afiliação e de autoeficácia e competência relacional, bem como motivação altruísta e comportamento pró-social, o que aumenta a habilidade de regular suas interações sociais e cooperar na direção de objetivos compartilhados.

Além disso, quando o profissional de saúde recebe os benefícios do seu comportamento de ajuda do paciente, como a sua gratidão, e percebe sua competência empática, é incorporado ao seu repertório sentimentos positivos, contribuindo para seu bem-estar e resiliência.

Sendo assim, quando o cuidado empático é valorizado nos Cursos de Graduação da área da saúde, nas instituições e sistemas de saúde, os profissionais que buscam ser empáticos também são socialmente reconhecidos como exemplos a serem seguidos, sendo reputados como modelos e bons profissionais. Isso é fundamental para a escolha empática na medida em que é recompensador ter uma boa reputação e ser reconhecido ao ser empático, mitigando os custos da empatia.

Por consequência, o cuidado empático deve ser introduzido como o cuidado em saúde modelar de todo o sistema de saúde e ser o fundamento da Medicina, da Enfermagem e de outras áreas da saúde.

Particularmente, no contexto dos sistemas de saúde, a estrutura e o modo em que se organizam contribuem para que determinadas crenças sejam incorporadas pelos profissionais de saúde. Dessa forma, é importante que as instituições e os sistemas de saúde facilitem a formação e a manutenção da justificativa moral dessas crenças. Uma das formas das instituições de influenciar as crenças morais e as ações individuais é criando condições que promovam certas práticas e reforcem a conservação de certos pontos de vista. Quando se trata da empatia, os sistemas e as instituições de saúde devem recompensar e reforçar crenças de que a capacidade empática e o cuidado empático são valores inegociáveis.

98

Os profissionais de saúde realizam, de forma inconsciente, a escolha de objetivos subjacentes à decisão em ser ou não empáticos. Para que haja a motivação em tomar decisões pela escolha empática, é necessário adotar as seguintes intervenções motivacionais: (a) reconhecer os custos da empatia e tratar do tema abertamente com os estudantes e profissionais de saúde; (b) criar um contexto no qual se incrementem as recompensas em ser empático, tais como ter o cuidado empático valorizado pela instituição e o sistema de saúde, cultivar a importância em adotar comportamentos pró-paciente, adotar processos de trabalho que propiciem a empatia no encontro clínico e reconhecer os profissionais de saúde empáticos; (c) incluir na formação do estudante de saúde e na educação continuada do profissional, o cuidado empático como um objetivo profissional, assim como a empatia e a comunicação enquanto habilidades profissionais, aumentando o senso de autoeficácia do

profissional; (d) adotar como valores da instituição e do sistema de saúde os objetivos correlatos ao cuidado empático, como o de prover cuidado de qualidade, responder adequadamente às necessidades dos pacientes e ser um profissional ético. Com efeito, escolher ser empático implica priorizar os objetivos atrelados ao cuidado empático em detrimento dos seus custos; portanto, é essencial que esses objetivos sejam cultivados desde a formação do profissional de saúde e continuamente lembrados, na medida em que tais objetivos devem fazer sentido subjetivo para os profissionais e não serem impostos. Pesquisas apontam que os indivíduos que conferem valor intrínseco à empatia, valorizam esses objetivos que lhe são correlatos, priorizando-os quando se deparam com os custos de serem empáticos.

Por fim, registre-se que, além dos custos cognitivos e emocionais de ser empático, há uma série de barreiras para que a empatia clínica seja recrutada pelo profissional de saúde. Essas barreiras não são objeto deste estudo, porquanto se tem como foco o cuidado empático como um comando ético da prática clínica.

99

5. Considerações Finais

Ao longo da história, o cuidado em saúde foi provido como o enfrentamento da doença ou a busca da cura e não como uma relação humana responsiva às necessidades dos pacientes. Essa mudança de paradigma implica reconhecer que a empatia é um componente central do cuidado, na medida em que permite a conexão com as emoções do paciente, sua situação e necessidades, situando-o no centro do cuidado e respondendo com respeito às suas necessidades. O cuidado empático é um comando ético central do novo

referencial da prática clínica, a Bioética dos Cuidados em Saúde. No entanto, como visto, a empatia é um fenômeno motivacional condicionado a fatores subjetivos que dizem respeito ao próprio indivíduo e ao contexto no qual se encontra. Embora a empatia seja essencial para o nosso bem-estar, autoestima, senso de pertencimento e emoções positivas, diante dos custos de ser empático, muitas vezes a escolha é por não ser empático. Isso também se dá nos cuidados em saúde. Dessa forma, é fundamental que a formação na área da saúde e a formação continuada dos profissionais, além de outras intervenções motivacionais, sejam adotadas pelas instituições e sistemas de saúde para motivar a escolha empática pelo profissional. É uma ilusão esperar que essa escolha seja feita de forma predominante sem criar fatores que impulsionem o cuidado empático, o qual deve ser substrato ético para a construção dessas intervenções motivacionais. Portanto, o cuidado empático deve ser incorporado à área da saúde como um novo paradigma, fundante de instituições e sistemas de saúde centrados no paciente e na qualidade do cuidado.

Referências

ALBUQUERQUE, Aline; TANURE, Cintia. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice. **History and Philosophy of Medicine**, v. 5, n. 2, 2023.

ALBUQUERQUE, Aline; TANURE, Cintia. The necessity of new bioethics to clinical practice. **Nursing and Care Open Access Journal**, v. 9, n. 2, 2023, p. 38-39.

ALBUQUERQUE, Aline; HOWICK, Jeremy. The moral function of clinical empathy. **International Journal of Family & Community Medicine**, v. 7, n. 1, 2023, p.11-14.

ALBUQUERQUE, Aline; **Empatia nos cuidados em saúde: comunicação e ética na prática clínica**. Rio de Janeiro: Manole, 2022.

ALBUQUERQUE, Aline; ALBUQUERQUE, Aline; . Críticas ao Princípio do Paciente sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. **Revista Redbioética/UNESCO**, v. 1, n. 25, 2022.

ALBUQUERQUE, Aline; . **Direitos Humanos dos Pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

101

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. Nova Iorque: Oxford, 2019.

BIKKER, Annemieke P.; COTTON, Philip; MERCER, Stewart W. **Embracing empathy in healthcare**. Londres: Radcliffe, 2014.

CAMERON, C. Daryl et al. **Empathy is hard work: people choose to avoid empathy because of its cognitive costs**. American Psychological Association, 2019.

CAMERON, C. Daryl; INZLICHT, Michael. Empathy choice in physicians and non-physicians. **Br J Soc. Psychology**, v. 59, n. 2, 2020, p. 715-732.

CAMERON, C. Daryl. Motivating empathy: three methodological recommendations for mapping empathy. **Social and Personality Psychological Compass**, v. 12, n. 1, 2018.

CHURCHILL, Larry R.; FANNING, Joseph B.; SCHENCK, David. **What patients teach**. Nova Iorque: Oxford, 2014.

EDWARDS, Steven S. Three versions of an ethics of care. **Nursing Philosophy**, v. 10, 2009, p. 231-240.

102

FERGUSON, Amanda M.; CAMERON, C. Daryl; INZLICHT, Michael. When does empathy feel good? **Behavioral Sciences**, v. 39, 2021, p. 125-129.

FERGUSON, Amanda M. Motivational effects on empathic choices. **Journal of Experimental Social Psychological**, 2020.

GATYAS, Maxwell. Emotion sharing as empathic. **Philosophical Psychology**, 2022.

HERRING, Jonathan. **Caring and the law**. Oxford: Oxford, 2013.

FERGUSON, Amanda M. Compassion, ethics of care and legal rights. **International Journal of Law in Context**, v. 13, n. 2, 2017.

FERGUSON, Amanda M. **Ethics of care and the public good of abortion**. Disponível em: <https://ohrh.law.ox.ac.uk/wp-content/uploads/2021/04/U-of-OxHRH-J-Ethics-of-Care-1.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2023.

HOWICK, Jeremy; REES, S. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. **Journal of the Royal Society of Medicine**, 2017.

HOWICK, Jeremy et al. A price tag on clinical empathy? Factors influencing its cost-effectiveness. **The Royal Society of Medicine**, v. 113, n. 10, 2020, p.389-393.

103

HOWICK, Jeremy et al. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. **Medical Education**, v. 17, n. 136, 2017.

JEFFREY, David. **Empathy-based ethics: a way to practice humane medicine**. Springer: Palgrave Macmillan Cham; 2020.

KERASIDOU, Angelik et al. The need for empathetic healthcare systems. **Journal of Medical Ethics**, v. 47, n. e27, 2021.

MAIO, Giovanni. Fundamentals of an ethics of care. In: Krause, J.; Boldt J. (eds.) **Care in healthcare**: reflections on theory and practice. Cham: Palgrave, 2018, p. 51-63.

MONTORI, Victor et al. Shared decision-making as a method of care. **BMJ Evidence-Based Medicine**, 2022.

NALDEMIRCI, Öncel et al. Epistemic injustices in clinical communication: the example of narrative elicitation in person-centered care. **Sociology of Health & Illness**, v. 43, n. 1, 2021, p.186-200.

NODDINGS, Nel. Complexity in caring and empathy. **Abstracta**, v. V, 2010, p. 6-12.

TEN HAVE, Henk A M J. Potter's notion of bioethics, **Kennedy Inst. Ethics Journal**, v. 22, n. 1, 2012, p. 59-82.

UNESCO. Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 5 mai. 2023.

ZOBOLI, Elma. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, 2004.

CAPÍTULO 5

A DIMENSÃO ÉTICA NA PERSONALIDADE: RELAÇÕES ENTRE O COGNITIVO, O AFETIVO E O CONATIVO

PATRICIA UNGER RAPHAEL BATAGLIA

Introdução - Um modo de compreender o elefante

105

Pretendo com este texto mostrar um olhar, um ponto de vista que toma como central o aspecto da busca do humano pela “vida boa”, que só pode ser atingida se houver ao mesmo tempo ipseidade e alteridade.

A “vida boa” é aqui entendida como a vida com sentido. O sentido implica em ter e conhecer quais são os valores fundamentais da existência de um ser único e diferente de todos os outros (daí a ipseidade), e, ao mesmo tempo, se insere em um grupo com o qual convive (com-vive) de modo respeitoso e reconhecido (daí a alteridade).

Nesta breve introdução ao texto já foram anunciados os aspectos cognitivo, afetivo e conativo. Senão, vejamos, o conhecimento de si, do outro e dos valores implica em um nível de diferenciação intelectual que necessariamente supera o egocentrismo da pri-

meira infância, envolve a reflexão e a tomada de consciência de regras externas e de princípios elaborados pela própria razão, a capacidade de emitir juízos e a capacidade de formar sistemas que possibilitem a tomada de decisão. No aspecto afetivo, envolve a adesão a valores elaborada desde o medo e amor iniciais até o autorrespeito possível. No aspecto conativo, se relaciona à disposição para a ação, à busca por manter-se íntegro e integrado ao outro nas tomadas de decisão.

Vamos tratar de cada aspecto mencionado, lembrando que a separação é apenas didática, pois, concordando com Piaget, a inteligência e a afetividade (acrescentaríamos a conação) são distintas, mas inseparáveis. Em cada dimensão procuraremos evidenciar a ipseidade e a alteridade. Ao final, concluiremos mostrando a nossa perspectiva sobre a construção da personalidade ética.

106

Iipseidade e Alteridade vistas sob o Ponto de Vista Cognitivo

O ser humano nasce uno. Não há diferenciação entre o eu e o mundo. Do ponto de vista cognitivo, essa unidade é rompida na medida em que o exercício de reflexos possibilita a construção de esquemas que o colocam em contato sensorial e motor com o mundo. A troca entre o indivíduo e o meio possibilita a um só tempo a organização interna e externa da realidade. Em um primeiro momento, as regularidades impostas pelos cuidadores e as legalidades da vida (comer e depois brincar) são o máximo de prática e consciência de regras que a criança vive.

Do exercício dos reflexos, passando pela construção dos esquemas motores até a ação propriamente dita, o 'eu' vai gradativamente se destacando da unicidade inicial, mas não há verdadeiramente

um outro que limite sua existência. Um exemplo dado por Piaget (1970) a respeito dessa indiferenciação é o fato da criança no estágio III da construção do real (8 a 12 meses), atribuir a causalidade de um brinquedo de corda se movimentar a ação dela entregar o brinquedo ao adulto, ou seja, sua ação é prolongada na ação do outro de modo mágico-fenomenista.

Não se pode falar nesse momento de ipseidade nem de alteridade. O eu e o outro são apenas potenciais.

A mudança qualitativa que acontece do sensório motor para o pré-operatório é imensa. Aos vinte e quatro meses aproximadamente, o real está organizado, há uma imagem mental constituída, o que permite a evocação de objetos ausentes e o início da fase representativa, ou seja, o real construído na ação pode agora ser reconstruído em imagens. Nesse momento, Piaget descreve a prática de regras como imitativa.

Os mais velhos e os adultos fazem coisas que ainda que não sejam completamente compreendidas podem ser imitadas. Assim, com as regras de jogo e com as regras sociais. Lembro-me bem de uma atitude imitativa de minha filha mais velha, que frequentemente me via falando e gesticulando com os adultos. Um dia, eu a vi olhando para o espelho do quarto e falando (não era bem uma fala, ela emitia vários sons imitando a fala – tinha aproximadamente dois anos) e gesticulando como eu. Era um faz de conta, mas era também um ensaio de como ser uma adulta.

Nesse momento, as regras são compreendidas, mas são absolutamente externas. Devem ser seguidas porque a autoridade, ou o mais velho as criou. É isso que concede a elas o caráter de necessidade. É verdade que essa necessidade é provisória e não lógica. Tanto assim, que qualquer “necessidade” maior modifica a obriga-

toriedade da primeira regra. Há alguns exemplos disso dados por Piaget e outros frequentemente encontrados por nós no dia a dia.

Um exemplo dado por Piaget (1932) é de uma criança que jogava com ele o jogo de bolinha de gude e ao terminar, diz que foi ela quem ganhou o jogo por ter ficado ao final com maior número de bolinhas. Numa segunda rodada, Piaget fica com mais bolinhas e a criança diz que foi ela quem ganhou novamente, porque tinha ficado com a bolinha vermelha. A necessidade de ganhar o jogo foi maior do que a necessidade de seguir a regra combinada.

No que diz respeito a regras sociais, na educação infantil vemos com frequência a regra combinada pela turma ser burlada quando uma necessidade “maior” se impõe. Assim, a regra de não quebrar as pazinhas do tanque de areia pode ser quebrada pela “necessidade” de fazer espadas com os cabos das pazinhas.

108

A provisoriade da regra é explicada por Piaget por um forte caráter de egocentrismo por parte dessa criança pré-operatória. A passagem para o operatório se caracteriza justamente por uma construção da necessidade lógica, da reversibilidade e da descentração. No operatório concreto, a prática da regra é nascente. Já ocorre um respeito ao combinado inicial, mas ainda não é um sistema perfeito em que as regras são seguidas por princípio. A regra ainda é externa.

Nessa fase acontece uma transição entre a heteronomia e a autonomia completa, só possível no operatório formal. A relação devida ao respeito unilateral, tão característica do pré-operatório, vai cedendo ao respeito mútuo favorecido pela cooperação entre pares. Piaget fala mesmo de uma semiautonomia caracterizada por uma consciência da regra que ainda é exterior e não fruto do próprio sujeito, mas notamos, porém, uma generalização e dife-

renúncia da regra que extrapola a obediência à autoridade. Uma mentira é ruim mesmo que o adulto não a descubra e não venha a punir a criança.

Com a construção do pensamento operatório formal e a possibilidade de ações mentais reversíveis sobre hipóteses, os sujeitos passam a “experimentar interiormente a necessidade de tratar os outros como gostariam de ser tratados” (Piaget, 1932, p. 155). A ação com e para o outro passa a poder ser considerada nas tomadas de decisão. Aqui falamos de necessidade interior, de reconstrução de regras em busca de princípios universalizáveis que as subsidiem e de uma relação com o outro que não é apenas o outro real, mas o outro possível, virtual.

Retomando, temos então que a ipseidade passa a ser possível a partir do nascimento do eu, mas não se encerra nessa possibilidade. Vai se constituindo com as trocas sucessivas e progressivas entre o eu e o meio. Um dos elementos do meio é o outro que inicialmente é concreto, real e imediato e depois se torna simbólico e geral, possível. Ao sujeito operatório formal é possível considerar esse outro geral, abstrato com quem possivelmente o sujeito venha a se relacionar, ou nunca venha a se relacionar, mas que faz parte da humanidade.

Iipseidade e Alteridade vistas sob o Ponto de Vista Afetivo

Não trataremos da afetividade como estrutura, mas como energética. Não podemos exatamente propor uma construção da afetividade como da intelectualidade porque faltaria a explicitação de invariantes funcionais da afetividade. Entretanto, há sistemas afetivos que se organizam de acordo com as possibilidades cogniti-

vas dos indivíduos. Isso possibilita falarmos em termos de sistemas lógicos e sistemas de significação (Ramozzi-Chiarottini, 1991), e, ainda, nos permite tratar de quais são os níveis de afetividade possíveis em cada etapa do desenvolvimento cognitivo.

Piaget (2014) trata do desenvolvimento afetivo típico do sensorio-motor como contendo os sentimentos intraindividuais. São emoções, prazeres e dores e sentimentos de sucesso ou fracasso que acompanham as ações do sujeito. Novamente, podemos nos reportar ao eu nascente que vai se separando do mundo e entrando em contato com o que sente sem noção de que o outro também tem sentimentos. Sempre que penso nisso me recordo de um exemplo dado por Devries e Zan (2007). São 3 crianças de pouco mais de 2 anos que se desentendem e uma começa a chorar. A outra criança diz então: “Ela não entende o seu choro, você tem que dizer o que quer” e após essa intervenção as três crianças voltam a brincar em paz. Uma das crianças já havia descoberto a possibilidade de trocas afetivas entre pessoas e transmite isso muito bem ao elucidar seu amigo de que os sentimentos intraindividuais não são visíveis ao outro.

Vemos aí que da ausência do sentimento de si mesmo, as crianças passam a ter a noção de si e do outro e da possibilidade de trocar com o outro. Inicialmente, dos dois aos seis anos aproximadamente, os afetos são intuitivos e não conservados, isto é, o melhor amigo de ontem pode ser o não amigo de hoje em função de aleatoriedades. Surgem nesse momento os sentimentos morais, ainda não as normas morais, já que o sentimento de obrigação ainda é contingente, dependente da situação, a necessidade de cumprir uma regra não é generalizável e obedecer ou não uma regra ainda é muito ligada à autoridade de quem estabeleceu a regra.

Só um comentário a mais sobre esse momento tão interessante e que muito bem ilustra a confusão em que se encontram ipseidade e alteridade. A pseudomentira. Há tal confusão entre o que eu fiz e o que eu desejaria ter feito que a criança fabula e de fato acredita em sua fantasia. Piaget (2014) conta uma situação em que seu filho acreditava ter acendido a luz e pego brinquedos contrariando a regra da hora de dormir. Na verdade, ele não havia feito nada disso, mas desejado muito. Notamos aí que esse eu, não é tão bem delimitado confundindo desejo e ação e que o outro ainda não está suficientemente fora para não saber o que se passa com a criança.

As duas últimas fases descritas por Piaget são dos afetos normativos. Aqui caberia uma longa discussão a respeito da lógica e dos sentimentos, mas nos atendo ao objetivo de abordar a ipseidade e alteridade, trataremos de um aspecto fundamental desse momento que é a conservação dos valores. Com a possibilidade de formar sistemas lógicos, a criança passa a construir também sistemas de afetos que se conservam independentemente do contexto e da pessoa a quem se dirige determinado afeto. Assim, a justiça se aplica a todos e não apenas aos amigos. A verdade deve ser dita ainda que não me beneficie, a fidelidade deve ser mantida a quem se prometeu isso, enfim, os valores para serem bens não podem flutuar de uma situação a outra. Chegamos aqui ao máximo de ipseidade, pois, para a conservação de valores, um eu, precisa estar delimitado e diferenciado das situações e contextos.

A última fase descrita por Piaget (2014) correspondente ao operador formal e é ainda referente a afetos normativos, mas agora não são presos, por assim dizer, a pessoas, mas podem se dirigir a ideais, à pátria por exemplo. Fidelidade a causas. Isso vincula o sujeito de modo muito claro a alteridade.

Ipseidade e Alteridade vistas sob o Ponto de Vista da Conação

Até este momento, nos apoiamos em Piaget para tratar do cognitivo e do afetivo. Para pensar na conação temos que nos voltar para sua definição que vem da filosofia e da psicologia de McDougall.

Embora Scherer (1993 apud Souza, 2011) se refira à conação quando fala da alma tripartida descrita por Platão, não entendo que seja o melhor embasamento filosófico para a ideia de conação como a colocamos aqui.

112 Platão descreve a alma tripartida como composta de um lado racional, um lado irascível e o concupiscente. É difícil relacionar cada um deles à cognição, sentimentos e conação. O racional poderia ser relacionado à cognição, inteligência, mas o irascível e o concupiscente seriam relacionados a sentimentos e emoções e não à conação. Da mesma forma, Aristóteles (2001) define a alma como composta de aspectos vegetativos, sensíveis e intelectuais. Não podemos localizar a conação exclusivamente no intelectual ou no sensível.

Lalande (1993) apresenta o verbete conação como um sinônimo de esforço ou de tendência, mas, continua o autor,

(...) esforço pertence de preferência ao vocabulário dos filósofos da ação e tendência aplica-se mais especialmente às inclinações e paixões. Conação apresenta de preferência a ideia do esforço como um fato que pode receber quer uma interpretação voluntarista, quer uma interpretação intelectualista – talvez em decorrência de seu parentesco com conatus, utilizado neste sentido por Spinoza: “O esforço pelo qual cada coisa se esforça por perseverar em seu ser nada mais do que a sua essência atual” (Ética, III, prop. 7). (verbete: conação)

Encontramos na “Ética” de Spinoza (1677/2008) um caminho interessante para a fundamentação desse conceito. A “Ética” é dividida em cinco partes: 1) Deus, 2) A natureza e a origem da mente, 3) A origem e a natureza dos afetos, 4) A servidão humana ou a força dos afetos e 5) A potência do intelecto ou a liberdade humana. Spinoza parte da necessidade da existência de Deus e trata de alguns derivados que possibilitam a compreensão da mente humana e de sua potência de autorrealização. A concepção de Spinoza é de um ser integrado. Não há divisão entre corpo e mente e o *conatus* é definido como um **esforço de preservação do ser**. Este esforço também se assemelha a uma busca por um aumento contínuo de sua potência.

O *conatus* se liga ao desejo, à vontade e à realização. Como não há uma divisão entre mente, corpo, razão e sentimento, a noção de *conatus* aqui é a que entendemos melhor embasar a ideia de inseparabilidade entre juízo, ação e sentimentos no campo da moral.

Foi McDougall (1871-1938) que introduziu o termo conação (oriundo de *conatus*) na psicologia social. A experiência conativa é a vivência subjetiva que envolve todo o processo de esforço despendido desde uma provocação inicial (interna ou externa), até a decisão para a ação ou inação.

A conação não é a própria ação, mas, sim, designa a tendência, o esforço para a realização do objetivo. Trazendo para a questão que aqui nos interessa, a moralidade, frente a um conflito ou um dilema, a conação não são os juízos, não são os sentimentos morais que surgem, não é a ação em si, mas sim a necessidade do indivíduo de resolver a questão de modo a permanecer íntegro, coerente consigo mesmo.

Trata-se, portanto, de uma habilidade que se evidencia no social, em situações de conflito e que conjuga aspectos diversos da personalidade: emoções, sentimentos, atitudes, razão, disposição...

Pelo que foi dito, fica evidente a relação do *conatus* com a ipseidade. A conquista de uma integração consigo próprio implica em um nível de diferenciação de si e em relação ao meio, autoconhecimento e disposição para a integralidade. Isso é construído ao longo da vida. Veremos a seguir.

Com relação à alteridade, fica claro também que é na relação com o outro que a conação é “testada”, por assim dizer. O outro é externo, íntegro e também busca a integridade consigo próprio. Em um conflito, o grande teste é a manutenção de si, do outro e a busca de dissolução do conflito. Recorreremos aqui a Selman (1986) quando descreve níveis de desenvolvimento da perspectiva social e estratégias de resolução de conflito. Selman se refere a três componentes: o cognitivo, o afetivo e a finalidade (aqui encontramos alguma relação com a conação). As questões que se colocam para descrever os quatro níveis de desenvolvimento são: o indivíduo elabora cognitivamente sua própria perspectiva em relação à perspectiva do outro? O indivíduo percebe e reage ao desequilíbrio emocional na interação de modo descontrolado ou regulado? E, por fim, a finalidade do sujeito é dominar ou cooperar? Aqui vemos que a relação entre conação e finalidade se reduz à tendência para a ação, pois na finalidade de dominação e de cooperação a ipseidade é mantida, mas a alteridade falha na dominação.

Selman (1986) descreve quatro níveis de desenvolvimento. Em um nível zero, a criança é impulsiva e egocêntrica, a negociação é através de estratégias físicas e irreflexivas (luta ou fuga). Vemos isso frequentemente em crianças pequenas na competição física por um brinquedo ou na reação frente a uma contrariedade. Po-

demos pensar aqui em uma tentativa de manutenção de si, dos próprios desejos, mas o outro é apenas instrumental. Não tem uma existência própria com desejos e perspectivas.

No nível 1, a estratégia é unilateral, ou seja, alguém manda e alguém obedece. A noção do outro é curiosamente mais expressiva do que a do si mesmo. Não há possibilidade de conciliar o que o sujeito pensa com o que o outro ordena quando há algum conflito. E, quando isso ocorre, a obediência à autoridade é a solução. Percebe-se aqui que a manutenção de si mesmo só é possível pela anulação de uma esfera, precisamente, a do desejo.

No nível 2, há reciprocidade. A negociação se dá por estratégias de convencimento do outro, persuasão. Não há verdadeira cooperação, mas colaboração para que o conflito seja dirimido. O outro e o si mesmo são claramente identificados, mas é um outro real e presente, sobre o qual o sujeito pode fazer prevalecer sua vontade.

No nível 3, a experiência é compartilhada através de processos reflexivos, empáticos e cooperativos. A negociação é por estratégias cooperativas, orientadas para a integração das necessidades do si mesmo e de outros.

Conclusão

Nosso objetivo aqui foi o de evidenciar que, sob o aspecto cognitivo, afetivo e conativo, há algo que se estrutura e que possibilita a construção da personalidade ética. Precisamente, nos referimos à ipseidade e à alteridade. Os eixos que percebemos se construírem são, por um lado, a consciência cada vez mais precisa de si mesmo e de outro lado a consciência do outro (não particular, um outro possível).

A vida boa, retomamos, é a vida com e para o outro em instituições justas (Ricoeur, 1991) e é resultado da construção desses dois eixos. Uma dúvida que surge frequentemente em nossas discussões com estudantes na pós-graduação diz respeito à possibilidade de um sujeito autônomo que prescindia da constituição do eixo da alteridade, ou seja, alguém que elabore suas próprias regras sem considerar o outro. Do modo como vemos, isso seria um sujeito heterônomo e não autônomo, na medida em que não concebe a si próprio de maneira completa e em relação com o outro. Para exemplificar isso, gosto de retomar uma cena de um filme chamado “O Náufrago”. No filme acontece um acidente e o personagem fica durante muitos anos preso em uma ilha deserta. Nessa situação ele não precisaria se preocupar com qualquer outro. Poderia viver apenas de acordo com suas próprias regras e estas não precisariam contemplar nada além do que a vontade do náufrago. Entretanto, esse personagem estabelece relação com um “outro” que é projetado em uma bola. A bola se torna o “Sr. Wilson” e toma um papel tão importante na vida do náufrago que, por um momento, ele considera a hipótese de arriscar sua vida para salvar a “vida” do Sr. Wilson ao invés de seguir e deixá-lo “se afogar”.

Vejam, nem um eremita, nem um náufrago em uma ilha deserta, pode prescindir do outro para a constituição de si. Sendo assim, como poderíamos pensar em um ser autônomo sem considerar a alteridade?

Mas isso é ficção, alguns poderiam argumentar. Retomando a ideia da autonomia, vemos que seria uma contradição lógica admiti-la sem alteridade. A autonomia moral é o “fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (KANT, 1997). Conforme Scherer (2011),

(...) o ser humano para se tornar humano precisa da companhia de seres humanos e para a efetivação da autonomia da vontade necessita viver em comunidade. Essa posição é contrária ao cultivo da moralidade centrada em um individualismo isolado.

Segundo Piaget (1932), a autonomia moral é possível a partir das relações de cooperação e portanto da relação com o outro, o que contraria a ideia de um ser autônomo que não considere o outro.

Por outro lado, poderia prescindir da ipseidade? Poderia um sujeito chegar à vida boa e dela desfrutar sem considerar a si mesmo? Isso parece facilmente contestável, uma vez que a vida boa é a vida com sentido para o sujeito. Se ele não tem a consciência de si como único e diferente dos demais, se está misturado com o outro, como pode perceber o sentido, a direção, o rumo de sua vida? Pode no máximo fazer como todos fazem, agir como todos agem, mas não conhecer e sentir a si próprio no movimento da sua vida.

Finalizamos, ressaltando a ideia de que esta visão é a desta pessoa que aqui está se esforçando muito para descobrir e viver a vida boa.

Referências

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 10. ed. São Paulo: Martin Claret, 2001.

DEVRIES, R.; ZAN, B. **A ética na educação infantil**: o ambiente sócio moral na escola. Tradução de Fátima Murad. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MCDOUGALL, W. **An introduction to social psychology**. London: Batoche Books, 1911.

PIAGET, J. **A construção do real na criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus, 1994.

PIAGET, J. **Relações entre a afetividade e a inteligência no desenvolvimento mental da criança**. Tradução e organização: Cláudio J. P. Saltini e Doralice B. Cavenaghi. Rio de Janeiro: Wak, 2014.

RICOEUR, P. **O si-mesmo como um outro**. Tradução de Lucy Moreira Cesar. Campinas: Papirus, 1991.

SELMAN, R. et al. Assessing interpersonal negotiation strategies: toward the integration of structural and functional models. **Developmental Psychology**, v. 22, n. 4, p. 450-459, 1986.

SOUZA, MTCC. As relações entre afetividade e inteligência no desenvolvimento psicológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Abr-Jun 2011, Vol. 27 n. 2, p. 249-254

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

KANT, E. **Fundamentação da metafísica dos costumes**.
Trad. de Paulo Quintela: Grundlegung zur Metaphysik der
Sitten. Lisboa: Ed. 70. 1997.

CAPÍTULO 6

EDUCAÇÃO E BIOÉTICA: EM BUSCA DA AUTONOMIA MORAL E DA RESPONSABILIDADE

MIRELLE FINKLER

Ao falarmos em “Educação e Bioética”, em primeiro lugar, há que alertar que não nos referimos ao ensino de bioética ou que, ao menos, não nos limitamos a ele. Isto seria apenas uma pequena parte do cruzamento do campo da Educação com o da Bioética, pois esses saberes possuem muitas afinidades, objetos de análise e trabalho em comum. Focamos aqui em um deles, que é o trabalho para e com a formação ética.

Falar de formação ética é falar de formação humanística, de educação em valores. É pensar nesse processo educativo integral que busca o equilíbrio entre o ser e o saber, entre as vertentes pessoais e individuais da formação e seus componentes cívicos e coletivos (Martín; Puig, 2010). Trata-se de um objeto de trabalho para a Educação – o processo de formação ético-estético-político, bem como para as demandas bioéticas que dependem de pessoas moralmente autônomas, razão pela qual a bioética deve estar implicada com a educação moral, ou seja, com a formação do caráter.

Formação ética não pode então, definitivamente, ser confundida com ensino de ética, porque não se trata de que estudantes saibam coisas de ética, sejam teorias ou conteúdos morais, que tenham menor ou maior erudição sobre o tema. Trata-se de que descubram em si mesmos a experiência moral - que é a experiência da obrigação e do dever - e que a partir dela possam ir analisando seus diferentes elementos e se tornando conscientes sobre como realizamos juízos morais, sobre como tomamos decisões. Que a partir desta base, cada um possa ir construindo de forma reflexiva e autônoma conteúdos de ética ou de bioética (Gracia *et al.*, 2016).

A “formação ética” temos preferido denominar “dimensão ética da formação” ou melhor, da educação (Finkler, 2018), dando atenção às críticas sobre o uso do termo “formação”, que remeteria a formar, atribuir formas às pessoas pré-determinadas por outras. Sabemos que a educação não é isso, mas um processo complexo e contínuo de (auto)construção em diferentes sentidos, no qual o protagonismo do sujeito educando é sempre fundamental, como muito bem nos evidenciou a obra freiriana.

Indo além, quando nos referimos à “educação superior” em oposição à “formação profissional”, colocamos luz na disputa de visões sobre a função da universidade na contemporaneidade. De um lado, o entendimento de uma universidade progressista que prioriza a eficácia e a eficiência na chamada “formação profissional” a serviço da comunidade social e do mercado. Do outro, a concepção clássica que preza pela excelência, não só profissional mas também pessoal, por meio da “educação universitária” (Finkler, Negreiros, 2018), buscando a “formação humanística” de um sujeito convocado a conhecer e a se conhecer, a se aperfeiçoar e a ser um agente de transformação social (Esteban; Roman, 2016). A dimensão ética da educação superior é, assim, um termo de

maior abrangência, afiliado à visão de universidade que tem como missão o desenvolvimento de cidadãos - pessoas plenas, íntegras, autônomas, responsáveis e prudentes (Gracia, 2013).

A dimensão ética da educação pode ser pensada a partir dos diferentes paradigmas da educação moral que surgiram ao longo das últimas décadas. Dentre eles, os mais representativos foram os da educação moral como socialização, como clarificação de valores, como desenvolvimento e como formação de hábitos virtuosos (Puig, 1998). Muito destaque receberam os estudos de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças, a partir dos quais Kohlberg desenvolveu sua famosa teoria sobre o “desenvolvimento moral”. Mais tarde, autores pós-kohlberguianos como Puig (1998) trataram da “construção dialógica da personalidade moral”, entendendo que a educação moral, mais do que um espaço contíguo a outros espaços educativos, é dimensão formativa que atravessa todos os âmbitos da educação e da personalidade. Essa elaboração que ocorre durante a socialização secundária/profissional é o próprio processo de construção identitária que se realiza intersubjetivamente durante a educação superior. Uma identidade que não é apenas profissional, mas multifacetada: diz respeito ao eu-pessoa, eu-acadêmico, eu-cidadão, eu-trabalhador e ao eu-profissional (Hoffmaann, 2020).

Seja pensando em termos de desenvolvimento moral, de construção da personalidade moral ou de construção identitária, a autonomia moral e a responsabilidade são objetivos centrais de uma educação ética. Significa dizer que a educação moral ou, como mais recentemente se tem chamado, a educação em valores, busca possibilitar que as pessoas saiam da situação de heteronomia (e imaturidade) moral em direção a de autonomia moral, para que aprendam a viver. Porque, embora estejamos preparados

para viver, precisamos adotar um modo de vida sustentável, que queiramos para nós e para os demais. Precisamos então escolher como viver (Gracia; Puig, 2010) e como tomar decisões, sobretudo quando lidamos com conflitos éticos. E esta é uma tarefa educativa tanto quanto ética e bioética.

Autonomia Moral, Diálogo e Responsabilidade Ética

A autonomia, enquanto amadurecimento do *ser para si*, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitosas da liberdade (Freire, 2015, p. 105)

124

Quando falamos de autonomia, é importante precisar a que nos referimos, já que se trata de termo polissêmico. Gracia (2012) chama atenção para os distintos sentidos possíveis de autonomia: o político – a capacidade das cidades antigas e dos Estados modernos terem leis próprias; o metafísico - introduzido por Kant na segunda metade do século XVIII, relativo à característica intrínseca de todos os seres racionais; o jurídico - atribuído às ações quando realizadas com a devida informação e competência, e sem coerção; e finalmente o sentido propriamente moral - atribuído a ações “pós-convencionais” (na terminologia Kohlberguiana), internamente motivadas (conforme conceito de David Riesman) e responsáveis. Ou como Puig (1998) denomina, uma “consciência moral autônoma”.

Embora para a bioética a autonomia seja um princípio muito estimado, é importante perceber que sua concepção é legal. Seu sentido legitimamente moral está atrelado ao desenvolvimento dos

sujeitos que ultrapassaram uma situação de heteronomia (níveis pré-convencional e convencional) em direção a uma situação de autonomia (nível pós-convencional) (Gracia, 2012; 2014a). Em outros termos, indivíduos que ultrapassaram a obediência normativa em direção à capacidade de pensamento crítico e à responsabilidade, como nos mostrou Hanna Arendt com os conceitos de “vazio do pensamento” e “banalidade do mal” (Andrade, 2010). De tal forma, podemos dizer que um ato é moral quando nós o fazemos como agentes autônomos ou responsáveis (Grácia, 2012).

