

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado em Bioética**

**Neiva Maria Garcia Catto De Marchi**

**O QUE PENSAM ESTUDANTES DE MEDICINA DE PRIMEIRO E  
SEXTO ANOS SOBRE QUESTÕES BIOÉTICAS REFERENTES AO  
INÍCIO E FINAL DE VIDA**

**SÃO PAULO**  
**2012**

**Neiva Maria Garcia Catto De Marchi**

**O QUE PENSAM ESTUDANTES DE MEDICINA DE PRIMEIRO E  
SEXTO ANOS SOBRE QUESTÕES BIOÉTICAS REFERENTES AO  
INÍCIO E FINAL DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa *Stricto Sensu* do Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, para obtenção de Título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. William Saad Hossne

**São Paulo  
2012**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

De Marchi, Neiva Maria Garcia Catto

O que pensam estudantes de medicina de primeiro e sexto anos sobre questões bioéticas referentes ao início e final de vida/ Neiva Maria Garcia Catto De Marchi. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.  
141p.

Orientação de William Saad Hossne

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2012.

1. Bioética – estudo e ensino 2. Estudantes de medicina 3. Vida humana I. Hossne, William Saad II. Centro Universitário São Camilo III. Título

***DEDICATÓRIA***

**Este mestrado é dedicado  
à Dolores, minha mãe.**

## **AGRADECIMENTOS**

Embora esta dissertação de mestrado tenha finalidade acadêmica e seja um trabalho individual, várias pessoas participaram deste processo, e não poderiam ficar anônimas. Por essa razão, quero expressar meus sinceros agradecimentos:

A meus pais, Dr. Antonio Garutti Catto, farmacêutico e político e Dolores Garcia Catto, professora, pela condução de minha infância e juventude. Obrigada por exercerem com caráter e dignidade todos os papéis que a vida lhes impôs.

À minha irmã, Prof. Dra. Beatriz Helena Catto Gomes, bioquímica e nutricionista, que me acompanhou na aplicação da pesquisa, e que tem me acompanhado pela mão na vida, compreendendo-me e apoiando-me.

À Dra. Cristiane Meira Ravagnani, farmacêutica e contabilista, amiga e irmã, pelo carinho.

Ao Prof. Dr. Luiz Antonio Bento, bioeticista, que me inseriu na seara da Bioética, e que me exige, constantemente, a luta pela dignidade da pessoa.

Ao Prof. Dr. Altino Ono Moraes, grande amigo, pelo incentivo ao estudo da Bioética, e pela sugestão do tema estudado.

À Dra Ana Lucia Antunes Gaspar de Carvalho, fonoaudióloga, pela presença constante e estimuladora, sem esquecer nosso café diário.

À Dra. Maria Luiza Zapata Lorite Leonel, fonoaudióloga, minha grande amiga, pela ajuda em minha preparação para a qualificação e defesa de mestrado.

Ao Prof. Ms. Ali Suleihman, pela amizade e tradução de meu resumo.

À Dr. Adriana Lima, enfermeira, pelas dicas, apoio e reflexões em minha dissertação.

À Maria Aparecida da Silva Rocha, minha auxiliar, que cuidou de minha casa e meus filhos como uma mãe carinhosa e zelosa, sempre com alegria.

À Andréa Lopes Coimbra, minha secretária, pela disponibilidade em entender e administrar meus horários.

À Daniela Marques Nascimento, secretária da Pós-Graduação pela colaboração, sempre carinhosa.

A Ricardo Nonack, estatístico, pela análise estatística do trabalho e prontidão com que respondeu a meus pedidos.

À Rosana Drigo, bibliotecária do Centro Universitário São Camilo, pela revisão do trabalho.

Aos estudantes Alexandre, Camila, Daniel, Guilherme, João Antonio, Leonardo, Nathália, Paulo, Rafaela, Raquel, Thalita e Vítor, que em nossas conversas me indicaram vários caminhos para pensar o que é importante para a formação moral do jovem e auxiliaram na elaboração do questionário de pesquisa com seus questionamentos e sugestões.

Às Universidades Estaduais do Paraná, a saber: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE-Cascavel)), Universidade Estadual de Londrina (UEL-Londrina) e Universidade Estadual de Maringá (UEM-Maringá), nas pessoas dos Coordenadores dos Colegiados dos Cursos de Medicina, pela abertura e interesse para que a pesquisa se realizasse.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A Deus, pela vida.

A meu esposo, Prof. Dr. Ricardo De Marchi, maior companheiro e incentivador em minhas angústias e buscas, simplesmente porque me ama. Obrigada pela paciência e compreensão de que isso é importante, pois me permite dar significado à vida.

A meus filhos, Daniel Catto De Marchi e Leonardo Catto De Marchi, por tolerarem minhas ausências, por me chamarem à razão do afeto todos os dias, por me lembrarem das diferenças entre minhas convicções e limitações, através do exercício libertador dos questionamentos. E, por fim, trazerem-me o descanso, quando percebo que têm se despertado para o fato de que “o que constitui o bem para o homem é uma vida humana completa vivida no seu melhor, e o exercício das virtudes é uma parte necessária e central de tal vida, não apenas um exercício preparatório para garanti-la”.