Há que considerar o papel fundamental das capacidades dialógicas no desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade. Isto porque tem um comportamento autônomo aquele que se guia por critérios de consciência escolhidos livremente, resultantes do intercâmbio construtivo de razões, por meio do diálogo e da reflexão interna. Depois, porque a prática do diálogo favorece a vivência de valores e o comprometimento em realizá-los (Martín; Puig, 2010), principalmente em contextos de pluralidade moral (Hoffmann, 2020). Dialogar implica estar disposto a escutar, reconhecendo outros pontos de vista, a renunciar interesses e convicções em benefício do coletivo quando necessário, a comprometer-se na busca da verdade e da integridade, a colaborar para se alcançar acordos justos, e a envolver-se ativamente na melhoria da compreensão mútua (MARTÍN; Puig, 2010). Tudo isto favorece o desenvolvimento da consciência moral autônoma e a assunção da responsabilização por nossos deveres.

A responsabilidade é uma preocupação que ganhou força no último século, frente ao perigo nuclear, ao consumo desenfreado de recursos naturais, ao surgimento da engenharia genética entre tantos outros fatos que estiveram na origem da própria Bioética. Segundo Pose (2010, p. 172),

A história da ética do século XX é de descobrimento de um novo critério de ação moral: a da responsabilidade pelo futuro. Nunca até agora a história da ética havia entregado ao ser humano esta ideia de responsabilidade. Trata-se de responsabilidade em direção ao futuro; a outra, a responsabilidade pelo passado e pelo presente já vinha formando parte, de uma ou outra maneira, da consciência moral. A novidade agora é que a responsabilidade é fundamentalmente do futuro, do que sendo tecnicamente possível não sabemos se deveria ser eticamente (tradução nossa).

126 A chamada “ética da responsabilidade” nasceu em princípios do século XX no contexto do existencialismo, sendo Max Weber seu precursor. Ele introduziu o termo em oposição à “ética da convicção” (1919), relacionada ao comportamento de políticos no âmbito público e privado. Referia-se a uma ética que, sem carecer de princípios ou convicções, toma em conta e assume a consequência de decisões e ações. Seria um tipo ideal de ética que se encontra entre a ética da convicção e a ética utilitarista, na qual a pessoa responsável tenta considerar todos os valores em conflito, buscando maximizá-los, mas considerando também os limites que marcam as circunstâncias do caso concreto e de suas consequências previsíveis (Gracia et al., 2016). No entanto, foi com Hans Jonas (1979) que o princípio da responsabilidade se disseminou a partir de sua avaliação crítica da ciência moderna e da tecnologia que demandam atuar com cautela e humildade frente ao seu enorme poder transformador (Siqueira, 2001).

A ética da responsabilidade trata de responder à pergunta propriamente moral - “o que devemos fazer?” - considerando que já não cabe olharmos para trás, em direção a princípios universais ou a deveres *a priori*, mas sim adiante, em direção a nossos projetos coletivos, ao futuro comum, já que o ser humano é essencialmen-

te livre para construí-lo. Deste modo, deve resolver seu problema moral autonomamente e arcar com as consequências de sua decisão. Em outros termos, deve assumir sua responsabilidade.

A bioética que surgiu na terceira parte do mesmo século, como um movimento concreto dentro de um mais geral, é um exemplo típico de ética da responsabilidade (Pose, 2010). Mas nem toda bioética, ou seja, nem todo referencial teórico ou teórico-metodológico em bioética toma a responsabilidade como o critério de fundamentação dos juízos morais. Da mesma forma, nem todo referencial bioético trata ou se ocupa, ou se implica diretamente com o desenvolvimento ou com a construção de agentes morais autônomos e responsáveis. Por isso, para pensar o comum entre Bioética e Educação, a Bioética da Responsabilidade ou Bioética Deliberativa se apresenta como uma proposição pertinente e adequada.

127

Bioética da Responsabilidade: uma Bioética Global, Autônoma e Deliberativa

Embora sem ser assim nomeada, a Bioética da Responsabilidade foi proposta pelo filósofo, médico, psicólogo clínico, psiquiatra e professor Diego Gracia Guillén. Para ele, o objetivo da ética não pode ser outro que formar seres humanos capazes de tomar decisões autônomas e responsáveis, e fazê-lo porque acreditam que esse é seu dever moral e não por causa de outras motivações como obediência, conforto ou conveniência (Gracia, 2012). Em sua proposição, substituiu a linguagem clássica das virtudes da ética aristotélica pela mais moderna dos valores. Assim, sua Bioética tem como eixo central a axiologia da vida, entendendo que é sua função a construção e realização de valores morais (Gracia, 2011).

Defendendo a fundamentação de juízos morais como uma ética de síntese que articula contexto, princípios e consequências, adota como método, a deliberação moral (Gracia, 2014).

Conforme Pose (2011), a Bioética da Responsabilidade conta com três características principais: a globalidade, porque considera a dignidade uma qualidade moral de todos, porque toma a bioética como primeira tentativa de se pensar a ética em modo global, e porque advoga por uma bioética ecológica; a autonomia em relação às religiões, às leis e à tecnociência; e seu caráter pruden- cial e deliberativo. Considera assim que a obra de Diego Gracia – inicialmente com características de uma bioética clínica, mas que evoluiu em direção a uma bioética global - vem estruturando um referencial que contribui significativamente para a tomada de decisões no âmbito da vida. Indo além, aponta para sua capacidade de colaborar com um novo modelo de democracia: uma democracia deliberativa. Ao compreender que a bioética é em essência deliberação, percebe-se o potencial da Bioética da Responsabilidade em guiar uma transformação social a partir de juízos morais fundamentados em uma perspectiva secular, plural, autônoma, razoável e responsável (Finkler, 2019). Secular porque os deveres morais não podem mais ser estabelecidos com critérios religiosos, devendo ser pautados em critérios civis e racionais. Plural porque esta é a característica moral de nossas sociedades atuais e porque uma ação seria imoral se não pudesse ser universalizável aos seus membros. Autônoma porque o critério de moralidade não pode vir imposto desde fora, tendo que ser elaborado pela própria pessoa, seja individual ou coletivamente. É razoável, não estritamente racional, porque já não se entende que os valores possam ser deduzidos de nossa razão pura. São subjetivos, mas sobre eles podemos sim atribuir razões e deliberar (Pose, 2011).

A responsabilidade na perspectiva desta bioética tem distintas implicações: 1- não dirigir o olhar apenas para a análise dos fatos frente a um conflito moral, pois nossas decisões recaem não sobre os fatos, mas sobre os valores em choque; 2 – não hierarquizar os valores de forma única, porque em sociedades plurais e democráticas os valores são sempre muitos diversos e, de um modo em geral, igualmente respeitáveis; 3 – não apelar a normativas para economizar esforços na busca de soluções prudentes; 4 – não tomar *a priori* por dever absoluto nenhum dever concreto, a não ser respeitar às pessoas; 5 – não descuidar da análise das circunstâncias e consequências de nossas decisões, tanto no que nos afeta quanto ao que afeta às futuras gerações; e 6 – ter consciência dos limites da capacidade humana em resolver problemas, especialmente os morais, desde uma racionalidade apodítica ou demonstrável (Poser, 2011).

Neste sentido, a Bioética da Responsabilidade defende a necessidade de aprendermos a problematizar os conflitos de valores ao invés de dilematizá-los, que é a atitude natural que costumamos ter. Problemas são questões abertas que nos pedem uma resposta. Não sabemos antecipadamente se poderemos resolvê-los e menos ainda se contam com soluções predeterminadas como os dilemas, pois elas ainda precisam ser criadas durante o processo deliberativo. A problematização parte do entendimento de que a realidade é sempre mais complexa do que podemos conceber, havendo uma inevitável inadequação entre a realidade e nosso raciocínio. Tal descompasso se evidencia em questões políticas, éticas e técnicas, em contextos em que a certeza é impossível e apenas a probabilidade pode ser estimada. Desta forma, o raciocínio ético adequado não seria o da episteme/ciência, mas o da doxa/opinião. Embora opiniões sejam incertas, não são irracionais e por isso podem ser

deliberadas a fim de ser alcançada uma solução, se não correta, mas sábia, prudente, responsável (Finkler, 2019).

Outra questão fundamental que a Bioética da Responsabilidade trata de esclarecer é a diferença entre direitos e deveres. São termos frequentemente confundidos até o ponto de se entender que os direitos humanos seriam o rosto da ética secular moderna. Gracia (2016) argumenta que existem direitos porque existem, antes, deveres. As sociedades elevam à categoria de direitos humanos os valores que lhes vinculam moralmente e que por isso geram nestas mesmas sociedades deveres. Mas se nossas sociedades são carentes da consciência do dever, de pouco valem seus direitos. De tal forma, insiste na necessidade de o enfoque bioético estar sobre a análise de nossos deveres, que é, em realidade, a razão de existência da ética.

130

A Deliberação Moral como o Método da Bioética da Responsabilidade

A deliberação é o método do raciocínio moral. Não é um simples diálogo. Não se trata de ajudar a tomar decisões consensuadas como geralmente se pensa. Gracia (2011, 2014a) conta que é tão antiga quanto a própria disciplina ética, mas que foi imediatamente esquecida. Por milênios, pensava-se que apenas algumas pessoas – papas, sacerdotes, filósofos, juristas e médicos – tinham uma especial capacidade de saber o que é certo e errado, o que lhes conferia liderança moral e, conseqüentemente, poder. Não por acaso a palavra grega para sabedoria prática, *phronesis*, foi traduzida para o latim como *consilium*, conselho. Assim, apenas um pequeno nú-

mero de pessoas eram consideradas legítimas para deliberar, enquanto as demais deveriam simplesmente obedecer.

A deliberação é um tipo de debate, mas oposto à argumentação. Quando estamos debatendo, tentamos ganhar vantagem dando argumentos como se fossem apodícticos, como se fossem totalmente corretos ou válidos. Na falta da força do argumento, usamos “força” na argumentação, valendo-nos de elementos retóricos como falar enfaticamente, gritar, representar etc. Desta forma, o debate se transforma em discussão: um comportamento natural, mas não moral. Precisamos aprender a deliberar inclusive para deixarmos de fomentar a imposição de opiniões de uns sobre os outros, para aprendermos a dialogar (Gracia, 2011).

A deliberação é uma habilidade intelectual que exige oferecer-se ou oferecer aos demais razões ao deliberar. Esta é uma tarefa muito difícil, porque os valores não são completamente racionais. Eles também são determinados por crenças, tradições, esperanças, medos, desejos, sentimentos etc., não sendo completamente justificáveis por razões. No entanto, devem ser razoáveis no sentido de reflexivos e equilibrados, para não se cair em fanatismos ou fundamentalismos (Gracia, 2011).

Também é muito difícil dar razões ao deliberar porque não analisamos com frequência a consistência racional de nossos valores. Nós os assumimos como absolutamente certos e evidentes, como se fossem ‘apodícticos’ - origem do ‘dogmatismo’ usual não só nas religiões, mas também na política e, em geral, na vida. Mas quando reconhecemos nossas preferências por certos valores, a deliberação coletiva passa a ser razoável. Podemos começar a pensar que pessoas com outras preferências podem estar pelo menos tão certas quanto nós. Quando somos obrigados a fundamentar nossas crenças e pontos de vista, percebemos que nossas razões

são menos convincentes do que pensávamos, então nos abrimos às razões dos demais. Sabendo que nossos argumentos não são absolutos, podemos ouvir com atenção aos outros, porque eles podem nos ajudar a tomar decisões sábias. O narcisismo, especialmente quando exagerado, é um dos traços de caráter que torna difícil, quando não impossível, participar e colaborar com um processo deliberativo. Assim também, as personalidades rígidas, autoritárias e autossuficientes costumam ser refratárias a este tipo de propostas (Gracia, 2011).

Também nos custa muito deliberar, por que, por mais madura que a pessoa seja, tanto psicologicamente como moralmente, a incerteza sempre gera angústia, disparando em nós mecanismos inconscientes que apenas parcialmente somos capazes de controlar. Costumam ser mecanismos impulsivos, imediatos e em boa medida irracionais – nada mais oposto ao que demanda o procedimento deliberativo. De tal modo, além de maturidade, a deliberação requer o controle adequado da angústia provocada pela incerteza e pelos riscos, que nos levam a pegar atalhos na hora de decidir. É assim que acabamos tomando decisões extremas de aceite ou de rechaço a partir da percepção de conflitos éticos como se fossem dilemas, não dando tempo suficiente e não aproveitando estratégias possíveis para transformá-los em problemas. De tal forma, podemos considerar que a imprudência está para a angústia, assim como a prudência está para a deliberação (Gracia, 2014a).

O procedimento deliberativo se dá em três níveis e momentos da análise de um problema ético, como se apresenta de forma sintetizada no Quadro 1.

Deliberação sobre os fatos

Apresentação do caso

Elucidação dos fatos

Deliberação sobre valores

Identificação de problemas éticos

Eleição do problema ético a deliberar

Identificação dos valores em conflito

Deliberação sobre os deveres

Identificação dos cursos de ação possíveis

Identificação dos cursos de ação extremos

Identificação dos cursos de ação intermediários

Identificação do curso de ação ótimo

Provas de consistência da decisão

Prova de legalidade

Prova de publicidade

Prova de temporalidade

Tomada de decisão

Quadro 1 – Etapas do método de deliberação moral (Fonte: GRACIA, 2014)

Como os valores são sempre dependentes e apoiados por fatos, o primeiro momento é o da **deliberação dos fatos**. Nele, apresenta-se o caso e se elucidam os dados factuais a ele relacionados. Finalizada esta etapa, passa-se ao segundo momento que é o da **deliberação dos valores**. Inicialmente se identificam os diferentes problemas morais relacionados ao caso. Esta subetapa é bastante pedagógica, porque implica na sensibilização dos participantes para questões éticas, à medida que também amplia suas perspectivas de análise sobre o problema em pauta. Após o compartilhamento das questões éticas identificadas por todos, o condutor da sessão deliberativa apresenta o seu problema ético, aquele que o fez trazer o caso para ser deliberado. Então o grupo tenta identificar quais são valores que estão por trás do problema, em real conflito. A terceira etapa é a da **deliberação dos deveres**. Primeiramente, buscam-se os cursos de ação extremos em que se salvariam apenas um dos dois valores em choque, rechaçando o outro totalmente. A partir desta estratégia metodológica propositalmente dilemática, busca-se imaginar os cursos de ação intermediários possíveis, que vão surgindo como resultado do processo de análise coletiva realizado até o momento. Identificados os cursos intermediários, o grupo seleciona o curso de ação ou compõe entre os cursos de ação possíveis um curso ótimo, aquele que será capaz de salvaguardar ao máximo cada um dos valores em choque. Por fim, para incrementar a prudência sobre a decisão que será aconselhada a quem apresentou o caso, o curso ótimo de ação é submetido às provas de temporalidade, legalidade e publicidade (Gracia, 2011b; 2014), o que poderia ser considerada uma quarta e última etapa de deliberação das responsabilidades. Busca-se assim verificar se a decisão não foi precipitada, se não foi motivada por sentimentos inconscientes ou irracionais; se poderia ser defendida publicamente; e se

contém algo de ilegalidade a fim de alertar a pessoa que, uma vez aconselhada, precisará tomar sua própria decisão (Pose, 2011). “O fim esperado de todo este processo é a *phronesis*: sabedoria prática, razoabilidade, prudência” (Gracia, 2011, p.93, tradução nossa).

Por uma Pedagogia Deliberativa

Ninguém pode ensinar a outro algo que ele mesmo não tenha perfeitamente assimilado e assumido (...) os seres humanos e os países se constroem e destroem nas salas de aulas. E por isso nós mesmos professores temos uma enorme responsabilidade (Gracia, 2016, tradução nossa).

O professor tradicional muitas vezes utilizou a força para impor suas próprias regras e ideias, seja ela física, psicológica ou social. Durante nossa maior parte da história, o ensino foi doutrinário: uma ação de inculcação de conhecimentos e de valores. Não se tratava de refletir, discutir ou dar razões, mas de transmitir às novas gerações um depósito cultural: a doutrina. Mas as coisas mudaram muito e a antítese deste modelo dogmático e impositivo é o modelo liberal moderno, no qual a liberdade passou a ser o valor máximo a ponto da “liberdade de consciência” surgir e se converter em um direito humano. Desta forma, professores se viram incapazes de educar os jovens, ainda mais porque nossa cultura aceita como princípio que o que interessa no processo formativo são os fatos, porque valores são subjetivos e por isso, sobre eles, não caberia discussão, não caberia nada além de neutralidade. Neste contexto, a função docente passou a ser informar. O professor deveria ser neutro e tratar apenas de clarificar os valores para os estudantes (Gracia, 2016).

A síntese dessa tese e antítese é um modelo educativo que não busque nem o doutrinação nem a mera informação, mas a formação ou educação em valores. Para a Bioética da Responsabilidade, este modelo não pode ser outro que o socrático ou maiêutico, aquele que busca tirar de dentro de cada um o que há de melhor. E isto não se faz com imposições ou tão apenas informando, mas dialogando, buscando argumentos razoáveis para crenças e opiniões, deliberando e mostrando para o estudante como se faz pelo próprio exemplo docente (Gracia, 2016).

Esta atuação requer um processo de autoanálise e educação dos próprios professores a partir de uma pedagogia deliberativa, apartados de verbalismos, fundamentalismos e idealismos. Somente professores capazes de suportar a angústia que incertezas suscitam, que exercitam a humildade, a responsabilidade e o comprometimento com uma pedagogia emancipadora conseguem promover aprendizados significativos e ganho de autonomia moral. Assim, os docentes devem ser preparados para desempenhar com intencionalidade sua tarefa ético-pedagógica. A incorporação desta missão requer reflexão sobre a relação educador-educando, sobre o papel que da escola/universidade se espera e o tipo de comunidade que se quer construir, dentro e fora dela (Rebello et al., 2021).

Boa parte do escrito até aqui deve soar muito familiar aos educadores freireanos. De fato, a dimensão ética da obra de Paulo Freire dialoga com pressupostos teóricos e epistemológicos da Bioética da Responsabilidade, tais como a valorização da racionalidade dialética e dialógica, a argumentação a favor de uma educação problematizadora, crítica e reflexiva com vistas a promoção da autonomia e emancipação, tendo sempre como imagem-objetivo a excelência, a humanização, o “ser mais”. Também em comum está o enfoque no respeito ao pluralismo moral desde uma perspectiva

secular, bem como a defesa contundente dos valores democráticos. Embora não haja elementos claros no aspecto metodológico – deliberativo, a educação baseada nos ensinamentos de Freire se apresenta com grande potencial para auxiliar a promover as competências necessárias à prática da deliberação moral proposta pela Bioética da Responsabilidade (Molina; Finkler, 2021).

Para finalizar estimulando uma aproximação mais estreita do leitor a uma pedagogia deliberativa, indicamos a leitura de dois textos. No primeiro deles,¹ apresentamos a experiência do ensino de bioética que vem sendo desenvolvida na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) a partir da comparação dos elementos que estruturam planos de ensino em uma disciplina de graduação e outra de pós-graduação. Defendendo o ensino-aprendizado da bioética em disciplina própria, argumentamos sobre a imprescindibilidade da formação docente na área; a consideração da sua natureza interdisciplinar; a necessidade de ampliação do referencial teórico para muito além do usual, buscando-se referenciais adequados e temáticas relevantes a cada contexto social e a cada nível educativo; a centralidade do processo no estudante, fomentando sua competência humanística, crítico-reflexiva; e o compromisso com a dimensão ética da educação por parte de todo o corpo docente.

No segundo texto², compartilhamos a experiência e os produtos derivados da disciplina interprofissional de Bioética da Responsabilidade, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Buscando educar para a gestão autônoma dos valores morais

1 FINKLER, M.; MALUF, F.; PIRES, R.O.M.. Referenciais e experiências de ensino em bioética: 3ª reunião do grupo de professores de Bioética em Odontologia da ABENO. *Rev. ABENO*, v.20, n.2, p.159-167, 2020.

2 FINKLER, M. **Aprendendo a deliberar**: fundamentos e método aplicados na disciplina de Bioética da Responsabilidade. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2022. v. 1. 116p .

e para a deliberação de decisões éticas, mostramos como temos desenvolvido a disciplina que inicia com ensino-aprendizagem teórico (fundamentos de ética), para então se conhecer e compreender a Bioética da Responsabilidade. Por meio de Bioética Narrativa, o método da deliberação moral é experimentado, passando-se à parte mais prática, em que em cada aula dois estudantes apresentam um caso a ser deliberado pelo grupo. Alguns deles provêm do cotidiano profissional dos estudantes, outros são inspirados em fatos noticiados pela imprensa. Os casos são planejados com antecedência, sob orientação da professora e conduzidos em parceria, a fim de que os estudantes aprendam não apenas a deliberar, mas também a conduzir uma sessão deliberativa. O relato das deliberações realizadas nas duas primeiras ofertas desta disciplina está compilado no material didático referido, podendo ser útil para quem deseja trabalhar com o método e com a referida Bioética.

138

Referências

ANDRADE, M. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. **Rev. Bras. Educ.**, v. 15, n. 43, jan./abr. 2010. p.109-126.

ESTEBAN, F., ROMÁN, B. *¿Quo vadis, universidad?* Barcelona: UOC; 2016.

HOFFMANN, J.B. **Dimensão ética da educação superior nos cursos de graduação da área da saúde: construindo uma teoria fundamentada nos dados.** Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências

da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2021.

FINKLER, M. A deliberação moral: método para a bioética da responsabilidade. In: Dulcinéia Ghizoni Schneider; Flávia Regina Souza Ramos. (Org.). **Ensino simulado e deliberação moral**: contribuições para a formação profissional em saúde. Porto Alegre: Moriá, 2019, p. 63-84.

FINKLER, M.; de NEGREIROS, D.P. Formação x educação, deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Rev. ABENO**, v.18, n.2, 2018. p.37-44.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 203p

139

GRACIA, D. The many faces of autonomy. **Theor. Med. Bioeth.** v.33, n.1, 2012, p. 57-64.

GRACIA, D. Misión de la universidad. In: GRACIA, D. **Construyendo valores**. Madrid: Tricastela, 2013. p. 237-65.

GRACIA, D. La deliberación como método da bioética. In: PORTO, D. et al (Org.). **Bioética**: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília; 2014. v.2. p. 223-259.

GRACIA, D. Pedagogía deliberativa. In: MERCADÉ, A.B.; CUBERTO, M.P.N. **La bioética y el arte de elegir**. 2.ed. Ma-

drid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014a. p.165-185.

GRACIA, D. Dotando de contenido al proyecto moral. In: GRACIA, D.; FEITO, L.; DOMINGO, T. et al. **Ética y ciudadanía**: deliberando sobre valores. v.2. Madrid: PPC, 2016, p.205.

GRACIA, D.; FEITO, L.; DOMINGO, T. et al. **Ética y ciudadanía**: construyendo la ética. v.1. Madrid: PPC, 2016, p.307.

MARTÍN, X; PUIG, J. **As setes competências básicas para educar em valores**. São Paulo: Summus, 2010. 182p.

140

MOLINA, L.R.; FINKLER, M. Bioética da responsabilidade e Paulo Freire: percebendo convergências e interfaces. **Anais do XIV Congresso Brasileiro de Bioética**, 2021. Disponível em: http://eventus.com.br/bioetica2021/CADERNO_DE_ANAIS_BIOETICA.pdf. Acesso em: 17 mai 2023.

POSE, C. **Lo bueno y lo mejor**: introducción a la bioética médica. Triacastela: Madrid; 2009. 133p.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. Triacastela: Madrid; 2011. 178p.

GRACIA, D. **Deliberation and consensus**. In: CHADWICK, R.; HAVE, H.; MESLIN, E.M. The SAGE Handbook of Health Care Ethics. Sage: Londres, 2011b. cap.9.

PUIG, J.M. **A construção da personalidade moral**. São Paulo: Ática, 1998. 252p

REBELLO, M.; HOFFMANN, J.B.; CARCERERI, D.L.; FINKLER, M. Problemas éticos no cotidiano docente em Odontologia: em busca de uma pedagogia deliberativa. **Rev. ABENO**, v.21, n.1, p.1622-24, 2021.

SIQUEIRA, J.E. El principio de responsabilidad de Hans Jonas. **Acta Bioeth**. v.7, n.2, 2001. p.277-285.

CAPÍTULO 7

ESTUDOS SOBRE A COMPETÊNCIA DO JUÍZO MORAL NA FORMAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL – ALGUMAS REFLEXÕES

BEATRIZ MARCOMINI ARANTES

LEDA MARIA BORBA TORCHETTO LOPES

ÚRSULA BUENO DO PRADO GUIRRO

PATRICIA UNGER RAPHAEL BATAGLIA

143

A competência de juízo moral, conforme descrita por Kohlberg (1964), envolve a capacidade de tomar decisões e fazer julgamentos com base em princípios internos e agir de acordo com essas convicções nas situações em que problemas morais se apresentem ao longo da vida. O conceito elaborado originalmente por Kohlberg (1964) foi operacionalizado por Lind (1998), que enfatiza não bastar querer ser moral, pois é necessário ter competências para aplicar consistentemente ideais morais. Essa habilidade é influenciada por diversos fatores, incluindo aspectos intelectuais, sociais e educacionais, e é forjada pelas interações do indivíduo com o seu ambiente e sociedade (Bataglia, 2010).

A base kohlberguiana é mantida na formulação de um instrumento de mensuração da competência do juízo moral (Bataglia;

Morais; Lepre, 2010), elaborado por Lind (1998) e, por isso, é importante rapidamente retomar a descrição do desenvolvimento do juízo moral segundo Kohlberg (1984). Segundo suas pesquisas, a partir da teoria de Piaget (1932), o juízo moral se desenvolve ao longo da vida podendo ser descrito em seis estágios, que são divididos em três níveis: pré-convencional, convencional e pós-convencional (Kohlberg, 1984):

No nível pré-convencional, encontramos os estágios 1 e 2. No estágio 1, chamado de “estágio da moralidade heterônoma”, o indivíduo obedece às normas sociais por temor à punição. Já no estágio 2, o raciocínio moral é egocêntrico, e as normas são seguidas com base em interesses pessoais, sendo chamado de “estágio do individualismo”.

144

No nível convencional, situam-se os estágios 3 e 4. O estágio 3, também conhecido como “orientação do tipo bom menino”, é caracterizado pela necessidade de atender às expectativas sociais, como ser um bom filho, amigo ou cidadão. Há uma consciência inicial de que os interesses coletivos são mais relevantes do que os individuais. O estágio 4, por sua vez, enfatiza a manutenção da ordem social e o cumprimento do que foi proposto pelas autoridades, com todos colaborando para sustentar a organização social e as instituições.

Por fim, o nível pós-convencional abrange os estágios 5 e 6. No estágio 5, o raciocínio moral considera o contrato social e os direitos individuais, com uma orientação moral do tipo “contratual-legalista”. Já o estágio 6 é caracterizado pela adoção de princípios éticos universais e é considerado o ápice do desenvolvimento moral, segundo Kohlberg.

Os estágios não definem a ação do sujeito, apenas o juízo moral que o sujeito consegue elaborar, mas a competência moral vincula essa capacidade cognitiva (elaboração de juízos baseados em princípios) com uma outra capacidade que Bataglia (2022) relaciona à conação, ou seja, a uma disposição para a ação de modo que o sujeito se mantenha íntegro (como oposição a dissociado) em sua elaboração intelectual, afetiva e na tomada de decisão para a ação.

Pode-se imaginar o quão profundo é o impacto do comportamento moral para a convivência em sociedade. É nada menos do que essencial para enfrentar conflitos morais cotidianos, demandando coerência entre as decisões tomadas e os princípios morais estabelecidos (Bataglia, 2010). Esse aspecto é especialmente relevante para profissionais que enfrentam complexos conflitos éticos e morais, como médicas e médicos. Um julgamento baseado em interesses pessoais imediatos, em obediência cega a autoridades, em uma palavra, um julgamento irrefletido tem influência na vida de pessoas e na sociedade.

Para avaliar o nível de competência moral, Lind (1998) propõe um instrumento constituído de dilemas morais. Os dilemas morais são situações concretas que envolvem uma confrontação entre pelo menos dois princípios de igual ou similar relevância, que são inconciliáveis e demandam uma escolha a ser feita (Bataglia, 2010). Tais situações estão presentes no cotidiano da assistência médica e, portanto, a capacidade de julgamento deve ser estudada entre aqueles que estão em fase de formação acadêmica como os estudantes de medicina. Abordaremos neste artigo os principais instrumentos que têm sido utilizados na avaliação moral e em particular da competência moral e estudos realizados na formação do médico no Brasil, com destaque ao realizado por este grupo de autores.

Instrumentos de Avaliação da Moral

Os testes mais utilizados para a avaliação da competência do juízo moral são o *Defining Issues Test* (DIT), o *Moral Competence Test* (MCT) e o *Moral Competence Test - extended* (MCT-xt), originados do *Moral Judgment Interview* (MJI). Mencionaremos a seguir o que cada um deles avalia e alguns estudos que os têm utilizado no Brasil.

O MJI é uma entrevista que pode durar até 60 minutos, o que a tornou desafiadora para a utilização em larga escala. Além disso, depende da subjetividade do pesquisador, já que é composta de perguntas abertas. Sua autoria é de Lawrence Kohlberg e equipe, e todos os detalhes estão publicados em Colby e colegas (1987).

146 Bataglia, Morais e Lepre (2010) apresentam a entrevista de juízo moral que pode ser aplicada em três formas, cada uma com 3 dilemas. Após a apresentação do dilema, o pesquisador faz algumas perguntas aos sujeitos com o objetivo de compreender a estrutura de juízo que originou a decisão por um curso de ação. No Brasil a entrevista foi aplicada em alguns trabalhos como Bataglia (1995) e Lepre e Aragão (2009), Rique, Camino, Moreira, Abreu (2013).

A Entrevista de Juízo Moral foi pioneira na linha de pesquisas cognitivo-desenvolvimentalista, mas como foi mencionado antes, sendo de difícil aplicação em larga escala, originou outros instrumentos, mais objetivos. Os resultados da entrevista apontam a estrutura predominante na emissão de juízos. Bataglia (1995) aplicou-a em estudantes de psicologia e psicólogos formados. Os estágios predominantes foram o 2 e 3, embora em um dilema relacionado à vida militar em situação de guerra, o estágio 4 tenha sido preponderante. Lepre e Aragão (2009) trabalharam com es-

tudantes do ensino médio avaliando o desenvolvimento do juízo moral que foi segundo os autores “aquém dos esperados” e o uso abusivo de álcool e outras drogas. As conclusões giram em torno de procedimentos educacionais como medida preventiva ao comportamento abusivo no uso de substâncias.

O estudo de Rique, Camino, Moreira e Abreu (2013) compararam o juízo moral de jovens brasileiros em um estudo dos anos de 1970 a 1980 ao juízo de 97 jovens em 2011. Notaram uma mudança na preponderância do estágio convencional 3 (no caso do estudo de 1970 a 1980) para o estágio 4, também convencional, no caso dos jovens em 2011).

A partir do MJI, foram desenvolvidos outros instrumentos, dentre os mais conhecidos está o DIT. O DIT é um teste com respostas objetivas e afere a proporção de respostas pós-convencionais escolhidas pelo respondente (Bataglia; Morais; Lepre, 2010). Sua versão curta é composta por três dilemas morais, enquanto a versão longa é composta por seis. Para cada dilema, o participante avalia 12 alternativas de resposta, devendo julgá-las dentro de 5 graus de hierarquia. Além disso, o avaliado escolhe as 4 respostas que considera mais importantes para a resolução do dilema. O escore obtido a partir desse teste é o chamado Escore P, e ele mede, basicamente, a porcentagem de respostas pós-convencionais, ou seja, nos níveis 5 e 6 de desenvolvimento moral. Posteriormente, foi desenvolvido o DIT-2, uma segunda versão do DIT (agora chamado de DIT-1), porém mais curta e mais moderna. A lógica de avaliação, no entanto, segue o mesmo padrão (Bataglia; Morais; Lepre, 2010).

Shimizu (2004) publicou um artigo sobre a fidedignidade do DIT-2 no Brasil e algumas ponderações sobre seu uso em pesquisas sobre moralidade. Alguns estudos foram desenvolvidos utilizando o DIT-1 e 2 no Brasil. Dentre eles destaca-se o de Mattos,

Shimizu e Bervique (2008), que avaliou a sensibilidade moral e a proporção de respostas pós-convencionais em uma amostra de estudantes de psicologia. Foi um estudo interventivo e o que os pesquisadores notaram foi uma melhora na sensibilidade moral após a intervenção, mas sem variação no desenvolvimento moral e alguns aspectos que se mostraram mais frágeis, como o nível de comprometimento social da amostra e conhecimento de princípios reguladores da profissão.

O MCT é outro instrumento objetivo, que se propõe a avaliar a competência do juízo moral. Foi desenvolvido por Lind (1977), sendo composto por dois dilemas, cabendo ao avaliado concordar ou discordar da atitude tomada pelo sujeito principal da história, bem como julgar seis argumentos a favor e outros seis argumentos contra essa atitude. As duas histórias são as seguintes: a primeira trata de um operário que decide invadir a empresa onde trabalha para roubar provas de atividades irregulares da gerência, com o propósito de denunciá-la às autoridades superiores enquanto a segunda história é o dilema clássico da eutanásia, em que um paciente terminal pede ao médico que realize um procedimento para abreviar seu sofrimento. (Bataglia, 2010).

O MCT trata de um aspecto do desenvolvimento moral que não é contemplado pelos demais instrumentos de avaliação moral como o MJI e o DIT, que é a capacidade do indivíduo de julgar argumentos contra a sua própria opinião. Isto é, apesar de os três instrumentos trabalharem com dilemas morais, o MCT é o único que avalia a capacidade do indivíduo de reconhecer a qualidade dos argumentos apresentados, por mais que eles sejam contrários à sua opinião, em vez de simplesmente medir a atitude moral do sujeito. (Bataglia, 2010). Isso caracteriza uma tarefa moral difícil, ou seja, a de reconhecer o valor de contra-argumentos pós-con-

vencionais e a fragilidade de argumentos favoráveis à opinião do sujeito, mas pré-convencionais.

Diante desse contexto, percebe-se a maior diferença entre o DIT e o MCT: o DIT afere quão consistentemente o indivíduo prefere argumentos pós-convencionais. Já no MCT, a despeito de muitos indivíduos preferirem argumentos de estágios morais superiores, só serão competentes moralmente aqueles que apresentarem uma preferência pelos mesmos estágios quando avaliam argumentos contrários à sua opinião (Bataglia, 2010). Se a intenção é encontrar uma base moral para uma solução justa de um conflito, devemos ser capazes de apreciar os argumentos não apenas das pessoas que apoiam nossa posição, mas também daqueles que se opõem a ela. Portanto, a qualidade da decisão é importante e não a decisão em si. Um sujeito obtém uma pontuação alta de competência apenas se seu julgamento de argumentos pró e contra mostrar alguma consistência moral. (Bataglia, 2010). É tão importante a medida da competência de juízo moral em específico, e não só da moralidade, porque “um dos princípios centrais das democracias modernas é resolver conflitos ou dilemas por meio de negociação e discussão preferencialmente ao uso do poder, força ou violência” (Lind, 2019, p. 20).

Obviamente, um pré-requisito dos mais importantes para a negociação pacífica é a habilidade dos participantes para ouvirem-se uns aos outros independentemente do fato de serem oponentes ou até inimigos. Se quisermos encontrar a base moral para a solução de um conflito, devemos apreciar argumentos não apenas advindos de pessoas que suportam nossa posição, mas também daquelas que se opõem. Trata-se dos estranhos morais e conviver com o diferente é fundamental para a construção de uma sociedade pluralística e democrática (Lind, 2006).

O MCT, contudo, quando foi aplicado em pesquisas no Brasil e no México, apresentou algumas particularidades em seu resultado, o que levou à criação de outro dilema para complementá-lo, resultando no MCT-xt. Essa diferença foi atribuída à maior dificuldade da população brasileira em analisar a questão da eutanásia, indicando uma falta de equivalência entre os dilemas do teste. Já que o segundo dilema obteve resultados muito piores em comparação com a Europa, um terceiro dilema foi acrescentado: é o dilema do juiz, em que se discute o valor da vida de uma pessoa em contraposição à vida de muitas pessoas, bem como a questão da tortura. (Bataglia, 2010)

150

Quanto à pontuação do MCT e do MCT-xt, ela é atribuída por meio do escore C, sendo escores mais altos concedidos a pessoas com maior competência de juízo moral. Esse escore é medido em uma escala de 0 a 100 e de acordo com a proposição de Lind (2019), escores entre 0,0 e 4,9 significam ausência de competência moral; entre 5,0 e 9,9 alguma, mas pouca competência moral; entre 10,0-19,9 baixa competência moral; entre 20 e 29,9, competência moral suficiente e entre 30 e 100 significa alta competência moral.

Bataglia (2022) fez um levantamento dos estudos brasileiros sobre competência moral com o uso do MCT e do MCT^axt. Alguns deles foram: Bataglia (2001), Schillinger (2006), Serodio, 2013, Feitosa, 2013, Bereta (2014; 2018), Bataglia e colegas (2014; 2016), Castro (2019) e Paim (2016).

Schillinger (2006) investigou 3 cursos universitários (medicina, psicologia e administração de empresas) em dois países europeus (Suíça e Alemanha) e no Brasil. Investigou a qualidade do ambiente acadêmico em termos de oportunidade de assunção de responsabilidade e reflexão dirigida e a competência moral. Os resultados mostram que a intervenção universitária em um ambiente

favorável pode promover o desenvolvimento da competência moral. No curso de medicina e administração de empresas das universidades europeias e brasileiras, esse progresso não existe. Há outros estudos sobre o curso de medicina (Serodio, 2013; Feitosa, 2013). Entretanto, nos cursos de Psicologia no Brasil em universidades competitivas, há um progresso significativo (um ganho de 6,6 pontos, $F=7,80$ e com $p<0,00$). Nas universidades europeias, o progresso também se verifica, ainda que com um ganho menor e sem significância estatística (ganho de 1,6 pontos, $F=0,12$ e com $p<0,45$). No curso de psicologia em universidade brasileira não competitiva na entrada o progresso não se verifica, evidenciando nesse caso a importância da qualidade do ambiente na construção da competência moral.

Bereta (2014; 2018), Seródio (2013), Feitosa (2013), Bataglia e colegas (2014; 2016), Castro (2019) comparam grupos antes e após algum tipo de intervenção. Em todos os casos, os resultados são de estagnação ou retrocesso.

Um único resultado positivo em relação à intervenção foi obtido por Paim (2016), que faz uso de técnicas de estimulação de memória junto com discussão de dilemas morais e obtém progressos na competência moral enquanto o grupo controle regride. Como a memória é um fator relacionado à inteligência, não seria precipitado hipotetizar que o fator cognitivo esteja influenciando os resultados que temos obtido nas pesquisas brasileiras. Um outro ponto relacionado a esse - importante de destacar - é o de que a escola, do modo como configurada tradicionalmente, enfatiza muito mais a reprodução de conteúdos do que a construção de tais conteúdos, o que pode interferir quando a reflexão crítica é solicitada.

O Desenvolvimento da Competência Moral em Estudantes de Medicina

O cenário atual observado nas pesquisas mostrou que as faculdades de medicina não vêm preparando suficientemente os estudantes para lidar com os desafios éticos da sociedade contemporânea, uma vez que há, na sua maioria, regressão da competência de juízo moral ao longo da formação médica.

Apesar da relevância da necessidade de desenvolver a competência de juízo moral nessa profissão, ainda são escassas as pesquisas sobre o tema entre estudantes de medicina no âmbito nacional ou internacional. Ainda, há necessidade de padronização quanto ao instrumento de aferição utilizado, pois quando são utilizados instrumentos diferentes a comparação é pouco factível.

152

Mencionaremos alguns estudos específicos na medicina.

Hren et. al (2011) usou o DIT (ou seja, a competência de juízo moral não foi medida). Incluiu-se um grupo controle de pessoas de fora da universidade para fins comparativos. Não houve correlações significativas entre a idade e os escores do DIT-2, demonstrando que possíveis diferenças nos escores de raciocínio moral dos estudantes de medicina devem ser atribuídas à sua experiência educacional. Ademais, houve uma relação causal direta entre a regressão no desenvolvimento do raciocínio moral e o ensino clínico durante o currículo médico e, por fim, concluíram que os alunos diante de situações de aprendizagem cada vez mais clínicas regressaram no raciocínio moral.

Em outro estudo, realizado em 2013 por Feitosa et al., os autores incluíram estudantes de medicina em um curso competitivo do nordeste brasileiro, e avaliaram a competência de julgamento mo-

ral dos participantes do primeiro e oitavo semestre com o MCT. Os resultados revelaram o fenômeno da regressão na competência de julgamento moral entre os alunos do oitavo semestre em comparação aos do primeiro semestre (escore C de 20,5 e 26,2 pontos, respectivamente). Outra observação relevante foi que os alunos com maior idade do mesmo semestre obtiveram níveis mais baixos de escore C em comparação aos alunos mais jovens. Além disso, não foi encontrada uma diferença significativa entre homens e mulheres em relação à competência de julgamento moral.

Castro et al., em 2019, avaliaram a competência de juízo moral por meio do MCT entre estudantes de medicina de um curso em Minas Gerais. O escore C revelou uma baixa competência de juízo moral de acordo com a classificação de Lind tanto no início quanto no fim do curso. Observou-se, também, uma regressão do primeiro período para o último, sugerindo que a formação acadêmica, no mínimo, não contribuiu para o desenvolvimento e competências de juízo moral. Por fim, não houve diferença significativa quando analisadas variáveis sociodemográficas, acadêmicas e extracurriculares.

Arantes, Lopes e Guirro (2023) realizaram uma pesquisa com estudantes de três áreas distintas: medicina, direito e engenharia de uma universidade pública do sul do Brasil. Os escores de competência de juízo moral são baixos entre os estudantes dos três cursos de graduação avaliados, sendo menor na Medicina. Não houve aumento da competência de juízo moral ao longo da graduação, mesmo sendo desejável que o ensino pudesse estimular o desenvolvimento moral.

Dado o exposto, independentemente do teste utilizado, percebe-se que a competência de juízo moral entre os estudantes de medicina é baixa e não se eleva significativamente com a graduação.

A hipótese que tem sido levantada para explicar esse resultado tem sido o distanciamento entre a formação e uma posição mais humanizada. Feitosa et al. (2013, p.12) afirmaram que

embora a profissão médica tenha provavelmente mais demandas por profissionais moralmente competentes do que qualquer outra ocupação, os estudantes de Medicina são treinados essencialmente para desenvolver as habilidades técnicas requeridas pela profissão, mas não para o desenvolvimento moral.

A descoberta do fenômeno da estagnação ou regressão na competência de julgamento moral durante a graduação médica é motivo de preocupação para os professores e responsáveis pelo planejamento curricular, bem como para toda a sociedade que será assistida futuramente por estes profissionais. Diante disso, é urgente buscar estratégias educacionais e vivências para reverter esse cenário e promover o desenvolvimento contínuo da capacidade de julgamento moral dos estudantes (Feitosa et al., 2013)

154

A formação ética dos profissionais de saúde, especialmente médicos, no Brasil, é considerada superficial, como apontado por Rego et. al (2012). Segundo os autores, a maioria das faculdades de medicina é incompetente em desenvolver habilidades relacionais, como comunicação e ética, embora possuam uma atuação mais satisfatória no desenvolvimento de habilidades técnicas. A competência moral dos estudantes de medicina deveria ser uma preocupação central das instituições de ensino; portanto, é essencial compreender o desenvolvimento da capacidade de raciocinar moralmente e os valores transmitidos durante a socialização profissional, como ressalta Rego e colegas (2012).

Dessa forma, especula-se que o desenvolvimento moral e ético não acompanhou o desenvolvimento científico-tecnológico da área da medicina, havendo lacunas para o entendimento dos novos obstáculos colocados pela contemporaneidade. Devem-se, portanto, ser incluídas estratégias de ensino que contribuam para o desenvolvimento da competência de juízo moral nos estudantes de Medicina, visto que, no geral, a graduação não tem sido um fator positivo nesse aspecto.

Considerações Finais

O trabalho com a dimensão da moral na educação básica e na educação superior são urgentes. Não há como pensar em uma formação educacional sem levar em conta os aspectos de convivência.

155

Esses estudantes, ou futuros profissionais, atuarão diretamente com serviços essenciais voltados para a população. Assim, espera-se que estratégias de ensino sejam incluídas no planejamento pedagógico a fim de estimular o desenvolvimento moral dos estudantes, bem como a realização de novos estudos com o objetivo de compreender a temática em questão.

Referências

BATAGLIA PUR, MORAIS A DE, LEPRE RM. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Natal, 2010 Apr;15(1):25-32.

BATAGLIA PUR. A validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para diferentes culturas: o caso brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2010 Apr;23(1):83–91.

CASTRO, M. R. **Avaliação da competência moral de estudantes de medicina**. 2019. 89f. Dissertação (Programa de Mestrado em Ensino em Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2019.

COLBY, A., & KOHLBERG, L. **The measurement of moral judgment**. Nova York: Cambridge University Press, 1987.

COLOMBELLI PACCA F, MALUF CURY P, LEE BASILE BARBOZA CASEIRO S, PORTES DE ALMEIDA T, COLOMBELLI PACCA MAZARO C, VEIGA FARIA T, et al. Competência moral em estudantes de medicina. **Colloq Humanarum**. 15 de dezembro de 2017;14(Especial):203–11.

FEITOSA HN, REGO S, BATAGLIA P, REGO G, NUNES R. Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2013 Mar;37(1):5–14.

HREN D, MARUŠIĆ M, MARUŠIĆ A. Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years. Ross J, editor. **PLoS ONE**. 2011 Mar 30;6(3):e17406.

KOHLBERG L. Development of moral character and moral ideology. In: Hoffman ML and Hoffman W (eds) **Review of child development research**. New York: Russel Sage Foundation; 1964. pp.381-431.

LIND G. **An Introduction to the Moral Judgment Test (MJT)**. 1998.

LIND G. **How to teach moral competence**. Berlin: Logos Publisher, 2019.

LIND G. **La moral puede enseñarse: manual teórico-práctico de la formación moral y democrática**. México: Trillas; 2007. p.175

157

LIND, G. (2006). **Introduction to the Moral Judgment Test (MJT)**. Acessado em 20 de julho de 2023; <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/mjt-intro.htm>

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPÍTULO 8

A NATUREZA SOB RESPONSABILIDADE HUMANA

JELSON R. DE OLIVEIRA

Introdução: a Natureza como Problema Bioético

Um dos pais da Bioética, o bioquímico e oncologista Van Rensselaer Potter, responsável por cunhar o termo *Bioethics*, insistiu que tal conceito não fosse reduzido à sua perspectiva médica, mas levasse em conta, sobretudo, a crise ecológica e as ameaças ao futuro da vida no planeta. Para Potter, por isso, a bioética deveria ser *ponte, profunda e global*, na medida em que assumisse como tarefa a construção de um novo conhecimento que capacitasse o ser humano a usar os novos poderes advindos da tecnologia. Nas suas palavras: “a humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o ‘conhecimento de como usar o conhecimento’ para a sobrevivência e para o melhoramento da qualidade de vida” (Potter, 2016, p. 27). Potter, por isso, tem como referências tanto a ideia de uma ciência da sobrevivência (que parte da biologia), quanto teses que envolvem a ética da terra (Aldo Leopold), a relação entre fertilidade humana, demografia e meio ambiente (Collen Clements) ou os temas gerais da saúde planetária³. Entre

159

³ Sobre isso *cf.* o volume publicado em 2022, em comemoração aos 50

os principais livros de Potter sobre o assunto estão *Bioética: ponte para o futuro*, de 1971 e *Bioética Global*, de 1988.

Nessa mesma época, outro autor mantinha preocupações bastante semelhantes (e em boa parte complementares): trata-se do filósofo judeu-alemão Hans Jonas, autor de *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*, publicado em alemão em 1979 e de *Técnica, Medicina e Ética: sobre a prática do princípio responsabilidade*, de 1985. Se no primeiro livro, cuja repercussão fez a fama de seu autor, Jonas explicitou a preocupação teórica com o avanço da tecnologia e com a necessidade de que tais poderes fossem avaliados eticamente, no segundo livro ele aplica o princípio ao campo prático dos assuntos que hoje consideramos parte da agenda bioética, principalmente aquela que se desenvolve no campo das ciências médicas e das intervenções biotecnológicas sobre o ser humano. Assim, de alguma forma, mesmo sem usar o conceito em sentido estrito⁴, podemos afirmar que a obra de Jonas realiza exemplarmente (mesmo lançando mão de argumentos contrastantes) o propósito anunciado por Potter: o desenvolvimento tecnológico exigia um novo tipo de saber, capaz de oferecer um conhecimento adequado capaz de orientar o uso desses poderes e evitar que a vida (humana e extra-humana) fosse ameaçada, no presente e no futuro.

160

anos da bioética (Carrasco; Valera, 2022). Sobre a proposta bioética de Potter cf. Pessini; Sganzerla; Zanella, 2018.

4 Jonas utilizou o conceito apenas uma vez, no discurso *Tecnologia, liberdade e dever*, proferido quando da recepção do Prêmio da Paz, que lhe foi outorgado pelo Comércio Livreiro alemão, em 1987.

A Tecnologia como Preocupação Filosófica

Podemos afirmar que as preocupações de Hans Jonas têm como ponto de partida tanto as evidências da crescente vulnerabilidade da vida (que ele recolheu na sua obra de 1966, *The phenomenon of life*) quanto o avanço da técnica moderna, que ele qualifica precisamente como *tecnologia* e que ele analisa em vários de seus textos e em pelo menos três de seus livros principais, as quais, já em seus títulos, traduzem tal preocupação: *Philosophical essays: from ancient creed to technological man*, de 1974; *Das Prinzip Verantwortung: Versuch einer Ethic für die Technologische Zivilisation*, de 1979; e *Technik, Medizin und Ethic*, de 1985. É o diagnóstico do avanço dos novos poderes contra a natureza em geral e o ser humano em particular, portanto, que passa a exigir de Hans Jonas uma análise tanto ontológica, quanto ética e bioética⁵. Em suas *Memórias*, Jonas explica que chegou à reflexão sobre a técnica a partir de suas preocupações com a ciência moderna, que encontra sua primeira formulação precisamente na proposta de uma biologia filosófica tal como aquela desenvolvida na obra de 1966, na qual ele teria explicado “porque a ciência moderna conduz à técnica” e porque, afinal, a aplicação técnica se tornou uma necessidade (devido à “sua própria inércia”) das ciências naturais modernas, que já não se compreendem a não ser como um modo de atuação sobre a natureza. Essa perspectiva, como se sabe, traduz o empenho das

5 Deve-se lembrar, a esse respeito, que Jonas formula uma ética (orientada pelo princípio responsabilidade) cujas raízes encontram-se no campo da ontologia, enfrentando um dos dogmas da filosofia contemporânea, que afirmava que do *ser* não pode derivar um *dever*. Para Jonas, ao contrário, é no ser (vivo), ou seja, nos organismos e em sua perspectiva autoafirmativa, que encontramos um valor e, por isso, o apelo primeiro ao dever do ser humano em preservar a sua integridade.

ciências modernas na exploração experimental da natureza, que passa a ser compreendida como um campo aberto para o conhecimento e, conseqüentemente, para a intervenção do ser humano. E isso é feito amparado em uma “utopia do progresso tecnológico” que passou a difundir a crença de que tal processo não é apenas eticamente legítimo, mas ontologicamente necessário e obrigatório: o ser humano, afinal, confunde a sua própria existência com a obrigação (o poder) de atuar sobre a natureza.

Um dos primeiros textos de Jonas sobre o problema da tecnologia e sua relação com a responsabilidade data de 1972 e foi originalmente apresentado no *International Congress of Learned Societies in the Field of Religion*, realizado em Los Angeles, em setembro de 1972 e publicado como *Tecnologia e responsabilidade: reflexões sobre as novas tarefas da ética*⁶. Para Jonas, a tecnologia, como parte decisiva do que ele chama de “*natureza da ação humana*” (2017, p. 23) foi alterada de forma substancial e, com isso, as premissas das éticas do passado já não se sustentam mais, dado que a “*natureza qualitativamente nova de algumas de nossas ações abriu toda uma nova dimensão de relevância ética para a qual não existe precedente nos padrões e cânones de ética tradicional*” (Jonas, 2017, p. 24). Esses novos poderes, cujo impacto é decisivo sobre a vida humana e extra-humana, são constituídos por aquilo que Jonas qualifica como propriamente a *tecnologia moderna* e que se diferenciaria qualitativamente em relação à técnica pré-moderna. Para Jonas, os novos poderes tecnológicos, por sua magnitude e ambivalência, causaram um desequilíbrio entre o que *pode* e o que *deve* ser feito, ou seja, entre a técnica e a ética, sendo que essa

6 Esse texto foi publicado no livro organizado por James M. Robinson com o título de *Religion and the Humanizing of Man* (Council on the Study of Religion, 1972) e mais tarde publicado em *Social Research* 15 (Spring, 1973).

última encontrar-se-ia despreparada diante do novo cenário de possibilidades: “a tecnologia moderna introduziu ações de escala, objetos e consequências tão novos que a estrutura da ética antiga não pode mais enquadrá-la” (Jonas, 2017, p. 31). Esse texto, por isso, mantém íntima relação com os argumentos apresentados em *O princípio responsabilidade* e mesmo com a análise levada a cabo nos primeiros dois capítulos de *Técnica, medicina e ética*.

Tecnociência e Domínio sobre a Natureza

Ao se perguntar por que a técnica se tornou um objeto da filosofia e da ética, Hans Jonas recua até os inícios da modernidade, em que ele identifica a instauração de um movimento de mudança no *status* do saber, algo que, no limite, seria para ele a característica central da modernidade. Segundo Jonas, a era moderna é marcada por um processo de transformação do conhecimento em uma ferramenta útil para a produção de bens – de domínio, de consumo e de posse. E, segundo ele, a mudança no modo como entendemos o que é conhecimento seria a premissa ontológica e gnosiológica da possibilidade do avanço tecnológico que teve como consequência a redução do papel da educação a um repasse utilitarista de informações e conteúdos úteis para o negócio da vida, para as sempre novas demandas que se abrem pela exigência de inovação, eficácia e competência, e a criação de novas necessidades capazes de alimentar o avanço desenfreado do consumo dos novos produtos.

Para Jonas, por isso, a mudança no estatuto do saber ocorreu porque a “velha e honorável separação entre ‘teoria’ e ‘prática’ desapareceu” e a “sede de conhecimento puro, o entrelaçamento entre conhecimento nas alturas e ação na planície da vida tornou-se

insolúvel e a aristocrática autossuficiência da busca pela verdade por si mesma desapareceu” (Jonas, 2013, p. 21). Nesse sentido, o campo teórico teria sido socializado na forma das várias utilidades concretas do cotidiano. Uma fórmula usada por Jonas sintetiza como esse processo levou a uma importante mudança no que campo do conhecimento: segundo ele, “trocou-se a nobreza pela utilidade” (Jonas, 2013, p. 21). A antiga aristocracia teórica da verdade que estava centrada na realização plena do ser humano, assim, foi substituída por uma “socialização” (Jonas, 2013, p. 22) dos *saberes* em benefício do *fazer*, ou seja, em direção à realização exclusiva dos potenciais técnicos do homem. Isso porque a civilização tecnológica manteria uma “visão *teórica* subjacente” (Jonas, 2013, p. 29) segundo a qual, em sentido ontológico, as coisas do mundo se abrem sempre em novas camadas a serem conhecidas e, em sentido epistemológico, porque o conhecimento, traduzido em “descobrimiento e invenção”, passou a ser uma ação incessante, validada pelos aparatos tecnológicos que substituem aquela tendência natural apontada por Aristóteles por um conhecimento prático que se desenvolveu a partir da “inter-relação entre *ciência* e *técnica*”, algo que é, segundo Jonas, “a característica do progresso moderno” (Jonas, 2013, p. 20).

Para o autor, é “no movimento do *conhecimento* onde primeiro e continuamente aparece a novidade mais importante”, ou seja, é no âmbito do *pensar* que esse processo se funda: de um lado, temos uma natureza que se oferece sempre de novo em sua “infinidade virtual”; de outro, um conhecimento que, “ao invés de reduzir a margem do que resta para ser descoberto”, acaba por surpreender-se “com dimensão após dimensão de novas profundidades” (Jonas, 2013, p. 20) a serem conhecidas e/ou alteradas. O conhecimento tornou-se uma “investigação sem fim” em busca da

inovação ou da *novidade*, ela mesma convertida em epíteto recomendatório dos novos tempos, os tempos modernos:

A grande virada é marcada pelo uso sempre mais frequente do epíteto laudatório “novo” para uma variedade sempre maior de iniciativas humanas – na arte, na ação e no pensamento. Essa moda linguística seria grave ou fútil dependendo do caso, nos diz uma série de coisas. A elevação do termo a atributo laudatório denuncia certo cansaço, até mesmo certa impaciência com as formas de pensar e de viver até então dominantes. O respeito pela sabedoria do passado é substituído pela suspeita de um erro inveterado e pela desconfiança de uma autoridade inerte. Isso vem acompanhado de um novo estado de autoconfiança, de uma firme convicção de que nós modernos estamos mais bem equipados do que os antigos - e certamente melhor do que nossos antecessores imediatos - para descobrir a verdade e melhorar muitas coisas. (Jonas, 2017, p. 81)

165

Tal progresso científico se deu simultaneamente por meio do progresso tecnológico que o sustentou, pois o avanço nos equipamentos de acesso aos recônditos da natureza desenvolveu-se como um “subproduto externo” do novo *status* do conhecimento: “para alcançar seus próprios objetivos *teóricos*, a ciência necessitava de uma tecnologia cada vez mais refinada e fisicamente forte como ferramenta que se produz a si mesma” (Jonas, 2013, p. 21). Em outras palavras, porque o conhecimento agora é compreendido como exploração infinita do mundo, então foi preciso desenvolver ferramentas que sustentassem essa tarefa. A ciência, assim, transformou, com o serviço da técnica, a natureza em um laboratório de grande escala, “uma incubadora para novas perguntas”, em um círculo indeterminado e infinito, nunca passível de qualquer saturação. Para Jonas, portanto, o conhecimento foi reduzido a uma versão utilitarista e

intervencionista amparada tecnologicamente. Isso significa que os antigos reinos *teórico* e *prático* se diluíram em uma única estratégia, levada a cabo como “mútua relação de *feedback*” entre ciência e técnica, em um recíproco movimento de impulso e necessidade, segundo um vínculo que Jonas caracteriza como “funcional” e que acaba por fazer com que a ciência se transforme em um “agente de infatigabilidade” para a tecnologia (Jonas, 2013, p. 17).

166

O problema é que, tendo perdido sua raiz reflexiva e seu potencial de realização da essência humana em sentido pleno, “a aspiração ao conhecimento” se transformou em uma atividade meramente operacional, guiada por um avanço ininterrupto adiante, marcado por um afã por “novos passos em todas as direções possíveis”, diluindo os próprios objetivos e inventando sempre novas necessidades. O conhecimento se transformou, assim, em um impulso cego, amparado em uma confusão entre meios e fins, já que, como vimos, não há mais linearidade dos processos, mas circularidade (objetivos podem ser satisfeitos com novas técnicas e vice-versa). Novas necessidades e objetivos não solicitados guiam a atividade do *homo faber*, que passa a ver nessa tarefa uma necessidade vital, principalmente quando associada à atual “dieta socioeconômica”. O conhecimento se coloca a serviço do “progresso”, um impulso incerto e sem direção, que se torna um valor em si mesmo, “um adorno ideológico da moderna tecnologia” (Jonas, 2013, p. 17). Atrelado a essas malhas da atividade produtiva da inovação constante, o conhecimento se transforma, também ele, em um produto, na medida em que está embutido nas próprias ferramentas que inventa.

O prejuízo central desse modelo seria, segundo Jonas, não necessariamente a socialização dos saberes, mas a ilusão dessa pretenso democratização do conhecimento e, principalmente, a sua

redução em termos epistemológicos e culturais. Transformado em mera ferramenta de serviço diante do mundo, o conhecimento tornou-se “em si mesmo culturalmente débil”, e o risco parece ainda mais grave quando associado a um fazer técnico que se desligou da reflexão e, com isso, perdeu a capacidade de meditação ontológica (sobre o *ser* das coisas que altera e sobre a *imagem* das coisas que pretende inventar) e ética (sobre o *dever* contido no uso dos novos poderes). Em outras palavras, sem aquela antiga capacidade reflexiva e reduzido aos expedientes utilitários e funcionais da tecnologia, o conhecimento se transformou em um perigo para o próprio homem. O processo, para Jonas, se apresenta como uma crise cultural, porque o conhecimento estaria “em risco de abrandar-se ou de converter-se em rígida ortodoxia – esse *eros* teórico já não vive só do delicado apetite pela verdade, senão que é estimulado por seu rebento mais robusto, a técnica” (Jonas, 2013, p. 21). O “*eros* teórico”, ou seja, aquele “*desejo* de conhecer”, apontado por Aristóteles, foi reduzido a uma ortodoxia na medida em que se implantou como um imperativo vocacional de cada indivíduo e da civilização como um todo, sob os riscos e os perigos de uma tecnociência livre de valores e de responsabilidade. O *homo faber*, porque suplantou o *homo sapiens*, acaba por conduzir a civilização atual para um conjunto de perigos nunca antes imaginado e para o qual o atual estágio do conhecimento nos deixou ética e criticamente despreparados.

Além disso, o campo da infinitude virtual do conhecimento, apoiado no avanço da ciência, leva Jonas a pensar na “premissa ontológico-epistemológica, como impulso mais íntimo da dinâmica tecnológica”, compreendido como a inter-relação entre técnica e ciência e, conseqüentemente, no modo como se compreende e se interfere na natureza das coisas. Para ele, a ciência vem mostran-

do como a natureza pode ser conhecida e redefinida com ajuda dos novos instrumentos tecnológicos em suas novas dimensões e novas profundidades, de forma absolutamente sutil e poderosa. Aparentemente, a infinitude da natureza revela-se como espaço infinito para o exercício do conhecimento e, dessa forma, o progresso científico passa a caminhar de mãos dadas com o progresso tecnológico, um influenciando o outro. Para Jonas, existe entre essas duas áreas, “uma mútua relação de *feedback* que as mantém em movimento; cada uma necessita e impulsiona a outra; e, tal como estão as coisas hoje, só podem viver juntas ou, do contrário, morreriam juntas” (Jonas, 2013, p. 21). Isso significa que o grande impulso da tecnologia deriva, precisamente, o âmbito científico; a ciência é o tipo de impulso interno da própria atividade tecnológica, que está baseada na aspiração ao conhecimento que é próprio da ciência e que, agora, avança com apoio dos instrumentos técnicos. Essa articulação aponta, portanto, para “uma direção e fertilidade indefinidas do impulso tecnológico” (Jonas, 2013, p. 21). Em resumo, para Jonas, o “prestígio prometeico” (Jonas, 2013, p. 22) dado à ciência, cuja dignidade está recoberta com os mais altos objetivos, vendo nela, o próprio destino da humanidade tem sido o grande impulso da tecnociência. E mais: para ele, esse seria “seu feitiço sobre o espírito moderno” (Jonas, 2013, p. 22), na medida em que a própria ideia de progresso do ser humano estaria submetido ao avanço do poder tecnológico sobre a natureza e, ainda, sobre ele mesmo.

A Responsabilidade sobre a Natureza

Dessa forma, o crescimento da tecnologia se apresenta como um elemento central para que possamos pensar como a natureza se tornou um objeto ético nas mãos do ser humano moderno. Afirmar uma tal coisa equivale a afirmar que, até a modernidade, a natureza era reconhecida como “eticamente neutra”, de tal forma que todas as éticas tradicionais não tinham incluído a natureza entre os assuntos ou preocupações éticas. Jonas explora essa hipótese já nas primeiras páginas de sua obra magna, *O princípio da responsabilidade*, afirmando que todas as éticas do passado estavam limitadas ao espaço da cidade, considerada como um artefato criado pelo ser humano e dependente de seus cuidados (de tal forma que todas as leis e preceitos morais dizem respeito, até então, ao reino intra-humano da cidade). A cidade representava, portanto, eticamente falando, “o domínio completo e único da responsabilidade humana” (Jonas, 2006, p. 33) e, sendo assim, “a natureza não era objeto da responsabilidade humana – ela cuidava de si mesma e, com a persuasão e a insistência necessárias, também tomava conta do homem”. Ou seja, até que a imensa vulnerabilidade da natureza contrastasse com o aumento excessivo do poder humano na modernidade, todo o âmbito não humano (ou extra-humano) era considerado eticamente neutro: “diante dela [da natureza] eram úteis a inteligência e a inventividade, não a ética” (Jonas, 2006, p. 34). Só no ambiente urbano é que a inteligência deveria, sempre, articular-se e render-se aos parâmetros éticos, de tal forma que o agir humano era moldado segundo esses interesses – e não segundo os interesses do reino extra-humano, como é o caso em nossos dias.

Jonas exemplifica essa situação fazendo referência ao famoso canto do coral de Antígona, de Sófocles, citado diretamente por

ele para contextualizar como, desde a Antiguidade, longe de significar um perigo ou uma ameaça, o poder humano foi celebrado como algo inquestionável: dominar a natureza em suas mais diversas perspectivas, adquirir conhecimento, domar os animais e empenhar todas as energias para explorar os recursos naturais fora, sempre, obrigação do ser humano, dado que não se imaginava como tal coisa pudesse afetar o todo da natureza – que era inviolável diante do poder pequeno dos humanos. O canto, por isso, é uma “angustiosa homenagem ao opressivo poder humano” que irrompe no meio da natureza de forma “violenta e violentadora”, mas que não provoca nenhuma preocupação moral, já que sua função seria “construir uma casa para sua própria existência humana”, ou seja, interpor contra a natureza um lugar de segurança, que se constituiu dentro das muralhas das cidades antigas. A afirmação de Hans Jonas, nesse caso, é contundente: “a violação da natureza e a civilização do homem caminham de mãos dadas” (2006, p. 32), precisamente porque uma tal violação não estava acompanhada da consciência da vulnerabilidade e nem da magnitude dos poderes, prescindindo portanto, de qualquer reflexão ética. Essa crença na inviolabilidade e na pequenez dos poderes legitimava as mais audaciosas empreitadas: “todas as liberdades que ele se permite com os habitantes da terra, do mar e do ar deixam inalterada a natureza abrangente desses domínios e não prejudicam suas forças geradoras” (Jonas, 2006, p. 32). Não haveria nenhum motivo, portanto, que modelos éticos como os propostos por Aristóteles, Santo Agostinho ou Kant, ou mesmo por toda a tradição cristã (cuja marca é indelével sobre a ética ocidental), levassem em conta tais questões. A natureza, afinal, não sofria nenhum “dano real” porque a ação humana não detinha nenhum poder para afetá-la de forma a que viesse “prejudicar seu equilíbrio”, dado que eram “superficiais e

impotentes” no que diz respeito a afetar algo tão grandioso como o todo da natureza, reconhecida como algo imutável, intocável, invulnerável e, sobretudo, inesgotável do ponto de vista de seus recursos (Jonas, 2006, p. 32). Diante de uma tal crença, restava a esses modelos éticos tradicionais restringirem-se às preocupações em relação ao poder humano de afetar a vida intra-humana e colocar em risco a existência do artefato urbano: matar, mentir, roubar e violar outros seres humanos têm potencial de afetar de forma definitiva não apenas esses indivíduos, mas a própria vida social como um todo. O poder humano estava, portanto, restrito a esse cenário.

Ora, é precisamente essa a questão que, segundo Jonas, foi alterada substancialmente com o avanço dos poderes tecnológicos na era moderna, a partir da associação da ciência (conhecimento) com a técnica (instrumento de exploração e intervenção). Associadas, essas suas perspectivas tornaram possível um avanço inédito no poder de impacto das ações humanas sobre a natureza, agora reconhecida em sua fragilidade e vulnerabilidade, afinal, diante desses novos poderes, tornou-se possível falar em destruição de florestas inteiras, em extinção de espécies, em mudança radical das paisagens, em morte de rios, em poluição de oceanos e em toda a mudança no regime climático do planeta – algo que hoje é descrito, inclusive, como uma nova era geológica, a do Antropoceno. Esse conceito, portanto, resume a magnitude da força e extremidade do perigo ao qual o ser humano submeteu a natureza, reconhecida hoje em seus limites diante da capacidade humana de causar um desequilíbrio irrecuperável.

A consequência filosófica desse processo se tornou evidente: a ascensão da técnica a “problema tanto central quanto premente de toda a existência humana sobre a terra” (Jonas, 2013, p. 25), por

sua capacidade de afetar todos os âmbitos da vida de uma forma inédita e, segundo a avaliação de Jonas, quase descontrolada, dada a embriaguez que instiga o “galope tecnológico” (Jonas, 2013, p. 60) e o lança sobre uma natureza esvaziada de sentido e teleologia. Nunca ociosa, a teoria atira-se sobre o mundo com um “prestígio ‘prometeico’” (Jonas, 2013, p. 41), cujo motor é a nova ideia de progresso, tido como epíteto recomendatório de tudo o que emerge dos laboratórios com potencial de transformar a própria natureza em um grande laboratório, com inúmeros riscos à frágil estabilidade que até agora garantiu a existência da vida sobre o planeta. É essa consciência que leva Jonas a considerar, portanto, que a técnica deve ser pensada filosófica e eticamente: “eu inaugurava assim o tema do significado fatal e da problemática da técnica moderna no contexto da idiossincrasia das modernas ciências naturais” (Jonas, 2005, p. 339).

172

Uma Nova Ética para Cuidar da Natureza

Esse cenário demonstra que as cinco características tradicionais do pensamento ético precisam ser revistas: [1] o reino extra-humano não é mais neutro; [2] os efeitos do poder humano ultrapassam os limites antropocêntricos dos homens entre si; [3] a chamada “entidade ‘homem’” não pode mais ser considerada como uma “constante quanto à sua essência”, já que os novos poderes possibilitam uma reconfiguração de elementos centrais de sua existência; [4] o efeito das ações humanas não podem mais ser compreendidas no limite temporal de curto prazo, cujas imputações e controle eram confinados às circunstâncias imediatas; [5] não se trata apenas de levar em conta as ações individuais, mas

deve-se ampliar o horizonte coletivo e político e, para isso, será necessário que a ética se abra para os saberes e informações advindos das outras ciências, sem as quais o seu diagnóstico não será satisfatório. Para Jonas, em resumo, “o braço curto do poder humano não exigiu [até agora] qualquer braço comprido do saber, passível de predição; a pequenez de um foi tão pouco culpada quanto a do outro” (2006, p. 37).

Tendo reconhecido, no primeiro capítulo de sua obra de 1985, *Técnica, Medicina e Ética*⁷, que a técnica moderna (leia-se, tecnologia) se tornou um problema filosófico precisamente porque ela não é mais uma simples *vocação* mas constitui-se como um *poder* de magnitude inédita história humana, Jonas elenca, no segundo capítulo desse livro, as cinco características que, segundo ele, explicam por que a técnica moderna se tornou um problema ético: devido à [1] ambivalência de seus efeitos, cuja magnitude impedem uma decisão precisa a respeito de seus benefícios e malefícios, exigindo, por isso, uma reflexão ética cuidadosa; [2] inevitabilidade de sua aplicação, já que se tornou automático que as novas descobertas sejam assumidas por vários âmbitos da cultura, sem que haja tempo e disposição para avaliar com seriedade as suas consequências; [3] novas dimensões de espaço e tempo que agora estão implicadas na ação tecnológica, de tal forma que não se sabe mais exatamente até quanto no tempo e no espaço serão sentidos os impactos das ações humanas; [4] rompimento com o limite antropocêntrico, dado que não é mais unicamente do bem humano que se trata, pois a ação tecnológica afeta a vida em geral; e [5] emergência da questão metafísica, porque um tal poder de destruição da natureza em geral exige que se coloque novamente a

7 Trata-se do texto *Toward a Philosophy of Technology*, publicado pela primeira vez em 1979 e adicionado como capítulo 1 da obra de 1985 com o título *Por que a técnica moderna é um problema filosófico*.

pergunta sobre *por que deve haver a vida* – precisamente o poder de destruir a vida como um todo exige uma resposta da ética no que diz respeito a uma nova justificativa e fundamentação. Note-se, como, portanto, esses cinco motivos resumem-se na perspectiva de que a tecnologia, na medida em que se atira na exploração da natureza, torna a natureza um objeto ético, dada a capacidade humana de afetá-la de forma irreparável. A natureza, precisamente por causa dos novos poderes, é o *novum* da Ética e é preciso que se desenvolva uma orientação ética para o uso de tais novos poderes.

Em outras palavras, as “novas dimensões da responsabilidade” (Jonas, 2006, p. 39) surgem precisamente da modificação significativa provocada pela tecnologia na forma de intervenção do ser humano na natureza: “a técnica moderna introduziu ações de tal ordem inédita de grandeza, com tais novos objetos e consequências que a moldura da ética antiga não consegue mais enquadrá-las” (Jonas, 2006, p. 39). A referência do coro de Antígona ao “*Ungeheure*”, ou seja, ao poder fantástico do homem sobre a natureza assumiu uma faceta que o tornou não apenas uma promessa utópica, mas sobretudo uma ameaça apocalíptica. O reconhecimento desse novo cenário implica o reconhecimento de uma nova era em torno dos poderes, uma era marcada pela tendência fáustica do ser humano em invadir o que antes era o mundo dos deuses, interdito aos humanos. Nessa perspectiva, as prescrições éticas do passado, embora continuem úteis, não são mais suficientes, pois aquele âmbito das ações individuais e intra-humanas foi agora substituído – e ameaçado – por um novo ambiente de “fazer coletivo”, no qual “ator, ação e efeito não são mais os mesmos da esfera próxima” (Jonas, 2006, p. 39) porque, justamente, passaram a incluir a natureza.