Ao Dr. Milton Ravagnani, advogado, jornalista e socialista, pelas revisões realizadas neste trabalho e pelas estimulantes e reveladoras discussões sobre o tema.

À Dra. Marina de Neiva Borba, bioeticista, advogada, pela amizade, carinho e cumplicidade em todos estes anos. Eu amo o Piauí!

À Prof. Dra. Vera Zaher, médica e psicóloga, pelas aulas ministradas, discussões e trabalhos conjuntos produzidos, e pelo apoio em minha dissertação.

À Prof. Dra. Maria Auxiliadora Cursino Ferrari, pelo carinho e persistência na valorização da avaliação qualitativa deste trabalho.

À Prof. Ms. Adelirian Martins Lara Lopes, bioeticista, bióloga, teóloga, companheira incansável durante os últimos anos na busca do significado e aplicação da Bioética, pelas exaustivas leituras e acompanhamento da produção deste trabalho, discutindo, criticando e lançando “novas luzes” ao seu desenvolvimento. Obrigada pela parceria nos estudos e na vida.

Ao Prof. Dr. William Saad Hossne, médico, Bioeticista, promotor da história da bioética no Brasil, meu orientador, pelo acolhimento incondicional com que me recebeu e orientou. Obrigada pela honra de conhecê-lo e participar, mesmo que por um tempo, de sua vida virtuosa.

A todos os acadêmicos das Universidades Estaduais do Paraná: UNIOESTE, UEL e UEM, pela generosidade em aceitar participar desta pesquisa.

***“...são vidas dos belos horizontes,  
gente das mais preciosas fontes...”***  
**(B.G.)**

DE MARCHI, Neiva Maria Garcia Catto. **O que pensam estudantes de medicina de primeiro e sexto anos sobre questões bioéticas referentes ao início e final de vida.** 2012.155f. Dissertação (Mestrado em Bioética)– Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

A Bioética veio abrir um espaço de reflexão dialógica importante nas escolas médicas tradicionais que ainda mantêm em suas grades curriculares uma lacuna no resgate da relevância do arcabouço moral dos estudantes. O estudante de medicina não é chamado a refletir sobre seus princípios morais e éticos e discutir o que experimenta no jogo de relações que lhe é imposto durante a sua formação. Questões sobre aborto, seleção de sexo, formas de eutanásia, reprodução assistida, congelamento de embriões, estão seguidamente sendo discutidas pela sociedade médica. Este trabalho deriva de pesquisa realizada com acadêmicos de medicina de primeiro e sexto anos de três Universidades Estaduais do Paraná sobre questões bioéticas relacionadas ao início e final de vida, com o objetivo de investigar o que pensam estudantes que ingressam e aqueles que concluem o curso de medicina sobre estes temas, e analisar os resultados da pesquisa considerando os diferentes modelos de ensino: Tradicional e PBL (Problem-Based Learning). A metodologia utilizada parte de aplicação de questionários com questões abertas e fechadas a 211 alunos das instituições citadas, realizando um estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa. A conclusão do estudo é que não houve diferença significativa nas respostas obtidas dos questionários dos alunos que ingressavam com o daqueles que concluíam o curso de medicina, bem como não houveram diferenças significativas entre as turmas do modelo tradicional e do modelo de PBL, sobre as questões bioéticas apresentadas. Tendo por base esta compreensão, e considerando-se a complexidade e as várias interfaces de abordagem desse tema, espera-se que estes resultados estimulem o diálogo entre educadores, estudantes e instituições nas estratégias de acompanhamento da formação moral e bioética do acadêmico de medicina, aspecto relevante da prática médica.

Palavras-chave: estudante, medicina, bioética, início de vida, final de vida.



DE MARCHI, Neiva Maria Garcia Catto. **What first and last-year medical students think of bioethical issues related to the beginning and end of life.** 2012.155f. Dissertation (Master in Bioethics) - São Camilo University Center, Sao Paulo, 2012.

Medical students are neither called upon reflecting on their moral and ethical principles nor discussing what they experience in the relationships games imposed on them during their formation. Bioethics has come to open an important space for dialogic reflection in the void that traditional medical schools still retains in their curricula, in order to rescue the relevance of the moral framework of the individuals who attend them. Questions about abortion, sex selection, forms of euthanasia, assisted reproduction, embryo cryopreservation, are being continuously discussed by the medical society. This paper derives from research carried out with medical students of the first and sixth years of State Universities in Paraná on bioethical issues related to the beginning and end of life, with the aim to investigate what they think on these issues, and analyze the survey results taking into consideration two different teaching models: Traditional and Problem-Based Learning (PBL). The methodology consisted of questionnaires with open and closed-ended questions submitted to 211 students of public universities, characterizing a descriptive study, of quantitative and qualitative approach to simple random samples. The study showed that there was no significant difference between the answers of first-year and last-year-students from those institutions. Also, no significant differences between the traditional model and the PBL model on the same issues were found. Therefore, the curricula of the institution do not seem to have been decisive in the teaching-learning process in this area, at least for the group studied in this paper.