Para Jonas, “a primeira grande alteração no quadro herdado” do passado é a “crítica vulnerabilidade da natureza provocada pela intervenção técnica do homem” (Jonas, 2006, p. 39). O que causa ainda estupor nessa nova realidade é que a vulnerabilidade da natureza não se deixou conhecer a não ser já como dano, ou seja, já como natureza em risco, quando as perspectivas de superação da crise já se encontram em um momento de questionável eficácia. Para o autor, “essa descoberta, cujo choque levou ao conceito e ao surgimento da ciência do meio ambiente (ecologia)” (2006, p. 39) acabou por demonstrar o prejuízo provocado pelo ser humano, ou seja, levou à evidência de que tais danos são resultado da ascensão de um modelo de sociedade baseado na exploração da natureza. É o prejuízo da ordem natural, portanto, que levou à evidência de que “a natureza da ação humana foi modificada *de facto*” porque, precisamente, “um objeto de ordem inteiramente nova, nada menos do que a biosfera inteira do planeta, cresceu-se àquilo pelo qual temos de ser responsáveis, pois sobre ela detemos poder” (Jonas, 2006, p. 39). Não restam dúvidas, portanto, sobre a lógica argumentativa de Jonas: [1] o poder humano se tornou maior e mais perigoso, [2] os danos no equilíbrio natural evidenciam que a vulnerabilidade da natureza foi profundamente afetada pela ação humana e, finalmente, [3] a ética deve apelar para a responsabilidade, como forma de orientar ou mesmo de conter a sanha da tecnologia.

Diante desse novo objeto, nenhum outro pode ser comparado na história da ética, precisamente porque nenhum poder pode ser equivalente àquele que agora se encontra nas mãos humanas. Por isso, “a natureza como responsabilidade humana é seguramente um *novum* sobre o qual uma nova ética deve ser pensada” (Jonas, 2006, p. 39). Uma tal ética, portanto, deve ser capaz de evitar que conti-

nuemos serrando o galho sobre o qual estamos sentados (2006, p. 40), pelo menos enquanto o destino dos seres humanos continue ligado e dependente da natureza⁸. Para Jonas, a gravidade dos fatos se apresenta na forma da irreversibilidade dos efeitos provocados por uma tão grande magnitude de poderes, cujo caráter é cumulativo e cujo modo de apresentação segue a lógica niilista da tecnologia moderna⁹. Para Jonas é precisamente a “autopropagação cumulativa da mudança tecnológica do mundo” (2006, p. 40) que eleva a gravidade dos fatos pela via da alteração substancial na forma como as ações humanas se somam no âmbito coletivo. Em outras palavras, não é mais suficiente que a ética se aplique à limitação do “ato singular” (2006, p. 40), mas deve pensar a responsabilidade no âmbito de suas novas consequências, para os quais, afirma Jonas, “o saber torna-se um dever prioritário” (2006, p. 41), na medida em que, ao contrário do que se lê, por exemplo, na ética kantiana, é preciso que a responsabilidade se apoie em informações fornecidas pelas outras ciências, cujos estudos contribuem para um maior conhecimento das questões envolvidas. Jonas caracteriza esse como um “saber previdente”, o qual tem permanecido, lamentavelmente, “atrás do saber técni-

8 Aqui se poderia lembrar dos esforços das tecnologias convergentes (infotecnologia, biotecnologia, nanotecnologia e ciências cognitivas), do *Enhancement Project* e do Transumanismo como um todo, de vencer essa dependência da natureza por meio da própria tecnologia, seja no sentido de superar os limites impostos pela natureza humana através do corpo, seja de tornar possível uma vida fora da Terra. Segundo aponta Bruno Latour, no seu *Onde Aterrorar?* (2020), vive-se a “ausência do mundo comum” (p. 10), precisamente evidenciado pela crise na crença política de que *há mundo para todo mundo*, pois, para viver como a “elite obscurantista” pretende que seja a vida mais verdadeira e feliz, seria preciso explorar infinitamente a natureza. E isso passou, nos últimos anos, pela “negação compulsiva das ciências do clima” e pelo “negacionismo climático”, como forma de defesa de sua pretensão de continuar vivendo sem inconveniente.

9 Sobre a relação entre tecnologia e niilismo a partir da obra de Jonas, cf. meu livro *Negação e poder: do desafio do niilismo ao perigo da tecnologia* (2018) e meu artigo *Niilismo e tecnologia* (2020).

co” (Jonas, 2006, p. 41). Essa situação – de que a técnica caminha sempre a passos largos, realizando seus feitos sem que a ética possa acompanhá-la – é o “hiato” que tem separado “a força da previsão” e o “poder de agir” – e é esse hiato, precisamente, que se apresenta como questão ética. Jonas, nesse ponto de sua reflexão, assinada um problema bastante interessante: a necessidade de que reconheçamos a nossa própria ignorância quanto às causas e consequências dos problemas (dada a ambiguidade que se soma à magnitude dos novos poderes), uma ignorância que deve ser reconhecida como “obrigação do saber”, um saber, portanto, que reconhece que não sabe tudo. Para Jonas, esse tipo de ignorância se torna parte da ética na medida em que ela instrui para o “autocontrole”, algo que é “cada vez mais necessário, sobre o nosso excessivo poder” (2006, p. 41). Mais uma vez, é esse excesso de poder que se apresenta como um novo problema ético: “nenhuma ética anterior vira-se obrigada a considerar a condição global da vida humana e o futuro distante, inclusive a existência da espécie” (Jonas, 2006, p. 41). É do saber que nos mostra que isso tudo “está em jogo”, ou seja, está em risco, que nasce a obrigação de que uma ética possa impor algum tipo de controle para essa intervenção que se deseja ilimitadamente descontrolada.

177

Considerações Finais

Quanto à complexidade do problema, portanto, é preciso tanto uma posição de humildade epistêmica segundo a qual a ética reconhece os benefícios de se aproximar das outras formas de conhecimento, quanto aquela que assume a ignorância como parte desse mesmo saber. A esse respeito, vale lembrar uma afirmação de Jonas na sua conferência *Technik, Freiheit und Pflicht*, de 1987:

Resta um ponto sobre o qual é preciso ser muito claro: não há chave mestra para o nosso problema, não há panaceia para a doença de que sofremos. A síndrome tecnológica é complexa demais para isso e também não há como escapar dela. Mesmo que fizéssemos uma grande conversão e reformássemos nossos hábitos, o problema fundamental não desapareceria. Porque a própria aventura tecnológica deve continuar; já as medidas corretivas capazes de assegurar a nossa salvação exigem incansavelmente sempre um novo desafio para o gênio técnico e científico, que gera novos riscos que lhe são próprios. Evitar o perigo é, portanto, uma tarefa permanente, cuja realização está condenada a ser um trabalho fragmentado e, muitas vezes, um trabalho de remendos. (Jonas, 1993, p. 154)

178

Note-se como Jonas tem clareza sobre a complexidade do problema e sobre as dificuldades que seu próprio projeto há de enfrentar. A chave para a compreensão dessa questão é a palavra síndrome: ao se referir a uma “síndrome tecnológica”, ele faz referência a um conjunto de sintomas muito dificilmente percebidos em seu conjunto, mas que tornam possível conhecer a doença enquanto tal. É essa a complexidade que o problema tecnológico¹⁰ assume e para o qual a ética precisa se voltar. Uma complexidade, contudo, que se tornou absolutamente decisiva do ponto de vista de nossa vida concreta: “Se Napoleão dizia: ‘a política é o destino,’ hoje bem se pode dizer: ‘a técnica é o destino’” (Jonas, 2013, p. 32). Ora, se a técnica é o destino, é porque partem delas as decisões sobre o

10 Não deixa de ser interessante notar que, ao usar a palavra síndrome, Jonas recupera a expressão usada já nos seus estudos sobre a gnose (onde ele fala de uma “síndrome gnóstica”) e, nesse sentido, se lá a ideia era dar expressão a uma marca central de um determinado tipo de existência, agora, ao falar de uma “síndrome tecnológica», ele também expressa a ideia de que a tecnologia é a marca de nossa civilização, a experiência existencial característica de nossa era. Nathalie Frogneux (2016) referiu-se também à ideia de “síndrome animal” para expressão, em outro horizonte, a mesma ideia.

presente e o futuro da vida humana sobre o planeta; e se tais decisões são tomadas de forma centralizada e segundo critérios que ela mesma estabelece, então as apostas e o perigos aí contidos são de uma dimensão absolutamente nova. Esse *novum* do poder representado pela tecnologia na sua forma de decidir o destino humano dá expressão a uma série também inédita de riscos e perigos, tanto no espaço quanto no tempo. É esse destino, antes desenhado pela política, que passa agora às mãos da tecnologia e, com isso, a própria política é colocada em xeque, com tudo o que ela representava, inclusive a ideia de humanidade que ela supunha, a certeza sobre a constância dessa ideia no tempo e a pressuposta existência de seres humanos autênticos como resultado de suas intervenções. Dado tal cenário, cabe à ética e, mais ainda, à política, retomar o controle sobre o poder (por meio de um controle do controle; ou de um “poder sobre o poder”) com o objetivo de orientar essas decisões na direção do bem comum.

179

Nesses termos, podemos afirmar que a reflexão de Jonas é um exemplo do esforço que ele e outros pensadores da bioética – entre os quais está Potter – fizeram para analisar como o avanço da tecnologia tornou a natureza um objeto da ética, devido ao aumento do poder da ação humana sobre todo o âmbito da biosfera.

Referências

CARRASCO, M. A.; VALERA, L. (eds.) **50 años de Bioética - el futuro es hoy**. Valencia: Tirant humanidades, 2022.

FROGNEUX, N. La syndrome animal chez Hans Jonas. In: BOURGAT, Florence; BURGAT, Cristian. (orgs.). **Phénoménologie de la vie animale**. Bucarest: Zeta Books, 2016, p. 233-257.

JONAS, H. **Ensaio filosófico**: da crença antiga ao homem tecnológico. Tradução de Wendell Evangelista Soares Lopes – São Paulo: Paulus, 2017. (Coleção Ethos).

JONAS, H. **Memorias**. Trad. de Illana Gines Comín. Madrid: Losada, 2005.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Trad. Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUCRio. 1993.

JONAS, H. *Técnica, medicina e ética*. Sobre a prática do princípio responsabilidade. Tradução do Grupo de trabalho Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013.

LATOURET, B. *Onde aterrar? – Como se orientar politicamente no Antropoceno*. Trad. De Marcela Vieira. Posfácio e Revisão técnica de Alyne Costa. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

OLIVEIRA, J. *Negação e poder: do desafio do niilismo ao perigo da tecnologia*. Caixas do Sul: EDUCS, 2018.

OLIVEIRA, J. R. Nihilismo e tecnologia. **Filosofia Unisinos (Impresso)**, v. 21, p. 73-78, 2020.

OLIVEIRA, Jelson. **Negação e poder**: do desafio do nihilismo ao perigo da tecnologia. Caxias do Sul: EDUCS, 2018.

PESSINI, L.; SGANZERLA, A.; ZANELLA, D. C. (orgs). **Van Rensselaer Potter**: um bioeticista original. São Paulo: Loyola, 2018.

CAPÍTULO 9

IMPACTOS AMBIENTAIS E ÉTICOS NA ERA DA PÓS-VERDADE: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

JOÃO ADALBERTO CAMPATO JR.

ROGER FERNANDES CAMPATO

PAULO FRAGA DA SILVA

183

Considerações Iniciais

Constitui propósito nuclear deste capítulo refletir sobre a representação e os impasses que envolvem o meio ambiente em tempos de pós-verdade, nos quais a aparência de verdade revela-se superior à própria verdade ou pelo menos àquilo que se convencionou ser a verdade em determinado contexto espaço-temporal e institucional. No domínio da pós-verdade, o parâmetro para defender uma proposição já não diz respeito a sua verificabilidade empírica e lógica, mas a quanto ela apresenta de aderência ao perfil subjetivo do sujeito que a sustenta e a exalta.

Nesse quadro, o tratamento patético das informações ambientais mostra-se mais decisivo do que ir à busca de evidências e de um suporte racional dos fatos a serem divulgados. *Fake News*,

narrativas fabricadas, apelos a emoções e sobrevalorização de crenças e valores exercem cada vez mais influência seminal nas múltiplas esferas da formação da opinião pública, suscitando questionamentos de ordem ética e acarretando problemas que colocam em xeque a democracia, os valores, as condutas e a pacífica convivência entre as pessoas.

É notável, por exemplo, como, no governo do agora ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, entre 2019 e 2022, vieram à tona com uma energia inaudita opiniões e decisões que contrariaram de maneira explícita as orientações da ciência e até do mais simples bom-senso. Informações distorcidas proposital e planejadamente, que partiam de altos escalões do governo, de formadores de opinião, de intelectuais e que reverberavam em uma camada da população propícia para acolher *fake news* e propagá-las adiante em redes sociais sem o mínimo pudor ético.

184

Quase nada escapou das mistificações das *fake News* e da pós-verdade, favorecendo o retorno do terraplanismo, a recusa da existência do holocausto, a negação das torturas no regime militar, a minimização do racismo e das necessidades de políticas especiais para as minorias e povos originários, o desprezo pelas vacinas e o apequenamento da letalidade da Covid-19, entre outras posturas dificilmente defensáveis. Nesse elenco, ocupa posição significativa a subestimação dos impactos ambientais, principalmente no que diz respeito à devastação da floresta amazônica brasileira. Com efeito, todos esses comportamentos viravam as costas para a verdade.

Importa esclarecer, desde já, que, quando se lida com o conceito de verdade no presente capítulo, não se paga tributo, nem de longe, a uma ideia positivista de verdade ideal, absoluta, perene, universal, objetiva, conclusa e independente de qualquer circunstância, contexto, contingência, convencionalidade social ou dis-

cursos que buscam expressá-la (Marcondes, 2000). Por sinal, não se acredita que haja uma verdade que assim opere. Emprega-se o conceito de verdade aqui com a ressalva de que se trata de uma verdade intimamente ligada a um contexto específico, a regimes sociais, históricos e éticos particulares, com suas coerções:

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (Foucault, 2017. p.12).

Nessa linha, a realidade é erigida socialmente, culturalmente, discursivamente, com os discursos não replicando as supostas verdades, mas as refratando. Assim, afasta-se de uma perspectiva positivista – que supõe uma verdade absoluta e objetiva, existente fora dos discursos e das subjetividades -, aproximando-se, por conseguinte, de uma perspectiva construtivista, defensora de verdades relativas.

É curiosa, a esse respeito, a postura de D’Ancona (2018), para quem a rarefação do conceito de verdade e a ascensão do relativismo ocorridas na “pós-modernidade” poderiam ter conduzido algumas pessoas a cogitar que estaríamos num contexto de vale-tudo, do qual se teria beneficiado a pós-verdade. Sem desconsiderar a eventual influência desse estado de coisas, não se deve, entretanto, perder de vista que as teorias pós-modernas não negam o conceito de verdade e sua relevância. O que se nega, mais precisamente, é a concepção de uma verdade absoluta, conclusiva e independente

das contingências da história e da cultura. Isso equivale a dizer que sempre há uma ideia de verdade preponderante em determinada época e que é vista como tal pelas instituições e pelas pessoas, não sendo, portanto, simplesmente arbitrária, mas dependente de contextos (Marcondes, 2000, p.42). A Pós-verdade, então, atua contra a verdade oficial de sua época, aquela que é amparada e legitimada pela ciência.

A Pós-Verdade

186

Ao término do ano de 2016, o dicionário *Oxford* elegeu o neologismo “pós-verdade” (*pos-truth*), usado pela primeira vez em 2012, como a palavra do ano em virtude de seu frequente emprego em publicações de considerável relevância e alta visibilidade. O referido dicionário conceituou pós-verdade como um adjetivo “Relacionado a ou denotando circunstâncias em que fatos objetivos são menos influentes na formação da opinião pública do que apelos à emoção e a crenças pessoais”¹¹. Semelhante definição levou Charaudeau (2022) a ressaltar que, no geral, o fenômeno da pós-verdade enfatiza o aspecto emocional das crenças.

Resta claro que a pós-verdade engloba todo um cenário em que fatos objetivos agem menos na formação da opinião pública do que os apelos e chamados de ordem emocional e as crenças pessoais ou as versões frouxamente verossímeis dos fatos. Nessa lógica subjetiva e afetiva, os sentimentos têm mais relevância do que as razões, e os fatos não importam tanto como as vivências subjetivas.

11 “Relating to or denoting circumstances in which objective facts are less influential in shaping public opinion than appeals to emotion and personal belief”. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/post-truth>.

Numa abordagem retórica, tudo isso termina por sinalizar para o império do *pathos* e *do ethos*, ambos sobrepujando o *logos*.

Se, na história do pensamento ocidental, a verdade sempre esteve na berlinda, ora como algo que existe independente de tudo, ora como algo que não se verifica em termos absolutos, pois está na dependência de circunstâncias históricas, em tempos de pós-verdade pouco releva saber se tais ou quais fenômenos são falsos ou verdadeiros, uma vez que o que conta é como cada um de nós, subjetivamente, vivencia os fatos ou as versões deles decorrentes, interpretando-os de forma um tanto idiossincrática (Piovezani, Curcino, Sargentini, 2021).

Advém daí que um dos piores domínios relacionados à pós-verdade é justamente o do irracionalismo, conforme sinalização de Dunker (2017, p.18):

Uma nova expressão cognitiva ascende com um novo tipo de irracionalismo que conseguiu recolocar na pauta temas como: o criacionismo contra o darwiniano, a relatividade da “hipótese” do aquecimento global, a suspeita sobre a indução e o autismo por vacinas e tantas outras teorias mais ou menos conspiratórias diluídas por um novo estado da conversa em escala global, facultado de modo inédito pelas redes sociais. Neste novo suporte, as crenças mais estranhas e regressivas adquiriram uma espécie de *backing vocal* garantido.

Buscando um exemplo concreto: na hesitação vacinal, vislumbra-se a ação da pós-verdade, uma vez que a decisão de negar a obrigatoriedade da vacina ancora-se em valor estritamente pessoal ou de um pequeno grupo e numa impressão subjetiva de verdade, que é a da liberdade individual acima de tudo e como forma superior de vivenciar a existência.

As dúvidas negacionistas quanto à eficácia das vacinas vêm do excesso de emoção, histeria e de subjetividade e não da racionalidade objetiva que duvida com método, experimentação e sistematização. Ademais, há outros valores que explicam, igualmente, a hesitação vacinal: a hierarquização de valores que põe acima de tudo a possibilidade de levar uma vida supostamente natural, livre de medicamentos e interferências exteriores. Este apego exagerado às próprias convicções pessoais avizinha-se do irracionalismo, num ato que nega a verificação das informações recebidas e transmitidas e o diálogo com o outro, afogando as possibilidades de convivência ética, coletiva e salubre.

Matthew d'Ancona (2018) registra um elenco de acontecimentos que mostram, por exemplo, como o negacionismo científico a respeito da ciência se alicerça numa histeria próxima de um surto irracional coletivo. Pesquisas de renomados cientistas internacionais bem como o dramático reaparecimento de doenças há tempos consideradas extintas não se revelam suficientes para modificar as crenças distorcidas de parte da opinião pública da Grã-Bretanha e de outras nações ricas, responsáveis por vertiginosa queda na taxa de imunização¹². Segundo D'Ancona (2018), o fenômeno da

12 A pós-verdade atrelada ao negacionismo vacinal foi alimentada por um estudo publicado na revista *Lancet*, em 1998, de autoria principal do Dr. Andrew Wakefield, que, durante entrevista sobre o assunto, sugeriu a existência de possível vínculo, na Grã-Bretanha, entre a vacina contra sarampo e outras doenças e o aumento do autismo. Em virtude disso, as taxas de imunização despencaram rapidamente. Investigando o caso em profundidade, a imprensa revelou que o estudo de Wakefield, além de possuir conflito de interesse, era insatisfatório. Tempos depois, o artigo foi desmentido categoricamente a ponto de treze dos dez autores terem decidido retirar sua contribuição no estudo e Wakefield ter tido sua licença médica revogada. Por fim, em 2004, uma ampla investigação chegou à conclusão de que as crianças não vacinadas desenvolveram autismo em proporção igual ou maior do que aquelas que foram vacinadas. Apesar disso, “o relatório não foi páreo para a histeria que, naquele momento, dominava o debate público” (D'ancona, 2018, p.70).

pós-verdade em relação às vacinas e à ciência é sustentado pela histeria e pelo poder carismático das celebridades e lideranças que advogam a favor da mentira¹³.

Amesquinham-se as consequências das atuais mudanças climáticas globais de resultados cada vez mais desastrosas - e que está sendo amplamente divulgado pela mídia e pela ciência - porque crenças e valores políticos nacionalistas consideram o fenômeno uma estratégia imperialista para interferir na Amazônia, interpretando tal ação como perda de soberania nacional. Nesse exemplo, observa-se, novamente, como na pós-verdade o espaço de crenças irracionais mostra-se espantosamente significativo: basta considerar que se nega a existência de uma realidade que os satélites mostram com clareza e requintes de detalhes.

Vislumbra-se nas situações acima uma tensão entre um “saber de conhecimento” (saber científico independente do ponto de vista do sujeito) e um “saber de crença” (opinião; saber dependente do ponto de vista do sujeito). A pós-verdade tem origem no saber de crença, que está ligado às avaliações, às apreciações e aos julgamentos. Para Charaudeau (2022, p.133), “dizer que a Terra é plana não é uma questão de fato objetivo, mas de negação, pelo dizer, de um discurso de saber científico comprovado que demonstrou a verdade científica de que a Terra é redonda. Podemos então falar de contraverdade”. Mais ainda: os negacionistas “convertem uma questão que exige saber científico sobre o verdadeiro e o falso em saber de crença em torno do bem ou do mal” (Charaudeau, 2022, p.137).

13 Por exemplo: a atriz e top model americana Jeanne MacCarthy, mãe de um autista, declarou, em 2007, no programa de Oprah Winfrey, ser contrária à vacina. Para argumentar contra os dados científicos que evidenciam a segurança de vacinar-se, citou apenas seu instinto maternal (D'ANCONA, 2018)

Nesta altura, cumpre considerar o pensamento do cientista político lituano Ignas Kalpokas, para quem, no estado de coisas que a pós-verdade institui, torna-se fundamental saber quem será, numa verdadeira competição, capaz de afirmar o seu ponto de vista e sua versão mais efetivamente (Almeida, 2021). Daí a operacionalidade da noção de “verdades afiliativas”, enunciados criados para atuar em grupos particulares que, independentemente do valor de verdade de tais informações, funcionam se se harmonizam às expectativas das audiências, das bolhas ideológicas, proporcionando-lhes prazer. Na pós-verdade, a verdade é aquilo que funciona adequadamente em uma situação particular. A pós-verdade traduz a concepção de um mundo em que, mais indispensável do que relatar fatos, é ser convincente ao veicular suas impressões subjetivas.

190

A lógica da pós-verdade, em algum sentido e guardadas as devidas diferenças, assemelha-se à tradição da retórica greco-latina, que opera no mundo do verossímil, das crenças gerais, das opiniões, do mais plausível e não na esfera da certeza e das evidências. Dessa situação particular de incertezas, tem origem o projeto persuasivo que, embora ancorado majoritariamente na razão, não descuidou da afetividade e das paixões, ainda que reguladas e disciplinadas (Arnoux, 2021). Na pós-verdade, o *logos* fracassa, o que raramente ocorre na máquina retórica.

A pós-verdade oferece-se como universal e independente da convicção política, de credo religioso ou da inclinação estética das pessoas. Todos que se comportam exclusivamente de acordo com sua balança manifestam a tendência comum de apenas levar em conta e valorizar as informações que confirmem e reforcem seus pressupostos e ideias, que são os mesmos pressupostos e ideias dos grupos com os quais, seletivamente, interagem.

Essa confirmação atua como uma fonte de prazer, de orgulho e, mais do que tudo, de vaidade, criando a ilusão da posse do único conhecimento verdadeiro ao alcance da humanidade e que não pode ser negociado. Por tal razão, no interior desses agrupamentos, não há debate de ideias no sentido rigoroso do termo, pois, no final das contas, não existe propriamente alteridade nas bolhas homogêneas. Estabelece-se um círculo vicioso que sinaliza sempre para o consenso, contra o qual nada podem fazer as estatísticas, os experimentos, as evidências científicas e os fatos comprovados à exaustão.

A pós-verdade figura-se ideológica uma vez que ela explica, legítima e naturaliza o mundo meticulosamente de acordo com aquilo que algumas pessoas querem, ainda quando semelhante desejo parece recair em algo desaconselhável e absurdo. Arma-se uma estratégia ideológica sofisticada e mirabolante para fazer passar por natural algo que é extraordinário no pior sentido que a palavra encerra. Cria-se um sistema todo particular, um mundo que passa a regular-se conforme outras regras e lógicas, um mundo no qual a Terra volta, como num passe de mágica, a ser plana e em que modernos satélites simplesmente tornam-se ineficazes.

Pós-verdade e *fake news* são utilizados como sinônimos por alguns estudiosos. Outros teóricos empregam as expressões numa relação de hiperonímia, em que as *fake news* são tratadas como uma modalidade de pós-verdade. Fontana (2021), por exemplo, distingue os dois processos mediante seu funcionamento discursivo, modo de circulação e funcionamento da enunciação.

Assim, se raramente não se atina com a origem precisa da boataria “viral e anônima” das *Fake News*, o mesmo não ocorre com o fenômeno da pós-verdade, de cuja gestação é cabível, em inúmeros casos, obter dados mais sedimentados. A pós-verdade, segundo Fontana (2021, p.90-91), origina-se de uma “fala pública de um

locutor autorizado, identificado por um nome próprio e inscrito em lugar institucional de destaque no campo político”, dispensando mediadores e dotado de um modo de dizer irracional e emocional, com objetivo de enganar as pessoas. Na criação de uma pós-verdade, é frequente que o locutor esteja ciente de que veicula uma mentira deliberada, o que demonstra o caráter antiético de tal prática. Caráter, para alguns analistas, já ocultado pela própria terminologia do fenômeno: “pós-verdade” e não apenas “mentira”.

A Pós-Verdade e a Questão Ambiental no Brasil

192

Questões e problemas relativos ao meio ambiente colocaram-se como um dos obstáculos mais severos para o bom andamento do governo de Jair Messias Bolsonaro, tornando-se, ao longo de todo seu mandato presidencial, alvo de queixas e de denúncias indignadas de ativistas tanto do Brasil quanto do exterior.

Pesaram contra seu governo a acusação de não proteger o meio ambiente, fato que poderia ser verificado pelo incentivo a sua exploração desenfreada, pelo empenho em minimizar os efeitos do crescimento de focos de incêndio na Amazônia e pelo recurso à estratégia de tornar nebulosas as informações oficiais sobre o setor ambiental, contestando, inclusive, a ciência. Ademais, os críticos do governo mencionam propostas que vão da redução da área de terras indígenas já demarcadas até a flexibilização da fiscalização realizada pelo Ministério do Meio Ambiente para impedir o desmatamento. (Campato JR.; Campato, 2022)

Em 24 de setembro de 2019, Jair Bolsonaro fala à Organização das Nações Unidas (ONU) na abertura da 74^a Assembleia Geral, em Nova York, nos Estados Unidos da América (EUA). Em cerca

de 30 minutos de discurso, discorreu sobre uma plêiade de assuntos, incluindo a questão ambiental brasileira, foco de interesse do mundo inteiro. Nesse aspecto, o presidente empenhou-se em forjar uma particular realidade ambiental para o Brasil, cuja principal característica seria a inexistência de impactos ambientais graves. Para ilustração disso, acompanhe-se parte do discurso em que Bolsonaro retoricamente se dirige à jovem indígena Ysany Kalapo, num mecanismo verbal chamado apóstrofe. Segue o fragmento do discurso do então presidente que interessa considerar no momento (Bolsonaro, 2019):

Senhorita YSANY KALAPALO, agora vamos falar de Amazônia. Em primeiro lugar, meu governo tem um compromisso solene com a preservação do meio ambiente e do desenvolvimento sustentável em benefício do Brasil e do mundo. O Brasil é um dos países mais ricos em biodiversidade e riquezas minerais. Nossa Amazônia é maior que toda a Europa Ocidental e permanece praticamente intocada. Prova de que somos um dos países que mais protegem o meio ambiente. Nesta época do ano, o clima seco e os ventos favorecem queimadas espontâneas e criminosas. Vale ressaltar que existem também queimadas praticadas por índios e populações locais, como parte de sua respectiva cultura e forma de sobrevivência. Problemas qualquer país os tem. Contudo, os ataques sensacionalistas que sofremos por grande parte da mídia internacional devido aos focos de incêndio na Amazônia despertaram nosso sentimento patriótico. É uma falácia dizer que a Amazônia é patrimônio da humanidade e um equívoco, como atestam os cientistas, afirmar que a nossa floresta é o pulmão do mundo. Valendo-se dessas falácias, um ou outro país, em vez de ajudar, embarcou nas mentiras da mídia e se portou de forma desrespeitosa, com espírito colonialista. Questionaram aquilo que nos é mais sagrado: a nossa soberania! Um deles por ocasião do encontro do G7 ousou sugerir aplicar sanções ao Brasil, sem sequer nos

ouvir. Agradeço àqueles que não aceitaram levar adiante essa absurda proposta. Em especial, ao Presidente Donald Trump, que bem sintetizou o espírito que deve reinar entre os países da ONU: **respeito à liberdade e à soberania de cada um de nós**. Hoje, 14% do território brasileiro está demarcado como terra indígena, mas é preciso entender que nossos nativos são seres humanos, exatamente como qualquer um de nós. Eles querem e merecem usufruir dos mesmos direitos de que todos nós. Quero deixar claro: o Brasil não vai aumentar para 20% sua área já demarcada como terra indígena, como alguns chefes de Estados gostariam que acontecesse. Existem, no Brasil, 225 povos indígenas, além de referências de 70 tribos vivendo em locais isolados. Cada povo ou tribo com seu cacique, sua cultura, suas tradições, seus costumes e principalmente sua forma de ver o mundo. A visão de um líder indígena não representa a de todos os índios brasileiros. Muitas vezes alguns desses líderes, como o Cacique Raoni, são usados como peça de manobra por governos estrangeiros na sua guerra informacional para avançar seus interesses na Amazônia. Infelizmente, algumas pessoas, de dentro e de fora do Brasil, apoiadas em ONGs, teimam em tratar e manter nossos índios como verdadeiros homens das cavernas. O Brasil agora tem um presidente que se preocupa com aqueles que lá estavam antes da chegada dos portugueses. O índio não quer ser latifundiário pobre em cima de terras ricas. Especialmente das terras mais ricas do mundo. É o caso das reservas Ianomâmi e Raposa Serra do Sol. Nessas reservas, existe grande abundância de ouro, diamante, urânio, nióbio e terras raras, entre outros. E esses territórios são enormes. A reserva Ianomâmi, sozinha, conta com aproximadamente 95 mil km², o equivalente ao tamanho de Portugal ou da Hungria, embora apenas 15 mil índios vivam nessa área. Isso demonstra que os que nos atacam não estão preocupados com o ser humano índio, mas sim com as riquezas minerais e a biodiversidade existentes nessas áreas.

A indígena Ysani Kalapalo é uma influenciadora youtuber do alto Xingu, Mato Grosso, participante da comitiva de Bolsonaro à assembleia das Nações Unidas. Sua relativa e passageira notoriedade teve início entre os anos de 2011 e 2012, mediante ativismo nas redes sociais contra a construção da Usina de Belo Monte, no norte do Pará. Em 2018, a indígena – um tanto inesperadamente e embora contrariando a vontade da maioria de seu povo - manifestou apoio político à candidatura presidencial de Jair Bolsonaro.

Na ONU, Ysani simbolizou e defendeu a política ambiental e indígena praticada pelo governo. Bolsonaro pretendia fazer crer que o tratamento ao meio ambiente e aos índios estava sendo adequado; não fosse dessa maneira, uma índia não o teria acompanhado aos Estados Unidos e não teria se exposto para apoiá-lo. O estratagema é valer-se da autoridade de uma indígena para cancelar a política governamental, apresentando a realidade do meio ambiente e dos povos indígenas como destituída de quaisquer tensões ou conflitos efetivos, enfim, sem impactos ambientais.

Bolsonaro se esforçará na forja, no e pelo discurso verbal, de um *ethos* discursivo palatável aos líderes políticos mundiais e demais interessados. Semelhante necessidade de conciliação impõe-se pelo fato de o presidente ser conhecido por emitir opiniões sobre o meio ambiente contrárias ao pensamento dos ambientalistas e cientistas.

A criação de um *ethos* discursivo afeito ao ambientalismo objetiva compensar um *ethos* prévio típico de um antiambientalista clássico. Por essa nova imagem, Bolsonaro chega a qualificar-se como conservacionista, adepto do desenvolvimento sustentável e consciente de que tudo o que o Brasil fizer em termos de respeito ao ambiente acarretará em consequências ao mundo na forma de impactos ambientais das mais diferentes intensidades.

Boa parcela de sua fala desenvolveu-se com base nos seguintes argumentos- na forma de silogismos incompletos chamados de entimemas - por meio dos quais intenta provar que o governo respeita e protege o meio ambiente, de tal sorte que os impactos ambientais porventura verificados não têm no governo brasileiro o culpado (Campato Jr; Campato, 2022)

1) A Amazônia é maior que a Europa Ocidental e permanece intocada, o que lhe atesta a preservação;

2) Se há queimadas, estas também ocorrem em virtude da cultura de alguns povos da Amazônia, como índios e populações locais;

3) Em determinadas épocas, o clima seco e os ventos favorecem as queimadas;

4) Todos os países têm esses problemas.

É notório como Bolsonaro por meio de uma fala institucionalizada e amparada na crença subjetiva de ultradireita nacionalista forja uma realidade negacionista que não correspondente à verdade e ao consenso dos fatos, por sinal, sobejamente mostrados e confirmados por cientistas, satélites e órgãos internacionais.

Está-se, pois, diante de um exemplo de pós-verdade na medida em que Bolsonaro, por injunções políticas e ideológicas, elabora imagem distorcida e aparente do meio ambiente, que passa a ser aceita dogmaticamente por seus seguidores, que compartilham

com ele a mesma bolha ideológica. Essa crença numa aparência torna-se tanto mais enfática visto que se localiza num Brasil polarizado, em que se crê ser precisa cada vez mais a união contra os supostos adversários da pátria. Nessa situação de “guerra”, vale tudo para manter a coesão da identidade, até mesmo os atos julgados irracionais como a recusa de simplesmente verificar por meio de imagens de satélites que a Amazônia não prossegue intocada na mesma situação em que ela foi descoberta.

Posicionamentos bolsonaristas que vão conformando uma situação de pós-verdade na área ambiental são numerosos, grassando, sobretudo, em 2019, no auge dos focos dos incêndios na região norte do país e nos debates internacionais sobre o aquecimento global.

No primeiro caso, conforme noticiado à exaustão pela imprensa, as imagens dos satélites da NASA, as nuvens de fumaça que cobriram o céu de boa parte do país e a preocupação da comunidade internacional são fatos negados por pessoas de determinadas crenças políticas e econômicas. Com efeito, como é típico da pós-verdade, os satélites têm menos influência em moldar a opinião pública de um país do que apelos à emoção e a crenças pessoais, principalmente em tempos de polarização e maniqueísmo. Nesse contexto, parece que a verdade não faz a menor diferença, sendo de maior relevância as nossas percepções e impressões subjetivas.

Vários órgãos de imprensa divulgaram amplamente uma fala do presidente Jair Bolsonaro direcionada a investidores na abertura do *Invest in Brazil Forum*, em Dubai, nos Emirados Árabes Unidos, no dia 15/11/2021, segundo a qual a floresta amazônica não pegaria fogo pois era úmida e que a floresta estaria exatamente no mesmo estado de quando foi descoberta. Eis a transcrição da declaração do presidente publicada no site da CNN Brasil:

Nós queremos que os senhores conheçam o Brasil de fato. Uma viagem, um passeio pela Amazônia é algo fantástico... Até para que os senhores vejam que a nossa Amazônia, por ser uma floresta úmida, não pega fogo, que os senhores vejam, realmente, o que ela tem?. Com toda certeza uma viagem inesquecível, além de conhecer aqui o que seria o paraíso aqui na terra. A Amazônia é um patrimônio, a Amazônia é brasileira. Vocês vão comprovar isso e trarão uma imagem que condiz com a realidade. Os ataques que o Brasil sofre quando se fala em Amazônia não são justos. Lá mais de 90% daquela área está preservada. Está exatamente igual de quando foi descoberto no ano de 1500. A Amazônia é fantástica¹⁴

198

A respeito de tais afirmações, o site do G1, também datado de 15/11/2021, ressaltou que Bolsonaro mentiu aos árabes. Para constatação disso, o site divulgou as palavras de Márcio Astrini, secretário-executivo do *Observatório do Clima*, e sua explicação que as florestas úmidas não pegam fogo espontaneamente, mas se incendiam caso alguém ateie fogo nelas, sendo isso, por sinal, a prova de que os incêndios na Amazônia eram criminosos. Quanto ao fato de a floresta estar totalmente conservada, Nistrini contestou Bolsonaro mais uma vez, afirmando: “Floresta intacta, igual a 1500, eu diria que é da metade para menos da floresta”¹⁵.

O discurso ambiental bolsonarista foi contestado pelos cientistas, estudiosos e técnicos da área; porém tal manifestação dificilmente conduziu seus seguidores a mudar de opinião ou, no mínimo, a abordar a questão de ângulo menos radical. A campanha de 2022 para sua reeleição demonstrou categoricamente isso. Para

14 <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/em-dubai-bolsonaro-diz-amazonia-por-ser-uma-floresta-umida-nao-pega-fogo/>. Consultado em 16/04/2023.

15 <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/11/15/bolsonaro-amazonia-dubai.ghtml>

os apoiadores do presidente, como para os apoiadores de outros líderes negacionistas, como o ex-presidente americano Donald Trump, a questão dos impactos ambientais resta minimizada ou simplesmente negada. Trump, nesse diapasão, chegou a desqualificar o impacto econômico do relatório climático que a própria Casa Branca lhe preparou.

A equação parece simples: à verdade dos fatos e da ciência muitos opõem a lógica da pós-verdade, justamente porque se trata da lógica que melhor responde às suas necessidades pessoais, às vaidades, às idiosincrasias, às hierarquias e aos prazeres subjetivos, legitimando uma realidade que apenas existe nos limites de bolhas ideológicas, fortalecidas à custa do irracional. Não importa estar na companhia da verdade da ciência, da estatística, da técnica, dos exames metódicos, dos experimentos e da objetividade; cumpre, antes, estar acompanhado das impressões subjetivas, das versões que corroboram uma ideologia e que proporcionam a sensação reconfortante e egocêntrica de estar certo e próximo das pessoas certas.

Alargando o âmbito desta reflexão, mas permanecendo, ainda, no campo dos impactos ambientais, chega a ser possível considerar a noção de desenvolvimento sustentável como tendo um pé fincado na teia da pós-verdade.

A noção de desenvolvimento sustentável foi gestada ideologicamente pela comunidade internacional com vistas a sugerir e a fomentar uma possível coexistência harmoniosa entre o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade. Isso se evidencia na sua definição mais famosa contida no relatório “Nosso Futuro Comum” também conhecido como “Relatório Brundtland”, preparado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1987. A definição de desenvolvimento sustentável aí encontrada é: “o desenvolvimento sustentável é aquele que atende às necessidades do

presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades” (Comissão mundial sobre meio ambiente e desenvolvimento, 1991, p.46).

Submetendo, no entanto, tal definição a uma visada mais crítica, não se tarda a perceber seu propósito um tanto quanto utópico, ambíguo e contraditório, principalmente porque o desenvolvimento em questão é o desenvolvimento hegemônico dos dias que correm, isto é, o capitalista.

Numerosos especialistas não alcançam compreender como a lógica e o paradigma capitalista – com seu desejo de lucros e de acumulação, de criar novas necessidades e consumidores, de especular, de proteger o sistema financeiro, de enaltecer a mercadoria, de fomentar o individualismo e o antropocentrismo, de explorar os mais fracos, de ver a Terra como simplesmente um baú de recursos - poderiam fomentar a sustentabilidade ambiental, social e econômica ou com ela se conciliar de uma tal forma a garantir uma existência mais humana, colaborativa, igualitária, democrática e justa. (Boff, 2016).

Também no juízo de Viseu, Meneghetti e Seifert (2012), o desenvolvimento sustentável repousa em uma falsa noção de conciliação entre o capitalismo e a questão ecológica, que eles colocam nos seguintes termos (2012, p.578-579):

Sustentabilidade refere-se à qualidade de sustentável (...). Em sua versão sustentável, o ideal desenvolvimentista do modo de produção capitalista pressupõe a possibilidade do aumento da riqueza e prosperidade social sem que isto necessariamente implique aumento da degradação ambiental e das injustiças sociais. Entretanto, essa pretensão do sistema capitalista é essencialmente utópica, tendo em vista que, considerando seus fundamentos históricos, os princípios de sustentação social e

política do capitalismo tardio são irreconciliáveis com a apropriada atenção aos problemas ecológicos e sociais contemporâneos, sobretudo, ao se notar que os elementos constituintes do capitalismo não se desvinculam de uma concepção política liberal, centrada na hegemonia de uma ideologia burguesa que apregoa o sucesso econômico como o único caminho possível para a sociedade.

Os mesmos autores, páginas adiante (2012, p.579), arrematam: “Nesses termos, na medida em que procura preservar a natureza sem reconhecer a prerrogativa de limitar o consumo e a expansão econômica das organizações, a lógica dominante do desenvolvimento sustentável torna-se uma impossibilidade”.

Pelo que foi até aqui trilhado, nota-se a concepção de desenvolvimento sustentável compartilhando traços da pós-verdade, porque sua exequibilidade é justificada em termos mais afetivos do que lógicos, aí incluindo exemplos de sustentabilidade que, rigorosamente, são, antes, casos de *greenwashing* ou de empresas auto-declaradas verdes, mas que não se importam se seus fornecedores de matéria-prima o são. Por oportuno, essa postura de aparentar ser verde não o sendo constitui uma postura antiética a toda prova, que esfacela as relações humanas, reduzindo-as a um jogo de quem melhor engana quem.

Em verdade, o desenvolvimento sustentável, para além de ideológico, é utópico. Seus defensores – sobretudo os da bolha que creem na possibilidade total de um desenvolvimento sustentável – parecem fazer vistas grossas às incontornáveis incompatibilidades entre o paradigma de vida atual e a sustentabilidade. E o que é pior: semelha igualmente não se aperceberem de que a ação predatória do homem sobre a natureza não diminui e que os impactos ambientais estão se tornando a cada dia mais devastadores.

Escusaria acentuar o quanto o regime da pós-verdade, num primeiro estágio, coloca-se frontalmente contra a ética em virtude da exploração planejada da boa-fé, das ingenuidades, da obstinação ou dos temores das pessoas, sobretudo daquelas mais fragilizadas, desassistidas pelo Estado e com tendência em acreditar na irracionalidade dos salvadores da pátria e dos milagres repentinos.

A despeito disso, nem todas as vítimas da pós-verdade listam-se como ignorantes, iletradas ou algo que o valha, mesmo porque já ficou assente como o *modus operandi* sofisticado da pós-verdade deixa vítimas em todos os segmentos sociais. Não seria nada espantoso que se viesse a descobrir no futuro que adeptos de determinadas pós-verdades sofrem de alguma patologia que os leva a aderir a teorias visivelmente absurdas.

Considerações Finais

A pós-verdade constitui um fenômeno complexo que repele naturalmente um tratamento do tipo simplista e não sistemático. Aliás, complexo e ardiloso, porque, em numerosas ocasiões, a pós-verdade serve-se de uma pretensa defesa da liberdade de opinião e de imprensa ilimitada – mesmo que visivelmente contrária às leis e à ética – para manter-se atuante em todos os lugares e durante todo o tempo, adotando o esquema proverbial do “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”.

Como a pós-verdade é a verdade de muitos – inclusive de considerável parcela da mídia –, não é incomum ver a imprensa divulgando informações e opiniões distorcidas por excesso de subjetividade e de crenças emocionais ou mesmo oferecendo a tribuna para negacionistas apresentarem seu arremedo mistificador de ciência.

Nesse ponto, caberia à grande mídia e à mídia especializada desempenhar um papel mais ético, rigoroso e didático na medida em que poderiam, além de denunciar as informações calcadas na má-fé, fomentar primícias de uma educação midiática, alertando os espectadores que não há discurso neutro e que, se um discurso se manifesta explicitamente sobre algo, ele se cala em relação a outros aspectos. Nesse quadro, a motivação e legitimação ideológicas dos discursos devem estar sempre na berlinda, não importa de onde venham e para aonde se dirigem. Seria desejável que essa introdução de educação midiática fosse adotada e desenvolvida pelo ensino formal na condição de tema transversal.

Por fim, ressalte-se que a pós-verdade se assenta numa curiosa contradição e num dilema retórico-discursivo passível de ser brevemente descrito da seguinte maneira: de um lado, a pós-verdade tende ao frequente exercício discursivo persuasivo, numa batalha campal em que ela se empenha em legitimar-se a fim de fixar-se, entre as opiniões possíveis, como aquela que constitui a única verdade possível, que, mais do que certa, chega a ser um dogma. Por outro lado e talvez ao mesmo tempo, a pós-verdade se ensimesma nas bolhas ideológicas, negando-se ao debate público e deslegitimando a voz da alteridade.

Referências

ARNOUX, Elvira Narvaja de. A verdade e as emoções: retórica e pós-verdade no discurso político. In: CURCINO, L.; SARGENTINE, V.; PIOVEZANI, C. (org). **Discurso e (pós) verdade**. São Paulo: Parábola, 2021. p..189-220.

BOFF, L. **Sustentabilidade: o que é, o que não é**. Petrópolis: Vozes, 2016.

BOLSONARO, J.M. **Discurso na abertura da 74ª Assembleia Geral das Nações Unidas**. Nova York, 24 set. 2019. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/discursos-artigos-e-entrevistas-categoria/presidente-da-republica-federativa-do-brasil-discursos/20890-discurso-do-presidente-jair-bolsonaro-na-abertura-da-74-assembleia-geral-das-nacoes-unidas-nova-york-24-de-setembro-de-2019>. Acesso em 10 fev. 23.

204

CAMPATO JR, João Adalberto; CAMPATO, R. F. A retórica do meio ambiente e o tema dos impactos ambientais no discurso do presidente Bolsonaro à Organização das Nações Unidas (ONU). In: AMÉRICO-PINHEIRO, Juliana H. P.; SANTOS, Ricardo Miranda dos. (Org.). **Impactos ambientais no território brasileiro**. Tupã: ANAP, 2022, p. 199-219.

CHARAUDEAU, P. **A manipulação da verdade: do triunfo da negação às sombras da pós-verdade**. São Paulo: Contexto, 2022.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso futuro comum**. 2ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1991.

CURCINO, L; SARGENTINE, V.; PIOVEZANI, C. O discurso e as verdades: relações entre a fala, os feitos e os fatos. In: CURCINO, L; SARGENTINE, V.; PIOVEZANI, C. (org). **Discurso e (pós) verdade**. São Paulo: Parábola, 2021. p.7-18.

D'ANCONA, Matthew. **Pós-verdade**. Barueri: Faro, 2018.

DENKER, C. Subjetividades em tempos de pós-modernidade. In: DENKER, C. et al. *Ética e pós-verdade*. Porto Alegre: Dublinenses, 2017. p.9-p.42.

FONTANA, Mônica Z. Pós-verdade e enunciação política: entre a mentira e o rumor. In: CURCINO, L; SARGENTINE, V.; PIOVEZANI, C. (org). **Discurso e (pós) verdade**. São Paulo: Parábola, 2021. p..87-104.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, Introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

MARCONDES, Danilo. Desfazendo mitos sobre a pragmática. **Alceu**. v.1, n.1, jul/dez 2001, p. 38-46.

CAPÍTULO 10

PERSPECTIVAS LUSO-BRASILEIRAS SOBRE OS IMPACTOS DA TELEMEDICINA NA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

CARLA BARBOSA

STÉFANI REIMANN PATZ

207

Introdução

Seja no Sistema Nacional de Saúde português (SNS) ou no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), a Telemedicina foi adotada como uma ferramenta para ajudar na prestação de cuidados de saúde. Entre as vantagens, destacam-se: (i) facilidade em acessar profissionais especializados; (ii) melhorar a coordenação dos atendimentos; (iii) redução de distâncias e custos. Entretanto, a implementação da tecnologia requer uma atenção especial para garantir o sigilo das informações e a privacidade dos pacientes devido à ampliação da circulação, conexão e coordenação de dados pessoais relacionados à saúde, o que aumenta os riscos de vazamento. Nesse contexto, o grande desafio está em encontrar um equilíbrio

entre a crescente utilização da Telemedicina e a proteção dos dados pessoais, principalmente os de saúde.

O presente texto, portanto, versa sobre os impactos e desafios da Telemedicina na proteção de dados pessoais. A justificativa do texto, portanto, respalda-se na compreensão que viver na contemporaneidade é habitar um mundo em que a Telemedicina é uma ferramenta poderosa para garantia do direito fundamental à saúde, mas sua adoção também apresenta um desafio significativo em relação à proteção de dados pessoais, especialmente informações sensíveis relacionadas à saúde.

Com vistas ao desenvolvimento da investigação proposta, apresentar-se-á, inicialmente, um panorama histórico da Telemedicina e da Telessaúde. Depois, observar-se-ão a evolução da sua utilização e a regulamentação do tema na União Europeia, em Portugal e no Brasil. Por fim, analisar-se-ão alguns impactos ético-jurídicos e desafios da tecnologia sob o viés da proteção de dados dos pacientes. O método de pesquisa proposto é o dedutivo e o procedimento é analítico, com base em pesquisa indireta de livros e revistas científicas, visando situar os leitores sobre aspectos relevantes do tema e auxiliando na compreensão geral do questionamento proposto, sem buscar uma análise exaustiva do conteúdo bibliográfico.

208

1 Breves Apontamentos sobre Telemedicina e Telessaúde

Durante o século XIX, os serviços postais, o telégrafo e, mais tarde, o telefone, facilitaram a troca de informações e a divulgação das práticas médicas. Já no século XX, a televisão e a radiocomunicação permitiram uma maior disseminação de informações sobre saúde. Com o surgimento da internet na década de 1990, houve

uma crescente integração entre as telecomunicações e as necessidades de saúde, permitindo o desenvolvimento e a expansão da assistência médica remota (Craig; Patterson, 2005).

Esses avanços tecnológicos possibilitaram o surgimento da “Telemática da Saúde”, que é caracterizada pela aplicação conjunta dos meios de *telecomunicação* e *informática* nas atividades sanitárias, visando à promoção, prevenção e cura, tanto individual como coletiva, possibilitando diversas formas de comunicação entre profissionais de saúde ou entre estes e seus pacientes, independentemente da distância física. (Schaefer; Glitz, 2022).

Consoante Daniel Sigulem, de maneira genérica, a Telemática em Saúde refere-se à utilização dos serviços de saúde à distância para promover a saúde global, educar e controlar doenças. Dependendo da finalidade, também são utilizados os termos Telessaúde (*Telehealth*), quando a telemática está voltada para a gestão da Saúde Pública, e, com maior frequência, Telemedicina (*Telemedicine*), quando direcionada aos aspectos clínicos. (Sigulem, 2002).

A área, portanto, é dividida em duas categorias: Telessaúde e Telemedicina (Schaefer, 2010, p. 81).¹⁶ A Telessaúde é o termo mais

16 O termo “telemedicina” e “telessaúde” deriva do grego “tele” (τελε) que significa distância, e é comumente usado em palavras como telefone e televisão. Assim, a Telessaúde abrange todas as práticas no âmbito da saúde realizadas à distância, independentemente das ferramentas utilizadas para essa interação.

Na literatura, os termos Telemedicina, Telessaúde e eHealth são frequentemente utilizados para referirem-se à utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para prestar serviços de saúde à distância e para compartilhar informações/conhecimento. Além disso, eles expressam estratégias de resposta para problemas de saúde socialmente construídos, como escassez de profissionais em áreas remotas e aumento da longevidade da população. (CELES *et al.*, 2018). De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde em Portugal, é possível caracterizar: I – E-Saúde: Opção estratégica da utilização de TIC no apoio a serviços de saúde; II – Telessaúde: Aplicação da TIC à prestação de cuidados, organização de serviços e formação de profissionais; III – Telemedicina: Cuidados de saúde e apoio interins-

abrangente e refere-se ao uso de tecnologia na área da saúde. Embora seja frequentemente usado como sinônimo de Telemedicina, a Telessaúde inclui praticamente qualquer troca de informações de saúde via telecomunicações. O escopo de definição engloba o gerenciamento síncrono de pacientes, aconselhamento e consulta de pacientes ou profissionais da saúde, revisão de registros, educação e ensino à distância, monitoramento em domicílio, investigações de saúde pública, gerenciamento de dados de saúde e integração de sistemas de saúde (HRSA, 2023). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo pode ser compreendido como:

A prestação de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde usando Tecnologias de Informação e Comunicação para a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação e para a educação continuada de prestadores de cuidados de saúde, tudo no interesse de promover a saúde dos indivíduos e suas comunidades (OMS, 2010, p. 9, nossa tradução).¹⁷

210

Trata-se de um termo amplo e engloba profissionais de diferentes áreas da saúde, entre elas: nutrição, enfermagem, fisioterapia, psicologia e farmacologia. A Telemedicina,¹⁸ por sua vez, tende

titucional, concretizados remotamente: Teleconsultas, Telemonitorização, Telerrastreio, Telerdiagnóstico, Telerreabilitação, entre outros. (Ers, 2022, p. 12).

17 Texto original: *The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities.*

18 De acordo com a Associação Médica Mundial, a Telemedicina é “o exercício da medicina à distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseadas em dados,

a ser definida de forma mais restrita e concentra-se nos aspectos clínicos relacionados ao paciente individual ou individualizável, permitindo a realização de procedimentos médicos à distância voltados para a medicina curativa (Schaefer, 2019, p. 131).

Além disso, tem o intuito de fornecer suporte diagnóstico à distância, permitindo a interpretação de exames e a emissão de laudos médicos remotamente com o auxílio das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). O objetivo, portanto, é melhorar a qualidade e aumentar a eficiência do atendimento médico, expandindo-o às populações localizadas em áreas remotas, onde há pequeno número de profissionais especializados ou as condições da prática médica são limitadas (Barbosa, 2000).

Cronologicamente, há quem defenda que os primórdios da Telemedicina remontam à Grécia Antiga, na medida em que, nessa época, havia doentes que eram objeto de aconselhamento médico por meio de representantes (Cabral, 2022, p. 15). Contudo, apenas em 1905 a nomenclatura Telemedicina foi utilizada pela primeira vez. Na época, o holandês Willem Einthoven utilizou o termo ao inventar o Tele-eletrocardiograma. Ele estendeu aproximadamente 1,6 quilômetros de fios telefônicos entre seu laboratório de fisiologia e um hospital acadêmico, permitindo a transmissão dos impulsos elétricos dos pacientes para realizar exames de eletrocardiografia à distância (Barold, 2003).

Passados alguns anos, as evoluções tecnológicas permitiram que soldados na Primeira Guerra Mundial e marinheiros, em alto mar, recebessem atendimento, tratamento e orientação médica à distância por meio do rádio (Faleiros junior; Nogaroli; Cavet, 2020). Nas décadas seguintes, foram criados diversos projetos com

documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação” (DECLARAÇÃO DE TEL AVIV, 1999).

o objetivo de aplicar tecnologias emergentes para fornecer cuidados de saúde à distância. Um exemplo foi o uso de um circuito fechado de televisão em Nebraska, nos Estados Unidos, na década de 1950 para oferecer serviços de saúde mental para um centro estatal localizado a cerca de 160 quilômetros da universidade médica mais próxima (Young; Borgetti; Clapham, 2018).

Na década de 1960, com a chegada da “Corrida Espacial”, a *National Aeronautics and Space Administration* (NASA) desenvolveu tecnologias de telecomunicação para melhorar a qualidade das imagens médicas e sua transmissão. Essas tecnologias tinham como objetivo acompanhar e monitorar as funções vitais dos astronautas, assegurando sua saúde e bem-estar durante as missões espaciais (Young; Borgetti; Clapham, 2018).

212

No entanto, foi com a popularização dos microcomputadores na década de 1970 que a expansão de vários projetos em Telemática da Saúde ganhou maior destaque (Young; Borgetti; Clapham, 2018). Desde então, a Telemedicina tem sido impulsionada pelos avanços tecnológicos e pela disseminação do acesso à internet, tornando-se um instrumento essencial para promover o acesso à saúde de qualidade. Seguindo a Declaração de Tel Aviv da Associação Médica Mundial (1999), pode-se distinguir quatro tipos de Telemedicina: (i) a Teleassistência, (ii) a Televigilância, (iii) a Teleconsulta e (iv) a interação entre dois médicos. (DECLARAÇÃO DE TEL AVIV, 1999).

O primeiro caso, da Teleassistência, refere-se a uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que se encontra em um tipo de meio a que não tem acesso a um médico local (por exemplo, no caso de calamidades e situações de urgência). Já a Televigilância é utilizada com mais frequência em pacientes com enfermidades crônicas, como a diabetes e hipertensão. Consiste

em uma interação entre um médico e o paciente, em que se transmite informação médica eletronicamente (como pressão arterial, eletrocardiograma, níveis de açúcar no sangue, entre outros) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. O transmissor da informação pode ser o próprio paciente, se preparado para tal, ou um enfermeiro ou outra pessoa especialmente preparada para isso.

O terceiro caso, denominado de Teleconsulta, refere-se a uma interação em que o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a internet. Neste caso, há certos riscos ligados à incerteza e à confiança, confidencialidade e segurança da informação transmitida, assim como relativa à identidade e credenciais do médico (Miller, 2002). Por fim, último exemplo é o de quando há uma interação entre dois médicos: um fisicamente presente com o paciente e outro reconhecido por ser muito competente naquele problema médico, sendo a informação médica transmitida eletronicamente ao médico especialista.

Recentemente, desde o início da pandemia da Covid-19, o uso de Telemedicina experimentou um aumento significativo em todo o mundo. Com as restrições de distanciamento social e a preocupação com a propagação do vírus, a Telemedicina permitiu que pacientes e médicos se conectassem de forma segura e eficiente, reduzindo a necessidade de consultas presenciais. Por meio de plataformas de videoconferência e aplicativos de saúde, os profissionais de saúde puderam realizar avaliações, diagnósticos e até mesmo prescrições remotamente, oferecendo assistência médica contínua aos pacientes, especialmente aqueles com condições crônicas ou vulneráveis.

Além de proporcionar uma alternativa viável ao atendimento presencial, a Telemedicina também desempenhou um papel fundamental na triagem e no acompanhamento de pacientes com sin-

tomas de SARS-CoV-2. Por meio de consultas virtuais, os profissionais de saúde puderam avaliar os sintomas, oferecer orientações sobre o isolamento e encaminhar os casos mais graves para atendimento hospitalar adequado. Isso ajudou a aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde em todo o mundo, evitando a superlotação dos hospitais e reduzindo o risco de transmissão do vírus entre pacientes e profissionais de saúde. A Telemedicina, sem dúvidas, desempenhou um papel crucial no gerenciamento da pandemia, garantindo o acesso contínuo aos cuidados médicos e contribuindo para o controle da propagação do vírus.

Por fim, é importante lembrar que a saúde é compreendida como direito fundamental à proteção da saúde, consagrado tanto Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP)¹⁹, como no Artigo 196.º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB).²⁰ Nesse contexto, a Telemedicina tem o potencial de efetivar o direito fundamental à saúde ao superar barreiras geográficas e melhorar o acesso aos serviços médicos. Por meio da tecnologia, pessoas que vivem em áreas remotas ou carentes de recursos médicos podem receber atendimento de qualidade, independentemente de sua localização. Além disso, a Telemedicina permite a monitorização remota de pacientes, o compartilhamento rápido de informações médicas e a colaboração entre profissionais de saúde, possibilitando um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais eficiente.

214

19 O Artigo 64.º da CRP afirma que: “1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. (DRE, 1976).

20 O Artigo 196.º da CRFB afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 2023).

Dessa forma, a Telemedicina desempenha um papel crucial na promoção da igualdade no acesso aos serviços de saúde, assegurando que todas as pessoas possam usufruir desse direito fundamental. Começa a surgir, quer a nível internacional, quer a nível nacional, um corpo de normas jurídicas que regula a Telemedicina. Os diversos atores da discussão ética e jurídica têm vindo a produzir alguns documentos que permitem orientar o debate e encontrar linhas discursivas em ordem à resolução dos problemas que esta atividade levanta.²¹ Sendo assim, o texto passa a observar o avanço da utilização e da regulamentação da Telemedicina na União Europeia, em Portugal e no Brasil.

Telemedicina na União Europeia e em Portugal

Em 2004, a Comissão Europeia elaborou o primeiro Plano de Ação de *E-Health*. O objetivo era garantir o compromisso dos diversos Estados Membros na implementação das *E-Health*. Após a sua aplicação, os Estados Membros passaram a ter um papel ativo relativamente à introdução do conceito nas suas agendas políticas, refletindo-se nas suas participações em projetos-pilotos.

Posteriormente, os princípios fundamentais do Plano de 2004 foram reafirmados na Comunicação n.º 630/2007, conhecida como “Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)”. Nesse contexto, a Comissão Europeia destacou a necessidade de fomentar o desenvolvimento e a disseminação de tecno-

21 Neste quadro, André Dias Pereira e Carla Barbosa destacam a *Declaração de Tel Aviv sobre Responsabilidade e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina*, da Associação Médica Mundial, o *Guia de Boas Práticas para Publicitar Serviços Médicos na Internet* do Comité de Médicos Europeus e as *Recomendações da Sociedade Alemã para o Direito da Medicina relativas aos aspectos jurídicos da Telemedicina*. (PEREIRA; BARBOSA, 2021).

logias que possam contribuir para melhorar a gestão dos serviços de saúde. Essa necessidade surge em resposta à crescente pressão enfrentada pelos sistemas públicos de saúde dos Estados Membros devido ao aumento gradual da expectativa de vida, bem como à mudança mais ampla nas expectativas individuais dos pacientes, que estão cada vez mais envolvidos na gestão de sua própria saúde e deixam de ser meros “objetos passivos” nos tratamentos médicos (COMISSÃO EUROPEIA, 2007).

Em 2008, a Comissão Europeia publicou a Comunicação n.º 689/2008, o primeiro documento exclusivamente dedicado à prática da telemedicina, que versava sobre os benefícios da telemedicina para os doentes, os sistemas de saúde e a sociedade. Mais uma vez, a Comissão confirmou que o objetivo principal era apoiar os Estados Membros no esforço de integrar serviços inovadores de cuidados de saúde mediados pelas TIC, promovendo o conhecimento e a confiança dos cidadãos no seu funcionamento e, portanto, a sua aceitação. (COMISSÃO EUROPEIA, 2008).

216

Mais tarde, a União Europeia incluiu a Telemedicina como um dos elementos essenciais de seu Plano de Ação *E-Health* (2012-2020), que faz parte da Agenda Digital da União Europeia para a Europa. O objetivo estabelecido era garantir que até 2020 todos os cidadãos europeus tivessem acesso e capacidade de utilizar um computador, independentemente de sua escolaridade, idade e renda, e, assim, promover a implementação generalizada de serviços de Telemedicina, com serviços de saúde pessoais disponíveis para todos os cidadãos e pacientes europeus até 2020. Essa medida seria uma resposta ao desequilíbrio crescente entre as necessidades de saúde e os recursos limitados disponíveis na área de saúde e cuidados sociais. No entanto, apesar do aumento exponencial do uso

dessa ferramenta em 2020, devido à pandemia global de Covid-19, o objetivo não foi alcançado (PARLAMENTO EUROPEU, 2013).

Em 2012, a Comissão Europeia divulgou um documento de trabalho abordando a aplicabilidade do quadro jurídico atual da União Europeia aos serviços de Telemedicina. Quando se trata de Telemedicina, é preciso invocar o princípio da subsidiariedade, o que significa que a responsabilidade pela Telemedicina recai sobre cada Estado soberano quando realizada dentro de suas fronteiras e está sujeita às restrições legais desse país. No entanto, no caso da Telemedicina transfronteiriça, os instrumentos legislativos europeus devem ser aplicados (Pereira; Barbosa, 2021). Além disso, como veremos, muitos Estados membros não possuem legislação específica que trate da Telemedicina.

O princípio básico é que a Telemedicina é tanto um serviço de saúde quanto um serviço da Sociedade da Informação. O paciente é livre para buscar serviços de Telemedicina em qualquer Estado europeu. O paciente tem a liberdade de escolher o local onde receberá os cuidados de saúde, seja presencialmente ou por meio da Telemedicina. Ao mesmo tempo, a Telemedicina é um serviço da sociedade da informação, geralmente fornecido eletronicamente, mediante solicitação individual de um paciente, em troca de remuneração (Pereira; Barbosa, 2021).

De acordo com Vera Lúcia Raposo, enquanto serviço de saúde, “a Telemedicina está incluída no âmbito dos artigos 56.º e 57.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE), sendo, portanto, um serviço e, nessa medida, sujeito à liberdade geral de livre circulação de Serviços” (Raposo, 2016).

Contudo, aquilo que se verifica fruto da própria organização europeia é uma total falta de organização. Antes de analisar a si-

tuação específica de Portugal, analisaremos como alguns outros países europeus tratam da temática. Nesse contexto, a França é, talvez, o país europeu com a legislação mais desenvolvida quando falamos de Telemedicina. Na sua legislação interna encontramos uma definição legal de Telemedicina, que é fornecida no artigo L6316-1 do Código de Saúde Pública (CSP, em francês: *Code de la santé publique*): “A Telemedicina é a prática remota da medicina baseada nas tecnologias de informação e comunicação. O objetivo é ter profissionais de saúde em contato uns com os outros, junto com os pacientes ou não” (Legifrance, 2023).

O Código Francês define ainda cinco atividades de Telemedicina: (i) Teleconsulta; (ii) Teleexpertise; (iii) Televigilância médica; (iv) Teleassistência médica; e (v) Resposta médica (FONTE). Desde julho de 2019, foi introduzido um novo artigo no CFSP, que define «Teleatendimento» como uma «prática remota de atendimento baseado em tecnologias de informação e comunicação que conectam pacientes com um ou mais farmacêuticos ou auxiliares médicos» (Legifrance, 2023).

Outros países como Itália, Países Baixos, Espanha e Alemanha não possuem legislação sobre Telemedicina. Nestes países encontram-se normas de *soft law*. Na Alemanha, a Assembleia Federal Alemã de Médicos definiu a Telemedicina como:

(...) um termo coletivo para diferentes conceitos de cuidado médico que compartilham a abordagem de princípio de que os serviços de saúde médicos nas áreas de diagnóstico, terapia e reabilitação, bem como no campo da consulta de decisão do médico, são fornecidos à distância (ou a intervalos no tempo) usando tecnologias de informação e comunicação (Bundesärztekammer, 2023, nossa tradução).²²

22 Texto original: *Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiede-*

Em Itália, encontramos a definição de Telemedicina no artigo 2.1 das *guidelines* nacionais emitidas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pela *Conferenza Stato-Regioni*, acordadas entre o governo, as regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano:

(...) uma forma de prestação de serviços de saúde, através da utilização de tecnologias inovadoras, nomeadamente as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), em situações em que o profissional de saúde e o paciente (ou dois profissionais) não se encontram no mesmo local. A telemedicina envolve a transmissão segura de informações médicas e dados na forma de textos, sons, imagens ou outras formas necessárias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e posterior acompanhamento dos pacientes (MINISTERO DELLA SALUTE, 2020, tradução nossa).²³

219

Já em Espanha, a entidade nacional de prestação de serviços e benefícios de saúde conhecida pela sigla INSALUD segue a defini-

nartige ärztliche Versorgungskonzepte. Diese Konzepte weisen als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz auf, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt. (Bundesärztekammer, 2023). Pela importante relevância que tem para a Telemedicina é de referir o *Act to Improve Healthcare Provision through Digitalisation and Innovation (Digital Healthcare Act – DVG)* aprovado a 7 de novembro de 2019 pelo *Bundestag* e adotado a 29 de novembro de 2019 pelo *Bundesrat*.

23 Texto original: *Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.*

ção da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Telemedicina (Pereira; Barbosa, 2021).

Para além disso, André Dias Pereira e Carla Barbosa lembram que a temática está sujeita ao regime jurídico do comércio eletrónico. Ou seja, em termos de prestação de cuidados de saúde via telemedicina em um contexto europeu, regerá a legislação do país de origem de prestação dos cuidados de saúde. Assim, se o profissional de saúde possui os requisitos necessários à prática da sua profissão (médico) naquele estado membro está habilitado a prestar os seus serviços a nacionais desse Estado membro e de outros. É óbvio que os Estados membros que não sejam os de origem do estabelecimento poderão adotar medidas restritivas invocando, por exemplo, razões de saúde pública. Assim, exceto naqueles casos em que pode ser invocado um interesse público, como a saúde pública, para derrogar tal princípio, ao abrigo da liberdade de prestação de serviços no mercado interno europeu os cidadãos europeus são livres de procurar e receber tratamentos de saúde (nomeadamente, via telemedicina, em qualquer estado membro) (Pereira; Barbosa, 2021).

220

Deve-se ter ainda em atenção o disposto na legislação sobre cuidados de saúde transfronteiriços que determina que no caso da Telemedicina os cuidados de saúde se consideram prestados no Estado Membro no qual o prestador está estabelecido. A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011 (que na alínea d) do seu artigo 3.º, sob a epígrafe definições, determina, no caso da telemedicina, considera-se que os cuidados de saúde são prestados no Estado Membro em que o

prestador dos cuidados de saúde está estabelecido (Estado Membro de tratamento), e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.

Outra iniciativa importante é a proposta de regulamentação da Comissão Europeia, chamada de “Espaço Europeu de Dados em Saúde”, que visa facilitar o compartilhamento seguro e interoperável de dados de saúde entre os países membros da União Europeia e outras partes interessadas na área da saúde. Além disso, pretende responder à necessidade de dar enquadramento jurídico para a utilização de dados de saúde em atividades como a investigação, a inovação e a definição de políticas públicas, garantindo mais poder aos cidadãos no acesso e controle dos mesmos (EUROPEAN COMMISSION, 2022).

A iniciativa busca superar os obstáculos relacionados à fragmentação dos dados de saúde, garantindo a proteção dos direitos de privacidade e segurança dos cidadãos europeus. Ao estabelecer padrões comuns, interoperabilidade e infraestrutura de dados confiável, a proposta busca promover a colaboração entre países e facilitar o avanço científico e a tomada de decisões informadas na área da saúde em toda a União Europeia (EUROPEAN COMMISSION, 2022).

A Proposta será submetida a discussões no Conselho e no Parlamento Europeu, e é provável que sofra modificações, principalmente para abordar as preocupações e recomendações destacadas no Parecer Conjunto do Comitê Europeu para a Proteção de Dados (CEPD) e da Autoridade Europeia para a Proteção de Dados (AEPD) (EDPD, 2022).

No sistema de saúde português, o interesse pela Telemedicina remonta a 1999, com a criação da Comissão de Acompanhamento da Iniciativa Estratégica para o Desenvolvimento da Telemedicina

(CIEDT). A utilização foi essencialmente determinada pela escassez de médicos especialistas, distribuídos pelo território, tentando contrariar a concentração nos grandes centros (Cabral, 2022, p. 15). Desde então, o papel fundamental da Telemedicina na reorganização dos cuidados de saúde vem sendo destacado em diversos documentos governamentais.²⁴

Entretanto, apenas por meio da Portaria n.º 567/2006, começaram a regulamentar pela primeira vez as tabelas de preços das prestações e serviços de Telemedicina dentro do contexto mais geral das prestações fornecidas pelo SNS. A Portaria n.º 567/2006 refere-se em particular à teleconsulta, que define como:

(...) utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente (Ministério da Saúde, Portaria n.º 567/2006, anexo I, art.º 3º, let. c) (DRE, 2006).

Na Portaria destacava-se a obrigatoriedade de registar a prestação no processo clínico do paciente, o que visava promover a consolidação da estrutura tecnológica de partilha de dados de saúde em linha. A Portaria estabelecia ainda que as teleconsultas fossem efetuadas pelo mesmo valor das consultas médicas convencionais (presenciais), com a possibilidade de acrescentar o valor dos meios auxiliares utilizados (DRE, 2006).

Em termos de diplomas emanados pela Ordem dos Médicos, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) dedica o Capítulo VII para tratar da Telemedicina. O diploma versa sobre a

24 Conforme Programa Operacional Saúde XXI (2000) e Programa Operacional Sociedade da Informação (2000).

Relação médico-doente (Artigo 46.º), Responsabilidade do médico na Telemedicina (Artigo 47.º), Garantias de qualidade e segurança (Artigo 48.º) e História clínica (Artigo 49.º). (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2016). Para efeitos de atos a praticar com recurso à Telemedicina deve-se ter em consideração o suporte legal e plano de ação da implementação da temática em Portugal, no Serviço Nacional de Saúde, que está definido no Despacho n.º 3571/2016, de 6 de março.

Em Portugal, os conceitos “consulta médica sem a presença do doente” e “teleconsulta” são distintos, embora com frequência sejam utilizados indiferentemente. A Portaria n.º 207/2017 define “consulta médica sem a presença do doente, como uma consulta médica, em que o utente não se encontra presente, que pode (...) estar associada a várias formas de comunicação, designadamente através de correio tradicional, telefone, correio eletrónico ou outro” (PORTUGAL, 2017).

223

Já a Teleconsulta implica a “utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente” (PORTUGAL, 2017). Durante a pandemia, os serviços, as administrações hospitalares e a Direção-Geral da Saúde recomendaram preferencialmente a atividade de consulta não presencial (CNP), reservando as consultas presenciais para quando não fosse clinicamente adequado ou tecnicamente possível (O’neill, *et al*, 2022).

Nesse contexto, os resultados do estudo “Consulta Não Presencial no Serviço Nacional de Saúde Português Durante a Pandemia de COVID-19: Estudo da Opinião dos Médicos e Implicações para o Futuro” sugerem que a teleconsulta parece ter potencial para se tornar uma prática comum no futuro da Medicina em Portugal, sobretudo para consultas subseqüentes, e realça o benefício atribuído pelos médicos à implementação de meios que permitam a

realização de videochamada, atualmente precários. Impõe-se ainda solucionar questões de natureza clínica, técnica, organizacional, legal e ética (O'neill, *et al*, 2022).

Em 24 de setembro de 2021 Portugal aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). O objetivo é promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos pacientes em território nacional. O plano define diretrizes e metas específicas a serem implementadas ao longo de um período de seis anos, com a finalidade de prevenir eventos adversos, melhorar a gestão de riscos e promover uma cultura de segurança nos serviços de saúde (DRE, 2021).

O PNSD 2021-2026 envolve ações relacionadas à formação e capacitação dos profissionais de saúde, à melhoria dos sistemas de informação, à promoção de práticas baseadas em evidências e à participação ativa dos pacientes no seu próprio cuidado. O objetivo estratégico 5.4 é de promover a telessaúde segura por meio da elaboração e implementação de normativo sobre telessaúde, garantindo as boas práticas no âmbito da segurança do doente. Além disso, a meta para 2023 é de publicar uma forma sobre telessaúde (DRE, 2021). Em linhas gerais, compreende-se que a União Europeia e os seus Estados Membros estão continuamente debatendo sobre as melhores formas para regulamentar as atividades envolvendo a Telemática em Saúde, em especial, a Telemedicina.

Telemedicina no Brasil

No Brasil, a Telemedicina é uma atividade relativamente nova.²⁵ No setor setor público, destacam-se o Programa Telessaúde

25 Em 1987, há um relato pioneiro isolado do uso de Telemedicina no

Brasil Redes e a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Já no setor privado, destaca-se a Telemedicina Einstein.

O Programa Telessaúde Brasil Redes foi estabelecido em 2007 e é uma iniciativa em âmbito nacional que busca melhorar a “qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação” (GOV.BR, 2023). O Programa disponibiliza aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços: Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação e Segunda Opinião Formativa (GOV.BR, 2023).

Em 2011, o Telessaúde Brasil Redes já havia alcançado 937 municípios brasileiros, onde foram disponibilizados 1171 pontos de comunicação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Um exemplo mais recente é o suporte oferecido pelo TeleSUS para identificação e monitoramento de casos suspeitos de Covid-19. Por meio de um aplicativo e chat online disponíveis no site do Ministério da Saúde, foi possível realizar triagem, acompanhamento e encaminhamento para consulta online, quando necessário. Durante o período de abril a junho de 2020, aproximadamente 73,3 milhões de pessoas foram atendidas pelo sistema, sendo que 1,8 milhão delas realizaram teleconsultas (GOV.BR, 2023).

Brasil. Durante o acidente de contaminação por Césio 137 em Goiânia, uma equipe médica da UNICAMP assumiu a responsabilidade de emitir laudos médicos relacionados ao acidente. Para viabilizar a troca de informações diárias sobre as vítimas hospitalizadas, foi necessário estabelecer uma rede de comunicação entre o Núcleo de Informática Biomédica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e hospitais localizados em Brasília, Goiânia, Rio de Janeiro e Campinas. Essa iniciativa pioneira permitiu a transmissão eficiente e segura dos dados médicos relevantes, demonstrando a capacidade da Telemedicina de superar barreiras geográficas e facilitar a colaboração entre profissionais de saúde em situações de emergência. (Oliveira, 2020).

Com atuação há 17 anos e 7602 unidades em operação em todo o Brasil, a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia que visa apoiar o aprimoramento de projetos em Telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalhos interinstitucionais. (RUTE, 2023).

A RUTE estimula a integração e a colaboração entre profissionais da saúde por meio de Grupos de Interesse Especial (do inglês *Special Interest Groups* - SIGs). Qualquer instituição ou profissional da área da saúde pode participar dos SIGs com seus próprios recursos. Os SIGs promovem sessões por videocolaboração para debates, discussões de caso, aulas, pesquisas e avaliações à distância em várias especialidades e subespecialidades médicas para diversos profissionais da área da saúde em diversos níveis de formação profissional. Essas sessões ocorrem em dia e horário definidos pela coordenação do SIG. (RUTE, 2023).

226

Já na iniciativa privada, destaca-se o projeto-piloto do Hospital Israelita Albert Einstein denominado “Telemedicina Einstein”, que existe desde 2012 e utiliza tecnologia para auxílio à distância de profissionais da saúde no diagnóstico e condução de protocolos de tratamento de pacientes em estado grave. Esses atendimentos são voltados essencialmente aos médicos e instituições de saúde, possivelmente, pelos entraves éticos enfrentados no Brasil sobre a matéria, conforme abordaremos adiante. Dentre os atendimentos à saúde prestados de forma remota estão a visita horizontal à UTI, a Teleoncologia, a Teleneurologia, o atendimento de urgência e emergência, a opinião especializada, o acompanhamento nutricional e o atendimento virtual ambulatorial. (EINSTEIN, 2023).

Do ponto de vista jurídico, até dezembro de 2022, a regulação da Telemedicina no Brasil era feita por intermédio de normas in-

fralegais, notadamente por Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). Em agosto de 2002, o CFM publicou a Resolução n.º 1.643/2002, com o objetivo de orientar o uso da Telemedicina no país. No entanto, essa norma genérica estabeleceu critérios mínimos que se concentravam na assistência, educação e pesquisa em saúde. Infelizmente, esses critérios limitaram de maneira significativa a utilização efetiva e eficaz da Telemedicina. (CFM, 2002).

Em fevereiro de 2019, foi publicada a Resolução n.º 2.227/2018, com o objetivo de adaptar-se às novas tecnologias e às normas de proteção de dados pessoais. Essa norma detalhava os procedimentos a serem adotados nas Teleconsultas, Telecirurgias e Telediagnóstico, ampliando o conceito de Telemedicina estabelecido na Resolução n.º 1.643/2002. Além disso, a Resolução n.º 2.227/2018 incluía a “prevenção de doenças e lesões e promoção da saúde” como parte das atividades da Telemedicina. Contudo, mesmo antes de entrar em vigor, a referida Resolução foi revogada pela Resolução n.º 2.228/2019, devido a inúmeras críticas feitas por médicos e executivos da área da saúde.

Já em abril de 2022, o Conselho publicou a Resolução n.º 2.314/2022 que revoga a Resolução n.º 1.643/2002 e regulamenta a Telemedicina no território brasileiro. O texto define conceitos relacionados à Telemedicina e esclarece, por exemplo, que a Telemedicina engloba a Teleconsulta, a Teleinterconsulta, o Telediagnóstico, a Telecirurgia, o Telemonitoramento, a Teletriagem e a Teleconsultoria (DOU, 2022).

A Resolução informa que em todos os atendimentos realizados por Telemedicina, é necessário garantir o consentimento explícito do paciente ou de seu representante legal. Eles devem estar cientes de que suas informações pessoais podem ser compartilhadas e têm

o direito de recusar essa permissão, exceto em situações de emergência médica (DOU, 2022).

Ainda, determina que é de responsabilidade dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) estabelecer a supervisão, fiscalização e avaliação das atividades de Telemedicina em suas respectivas regiões. Essas atribuições estão relacionadas à garantia da qualidade do atendimento, à relação médico-paciente e à preservação do sigilo profissional (DOU, 2022).

No plano legal, o Brasil possui duas legislações: (i) Lei n.º 13.989/2020, que trata do uso emergencial da Telemedicina nos tempos da pandemia; e (ii) a Lei n.º 14.510/2022, que regula a modalidade de atendimento à Telessaúde no Brasil.

228 A fim de dar continuidade aos serviços de saúde e aproximar médicos e pacientes em tempos pandêmicos, a Lei n.º 13.989/2020, autorizou, em caráter excepcional e genericamente, o uso da Telemedicina, sem delimitar em quais modalidades. Promulgada em abril de 2020, a legislação flexibilizou o acesso aos cuidados médicos, especialmente em situações emergenciais e em regiões distantes, contribuindo para a ampliação do acesso à saúde no Brasil (PLANALTO, 2020). Mais de dois anos se passaram da declaração do estado de emergência sanitária de importância internacional (Lei n.º 13.979/20) e, ao que tudo indica, a Telemedicina veio para ficar, ampliando seus espaços e sua aceitação, mas, igualmente, impondo uma nova série de desafios a serem enfrentados (Schaefer; Glitz, 2022).

Nesse contexto, em dezembro de 2022, foi sancionada a Lei n.º 14.510/2022, que regula a modalidade de atendimento à Telessaúde no Brasil. A legislação traz vários pontos relevantes, entre eles: (i) a possibilidade de que o SUS utilize a Telessaúde como

modalidade de atendimento; (ii) a garantia do direito do paciente de optar pela consulta presencial, caso prefira; (iii) a liberdade do profissional de saúde em escolher a forma de atendimento mais adequada para cada caso; (iv) a competência dos conselhos profissionais federais na regulamentação ética da prestação de serviços de telessaúde; (v) a exigência de demonstração da necessidade de qualquer ato normativo que pretenda restringir a telessaúde; e (vi) a imposição de responsabilidade digital e confidencialidade dos dados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). (PLANALTO, 2023).

O Artigo 26-A afirma que a Telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá, entre outros princípios: o consentimento livre e informado do paciente (inciso II); a confidencialidade dos dados (inciso VI) e a responsabilidade digital (inciso IX). O Artigo 26-G afirma que a prática da Telessaúde deve seguir as seguintes determinações:

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; II - prestar obediência aos ditames das Leis n.ºs 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico) (PLANALTO, 2023).

Diante do exposto, compreende-se que tanto a União Europeia, como Portugal e o Brasil, estão atentos aos avanços da Telemática na

área da Saúde, em especial, da Telemedicina. Nesse contexto, o próximo tópico tem por principal objetivo refletir sobre os principais impactos e desafios da Telemedicina na proteção de dados pessoais, sem o intuito, é claro, de esgotar as discussões sobre o tema.

2 Impactos e Desafios da Telemedicina na Proteção de Dados

Conforme mencionado anteriormente, a Telemedicina trouxe benefícios significativos para o campo da saúde, permitindo a prestação de cuidados médicos à distância. Contudo, a temática também levanta algumas preocupações. Nesse contexto, o foco da nossa reflexão recai sobre as implicações da utilização da Telemedicina na proteção de dados pessoais, com ênfase nos seguintes pontos: (i) Confidencialidade; (ii) Armazenamento seguro dos dados; (iii) Consentimento informado; (iv) Compartilhamento de dados; e (v) Riscos de segurança cibernética.

230

Antes de abordar de forma específica cada um dos impactos, devemos recordar que a proteção de dados pessoais é compreendida como um direito fundamental. No âmbito União Europeia, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH) de 1950, que entrou em vigor em 1953, estabeleceu direito à proteção de dados pessoais como parte dos direitos tutelados, previsto no Artigo 8.º da CEDH, garantindo o direito ao respeito pela vida privada e familiar, pelo domicílio e pela correspondência e estabelece as condições em que são permitidas restrições a este direito (CONSELHO DA EUROPA, 1950). Já no Brasil, o Artigo 5.º, inciso LXXIX da Constituição da República Federativa do Brasil assegura o direito à proteção dos dados pessoais, inclusive nos meios digitais (BRASIL, 1988).

Conforme Bruno Ricardo Bioni, nas sociedades digitais, o tratamento de dados pessoais tem se tornado cada vez mais expansivo, impactando cada vez mais pessoas e diferentes realidades sociais. Em tal contexto, a proteção de dados pessoais ergue-se como a tutela da “própria dimensão relacional da pessoa humana”. (Bioni, 2019). Nesse contexto, Caitlin Mulholland esclarece que o direito à privacidade é o *locus* constitucional da proteção de dados pessoais, uma vez que: “os dados são elemento constituinte da identidade da pessoa e que devem ser protegidos na medida em que compõem parte fundamental de sua personalidade, que deve ter seu desenvolvimento privilegiado, por meio do reconhecimento de sua dignidade” (Mulholland, 2018, p. 171). Entretanto, ressalve-se, o direito à proteção de dados não se confunde com o direito à privacidade, tampouco nele se esgota.

Na visão de Stefano Rodotà, muito mais do que uma mera extensão da privacidade, a proteção de dados é fundamento para a preservação da individualidade. Para o autor, a proteção dos dados pessoais atualmente constitui um dos aspectos mais significativos da liberdade pessoal. (Rodotà, 2004). Considerando que se pretende refletir sobre a influência e os desafios da Telemedicina na proteção dos dados pessoais, impõe-se a referência a alguns marcos regulatórios e conceitos base nesta matéria.

A União Europeia possui uma longa tradição na proteção de dados pessoais. Em termos legislativos poderemos dizer que está atualmente em vigor a terceira geração de diplomas legais que abordam especificamente o tratamento de dados pessoais.²⁶

26 Para saber mais sobre as gerações, acesse: BARBOSA, Carla; LOPES, Dulce. RGPD: compartilhamento e tratamento de dados sensíveis na União Europeia - o caso particular da saúde. In: *LGPD na Saúde*. DALLARI, Analluza Bolivar; MONACO, Gustavo Ferraz de Campos. **Revista dos Tribunais**, 2021.

Em 2016 foi aprovado, na União Europeia, o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Trata-se de uma legislação que estabelece um conjunto de regras e diretrizes para a proteção dos dados pessoais dos cidadãos da União Europeia. Seu principal objetivo é garantir a privacidade e o controle sobre as informações pessoais, fortalecendo os direitos dos indivíduos em relação ao tratamento de seus dados por organizações públicas e privadas. O Regulamento tem impacto significativo no cenário global de proteção de dados, influenciando outras legislações e estimulando a adoção de práticas mais seguras e responsáveis em relação aos dados pessoais. (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

232

O RGPD iniciou sua aplicação em 25 de maio de 2018 diretamente a todos os Estados Membros da UE (não há necessidade de transposições nacionais), pelo que cria regras de proteção de dados consistentes em toda a UE (apesar das várias cláusulas abertas). Entretanto, os Estados Membros tiveram de atualizar as suas leis nacionais de proteção de dados. (Barbosa; Lopes, 2021).

Já no Brasil, a Lei n.º 13.709/2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), determina de maneira específica sobre a proteção de dados pessoais - o que não significa que a matéria não fosse disciplinada em diplomas legais esparsos. Nos termos do *caput* do seu Artigo n.º 1, a LGPD:

(...) dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (BRASIL, 2018).

O advento da LGPD evidencia o seu papel de reforçar o devido e imprescindível controle que as pessoas precisam ter sobre seus dados pessoais. Não à toa, conforme Samuel R. de Oliveira, que as pessoas são compreendidas como *titulares* de seus dados pessoais. (Oliveira, 2021, p. 147). O Artigo n.º 5, inciso V, da LGPD, considera titular a “pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objetos de tratamento” (BRASIL, 2018).

Sob esse cenário, convém conceituar o que são dados pessoais, distinguindo-se estes dos dados especiais/dados sensíveis (contexto europeu) e dos dados pessoais sensíveis (contexto brasileiro). Assim, dados pessoais são, conforme o disposto no RGPD, no seu Artigo 4.º, n.º 1:

(...) informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular; (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

233

De acordo com o disposto na LGPD, no seu Artigo 5.º, inciso I, considera-se dado pessoal: “(...) informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;” (BRASIL, 2018). Dentro destes dados pessoais, podemos identificar diferentes categorias, como é o caso dos dados de saúde. Estes são os dados relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde.

Conforme a LGPD, no Artigo 5.º, inciso II, considera-se dado pessoal sensível: “dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, *dado referente à saúde* ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;” (BRASIL, 2018). Ou seja, os “dados sensíveis” se relacionam a aspectos mais privados e íntimos do indivíduo e, por isso, exigem maior segurança e confidencialidade em sua utilização. Espelham opiniões e convicções do titular, retratam o seu estado de saúde física e psíquica e a sua participação política.

Do mesmo modo, prevê o Artigo 4.º, n.º 15, do RGPD que os “dados relativos à saúde” são dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde (UNIÃO EUROPEIA, 2016). Sobre o tema, encontramos ainda o Considerando n.º 35 do Regulamento, que afirma que deverão ser considerados dados pessoais relativos à saúde:

(...) todos os dados relativos ao estado de saúde de um titular de dados que revelem informações sobre a sua saúde física ou mental no passado, no presente ou no futuro. O que precede inclui informações sobre a pessoa singular recolhidas durante a inscrição para a prestação de serviços de saúde, ou durante essa prestação, conforme referido na Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, a essa pessoa singular; qualquer número, símbolo ou sinal particular atribuído a uma pessoa singular para a identificar de forma inequívoca para fins de cuidados de saúde; as informações obtidas a partir de análises ou exames de uma parte do corpo ou de uma substância corporal, incluindo a partir de dados genéticos e amostras biológicas; e quaisquer informações sobre, por exemplo, uma doen-

ça, deficiência, um risco de doença, historial clínico, tratamento clínico ou estado fisiológico ou biomédico do titular de dados, independentemente da sua fonte, por exemplo, um médico ou outro profissional de saúde, um hospital, um dispositivo médico ou um teste de diagnóstico *in vitro* (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

Conforme Carla Barbosa e Dulce Lopes, a proteção de dados no contexto europeu desempenha um papel importante para reduzir ou até mesmo inibir o tratamento de dados sensíveis, categoria que engloba os dados de saúde porquanto estabelece um princípio geral de proibição do seu tratamento. Proibição essa que não é, entretanto, absoluta (Barbosa; Lopes, 2021).

Como referimos anteriormente, há uma proibição de tratamento de dados sensíveis (Artigo 9.º, n.º 1). Entretanto, o Regulamento determina a possibilidade de tratamento desses dados naquelas situações previstas no n.º 2 do artigo 9.º do RGPD, isto é, situações em que o interesse do particular titular dos dados (individual) ou o interesse da sociedade (coletivo) justificam o afastamento dessa limitação ao tratamento (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

No contexto da saúde, é importante destacar três situações concretas em que o tratamento de dados sensíveis é permitido. Primeiramente, quando há consentimento do titular dos dados pessoais de saúde. Em segundo lugar, quando o tratamento é necessário para fins de medicina preventiva, avaliação da capacidade de trabalho do empregado, diagnóstico médico, prestação de cuidados ou tratamentos de saúde, ação social, gestão de sistemas e serviços de saúde ou ação social, com base no direito da União Europeia ou dos Estados Membros, ou em virtude de um contrato com um profissional de saúde, desde que respeitadas as condições e garantias previstas no Regulamento (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

Por fim, o terceiro caso, ocorre quando o tratamento é considerado necessário por motivos de interesse público no âmbito da saúde pública, como a proteção contra ameaças transfronteiriças graves à saúde ou para garantir um alto nível de qualidade e segurança nos cuidados de saúde, medicamentos ou dispositivos médicos, com base no direito da União Europeia ou dos Estados Membros, desde que medidas adequadas e específicas sejam previstas para salvaguardar os direitos e liberdades do titular dos dados, especialmente o sigilo profissional (UNIÃO EUROPEIA, 2016). Essas situações fornecem as bases legais para o tratamento de dados sensíveis na área da saúde, garantindo a proteção dos direitos e privacidade dos indivíduos envolvidos.²⁷

236

Os dados referentes à saúde têm aptidão de gerar discriminação e desigualdade nesse tecido social cada vez mais tecnológico. A efetiva realização das liberdades individuais que compõem a dignidade humana está diretamente ligada à proteção dos dados pessoais, especialmente os dados sensíveis. Daí se depreende que é pela proteção do corpo físico e eletrônico que também se defendem os valores fundamentais dos sistemas democráticos (Negri; Korkmaz, 2019).

27 A essas três situações, Carla Barbosa e Dulce Lopes acrescentam uma quarta hipótese, prevista no Considerando 52 do Regulamento, que pode ser entendida como uma cláusula aberta e que determina que poderão existir derrogações à proibição de tratamento de categorias especiais de dados pessoais desde que permitidas quando estiverem previstas no direito da União ou dos Estados Membros e sujeitas a salvaguardas adequadas, de forma a proteger os dados pessoais e outros direitos fundamentais, caso tal seja do interesse público, nomeadamente o tratamento de dados pessoais em matéria de direito laboral, de direito de proteção social, incluindo as pensões, e para fins de segurança, monitorização e alerta em matéria de saúde, prevenção ou controlo de doenças transmissíveis e outras ameaças graves para a saúde (Barbosa; Lopes, 2021).

A implementação da Telemedicina e a adaptação dos serviços de saúde à distância, impulsionadas pela Covid-19, representam um sério risco para a integridade, segurança e privacidade das informações dos pacientes. Isso ocorre porque a Telemedicina envolve a transmissão de informações médicas sensíveis por meio de tecnologias de comunicação, como chamadas por vídeo e aplicativos de mensagens como o WhatsApp, Telegram ou similares. Garantir a *confidencialidade* dessas informações é essencial para proteger a privacidade dos pacientes. Nesse contexto, é preciso utilizar protocolos de segurança, como criptografia de dados e acesso restrito a informações confidenciais, para evitar violações de privacidade.

Sob esse cenário, é preciso lembrar que a proteção dos dados de saúde é aplicável em qualquer modelo de atendimento médico. Entretanto, quando se trata de um modelo eletrônico, a documentação clínica do paciente assume a forma de informações digitais, que são armazenadas, controladas e frequentemente compartilhadas em rede. Nesse contexto, a titularidade do direito à confidencialidade dos dados torna-se ainda mais evidente. Em relação a esses dados sensíveis, a dimensão informativa e documental do direito à saúde revela-se nas relações privadas como direitos da personalidade. A confidencialidade das informações clínicas está intrinsecamente ligada ao direito à intimidade, bem como ao direito à privacidade (Lima; Sá; Naves, 2021).

É imprescindível que sejam compreendidos os riscos ocasionados pela adoção da Telemedicina e, conseqüentemente, pela *digitalização do corpo* (Correa, 2010), com a estruturação de dados genéticos e de saúde, que ficam disponibilizados nos sistemas. Nessa medida não se pode deixar de observar que as interações em atendimentos *online* geram um grande volume de dados, incluindo histórico médico, resultados de exames, imagens médi-

cas e informações pessoais. Esses dados devem ser *armazenados de forma segura*, protegidos contra acesso não autorizado e vulnerabilidades cibernéticas. Os prestadores de serviços de Telemedicina devem implementar medidas robustas de segurança de dados, como *firewalls*, autenticação de usuário e *backups* regulares.

Joseli Beatriz Suzin e Daiane Moura de Aguiar esclarecem as redes de dados, de forma geral, apresentam vulnerabilidades a ataques, principalmente quando exploram suas fragilidades, como a ausência de sistemas de segurança robustos, sistemas de autenticação instáveis, falhas nos procedimentos de transmissão e armazenamento de informações, além do manuseio inadequado dos dados por parte dos responsáveis pelo seu cuidado. Para as autoras, é crucial adotar medidas de segurança adequadas para preservar a confidencialidade e a integridade das informações médicas durante o atendimento via Telemedicina, com o objetivo de evitar violações de privacidade e garantir a proteção adequada dos pacientes. (Suzin; Aguiar, 2023).

Além disso, os pacientes devem dar um *consentimento informado* para a coleta, armazenamento e uso de seus dados pessoais. Isso envolve explicar claramente como os dados serão utilizados, quais partes terão acesso a eles e quais medidas de segurança serão implementadas. Os pacientes devem ter a liberdade de optar por participar ou não do atendimento via Telemedicina e devem receber informações claras sobre seus direitos de privacidade.

O Artigo 4.º, n.º 11 do RGPD determina quais são os requisitos para que o consentimento seja considerado válido. Consoante o texto, o consentimento do titular dos dados é uma: “manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração ou ato positivo inequí-

voco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento;” (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

André Gonçalo Dias Pereira esclarece que em Portugal o consentimento informado do paciente revela-se como “um instituto que visa permitir a autodeterminação dos riscos assumidos e assim uma delimitação do risco que impendem sobre o médico ou sobre o paciente”. Desse modo, os médicos são “obrigados a informar o paciente de forma clara e, se solicitado, por escrito, sobre o exame proposto e tratamento e sobre os desenvolvimentos relativos ao exame, o tratamento e a condição de saúde do paciente” (Pereira, 2017). Sobre este assunto, encontramos também o Considerando 32 do RGD, que diz o seguinte:

O consentimento do titular dos dados deverá ser dado mediante um ato positivo claro que indique uma manifestação de vontade livre, específica, informada e inequívoca de que o titular de dados consente no tratamento dos dados que lhe digam respeito, como por exemplo mediante uma declaração escrita, inclusive em formato eletrônico, ou uma declaração oral. O consentimento pode ser dado validando uma opção ao visitar um sítio web na Internet, selecionando os parâmetros técnicos para os serviços da sociedade da informação ou mediante outra declaração ou conduta que indique claramente nesse contexto que aceita o tratamento proposto dos seus dados pessoais. O silêncio, as opções pré-validadas ou a omissão não deverão, por conseguinte, constituir um consentimento. O consentimento deverá abranger todas as atividades de tratamento realizadas com a mesma finalidade. Nos casos em que o tratamento sirva fins múltiplos, deverá ser dado um consentimento para todos esses fins. Se o consentimento tiver de ser dado no seguimento de um pedido apresentado por via eletrônica, esse pedido tem de ser claro e conciso e não pode perturbar desnecessa-

riamente a utilização do serviço para o qual é fornecido (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

Já no Brasil, nos termos legais, o consentimento refere-se à “manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada” (Artigo n.º 5, inciso XII). Em relação ao tratamento de dados pessoais sensíveis, entre os quais se incluem dados referentes à saúde, a Lei estipula ainda, em seu Artigo n.º 11, inciso I, que o consentimento deverá ocorrer de forma específica, destacada e para finalidades específicas, configurando uma espécie que consentimento qualificado (BRASIL, 2018).²⁸

240

Eduardo Dantas e Rafaella Nogaroli ressaltam a importância de um “duplo consentimento” livre e esclarecido por parte do paciente envolvido na prática da Telemedicina. Além do consentimento relacionado ao tratamento médico e intervenção, é igualmente crucial obter o consentimento em relação ao uso da tecnologia, no qual o paciente deve ser plenamente informado sobre os riscos e benefícios envolvidos. Essa abordagem reconhece a necessidade de transparência e empoderamento do paciente, assegurando que ele tenha conhecimento completo e esteja de acordo tanto com o atendimento médico em si quanto com o uso das tecnologias de comunicação empregadas na Telemedicina (Dantas; Nogaroli, 2020).

Em alguns casos, pode ser necessário *compartilhar dados* médicos do paciente entre profissionais de saúde ou com outras ins-

28 Entretanto, é importante destacar que o consentimento para o tratamento de dados pessoais sensíveis será dispensado quando envolver “dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos”, nos termos do Artigo n.º 11, inciso II, alínea b. Desse modo, o consentimento do titular de dados sensíveis, qualificado ou não, torna-se desnecessário em casos que se refiram à persecução do interesse público, bastando a publicidade da referida dispensa. (PLANALTO, 2018).

tituições médicas para fins de consulta ou continuidade do tratamento. Entretanto, esse compartilhamento deve ser realizado com consentimento do paciente e de acordo com as leis e regulamentos de proteção de dados vigentes em cada jurisdição. O uso de acordos de compartilhamento de dados e o anonimato dos dados podem ajudar a garantir a privacidade durante o compartilhamento.

No contexto do compartilhamento de dados, a regra resultante do RGPD é a de que os dados recolhidos são tratados para uma finalidade por um responsável. Portanto, em princípio os dados não podem ser partilhados com terceiros e para outras finalidades. Do ponto de vista jusfundamental, resulta do Artigo 35.º da Constituição da República Portuguesa que: “(t)odos os cidadãos têm o direito de acesso aos dados informatizados que lhes digam respeito, podendo exigir a sua retificação e atualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam, nos termos da lei” (n.º 1), o que implica o reconhecimento de um direito de natureza negativa (de que o indivíduo negue informação pessoal ou que se oponha à sua recolha e tratamento), mas também uma liberdade positiva, garantindo um direito de autodeterminação informacional (Barbosa; Lopes, 2021).

Como consequência desses direitos, é indiscutível que o acesso aos dados pessoais de terceiros deve ser proibido, exceto em casos excepcionais previstos por lei (Artigo 35.º, n.º 4 da Constituição da República Portuguesa). No mesmo sentido, o Artigo 8.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia assegura a proteção dos dados pessoais como uma das principais liberdades garantidas pela União (Barbosa; Lopes, 2021).

No Brasil, a LGPD, em seu Artigo n.º 11, parágrafo n.º 4, veda:

(...) a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores de dados pessoais sensíveis referentes à saúde com objetivo de obter vantagem econômica, exceto nas hipóteses relativas a prestação de serviços de saúde, de assistência farmacêutica e de assistência à saúde, desde que observado o § 5.º deste artigo, incluídos os serviços auxiliares de diagnose e terapia, em benefício dos interesses dos titulares de dados, e para permitir: I - a portabilidade de dados quando solicitada pelo titular; ou II - as transações financeiras e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços de que trata este parágrafo (BRASIL, 2018).

Ainda, a Telemedicina está sujeita a riscos de segurança cibernética, como ataques de *hackers* e vazamentos de dados. Os casos infelizmente são diversos.²⁹ Conforme o Relatório de Custos de Vazamentos de Dados divulgado pela IBM, no ano de 2022, o setor

29 No final de 2020, uma reportagem do jornal O Estado de São Paulo revelou que dados pessoais de aproximadamente 243 milhões de brasileiros, cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) ou como beneficiários de planos de saúde, foram expostos na internet devido a falhas de segurança no Ministério da Saúde. As informações expostas incluíam nome completo, CPF, endereço e telefone, que deveriam estar protegidos por login e senha, porém uma vulnerabilidade no código permitia que qualquer usuário acessasse o banco de dados. Em resposta ao jornal, o Ministério da Saúde afirmou que estava investigando os incidentes para apurar a responsabilidade pela exposição dos dados cadastrais e que medidas de segurança estavam sendo implementadas para evitar novos incidentes, além de ações administrativas para lidar com a situação. Posteriormente, outro sistema do Ministério da Saúde, o DataSUS, enfrentou problemas e ficou fora do ar durante vários meses, possivelmente devido a uma ação de hackers. A indisponibilidade do sistema deixou os cidadãos sem acesso às informações necessárias, e levou quase um mês para que o problema fosse resolvido. (Aragão, 2022). Na Inglaterra, auditores do Departamento de Saúde e Serviços Humanos conseguiram acessar dados de pacientes por meio de seus laptops, pelo uso de redes de Wi-Fi não seguras, enquanto estavam sentados nos estacionamento dos hospitais. (Taitzman; Grimm; Agrawal, 2013). Por fim, nos Estados Unidos da América, 78.8 milhões de registros de pacientes já foram acessados indevidamente, contendo dados como nome, endereço, número do seguro social e data de nascimento (O'flaherty, 2018).

da saúde foi identificado pelo 12.º ano consecutivo como o mais afetado em termos de prejuízos financeiros decorrentes de vazamentos de dados (IBM, 2022).

Nesse cenário, os sistemas utilizados devem ser projetados levando em consideração as melhores práticas de segurança da informação e devem ser atualizados regularmente para corrigir vulnerabilidades conhecidas. Os prestadores de serviços de Telemedicina devem ter políticas e procedimentos claros para lidar com violações de segurança e notificar os pacientes afetados.

Ainda, entende-se que a implementação de protocolos de segurança, a obtenção do consentimento informado dos pacientes e a conformidade com as leis de proteção de dados, como o RGPD e a LGPD, são aspectos fundamentais para garantir a privacidade e a segurança dos pacientes na Telemedicina. Nesse contexto, Ana Paula Cabral compreende que o grande desafio de utilizar dados pessoais na Telemedicina passa pela necessidade de cumprimento escrupuloso dos requisitos legalmente impostos (Cabral, 2022, p. 18).

Diante do exposto, podemos afirmar que a área da Telemedicina é extremamente abrangente e apresenta desafios complexos em relação à proteção de dados pessoais sensíveis, especialmente os dados de saúde. É inegável que a Telemedicina depende do tratamento desses dados pessoais de saúde. Portanto, é crucial encontrar um equilíbrio entre diversos direitos: o direito à privacidade, o direito à autodeterminação e o direito à proteção da saúde, por exemplo. Nenhum desses direitos pode ser sobreposto aos demais. O segredo reside em encontrar um meio-termo adequado que permita preservar a essência de cada um desses direitos, garantindo que funcionem em harmonia. O objetivo não é destruir o núcleo essencial de cada direito, mas sim encontrar uma forma de conciliá-los de maneira eficaz.

Considerações Finais

A evolução da Telemedicina representa um marco significativo na área da saúde, promovendo um acesso mais amplo e eficiente aos serviços médicos, independentemente das barreiras geográficas. Por meio do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação, a Telemedicina tem possibilitado a prestação de cuidados médicos à distância, permitindo o diagnóstico, tratamento e monitoramento de pacientes de forma remota. Essa modalidade tem se mostrado especialmente relevante em áreas rurais e remotas, onde a escassez de profissionais de saúde é um desafio, bem como em situações de emergência, como na pandemia da Covid-19.

244

Entretanto, diante de sua rápida expansão, os profissionais da saúde e as prestadoras de serviços médicos que optarem por adotar o modelo da Telemedicina devem implementar medidas e ferramentas de segurança adequadas para garantir a proteção dos dados pessoais. Isso inclui a gestão do consentimento, o mapeamento dos dados e do fluxo de transferência, tanto nacional quanto internacional, bem como a análise de vulnerabilidades e a elaboração do Relatório de Impacto à Proteção de Dados, entre outras atividades. Essas medidas são essenciais para assegurar o cumprimento dos direitos dos titulares das informações.

No atual estágio de desenvolvimento, ainda é difícil prever todos os impactos da Telemedicina na proteção de dados pessoais. Ao abordar a temática, buscamos estabelecer diretrizes interpretativas para lidar com conflitos que não estão restritos a um número limitado de situações. Conforme a prática da Telemedicina avança, novos desafios surgem. Nesse sentido, o princípio da confidencialidade e os direitos à intimidade e à informação servem como base

essencial, garantindo a proteção dos dados e preservando a privacidade dos pacientes nas interações virtuais.

Em linhas gerais, compreendemos que o tratamento dos dados pessoais no âmbito da Telemedicina deve cumprir as imposições do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) no contexto europeu e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no contexto brasileiro, bem como, das outras legislações e resoluções citadas ao longo do texto, sob pena de se traduzir em violação de dados ou incidentes com dados pessoais.

Referências

ARAGÃO, Alexandre. **5 grandes vazamentos de dados no Brasil — e suas consequências**. Publicado em: 28 jan. 2022. Disponível em: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/mercado/vazamentos-de-dados-no-brasil-28012022#:~:text=Em%20dezembro%20de%202020%2C%20reportagem,seguran%C3%A7a%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde..> Acesso em: 25 mai. 2023.

BARBOSA, Carla; LOPES, Dulce. RGPD: Compartilhamento e tratamento de dados sensíveis na União Europeia - O caso particular da saúde. In: LGPD na Saúde. DALLARI, Analluza Bolivar; MONACO, Gustavo Ferraz de Campos. **Revista dos Tribunais**, 2021.

BARBOSA, Paulo Roberto B. Informática médica e telemedicina. In: **Anais da Academia Nacional de Medicina**, São Paulo, v. 160, n. 2, p. 121-123, jul./dez. 2000.

BAROLD, S. Serge. Willem Einthoven and the birth of clinical electrocardiography a hundred years ago. In: **Cardiac Electrophysiology Review**, Cham, v. 7, n. 1, pp. 99-104, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12766530/>. Acesso em: 12 mai. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.

246

BRASIL. **Lei n.º 13.709, de 13 de agosto de 2018**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 13.989/2020 de 15 de abril de 2020**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 14.510/2022, de 27 de dezembro de 2022**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm. Acesso em: 25 mai. 2023.

BIONI, Bruno Ricardo. **Proteção de dados pessoais: a função e os limites do consentimento**. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

BUNDESÄRZTEKAMMER. **Telemedizin**. 2023. Disponível em: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung>. Acesso em: 20 mai. 2023.

CABRAL, Ana Paula. Telemedicina versus proteção de dados pessoais: os dados de saúde como dados pessoais. In: **PERCURSOS & IDEIAS**. Vol. 12, 2022. Disponível em: <https://percursoseideias.iscet.pt/articles/sol2022n120002.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2023.

247

CELES, Rafaela Santana; ROSSI, Thaís Regis Aranha; BARROS, Sandra Garrido de; SANTOS, Carla Maria Lima; CARDOSO, Carla. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. In: **Pan American Journal of Public Health**. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49154/v42e842018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 mai. 2023.

CFM. **Resolução CFM n.º 1.643/2002**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>. Acesso em: 20 mai. 2023.

COMISSÃO EUROPEIA, **Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre os benefícios da telemedicina para os doentes, os sistemas de saúde e a sociedade.** Publicado em: 04 nov. 2008. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:PT:PDF>. Acesso em: 20 mai. 2023.

COMISSÃO EUROPEIA. **Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013).** Publicado em: 23 out. 2007 Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:PT:PDF>. Acesso em: 20 mai. 2023.

248

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção Europeia dos Direitos do Homem**, STCE n.º 005, 1950.

CORREA, Adriana Espíndola. **O corpo digitalizado.** Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

CRAIG, John; PATTERSON, Victor. Introduction to the practice of telemedicine. In: *J Telemed telecare*. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15829036/>. Acesso em: 10 mai. 2023.

DANTAS, Eduardo; NOGAROLI, Rafaella. Consentimento informado do paciente frente às novas tecnologias da saúde (telemedicina, cirurgia robótica e inteligência artificial). In: **Lex Medicinae – Revista Portuguesa de Direito da Saúde**, ano 17, n. 33, p. 25-63, jan.-jun. 2020.

DECLARAÇÃO DE TEL AVIV, adotada pela 51.^a Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, outubro de 1999.

DRE. **Constituição da República Portuguesa. 1976**. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>. Acesso em: 20 mai. 2023.

249

DRE. **Regulamento n.º 707/2016. Regulamento de Deontologia Médica**. 2016. Disponível em: https://ordem-dosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016__Regulamento_Deontol%C3%B3gico.pdf. Acesso em: 25 mai. 2023.

DOU. Resolução CFM n.º 2.314, de 20 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em: 25 mai. 2023.

DRE. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Publicado em: Disponível em: 24 set. 2021. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

DRE, Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/567-2006-346716>. Acesso em: 11 mai. 2023.

EDPD. Parecer conjunto 03/2022 do CEPD e da AEPD sobre a proposta de regulamento relativo ao Espaço Europeu de Dados de Saúde. Publicado em: 12 jul. 2022. Disponível em: https://edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/edpbedps-joint-opinion/edpb-edps-joint-opinion-032022-proposal_pt. Acesso em: 20 mai. 2023.

EINSTEIN. Sobre a telemedicina. 2023. Disponível em: <https://www.einstein.br/Pages/home-telemedicina.aspx>. Acesso em: 20 mai. 2023.

ERS. Prestação de serviços de telemedicina nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.ers.pt/media/5oldn3b4/prestação-de-serviços-de-telemedicina-nos-hospitais-do-serviço-nacional-de-saúde.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2023.

EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a regulation - The European Health Data Space. Publicado em: 03 mai. 2022. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-regulation-european-health-data-space_en. Acesso em: 20 mai. 2023.

FALEIROS JUNIOR, José Luiz de Moura; NOGAROLI, Ra-faella; CAVET, Caroline Amadori. Telemedicina e proteção de dados: reflexões sobre a pandemia da Covid-19 e os impactos jurídicos da tecnologia aplicada à saúde. In: Revista dos Tribunais, Vol. 1016/2020, Publicado em: Jun. 2020.

GOV.BR. Saúde digital e telessaúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/telessaude/telessaude>. Acesso em: 17 mai. 2023.

251

HRSA, Health Resources & Services Administration. Tele-health programs. Disponível em: <https://www.hrsa.gov/ruralhealth/telehealth/index.html>. Acesso em: 12 mai. 2023.

IBM. Custo de uma violação de dados em 2022. Disponível em: <https://www.ibm.com/br-pt/reports/data-breach>. Acesso em: 25 mai. 2023.

LEGIFRANCE. Code de la santé publique. Versão: 21 mai. 2023. Disponível em: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/, Acesso em: 25 mai. 2023.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato De Oliveira. As transformações da relação médico-paciente em razão da telemedicina. In: Revista dos Tribunais, vol. 1033, 2021, p. 197-216 , Publicada em: nov. 2021.

MILLER, Edward. Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. In: Journal of Telemedicine and Telecare, vol. 8, 2002, pp. 311-318. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537917/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

252

MINISTERO DELLA SALUTE. Telemedicina: linee di indirizzo nazionali. 2020. Disponível em: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf. Acesso em: 25 mai. 2023.

MULHOLLAND, Caitlin. Dados pessoais sensíveis e a tutela de Direitos Fundamentais. Uma análise à luz da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18). In: Revista Direitos e Garantias Fundamentais, Vitória, 2018, v. 19, n. 3.

NEGRI, Sérgio Marcos Carvalho de Ávila, KORKMAZ, Maria Regina Detoni Cavalcanti Rigolon. A normatividade dos dados sensíveis na Lei Geral de Proteção de Dados: ampliação conceitual e proteção da pessoa humana. In: Revista de Direito, Governança e Novas Tecnologias. Goiânia, vol., 5, n. 1, p. 63-85, jan.-jun. 2019. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadgnt/article/view/5479/pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

OLIVEIRA, Amanda Borges de; et al. Desafios do avanço da telemedicina e seus aspectos éticos: revisão integrativa. In: Revista Comunicação em Ciências da Saúde. Distrito Federal; 2020; 31(1):5967. Disponível em: [<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/566>]. Acesso em: 20 mai. 2023.

253

OMS, Organização Mundial da Saúde. Telemedicine. Opportunities and Developments in Member States. In: Report on the Second Global Survey on e-Health, Genebra, 2010. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf. Acesso em: 11 mai. 2023.

O'FLAHERTY, Kate. Why cyber-criminals are attacking healthcare – and how to stop them. In: Forbes, 5 out. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2JXtvjz>. Acesso em: 20 mai. 2023.

O'NEILL, Catarina; V. MATIAS, Margarida; PEIXOTO, Vasco R.; O'NEILL, Henrique; AGUIAR, Pedro; CASTELA, Eduardo. Consulta não presencial no Serviço Nacional de Saúde Português durante a Pandemia de COVID-19: estudo da opinião dos médicos e implicações para o futuro. In: Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Med Port 2022 Jun;35(6):455-467.

PARLAMENTO EUROPEU. Relatório sobre o Plano de Ação para a saúde em linha, 2012-2020 - Cuidados de saúde inovadores para o século XXI. Publicado em: 05 dez. 2013. Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-7-2013-0443_PT.html. Acesso em: 20 mai. 2023.

254

PEREIRA, André Gonçalo Dias; BARBOSA, Carla. Curso de especialização em direito da medicina. 2021. Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Portugal.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. O consentimento informado em Portugal: breves notas. In: Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca, Franca (SP), v. 12, n. 2, 2017.

PORTUGAL. Portaria n.º 207/2017. Diário da República, I Série, n.º 132 (2017/07/11). Versão consolidada.

RAPOSO, Vera Lúcia. Telemedicine: The legal framework (or the lack of it) in Europe. In: *GMS Health Technol Assess*. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4987488/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

RODOTÀ, Stefano. Transformações do corpo. In: *Revista Trimestral de Direito Civil*, v. 19, n. 5, 2004.

RUTE. Sobre a Rute. Disponível em: <https://rcc.rnp.br/?rc-c=RUTE>. Acesso em: 17 mai. 2023.

SABBATINI, Renato Marcos Endrizzi. A telemedicina no Brasil: evolução e perspectivas. In: CAETANO, Karen Cardoso; MALAGUTTI, William. *Informática em saúde: uma perspectiva multiprofissional dos usos e possibilidades*, 2012.

255

SCHAEFER, Fernanda. *Telemática em saúde e sigilo profissional: a busca pelo equilíbrio entre privacidade e interesse social*. Curitiba: Juruá, 2010.

SCHAEFER, Fernanda. Telemedicina e proteção de dados de saúde. In: CORREA, Felipe Abu-Jamra (Org.). *Diálogos entre direito e medicina: estudos em homenagem ao CRM/TO*. Curitiba: Instituto Memória, 2019.

SCHAEFER, Fernanda; GLITZ, Frederico. Apresentação. In: *Telemedicina: desafios éticos e regulatórios*. GODINHO, Adriano Marteleto [et al.] Coord. por SCHAEFER, Fernanda; GLITZ, Frederico. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2022.

SIGULEM, Daniel. Telemedicina: uma nova forma de assistência em saúde. 2002. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br>. Acesso em: 20 mai. 2023.

SUZIN, Joseli Beatriz; AGUIAR, Daiane Moura de. Dados sensíveis e a telemedicina: aproximações com a Lei Geral de Proteção de Dados. In: Revista de Direito e Medicina. Vol. 14/2023. Jan-Jun, 2023.

TAITSMAN, Julie K.; GRIMM, Christi M.; AGRAWAL, Shantanu. Protecting patient privacy and data security. In: The New England Journal of Medicine Perspective, Waltham, v. 368, p. 977-979, mar. 2013.

256

UNIÃO EUROPEIA. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pt/TXT/?qid=1559291025147&uri=CELEX:32016R0679#d1e1564-1-1>. Acesso em: 25 mai. 2023.

YOUNG, Jeremy D.; BORGETTI, Scott A.; CLAPHAM, Philip J. Telehealth: Exploring the ethical issues. In: DePaul Journal of Health Care Law, Chicago, v. 19, 2018, p. 1-15. Disponível em: <https://via.library.depaul.edu/jhcl/vol19/iss3/2/>. Acesso em: 12 mai. 2023.

WEN, Chao Lung. Telemedicina e telessaúde: um panorama no Brasil. In: Revista Informática Pública, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008. Disponível em: http://pbh.gov.br/informaticapublica/ANO10_N2_PDF/telemedicina_tesesaude.pdf. Acesso em: 10 mai. 2023.

CAPÍTULO 11

ÉTICA E BIOÉTICA NO COTIDIANO: PARA COMPREENDER MAIS SOBRE UM ENCONTRO ENTRE AS CELEBRIDADES ATUAIS COMO INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, COMPLIANCE E CULTURA CORPORATIVA

259

KEINE ALVES

Introdução: para Navegar pelas Águas da Ética e Bioética

Na encruzilhada da modernidade, nos deparamos com um panorama complexo onde a ética e a bioética se tornam faróis essenciais para orientar a humanidade.

O desenvolvimento acelerado da tecnologia, especialmente a inteligência artificial, junto às exigências de compliance e a evolução das culturas corporativas, destaca a importância incontornável de uma reflexão ética aprofundada.

Este texto visa explorar como os princípios éticos e bioéticos, enraizados em séculos de filosofia, podem guiar nossas ações e decisões em um mundo em constante transformação.

Aristóteles nos ensina a importância das virtudes e do meio-termo para alcançar a Eudaimonia, sugerindo que a busca pela felicidade verdadeira está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento do caráter.

Esta perspectiva é crucial quando consideramos as implicações éticas das decisões corporativas e tecnológicas no bem-estar humano.

Contrastando com Aristóteles, Kant, com sua ética deontológica, coloca a ênfase no dever e na racionalidade.

O imperativo categórico de Kant, que exige ações guiadas por máximas universalizáveis, ressalta a importância de tratar os indivíduos como fins em si mesmos.

260 Esta noção é especialmente pertinente à medida que enfrentamos desafios éticos trazidos pela inteligência artificial, onde a autonomia e a dignidade humana devem ser preservadas.

A bioética, por sua vez, aborda os dilemas morais que emergem dos avanços na biologia e na medicina, expandindo-se para incluir as novas questões apresentadas pela tecnologia.

Princípiolista por natureza, a bioética se apoia em quatro pilares fundamentais - autonomia, beneficência, não maleficência e justiça - para orientar a tomada de decisão ética em contextos clínicos e além.

Estes princípios, refletindo o legado de filósofos como Kant e Aristóteles, fornecem um quadro robusto para a análise ética em uma variedade de situações contemporâneas.

No contexto corporativo, a ética e a bioética emergem como componentes vitais para a construção de culturas organizacionais responsáveis e sustentáveis.

O compliance, redefinido sob uma luz ética, transcende a mera adesão à legislação, incorporando uma dimensão moral que enfatiza a justiça, a equidade e o respeito mútuo.

As organizações que integram esses princípios não apenas atendem às exigências regulatórias, mas também cultivam a confiança e o compromisso de seus stakeholders.

Diante desse cenário, o título “Ética e Bioética no cotidiano: Para compreender mais sobre um encontro entre as celebridades atuais como Inteligência Artificial, Compliance e Cultura Corporativa” reflete uma realidade onde a ética e a bioética são indispensáveis para navegar as complexidades do mundo moderno.

Portanto, este texto se propõe a explorar como essas disciplinas se entrelaçam com as questões contemporâneas, oferecendo insights sobre como podemos abordar os desafios éticos emergentes.

Ao fazer referência aos pensadores aqui citados, busco trazer para o debate a riqueza da tradição filosófica e sua aplicabilidade aos dilemas do século XXI.

A contribuição de Aristóteles, Kant e os principialistas da bioética não se limita ao âmbito acadêmico, ela permeia as decisões práticas em tecnologia, negócios e governança.

Assim, ao considerarmos as implicações da inteligência artificial, as práticas de compliance e a formação de culturas corporativas éticas, recorreremos a essas vozes históricas para guiar nossas ações em direção a um futuro mais justo e sustentável.

Em conclusão, a ética e a bioética representam mais do que meros campos de estudo, elas são ferramentas vitais para enfrentar os desafios da modernidade.

Ao reconhecer a interconexão entre tecnologia, práticas empresariais e valores humanos, este texto busca não apenas entender,

mas também inspirar ações éticas que reflitam nossa mais profunda aspiração à dignidade, justiça e bem-estar comum.

O vasto universo da ética, com sua intrincada rede de reflexões e dilemas, sempre foi um ponto focal de muitas civilizações ao longo da história.

No entanto, como a ética pode se manifestar em nossa era tecnológica avançada, particularmente quando navegamos nas águas da inteligência artificial, das pesquisas de biotecnologia, das constantes mudanças proposta pela nova e rigorosa ideia de compliance e da tão sonhada cultura corporativa nas empresas? Esta é uma indagação que merece uma profunda investigação.

Minha experiência de mais de 25 anos no mercado corporativo me apresentou, repetidas vezes, os impactos tangíveis e intangíveis da negligência ética.

262

Em um cenário corporativo onde as decisões não são apenas moldadas por pessoas, mas também por algoritmos, situações econômicas, grandes conflitos de interesse e outros a ética assume uma importância sem precedentes no meu ver.

Uma organização empresarial não é apenas um sistema de operações com fins específicos como já conhecemos, mas sim uma cultura, e é aqui que a ética, especialmente a bioética, desempenha seu papel mais crucial no meu mero ponto de vista.

Tanto a ética, quanto a bioética, que uma vez se concentrou principalmente nas interseções da biologia, medicina, agora precisa se expandir para abranger dilemas apresentados pela inteligência artificial e outras inovações tecnológicas que temos adiante presente em nosso cotidiano.

Pesquisas recentes têm se esforçado para demonstrar e decifrar os enigmas morais que surgem quando a tecnologia e o comportamento humano ultrapassam fronteiras previamente inimagináveis.

Esta exploração visa oferecer não apenas um olhar acadêmico sobre ética e bioética, mas uma compreensão pragmática de sua aplicação diária, particularmente onde concentro observação, atenção e estudo, o âmbito corporativo.

O compliance, que nos dias de hoje frequentemente é visto como uma mera prescrição, é na verdade uma manifestação da ética em ação ou se preferirmos um campo que precisa ser reconhecido pela Bioética, guiando assim organizações para um caminho alinhado com valores e princípios morais para a construção de uma cultura.

Ao longo deste texto, meu maior objetivo é apresentar uma tapeçaria rica e multifacetada que une ética, bioética, inteligência artificial, compliance e cultura corporativa para ampliar as nossas percepções.

Espero que, ao compartilhar insights e descobertas, possamos aqui iluminar a essencialidade da ética em nosso mundo em rápida evolução, e inspirar um compromisso renovado com a integridade em todos os aspectos de nossas vidas.

Entendendo mais sobre Ética, Moral e Costumes: As Nuances e Influências no Comportamento Humano

Vamos começar postulando de uma forma geral que a Ética, em sua essência, refere-se ao estudo dos princípios que orientam o comportamento humano.

Apesar dessa aparente simplicidade em sua definição, dentre muitas pessoas que desconhecem o termo e suas aplicações, ainda temos os que pouco a conhecem, com isso é fato que muitas pessoas ainda confundem “ética” com “moral” e “costumes”.

Embora esses termos possam, ocasionalmente, ser usados de forma intercambiável, é crucial compreender suas distinções para que se possa interpretar adequadamente suas aplicações, como normas, valores e comportamentos humanos.

Devemos ter claro de que a moral diz respeito aos valores e normas que guiam o comportamento dos indivíduos em uma sociedade ou de um grupo específico de trabalho.

Estes princípios determinam o que é considerado certo ou errado e frequentemente de forma geral eles são internalizados na sua grande maioria desde a infância, pois a moral age como um guia que se molda com base nas vivências e experiências de cada indivíduo.

Um desvio desses valores pode culminar em sentimentos como culpa, vergonha e muito mais, gerando inclusive as motivações iniciais para formulação de leis e normas de uma certa forma.

Podemos certamente dizer que diversos fatores que influenciam a formação da moral, incluindo os ensinamentos religiosos estão presente em nosso cotidiano, um exemplo nítido disso são os Dez Mandamentos do Cristianismo, o quanto eles estão presentes no dia a dia de diversas sociedades e grupos de trabalho.

Um outro exemplo notável é o profundo respeito pelos mais velhos, particularmente nas culturas asiáticas. Esse elemento destaca seu papel crucial na formação da moral de uma sociedade ou grupo, sendo consistentemente evidenciado nas práticas do nosso cotidiano.

Os acontecimentos históricos de outra ordem não ficam atrás, como guerras e movimentos civis, afinal, esses também desempenham um papel significativo na formação da moralidade coletiva.

Outro bom exemplo para evidenciar tal movimento, são os fatos que formaram a luta pelos direitos civis nos EUA na década de 1960, liderado por figuras como Martin Luther King, um advento que alterou profundamente as percepções morais sobre igualdade racial e justiça.

Agora falando sobre os costumes, devemos ter claro que esses são as manifestações tangíveis, comportamentos claros e que de uma forma passam a caracterizar uma sociedade ou grupo cultural e são diferentes da moral.

Pois muitos desses são transmitidos de geração em geração, estabelecendo inclusive padrões de vida e interação em sociedades e grupos já estabelecidos.

Ao contrário da moral, que carrega uma profunda noção de certo e errado, os costumes são considerados como práticas isentas de juízo de valor ético.

Como evidência disso, vamos considerar, por exemplo, a maneira como as diferentes culturas se alimentam no mundo. No Japão, o uso de hashis é comum, enquanto na Índia, muitos optam por comer com as mãos.

Outro exemplo, são as festividades que também ilustram bem os costumes, pois o carnaval no Brasil é marcado por samba e fantasias, enquanto na Espanha, a Tomatina é caracterizada por uma animada luta de tomates nas ruas.

Desviar de um costume pode resultar em surpresa ou desconforto, mas raramente é visto como uma transgressão moral.

Esses elementos fazem parte do agir humano e a ética vai além da moral vigente e dos costumes, questionando e justificando as razões por trás de certas normas e valores.

Para ficar claro, enquanto a moral diz “o que” fazer, a ética busca entender “por que” fazer.

Portanto podemos deixar claro que existem várias escolas e teorias éticas que oferecem diferentes abordagens para determinar o que é ético: utilitarismo, deontologia, ética das virtudes, entre outras.

Mas nada muda o seu propósito, pois enquanto a moral é muitas vezes aceita sem questionamento crítico, já a ética envolve um processo de questionamento, debate e argumentação.

266 Contudo, enquanto a ética, moral e costumes são conceitos interligados, cada um tem a sua distinção e relevância no panorama do comportamento humano.

Entender essas nuances é vital para um melhor entendimento sobre o tema e para clarear as questões ligadas à convivência harmoniosa, além do reconhecimento das ricas tradições e valores que moldam nossas sociedades no mundo de hoje.

Formando de uma certa forma um certo alicerce que dá origem a tudo que temos a nossa volta no mundo cotidiano e isso é mais que necessário para se ampliar a percepção do mundo e da vida.

O Desafio da Ética em um Mundo em Constante Transformação

Através da nossa experiência cotidiana, fica fácil perceber que atualmente o desconhecimento das ações humanas é uma das

principais causas de conflitos e desentendimentos em diversas sociedades.

Muitas vezes, julgamos os atos dos outros com base em nossas próprias experiências e crenças, sem considerar os contextos e motivações que levaram àquela ação.

Embora tenhamos desenvolvido mecanismos, como o sistema jurídico, para estabelecer a ordem, o risco do reducionismo no entendimento ainda persiste, levando a mal-entendidos, preconceitos e, em situações extremas, a discriminação, violência e até guerras.

Entendo com isso que o nosso desafio vai além, pois de fato precisamos encontrar um equilíbrio onde possamos compreender e respeitar as perspectivas alheias, mesmo discordando delas.

Compreender não implica em praticar uma concordância passiva, mas sim exigir um entendimento aprofundado das motivações e circunstâncias das ações humanas.

Nesse contexto, a ética mais uma vez é desafiada a emergir como uma ferramenta fundamental, pois ela tem a função de ampliar os nossos entendimentos e como consequência nos orientar na busca desse equilíbrio através da formação de um entendimento amplo e sensível.

Portanto se torna um imperativo investir no estudo e na aplicação da ética para fomentar uma sociedade mais humana, ética, próspera e harmônica.

Pois, à medida que avançamos para um mundo cada vez mais globalizado e interconectado, a importância de compreender e respeitar esses valores se torna ainda mais premente.

Cada cultura e sociedade traz consigo uma rica tapeçaria de tradições, crenças e princípios morais, com a enorme capacidade de enriquecer nosso entendimento coletivo.

Ao nos engajarmos em diálogos interculturais e buscarmos entender os princípios éticos que guiam diferentes comunidades, não apenas promovemos a harmonia, mas também abrimos portas para novas formas de pensar e de se relacionar com o mundo ao nosso redor e nesse momento entramos na necessidade de entender mais sobre a objetificação da Ética e o Progresso no mundo.

Para Compreender mais sobre a Ética e o Preâmbulo dos Novos Tempos

268

À medida que a sociedade evolui e esses novos contextos do cotidiano emergem com seus problemas de ordem prática, a ética, como disciplina é amplamente desafiada a adaptar-se para cumprir seu propósito e com isso passar inclusive a reconsiderar todas as suas fundações.

Esse processo é ainda muito mais complexo do que se imagina, pois quando se tenta objetivar a ética, isto é, torná-la uma ciência objetiva e inabalável tudo vira um grande desafio.

Numa breve Jornada pelas correntes Éticas, a história se demonstra rica e complexa, com diversos filósofos oferecendo perspectivas únicas e que devem ser avaliadas ao longo do tempo.

Vamos a uma rápida e singela passagem sobre essa jornada, iniciando das ideias de Aristóteles até as de Kant, onde observamos uma evolução significativa nas abordagens sobre moralidade e virtude, oriunda de uma ética já superada não em sua totalidade.

Começando por Aristóteles, sua visão ética é frequentemente referida como ética da virtude, pois ele defendia que o bem supremo em conjunto com a busca final do ser humano, seria a felicidade.

Para ele viver eticamente é desenvolver e expressar suas virtudes como ser, forjando características de um caráter excelente, como a coragem, a sabedoria e a justiça, que busca inclusive sempre um meio-termo entre os extremos.

Avançando no tempo, encontramos também os estoicos e os epicuristas, onde os estoicos enfatizavam a aceitação da ordem natural das coisas e a importância da razão, já os epicuristas argumentavam que o prazer, particularmente os prazeres mentais, eram o maior bem do vive ético.

Com a chegada no tempo do advento do cristianismo, a ética passou por uma mudança, onde os princípios e virtudes cristãs, como a caridade e a humildade, passaram a ocupar um lugar central.

Santo Agostinho e São Tomás de Aquino, por exemplo, tentaram harmonizar a ética aristotélica com os ensinamentos cristãos.

Mas já no período moderno, podemos destacar os contratualistas, como Hobbes e Rousseau, que baseavam a moralidade em algum tipo de acordo ou contrato social, e os utilitaristas, como Bentham e Mill, que consideravam que a ação moral correta é aquela que maximiza o bem-estar geral.

No entanto, é com Immanuel Kant que encontramos uma reviravolta significativa na Ética.

Contraopondo-se à ética baseada nas consequências, Kant introduziu uma ideia da ética deontológica, centrada no dever.

Para ele, ações morais não são determinadas por seus resultados, mas sim pela intenção com a qual são realizadas.

Segundo o seu famoso imperativo categórico, um ato é moralmente correto se puder ser universalizado sem contradição.

Ao revisitar essas correntes éticas de forma expressa, percebemos quanto rico é a tapeçaria de pensamentos que moldaram nossa compreensão da moralidade ao longo dos séculos.

Portanto, desde a busca pela virtude ao dever moral intrínseco, a ética continuamente sendo desafiada a nos conduzir na reflexão sobre nosso lugar no mundo, principalmente sobre o como devemos viver e conviver como sociedade e ou grupo.

Podemos dizer que nesse momento, nasce aqui uma ponte entre a Ética Deontológica e o Contratualismo, onde Immanuel Kant e John Rawls são dois filósofos monumentais na tradição, e, apesar das diferenças em suas abordagens, mantem conexões fundamentais, principalmente em suas visões sobre moralidade e justiça.

270

Ambos os pensadores se preocupam profundamente com a ideia de uma moral universal e com a questão de como estruturar uma sociedade justa.

Aprofundando ainda mais, podemos dizer que Kant, com sua ética deontológica, argumenta que a moralidade é determinada pela razão e pelo dever, independentemente das consequências.

Seu “imperativo categórico” nos orienta a agir apenas de acordo com máximas que possam ser universalizadas. Em outras palavras, devemos agir de forma que esperamos que todos os outros ajam, fundamentando a moralidade em princípios universais.

John Rawls, por outro lado, é mais conhecido por seu contratualismo, pois ele imagina uma “situação original” hipotética, na qual indivíduos, sob o “véu da ignorância”, decidem os princípios de justiça para a sociedade sem conhecer sua posição nela.

Isso garante a imparcialidade em sua perspectiva e busca um sistema que seja justo para todos, independentemente de suas circunstâncias individuais e já do conhecido conflito de interesses.

A conexão de ambos os filósofos em meu ponto de vista passa a ser a busca de uma universalidade única, centrada numa tal ética da justiça, pois enquanto Kant procura princípios universais que guiam o comportamento moral de cada indivíduo, Rawls busca princípios universais que estruturam uma sociedade inteira.

Enquanto Kant busca uma fundamentação objetiva e universal para a ética, vendo a liberdade como intrinsecamente ligada ao progresso moral, Rawls aceita a fluidez e a contextualização da moral.

Afinal o imperativo categórico de Kant ressoa na situação original de Rawls, onde a universalidade e a imparcialidade são cruciais e ambos compartilham o compromisso com uma ética que se aplica a todos, de maneira equitativa e imparcial.

Dito de outra forma, entendemos que ambos, compreendem a necessidade de que essa ética seja ao mesmo tempo fundamentada e adaptável e que através de suas teorias, se estabelece um diálogo contínuo sobre como a ética e a justiça podem e devem ser concebidas em um mundo plural e complexo.

Portanto o problema da ética em ter que acompanhar as mudanças do mundo ao longo do tempo se torna mais do que intrincado, porém, ao menos com um caminho claro a ser desbravado.

Dito isso penso que uma das direções seria pensarmos sobre a ótica de que estamos diante de um mundo que não para de se transformar, e nosso desafio principal passa a ser o verdadeiro encontro entre o equilíbrio da objetividade, da adaptabilidade no exercício da liberdade.

Querelas entre a Ciência, Ética e Bioética

A oposição ao entrelaçamento de valores e conhecimento sempre estiveram presentes de forma histórica, pois a ética e a ciência muitas vezes pareciam estar em campos opostos, especialmente quando a ética era subordinada à religião.

Durante séculos, muitos dos preceitos éticos eram derivados diretamente de dogmas religiosos, o que frequentemente colocava esta importante disciplina em conflito direto com descobertas científicas, que inclusive desafiavam as concepções teológicas do mundo.

272 Essa aparente oposição foi exacerbada pela perspectiva de que a ciência, com sua busca implacável por conhecimento, que poderia potencialmente ameaçar os princípios morais estabelecidos pela religião até então.

Durante a era do Iluminismo, houve uma profunda reorientação na forma de como a humanidade compreendia e se relacionava com o mundo. A razão e o conhecimento empírico emergiram como pilares fundamentais, diminuindo a preeminência da revelação divina e da tradição que prevaleciam até então.

Em prol da ciência, muitos foram os filósofos ao longo da história que buscaram estabelecer uma distinção clara entre religião e ciência, argumentando que esses domínios deveriam ser tratados separadamente para garantir o progresso do conhecimento e a clareza do pensamento.

René Descartes, por exemplo, postulava que enquanto a religião tinha seu domínio na esfera da fé, a ciência pertencia ao reino da razão e do empirismo.

John Locke defendia que a razão deveria ser a principal ferramenta para entender o mundo natural, enquanto a fé deveria guiar as questões espirituais e transcendentais.

Baruch Spinoza, por sua vez, viu a necessidade de separar a religião da política e da ciência, acreditando que a liberdade de pensamento e expressão eram cruciais para a investigação científica.

Esses pensadores, entre outros, sentiram a necessidade de estabelecer limites claros entre religião e ciência para evitar conflitos e promover um ambiente propício ao avanço do conhecimento humano.

Entretanto, foi no Iluminismo, com figuras em especial como Immanuel Kant, que essa reorientação alcançou seu ápice.

Foi Kant, que em sua proposta ética, colocou a razão humana como a principal guia para o comportamento moral, pois para ele, a moralidade não derivava de mandatos externos, divinos ou teológicos, mas sim da própria capacidade racional inata do ser humano.

Esta ênfase na autonomia individual e na capacidade de discernir moralmente através da razão, independentemente das influências religiosas ou culturais, esse que com que o espírito crítico e questionador e científico do Iluminismo viesse a se destacar.

Em seu pensamento, Kant destaca a importância de tratar os indivíduos como fins em si mesmos e não como meios para outros fins, sublinhando a dignidade e o valor inerente a cada ser humano, um reflexo claro dos ideais iluministas que trazia à tona uma certa emancipação da ética, pavimentando o caminho para uma abordagem muito mais racional e individualizada das questões morais.

Pois, enquanto a ciência buscava desvendar os mistérios do universo e ampliar nosso entendimento sobre o mundo, a ética passava a se preocupar com as questões do “dever-ser”, orientando ações e decisões com base em princípios ético, tornando evidente a necessidade de um diálogo cada vez mais amplo entre esses dois domínios.

A liberdade é um pilar fundamental para a condução do debate ético no âmbito da ciência, pois quando falamos de ética, nos referimos ao conjunto de valores e princípios que orientam as ações humanas em busca do bem comum.

No entanto, para que a ética possa cumprir seu papel adequadamente perante a ciência, é imprescindível que ela se apresente com total liberdade, permitindo a pluralidade de vozes e perspectivas no debate.

274

Historicamente, o saber científico muitas vezes foi visto como um campo distinto, que operava sob sua própria lógica e valores. O método científico, com sua ênfase na observação empírica, experimentação e validação, contrasta em muitos aspectos com as abordagens qualitativas e reflexivas da ética.

Vale inclusive afirmar que por muitas vezes essa distinção gerou, em certos momentos, resistências e desentendimentos entre esses dois domínios do saber.

Em algumas situações, o avanço acelerado da ciência trouxe inovações que desafiaram a compreensão da ética tradicional.

A clonagem, a engenharia genética e a inteligência artificial são apenas alguns exemplos de campos em que a ciência avança rapidamente, levantando questões éticas complexas.

Em face desses avanços, é natural que surja uma certa resistência por parte de setores éticos e filosóficos, preocupados com as implicações e consequências dessas inovações.

Contudo, é crucial reconhecer que a resistência não é intrinsecamente negativa. Ela pode, na verdade, servir como um baluarte, garantindo que os avanços científicos ocorram de forma equilibrada e considerada.

Afinal, a ética não deve ser vista como um obstáculo à ciência, mas sim como uma parceira crítica, que ajuda a ciência a refletir sobre seus próprios limites e possibilidades.

Nesse diálogo entre ética e ciência, para que seja verdadeiramente produtivo, é essencial que a ética tenha a liberdade de questionar, propor e refletir.

Portanto a resistência, embora possa parecer contraproducente, é na verdade uma forma de garantir que o avanço científico ocorra de maneira responsável e alinhada com os valores humanos mais profundos e nesse momento surge a necessidade de um avanço em relação a Ética e a Ciência.

275

Navegando pelos Desafios da Modernidade entre a Ética e a Bioética

Por tudo que já foi escrito até o momento, podemos concluir facilmente que ao longo da história, a ação humana sempre foi pautada por questionamentos acerca do que é considerado certo ou errado.

Desde tempos antigos, filósofos e pensadores refletiram sobre os valores e princípios morais que orientam nossa relação com outros seres humanos, com o ambiente e até mesmo conosco.

À medida que a ciência avança, rompendo fronteiras e redefinindo o que é possível, a ética, agora desvincilhada de amarras teológicas e moldada pelo Iluminismo, emerge como um guia moral crucial no cenário científico contemporâneo.

Essa vertiginosa evolução científica nos convida a ponderações profundas sobre justiça, direitos e a inegável dignidade intrínseca a todos os seres vivos.

É neste cenário que a bioética se destaca, não apenas como uma extensão da ética, mas como uma ponte entre as tradições éticas históricas e os desafios pungentes da atualidade.

De natureza interdisciplinar, a bioética aborda dilemas éticos oriundos dos avanços da biologia e da medicina, desde questões sobre consentimento informado até as multifacetadas implicações da engenharia genética.

276

Temos, então, na junção de ciência, ética e, historicamente, teologia, uma incessante busca por equilíbrio e diante das inovações promovidas pela ciência, como a manipulação genética, pesquisas com células-tronco e progressos na inteligência artificial, surge uma pergunta ética premente: o simples fato de podermos fazer algo nos dá o direito moral de fazê-lo?

Enquanto a ciência desbrava e amplia fronteiras, a ética e a bioética servem como compassos nessa jornada por territórios frequentemente inexplorados.

Se a ciência delinea os limites do possível, a ética e a bioética nos ajudam a definir o que é moralmente apropriado, garantindo que nosso progresso ressoe com integridade, respeito e em harmonia com nossos valores mais profundos.

Concluindo, a interação entre ciência, ética e bioética não é apenas desejável, é indispensável. Elas atuam em sinergia, assegu-

rando que o desenvolvimento científico reverencie a dignidade e o valor intrínseco de toda vida.

O Surgimento da Bioética

A bioética emergiu na segunda metade do século XX em resposta às inovações no campo da biomedicina e às suas consequentes implicações éticas, sociais e legais.

Este movimento foi influenciado por avanços científicos, dilemas sociais e situações históricas significativas.

O termo “bioética” foi cunhado pelo oncologista Van Rensselaer Potter em 1970, que identificou a necessidade de uma disciplina que integrasse as ciências biológicas e os valores humanos.

Potter visualizou a bioética como um marco moral, direcionando o desenvolvimento e a aplicação do conhecimento biológico de maneira a beneficiar a humanidade e proteger a integridade da vida e do meio ambiente.

A perspectiva de Potter foi influenciada por pensadores anteriores, como Immanuel Kant, que enfatizou a primazia do dever moral e a importância de tratar os indivíduos como fins em si mesmos.

O século XX, repleto de avanços tecnológicos em medicina e biologia, trouxe consigo revoluções como fertilização *in vitro*, transplantes de órgãos, terapia genética e suporte avançado à vida, desencadeando novos dilemas éticos.

Além disso, o século passado foi testemunha de sérias violações éticas em pesquisas. Revelações sobre experimentos médicos não éticos, como o estudo da sífilis em Tuskegee e as abomináveis

experiências nazistas, destacaram a urgência de diretrizes éticas rigorosas na pesquisa humana.

Os movimentos sociais dos anos 60 e 70 amplificaram questões de autonomia, consentimento informado e justiça no atendimento médico.

A necessidade de afastar o paternalismo na medicina e de promover uma maior participação nas decisões de saúde foi evidente. Essas demandas ecoaram os ideais de justiça propostos por John Rawls, defendendo uma sociedade baseada em princípios de justiça equitativa.

Com o intuito de responder a esses desafios, surgiram comitês de ética em pesquisa e hospitais, fundamentando-se em princípios básicos da bioética, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

278

Instituições e programas acadêmicos em bioética foram estabelecidos, solidificando-a como uma disciplina interdisciplinar.

Vale clarear que para uma disciplina ser considerada interdisciplinar ela precisa transcender as fronteiras das disciplinas isoladas para alcançar uma abordagem mais integrada e sistêmica em relação ao conhecimento.

Trata-se de conectar diferentes campos do saber, promovendo uma colaboração entre eles, a fim de abordar problemas, questões ou estudos de uma maneira mais completa e inovadora.

Em vez de se limitar a uma única perspectiva, a interdisciplinaridade busca unir diferentes visões, ferramentas e métodos de diversas áreas para criar soluções mais robustas e compreensivas.

Essa abordagem é especialmente valiosa em questões complexas da atualidade, que não podem ser plenamente compreendidas ou resolvidas sob a ótica de apenas uma disciplina.

Assim, ser interdisciplinar é valorizar a diversidade do conhecimento e reconhecer que, muitas vezes, a união de diferentes saberes é a chave para inovações e descobertas significativas.

É digno de nota a contribuição de Peter Kemp nesse sentido, pois o filósofo dinamarquês, que se destacou por suas reflexões na área de ética, incluindo a bioética.

Kemp enfatizou a ética na educação e nas implicações dos avanços tecnológicos, promovendo uma bioética intercultural que valoriza diversas tradições culturais e filosóficas.

Reconhecendo a relevância das teorias de justiça de Rawls, Kemp enfatizou a importância dessas discussões na bioética.

Em síntese, a bioética é uma extensão da ética que se dedica a dilemas morais emergentes do progresso biotecnológico. Embora a ética aborde questões universais relativas ao bem e à justiça, a bioética se concentra especificamente em desafios encontrados na junção da vida, saúde e ciência.

Portanto, áreas como tecnologia reprodutiva, fim da vida, pesquisa biomédica e justiça em saúde são centrais na bioética pela sua característica interdisciplinar.

Com os avanços da biotecnologia, questões como eutanásia, consentimento informado e edição genética tornam-se cada vez mais relevantes.

Portanto, fazendo parte no coração da bioética, temos os princípios éticos universais que fornecem os fundamentos necessários para uma discussão interdisciplinar, pois embora a Bioética nos pareça especializada, ela se manifesta de forma multifacetada, atual e firmemente ancorada, adaptando de forma única aos desafios singulares da vida moderna.

As Teorias da Bioética

A bioética, posicionada na intersecção dos vertiginosos avanços biotecnológicos e dos profundos questionamentos éticos como já visto, convida-nos a uma reflexão sobre os desafios morais que permeiam a vida, saúde e a ciência.

Em um mundo em constante evolução tecnológica, onde as fronteiras entre o que é natural e o que é criado pelo homem tornam-se cada vez mais tênues, a bioética emerge como uma bússola essencial, guiando as decisões que moldam o futuro da humanidade.

Diversas abordagens teóricas buscam iluminar o caminho neste terreno complexo. Destas, quatro se destacam pela sua profundidade e aplicação: a bioética secular, confessional, principialista e existencial.

280

Vamos adiante examinar um pouco de cada uma delas, iniciando agora pela bioética secular, que preconiza uma abordagem da ética em saúde e biotecnologia que não depende ou se baseia em preceitos religiosos.

Em vez disso, essa teoria busca fundamentar suas conclusões em raciocínios lógicos, evidências empíricas e valores universais compartilhados.

Esse enfoque na racionalidade e na experiência humana comum, busca promover diretrizes éticas que sejam amplamente aceitáveis em sociedades pluralistas e diversas.

Immanuel Kant, é uma das figuras centrais no desenvolvimento do pensamento ético secular. Uma de suas ideias cruciais que tem implicações na bioética é a noção do “factum da razão”.

Para Kant, a consciência moral de cada indivíduo não é meramente uma construção social ou um produto de sua educação, mas

um fato intrínseco, um “factum”, que surge da própria capacidade de raciocínio do ser humano.

A existência desse senso moral, segundo Kant, é evidência da liberdade e da autonomia humana e nessa teoria da bioética secular, essa ideia é particularmente relevante.

Ela traz a autonomia do paciente, por exemplo, é um princípio central em muitas discussões da bioética.

Decisões sobre o fim da vida, consentimento informado e escolhas de tratamento são vistas através da lente da autonomia individual, respeitando a capacidade inerente de cada pessoa de tomar decisões com base em seu próprio julgamento e valores.

A bioética secular, influenciada por pensadores como Kant, busca criar um espaço onde a dignidade, liberdade e racionalidade humanas sejam respeitadas e promovidas em meio aos desafios apresentados pelo avanço biotecnológico.

281

Na teoria da bioética secular, embora ela se distinga por sua independência de preceitos religiosos, ela também se encontra profundamente enraizada em princípios éticos que visam promover o bem-estar humano, respeitar a dignidade de cada indivíduo e garantir justiça nas questões de saúde e biotecnologia.

Algumas características e princípios que definem essa abordagem incluem a autonomia, como mencionado anteriormente, esse princípio defende o direito de cada pessoa de tomar decisões informadas sobre sua saúde, corpo e vida, sempre que possível.

Outra característica é a beneficência e não maleficência, que são dois princípios que andam de mãos dadas.

A beneficência refere-se ao compromisso de promover o bem-estar do paciente, enquanto não maleficência destaca a importância de não causar dano.

Na prática clínica e na pesquisa, esses princípios podem se traduzir em garantir tratamentos eficazes, evitar procedimentos desnecessários e sempre agir no melhor interesse do paciente.

Outra característica é a justiça, onde num contexto de recursos limitados e avanços tecnológicos que nem sempre são acessíveis a todos, a bioética secular enfatiza a necessidade de distribuição justa de recursos, tratamentos e oportunidades.

Essa ideia é de que os benefícios e os encargos da biotecnologia sejam compartilhados de maneira equitativa.

Já na característica da universalidade, os princípios da bioética secular são concebidos para serem aplicáveis e aceitáveis em diferentes culturas, tradições e sociedades.

282 Ao não se basear em dogmas religiosos específicos, busca-se estabelecer diretrizes éticas que possam ser adotadas globalmente, respeitando a diversidade e pluralidade de valores.

Em relação à reflexividade e adaptação, nós vivemos em uma era de inovação tecnológica acelerada.

A bioética secular, portanto, também se caracteriza por sua capacidade de refletir e adaptar-se às novas situações e desafios.

Em vez de oferecer soluções fixas, ela fornece um quadro para avaliar constantemente os dilemas morais à luz dos avanços científicos.

Portanto ao considerar essas características e princípios, percebe-se que a bioética secular não é meramente uma alternativa à bioética confessional, mas uma abordagem robusta e abrangente que busca garantir a dignidade, direitos e bem-estar de cada indivíduo em meio aos desafios da ciência e a tecnologias modernas.

Na teoria da bioética confessional, encontramos profundamente enraizada em tradições e ensinamentos religiosos, proporcionando uma abordagem ética que vai além da simples razão humana.

Ela busca respostas para dilemas bioéticos nos textos sagrados, tradições e interpretações teológicas, com o objetivo de harmonizar a prática médica e biotecnológica com a fé religiosa.

Muitos pensadores religiosos contribuíram significativamente para o desenvolvimento da ética em geral, e sua influência se estende também à bioética.

São Tomás de Aquino, por exemplo, baseado na filosofia aristotélica e na teologia cristã, defendeu que as ações humanas devem ser direcionadas para o bem supremo, Deus.

A moralidade, neste contexto, é determinada pela conformidade de ações com essa finalidade divina. De maneira semelhante, pensadores islâmicos como Al-Ghazali enfatizaram a importância da jurisprudência islâmica (Sharia) na determinação da ética médica, enquanto líderes judaicos como Maimônides combinaram ensinamentos talmúdicos com práticas médicas.

Entre as características marcantes da bioética confessional, destaca-se a percepção da sacralidade da vida, frequentemente vista como sagrada e dada por Deus.

Portanto, questões como aborto, eutanásia e manipulação genética são frequentemente avaliadas à luz da inviolabilidade da vida humana. Além disso, os textos sagrados e tradições religiosas têm um papel central na formação das diretrizes éticas nessa abordagem.

Há também uma ênfase na importância do indivíduo dentro de uma comunidade de fé, valorizando o cuidado com os outros e a interdependência.

Em muitas tradições religiosas, as ações e decisões são avaliadas com base em sua conformidade com uma finalidade maior ou divina.

A capacidade do indivíduo de discernir e seguir sua consciência moral, frequentemente influenciada pela fé, é fundamental.

Além disso, a pessoa é frequentemente vista de forma sistêmica, integrando corpo, mente e espírito, de modo que as intervenções médicas não são apenas avaliadas por seus benefícios físicos, mas também por suas implicações espirituais e psicológicas.

Em resumo, nessa teoria confessional se fornece uma rica reflexão sobre as diretrizes para navegar nos mares complexos dos dilemas éticos da biomedicina.

284 Embora essa abordagem possa variar consideravelmente entre diferentes tradições religiosas, ela compartilha uma profunda preocupação com a harmonização da prática médica com princípios de fé.

Na teoria da bioética principialista, podemos afirmar que essa é uma das abordagens mais amplamente aceitas e aplicadas na tomada de decisões éticas em cuidados de saúde.

Ela baseia-se em quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Esses princípios, muitas vezes são entrelaçados com filosofias e ensinamentos históricos, fornecendo um quadro pragmático adequado para resolver dilemas bioéticos.

No princípio da autonomia encontramos a Inspiração na filosofia de Immanuel Kant, pois o princípio da autonomia é central na bioética principialista, ou seja, que todos os seres humanos, sendo racionais, têm um valor intrínseco e o direito de fazer escolhas baseadas em sua própria vontade, livre de manipulação ou coerção.

Na área da saúde, isso se manifesta no respeito pelo direito do paciente de tomar decisões sobre seu próprio corpo e saúde, reconhecendo sua capacidade de autodeterminação.

No princípio da Justiça, encontramos raízes profundas na filosofia ocidental. Aristóteles defendia uma visão de justiça como dando a cada um o que é devido, enquanto John Rawls introduziu a ideia do “véu da ignorância” como uma forma de estabelecer justiça, argumentando que uma sociedade justa é aquela que todos escolheriam se não soubessem qual seria sua posição nela.

Na bioética, a justiça refere-se exatamente à distribuição equitativa de benefícios e ônus no cuidado de saúde, garantindo que todos tenham acesso equitativo aos recursos e tratamentos.

Algo interessante é a conexão que temos no juramento de Hipócrates que nos revelam os princípios de beneficência e não maleficência, que enfatizam fazer o bem e evitar o mal. Este é um dos primeiros códigos éticos da medicina.

Este juramento exorta os médicos a agirem em benefício do paciente e a evitar causar qualquer dano funcionando inclusive como um lembrete contínuo para os profissionais de saúde sobre a sua obrigação fundamental de cuidar e proteger aqueles que estão sob seu cuidado.

Para fechar temos as características pragmáticas que tornam a bioética principialista tão eficaz em situações práticas, destacando a sua adaptabilidade.

Ao contrário de outras teorias que podem ser rígidas ou prescritivas e esses quatro princípios oferecem uma estrutura flexível que pode ser aplicada a uma ampla variedade de cenários.

Em situações complexas onde os princípios podem entrar em conflito, a abordagem principialista permite uma ponderação im-

par, buscando sempre um equilíbrio que melhor atenda aos interesses do paciente.

Finalmente na teoria da bioética existencial, temos uma abordagem que se concentra na experiência individual e na singularidade do ser humano, sobretudo quando confrontada com dilemas bioéticos que desafiam a compreensão tradicional de vida, morte, saúde e doença.

As raízes dessa perspectiva encontram-se profundamente enraizadas na fenomenologia, uma filosofia centrada na experiência direta e na consciência, e em seus principais expoentes são Hegel e Heidegger.

Na fenomenologia do espírito de Hegel, é apresentada uma exploração do desenvolvimento da consciência, desde as formas mais básicas até a autorreflexão e liberdade.

286

Neste pensamento, a verdade é uma realidade em evolução, que se desdobra através de um processo dialético. Assim, no domínio da bioética, esta perspectiva sugere que a interpretação de dilemas éticos é dinâmica, podendo evoluir e transformar-se conforme progredimos em compreensão, experiência e contexto cultural.

Heidegger, por sua vez, oferece uma visão profundamente ancorada em seu conceito de “Dasein”, ou “ser-aí” onde este é um ser que questiona sua própria existência e busca um significado maior.

No contexto bioético, esta ideia destaca a importância da experiência humana única e da busca pela autenticidade, especialmente quando confrontados com dilemas complexos, como decisões de fim de vida ou intervenções médicas avançadas.

Integrando essas reflexões fenomenológicas à bioética, percebe-se uma valorização marcante da experiência e perspectiva indi-

vidual. Cada pessoa é vista como portadora de uma compreensão única e valiosa das questões éticas.

Além disso, em meio a dilemas bioéticos, surge uma ênfase na busca por um significado mais profundo e uma compreensão autêntica. Esta abordagem, inspirada em parte pelo pensamento dialético de Hegel, reconhece a natureza dinâmica da ética, que evolui através do diálogo e da reflexão.

Portanto a teoria bioética existencial nos convida a ver os dilemas bioéticos não apenas como problemas práticos a serem resolvidos, mas como oportunidades para explorar e aprofundar a complexa tapeçaria da experiência humana, sempre em busca de uma existência autêntica e plena de significado.

Os Desafio e Dilemas da Bioética nos Dias de Hoje

287

Em um mundo dominado pela rápida evolução da biotecnologia e das ciências médicas, a bioética surge como um farol, orientando-nos através dos intrincados dilemas morais que acompanham tais avanços.

Seu espectro de abordagens, que vai desde o secular ao existencial, reflete uma rica tapeçaria de pensamentos e tradições filosóficas.

No entanto, há uma crescente tendência, observada particularmente em congressos e fóruns contemporâneos, de centrar a bioética quase exclusivamente em questões médicas, negligenciando suas raízes filosóficas profundas.

Não se pode negar a importância da medicina e da biotecnologia nas discussões bioéticas. De fato, as aplicações práticas desses

campos geram uma série de dilemas éticos que exigem reflexão e direcionamento.

No entanto, ao priorizar apenas essa perspectiva, corremos o risco de reduzir a bioética a uma mera extensão da medicina, privando-a de sua riqueza interdisciplinar.

A bioética, em sua essência, é uma interseção entre ciência, ética e filosofia, tanto que as quatro principais abordagens teóricas da Bioética nomeadas como secular, confessional, principialista e existencial, nos fornece características e princípios únicos que estão enraizados nas tradições filosóficas que vem numa esteira de diversos pensadores importantes como Aristóteles, Kant, Hegel, Heidegger e outros.

288

Elas nos oferecem ferramentas para compreender não apenas o “como” das inovações tecnológicas, mas também o “porquê” e o “deveríamos” que se situam no coração da reflexão ética.

Ao relegar a filosofia ao segundo plano em discussões bioéticas, perdemos a capacidade de questionar fundamentalmente as bases e implicações de nossas decisões.

Afinal, são os pensadores filosóficos que, ao longo da história, têm se esforçado para entender o valor, a dignidade e o propósito da existência humana. Sem essa perspectiva, a bioética corre o risco de se tornar meramente reativa, em vez de proativa e reflexiva, gerando um grande passado pela frente, repleto de uma alienação em cadeia.

Portanto, é imperativo que a bioética, em sua busca por diretrizes e princípios, reabra suas portas não somente à filosofia, mas a outras áreas para que a interdisciplinaridade se faça presente.

Ao fazer isso, ela pode continuar a ser uma disciplina que não apenas responde a dilemas médicos, mas também ilumina e orien-

ta a jornada humana no complexo território entre vida, tecnologia e moral.

Reforçando esse imperativo, podemos pensar inclusive num diálogo da Bioética sobre a Inteligência Artificial, trazendo essa para uma abordagem indispensável ao nosso cotidiano.

Pois em um cenário tecnológico em constante mutação, a inteligência artificial (IA) tornou-se uma das mais proeminentes e debatidas inovações.

Seus avanços prometem revolucionar não apenas setores como saúde, educação e finanças, mas também a própria maneira como compreendemos e interagimos com a tecnologia.

Nesse contexto, a bioética, antes fortemente associada às questões da vida e saúde, torna-se um pilar fundamental ao lidar com as implicações éticas e morais da IA.

289

A questão não se restringe apenas à maneira como a IA pode impactar o cuidado à saúde ou a pesquisa genômica, mas também se estende a preocupações sobre privacidade, justiça, equidade e autonomia.

Por exemplo, com algoritmos de aprendizado de máquina determinando cada vez mais aspectos de nossas vidas, desde recomendações de mídia social até decisões de crédito, como podemos garantir que essas decisões sejam feitas de forma justa?

Como nos certificamos de que não perpetuam preconceitos ou exacerbam disparidades socioeconômicas?

A perspectiva kantiana da autonomia, um conceito-chave em bioética, levanta questões importantes quando aplicada à IA.

Em um mundo onde decisões são frequentemente terceirizadas para algoritmos, até que ponto a autonomia individual está sendo comprometida?

A ideia de justiça, tão profundamente explorada por Aristóteles e John Rawls, nos faz questionar se a IA realmente está sendo usada para promover a equidade ou se, inadvertidamente, está criando formas de injustiça.

Além disso, a bioética, com suas raízes na reflexão profunda sobre a condição humana, oferece ferramentas para considerar o significado de humanidade em um mundo cada vez mais digitalizado.

A fenomenologia de Hegel e Heidegger pode ser uma janela para entender o ser no contexto da interação humano-máquina, levantando questões sobre autenticidade, identidade e existência.

No entanto, enquanto a IA apresenta desafios éticos sem precedentes, também oferece oportunidades para a bioética se reinventar e expandir seu escopo.

290 A intersecção da bioética com a ética da IA pode levar a novos entendimentos e abordagens que são essenciais para navegar em um mundo onde a tecnologia e a vida estão inexoravelmente entrelaçadas.

Em resumo, no cerne da evolução da IA, a bioética não apenas é necessária, mas também é uma parceira crucial.

Sua contribuição para as discussões sobre IA garantirá que as inovações tecnológicas do presente e do futuro sejam guiadas não apenas pela eficiência ou pelo lucro, mas também por valores e princípios que honram e elevam a dignidade humana.

Na mesma linha de aplicação, trago também as questões de Compliance e a sustentabilidade no mercado econômico contemporâneo.

A interação entre a bioética e compliance nas organizações transcende o tradicional foco na governança corporativa e na conformidade regulatória.

Ao olharmos para o panorama empresarial, fica evidente que os dilemas éticos não se limitam às áreas da saúde ou da biotecnologia.

Eles permeiam cada decisão de negócios e têm implicações profundas na sustentabilidade do mercado.

O compliance, historicamente, tem sido uma ferramenta de garantia para que as empresas cumpram regulamentações e leis aplicáveis. Porém, em uma era onde a responsabilidade social e ambiental das empresas está sob intenso escrutínio, a conformidade precisa ir além.

Precisa também abordar questões éticas, sociais e ambientais que, embora não codificadas em lei, são essenciais para a sustentabilidade e aceitação social de qualquer negócio.

É aqui que a bioética entra como uma bússola moral. Ela provê um quadro de referência que vai além do cumprimento estrito da lei, abordando questões de justiça, equidade, respeito pela dignidade humana e pelos sistemas ecológicos.

291

Em um mundo cada vez mais consciente dos impactos ambientais e sociais de nossas ações, as organizações que se alinham a esses princípios bioéticos não só cumprem seu papel social, mas também conquistam a confiança de consumidores, parceiros e stakeholders.

Vamos considerar, por exemplo, a cadeia produtiva de uma empresa. Se uma organização explora trabalhadores em uma parte de sua cadeia de suprimentos, isso pode não ser ilegal em algumas jurisdições, mas certamente levanta questões bioéticas de justiça e dignidade.

Um programa de compliance que integra princípios bioéticos iria identificar e resolver tais práticas, garantindo que a empresa opere de forma ética em todos os níveis.

Além disso, com o crescente foco na sustentabilidade ambiental, as empresas são frequentemente confrontadas com decisões que têm implicações éticas significativas.

A bioética pode orientar organizações a fazer escolhas que respeitem o ambiente e, por extensão, todas as formas de vida.

Em conclusão, a bioética e o compliance, quando integrados, formam um poderoso paradigma que permite às organizações operarem com integridade, garantindo sua sustentabilidade no mercado.

Neste cenário, as empresas não apenas prosperam economicamente, mas também desempenham um papel vital na construção de um mundo mais justo, ético e sustentável.

Bioética e a Construção de Culturas Corporativas: a Imperatividade da Interdisciplinaridade na Educação Moderna

Em tempos modernos, onde a velocidade das transformações sociais, tecnológicas e ambientais é inigualável, torna-se mais um imperativo que as organizações reavaliem e reconstruam suas culturas corporativas. Uma ferramenta indispensável nesse processo é a bioética, que tem o potencial de influenciar profundamente a forma como as empresas interpretam e respondem às suas responsabilidades no mundo atual.

A bioética, como disciplina que se situa na confluência da vida, ética e tecnologia, detém uma visão única, capaz de abordar questões que vão além da medicina e da biologia, alcançando o âmago das decisões corporativas.

Ela se torna, assim, uma aliada na construção de culturas corporativas que priorizam a dignidade humana, a justiça, o respeito pelo ambiente e a responsabilidade social.

Entretanto, para que a bioética possa exercer tal influência, é essencial que ela seja abordada de forma interdisciplinar.

Em um mundo onde as barreiras entre as disciplinas se tornam cada vez mais permeáveis, a interdisciplinaridade emerge como a pedra angular de uma educação moderna.

Os problemas que as empresas enfrentam hoje não são mais isolados em compartimentos estanques, eles são complexos, multifacetados e exigem uma abordagem sistêmica.

Integrar a bioética na formação dos futuros líderes corporativos, por meio de uma educação interdisciplinar, equipa-os com a capacidade de ver além dos silos tradicionais, permitindo-lhes enfrentar desafios éticos com uma perspectiva mais ampla e informada.

293

Estes líderes serão mais aptos a construir culturas corporativas que sejam não apenas rentáveis, mas também éticas, justas e sustentáveis.

No entanto, cabe um alerta: se a bioética não se adaptar a esta nova realidade, corremos o risco de vê-la se tornar obsoleta, relegada à mera teoria, desconectada das realidades práticas do mundo corporativo e cotidiano.

O verdadeiro poder da bioética reside em sua capacidade de ser relevante, de adaptar-se e, sobretudo, de influenciar positivamente as decisões do mundo real.

É essencial que essa disciplina não fique à margem, mas sim se torne central na formação da próxima geração de líderes, ajudan-

do-os a navegar os mares turbulentos da ética no cenário empresarial contemporâneo.

Conclusão: a Ética e a Bioética na Encruzilhada da Modernidade

Desde os albores da civilização, vejo a ética como um farol, que tem orientado nossas sociedades através de dilemas morais e, ao longo da história, moldado o caráter e o curso das nações.

Esta busca incessante por direção moral mostra-se mais crucial em minha visão agora do que jamais foi, à medida que navegamos pelo mar tumultuado da era tecnológica moderna e nossos dilemas cotidianos.

294

Hoje, em minha perspectiva, a ética não se limita apenas à reflexão humana, mas entrelaça-se com o advento da inteligência artificial, com as inovações em biotecnologia, com os imperativos do compliance e com a formação da cultura corporativa nas empresas.

Quando algoritmos tomam decisões, quando a pesquisa biotecnológica expande os limites do que é possível, e quando vejo as organizações atuando não apenas como entidades operacionais, mas também como cultivadoras de cultura, percebo que mais uma vez a ética é desafiada a emergir como a essência que mantém a integridade de tudo à luz de sua parceira chamada Bioética.

Neste panorama, as consequências de negligenciar a ética são palpáveis e atenção a Bioética que se aliena a cada momento na perspectiva única da saúde e medicina.

Empresas que desconsideram os imperativos éticos, na minha opinião, correm o risco de alienar stakeholders, manchar sua re-

putação e, eventualmente, enfrentar repercussões legais e financeiras e entendam empresas de diversos setores, inclusive as médicas.

Torna-se evidente para mim que as decisões no mundo corporativo, seja por seres humanos ou algoritmos, devem ser informadas e influenciadas por princípios éticos.

E é aqui que percebo o papel crucial da bioética, com sua abordagem interdisciplinar e com o seu desafio de abertura ao futuro.

Enquanto a inteligência artificial e outras inovações desafiam minhas noções convencionais de moralidade, a bioética pode buscar expandir e adaptar seu alcance, abordando dilemas que vão além do puramente biológico para contemplar questões como o papel da IA nas decisões corporativas e outras mais que se fizerem essencial como partilho nesse texto.

Ao mesmo tempo, entendo que o compliance nas organizações está sendo redefinido: não mais uma lista de verificações a ser cumprida, mas uma manifestação viva da ética em ação como cultura.

Esta perspectiva pragmática da ética e bioética não só ressoa em meu cotidiano, mas também influencia a maneira como percebemos as organizações, que estão construindo uma cultura alinhada com seus valores e princípios morais, quando cientes desse.

Em última análise, o que proponho é que você leitor tenha uma visão unificada que entrelaça ética, bioética, inteligência artificial, compliance e cultura corporativa.

A confluência dessas áreas não apenas pode nos oferecer insights valiosos sobre o papel da ética no mundo moderno, mas também serve como um lembrete constante da importância de manter a integridade no centro de tudo que fazemos, criamos e entregamos.

Este compromisso renovado com a integridade não é apenas uma necessidade pragmática para as organizações, mas é também

um chamado para nós, como sociedade e, em especial, para todos a nossa volta, que possam refletir sobre quem somos ou quem desejamos ser.

Em um mundo cada vez mais complexo, deixo claro aqui que a ética pode sim iluminar o nosso caminho, inspirando-nos a agir com autenticidade, responsabilidade e consciência e assim partilho com cada um de vocês leitores essa reflexão tão essencial aos nossos dias.

SOBRE OS AUTORES

ALINE ALBUQUERQUE SANT'ANNA DE OLIVEIRA

Pesquisadora Visitante no Instituto Bonavero de Direitos Humanos da Universidade de Oxford (2018). Pós-Doutorado em Direitos Humanos e Pesquisadora Visitante do Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex, Inglaterra – Bolsa de Estágio Pós-Doutoral da Capes. Pós-Doutorado em Direito Humano à Saúde e Pesquisadora Visitante no Instituto de Direitos Humanos da Universidade de Emory, Estados Unidos. Professora Credenciada da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

297

BEATRIZ MARCOMINI ARANTES

Estudante do Curso de Medicina na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Participou de programa de iniciação à docência (PID) nas disciplinas de: Histologia I e Genética e Evolução da UFPR. Estagiária concursada do Hospital Erasto Gaertner. Membro acadêmica da American Academy of Neurology (AAN).

CARLA BARBOSA

Docente do Centro de Direito Biomédico e Instituto Jurídico, Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Jean Monnet Center of Excellence “Building the Age of a Lawful and sustainable Data-Use” (BALDUS)

- *Università Degli Studi di Perugia*, Itália. Department of Health, Ethics & Society - CAPHRI School, FHML - Maastricht University, Países Baixos (PhD Candidate). Especialista em Privacidade e Dados Pessoais pelo Conselho da Europa; External expertise em projetos na área da saúde financiados pela Comissão Europeia; Autora e coautora de diversos artigos (em publicações nacionais e internacionais) sobre direito da saúde; coordenadora de diversos livros e revistas sobre direito da saúde.

CLÁUDIO LORENZO

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Medicina e Saúde com Concentração em Bioética pela mesma universidade; PhD em Ética Aplicada às Ciências Clínicas pela Universidade de Sherbrooke, Canadá; Pós-Doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB). Professor Adjunto no Departamento de Saúde Coletiva atuando na graduação e pós-graduação. Foi presidente da Sociedade Brasileira de Bioética entre 2011 e 2013 e membro do Conselho Diretor e Conselho Assessor da RedBioética para América Latina e Caribe da UNESCO, entre 2010 e 2022. Atualmente coordena o Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Distrito Federal.

JELSON R. DE OLIVEIRA

Professor do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Possui graduação em Filosofia pela Universidade Federal do Paraná, especialização em Sociologia Política e mestrado em História da

Filosofia Moderna e Contemporânea pela mesma Universidade e doutorado em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos. Foi coordenador do Curso de Licenciatura em Filosofia e do Programa de Pós-graduação - mestrado e doutorado da PUCPR, onde foi Diretor de Graduação. É membro do Grupo de Pesquisa Hans Jonas do CNPq e é atual coordenador do GT Hans Jonas, da ANPOF (Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia).

JOÃO ADALBERTO CAMPATO JÚNIOR

Bacharel em Letras -Tradutor pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Especialista em Gestão Escolar Integrada e Práticas Pedagógicas pela Universidade Cândido Mendes. Mestre em Literatura Brasileira pela UNESP e Doutor em Literaturas em Língua Portuguesa – UNESP. Tem Pós-Doutorado em Estudos Comparados de Literaturas em Língua Portuguesa pela USP. Tem Pós-Doutorado em Teoria da Literatura pela UNICAMP. Tem Pós-Doutorado em Literaturas Africanas de Língua Portuguesa, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tem Pós-Doutorado em Estudos Literários pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). É autor de vários livros e artigos científicos. Foi Professor Colaborador no Departamento de Letras Vernáculas e Clássicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL). É docente e orientador permanente do Mestrado Interdisciplinar em Ciências Ambientais na Universidade Brasil. Coordenador de Revistas OnLine do Grupo Educacional Universidade Brasil e UNIESP S.A. Líder do Grupo de Pesquisa “Análise Argumentativa do Discurso Educacional” (Universidade Brasil/CNPq).

KEINE ALVES

Bacharel em filosofia pela universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) e Mestre em Filosofia pela PUC-SP. Líder educador da Horus Mentoria - inteligência de negócios aplicada e pesquisador em Ética e Bioética pelo GPEB – Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética (CNPq). Pesquisador associado ao grupo de origens da filosofia contemporânea, PUC-SP.

LEDA MARIA BORBA TORCHETTO LOPES

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), cursando atualmente o 9º período. Foi monitora da matéria Genética e Evolução durante o 2º período do curso.

300

MARTA DIAS BARCELOS

Doutora em Filosofia e mestre em Bioética. É investigadora integrada do Centro de Humanidades da FCSH da Universidade Nova de Lisboa e da Universidade dos Açores (Portugal), e pesquisadora colaboradora do Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética da Universidade Presbiteriana Mackenzie (Brasil). Investigadora visitante no Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University (EUA), onde desenvolveu a sua tese de doutoramento (2016-20) e um projeto de pós-doutoramento com uma bolsa atribuída pela Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (2022-23).

MIRELLE FINKLER

É Graduada, Mestre e Doutora em Odontologia, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Durante o doutorado na área de Odontologia em Saúde Coletiva, fez Estágio de Doutorado (Sanduíche - CAPES) na Universidad Complutense de Madrid, na área de Bioética. Pós-doutorado junto ao GREM/Faculdade de Educação - Universidade de Barcelona (Professor Visitante Senior-Capes). Atua na UFSC como Professora Associada do Departamento de Odontologia e como professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. É membro fundadora e vice-líder do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC desde 2009. É membro fundadora da Sociedade Brasileira de Bioética - Regional de SC, da qual foi presidenta por dois mandatos (2018-2022). Participa da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Bioética (gestão 2021-2023 e gestão 2023-2025). É líder do grupo de professores de Bioética em Odontologia da Abeno.

301

PATRÍCIA UNGER RAPHAEL BATAGLIA

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Livre docente em Desenvolvimento Moral na Criança pela UNESP. Atualmente é docente e pesquisadora do Departamento de Educação e Desenvolvimento Humano e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” - UNESP, campus de Marília. É líder do

Grupo de estudos e Pesquisas em Psicologia Moral e Educação Integral. Membro da Comissão de Ética do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e é assessora científica da FAPESP. É membro do Grupo de Estudos de Psicologia e Epistemologia Genéticas (GEPEGE) e do Grupo de Estudos Valores, Educação e Formação de Professores.

PAULO FRAGA DA SILVA

É bacharel e licenciado em Ciências Biológicas. Mestre e Doutor em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisador Visitante no Kennedy Institute of Ethics (KIE), na Universidade de Georgetown, Washington, DC (EUA). Especialista em Bioética pela Universidade de São Paulo. Especialista em Ética, Valores e Cidadania na Escola pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto no Centro de Educação, Filosofia e Teologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) atuando no Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura da UPM. Foi coordenador do Curso de Pedagogia do Centro de Educação, Filosofia e Teologia (CEFT) da UPM. Parecerista de Periódicos relacionados à Bioética, ao Ensino de Ciências e à Formação de Professores. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Líder do Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética da UPM (CNPq). Vice-presidente da Sociedade Bioética de São Paulo (Regional da Sociedade Brasileira de Bioética).

ROBERTO ANDORNO

Professor de Bioética da Faculdade de Direito e Pesquisador do Instituto de Ética Biomédica e de História da Medicina da Universidade de Zurique (Suíça). Entre 1999 e 2005, conduziu vários projetos de pesquisa relacionados à Bioética Global, Dignidade Humana e Direitos Humanos na Universidade Laval (Quebec, Canadá) e nas Universidades de Göttingen e Tübingen na Alemanha. De 1998 a 2005 atuou como membro do Comitê Internacional de Bioética (IBC) da UNESCO e participou da redação da Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos (2003) e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005).

ROGER FERNANDES CAMPATO

Possui graduação em Comunicação Social (Habilitação em Jornalismo) pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), graduação em Ciências Sociais (Sociologia) pela UNESP. Mestre e Doutor em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). É professor adjunto da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Foi coordenador dos Cursos de Licenciatura e de Bacharelado em Filosofia do Centro de Educação, Filosofia e Teologia (CEFT) da UPM. É colíder do Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética (GPEB/UPM/CNPq), membro do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP-UPM) e membro do comitê de Ética da diretoria da Sociedade Bioética de São Paulo (Regional da Sociedade Brasileira de Bioética). Tem experiência nas áreas de Filosofia e de Sociologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Ética,

Bioética, Filosofia Política, Filosofia da Educação, Teoria Crítica, Sociologia do Trabalho e das Organizações.

STÉFANI REIMANN PATZ

Mestre em Direitos Especiais pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Campus Santo Ângelo/RS, Brasil. Doutoranda em Direito Civil, Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, Portugal. Pós-Graduanda em Proteção de Dados: LGPD & GDPR pela Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP). Membro do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito e Tecnologia (CEDETEC), do Instituto Nacional de Proteção de Dados (INPD) e do Grupo de Estudos em Direito e Tecnologia da Universidade Federal de Minas Gerais (DTEC-UFMG). Investigadora da Agenda NEXUS.

304

ÚRSULA BUENO DO PRADO GUIRRO

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, residência médica em Anestesiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Mestre e Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Paraná e pós-doutora em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Atua em Medicina Paliativa e em Dor (SBA-AMB). Atualmente é Professora Adjunta no Curso de Medicina na Universidade Federal do Paraná. Foi Professora Assistente Doutora na Faculdade de Medicina de Botucatu na Universidade Estadual Paulista (UNESP). Também foi conselheira no Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. É membro da Câmara Técnica de Medicina Paliativa do Con-

selho Federal de Medicina. Também cursou as pós-graduações em Dor (USP), Medicina Paliativa (Paliar), Medicina Legal/Perícia Médica (USP) e MBA em Gestão Executiva em Saúde (FGV).

Os artigos que se encontram reunidos neste volume foram apresentados durante o **VIII Encontro e III Simpósio Internacional de Bioética** da **Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)**, evento realizado em setembro de 2022, sob a organização do **Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética (GPEB/UPM/CNPq)**.

Na seleção dos textos que o compõem, fomos – nós e os pareceristas **ad hoc** – movidos mais uma vez pela preocupação premente com a necessidade de sublinhar a natureza interdisciplinar da Bioética. Como ressaltado em publicação anterior de nosso grupo, concebemos a ideia de interdisciplinaridade não como uma decisão metodológica, dentre outras possíveis, tomada, conforme preferências subjetivas, pelo pesquisador. A despeito de imprescindível, a motivação pessoal, ainda que baseada no compromisso inadiável com a superação das barreiras estabelecidas pelo conhecimento compartimentalizado, nem sempre mostra-se suficiente para abordar por completo as profusas dimensões constitutivas do objeto de estudo.

APOIO:



ISBN: 978.65.86731.31.6



9 786586 731316

www.grupohn.com.br