Keywords: student, medicine, bioethics, beginning of life, end of life.

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. Idade dos entrevistados.....   | 29 |
| Tabela 2. Gênero dos entrevistados .....   | 30 |
| Tabela 3. Religião dos entrevistados .....   | 31 |
| Tabela 4. Religião da família dos entrevistados .....  | 32 |
| Tabela 5. Procedência dos entrevistados .....  | 33 |
| Tabela 6. Estado civil dos entrevistados .....   | 33 |
| Tabela 7. Número de filhos dos entrevistados .....   | 34 |
| Tabela 8. Pais vivos ou falecidos dos entrevistados .....  | 32 |
| Tabela 8. Irmãos vivos ou falecidos dos entrevistados .....  | 34 |
| Tabela 10. Escola frequentada pelos entrevistados.....   | 36 |
| Tabela 11. Respostas sobre remuneração de mãe que cede o útero /"mãe de aluguel" por período que cursa na graduação..... | 37 |
| Tabela 12. Respostas sobre embriões supranumerários por período que cursa na graduação.....                              | 38 |
| Tabela 13. Respostas sobre onde o paciente terminal deve ficar por período que cursa na graduação.....                   | 43 |
| Tabela 14: Respostas sobre eutanásia por período que cursa na graduação .....  | 47 |
| Tabela 15. Respostas sobre o posicionamento dos alunos frente à discriminalização do aborto por modelo de ensino.....    | 52 |
| Tabela 16. Respostas sobre reprodução assistida em relação à identidade do casal receptor ou casal doador.....           | 55 |
| Tabela 17. Respostas sobre eutanásia.....  | 58 |
| Tabela 18. Quanto à informação do diagnóstico e prognóstico ao paciente terminal   | 63 |
| Tabela 19. Quanto aos temas abordados em sala de aula.....   | 65 |
| Tabela 20. Quanto ao Código de Ética.....  | 66 |
| Tabela 21. Quanto ao espaço que entrou em contato com a bioética.....  | 68 |

|  |    |
|--|----|
| Tabela 22. Quanto à avaliação de conhecimento sobre Bioética.....                      | 70 |
| Tabela 23. Quanto à importância da Bioética.....                                       | 71 |
| Tabela 24. Quanto ao profissional a ministrar Bioética.....                            | 78 |
| Tabela 25. Reprodução Assistida – mãe que cede útero – período na graduação.....       | 81 |
| Tabela 26. Reprodução Assistida – embriões supranumerários – período na graduação..... | 83 |
| Tabela 27. Paciente Terminal – período na graduação.....                               | 85 |
| Tabela 28. Eutanásia – período na graduação.....                                       | 85 |
| Tabela 29. Descriminalização do aborto – modelo de ensino.....                         | 92 |
| Tabela 30. Reprodução Assistida – identidade do casal doador/casal receptor.....       | 94 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Respostas sobre mãe que cede o útero "mãe de aluguel" por período que cursa na graduação.....   | 82 |
| Figura 2. Resposta sobre embriões supranumerários por período que cursa na graduação .....  | 84 |
| Figura 3. Resposta sobre onde o paciente terminal deve ficar por período que cursa na graduação.....  | 87 |
| Figura 4. Respostas em relação à realização de procedimentos ao paciente em fase terminal por período que cursa na graduação .....                          | 91 |
| Figura 5. Opinião sobre o aborto por modelo de ensino .....   | 93 |
| Figura 6. Respostas em relação a geração com esperma ou óvulo de doador por modelo de ensino. Opinião sobre a identidade do casal receptor ou casal doador. | 94 |

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

|   |      |
|---|------|
| 1 INTRODUÇÃO .....  | 14   |
| 2 OBJETIVOS .....   | 22   |
| 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS .....  | 23   |
| 3.1 Local de Pesquisa .....   | 23   |
| 3.2 População estudada.....   | 23   |
| 3.2.1 Critérios de inclusão e critérios de exclusão .....                               | 24   |
| 3.3 Instrumentos.....   | 24   |
| 3.4 Procedimento de coleta de dados .....   | 25   |
| 3.5 Análise Estatística dos Dados .....   | 26   |
| 3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa .....   | 27   |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....   | 28   |
| 4.1 Caracterização da amostra .....   | 29   |
| 4.1.1 Quanto à idade.....   | 29   |
| 4.1.2 Quanto ao gênero.....   | 30   |
| 4.1.3 Quanto à religião do estudante .....  | 31   |
| 4.1.4 Quanto à religião dos pais.....   | 32   |
| 4.1.5 Quanto ao local de procedência dos alunos.....                                    | 33   |
| 4.1.6 Quanto ao estado civil dos entrevistados e número de filhos.....                  | 3333 |
| 4.1.7 Quanto ao número de alunos que perderam pai ou mãe .....                          | 34   |
| 4.1.8 Quanto à incidência de irmãos vivos ou falecidos.....                             | 35   |
| 4.1.9 Quanto à natureza da escola frequentada (pública ou privada) .....                | 36   |
| 4.2 Resultados da Pesquisa.....   | 37   |
| 4.2.1 Início de vida – Amostra Total .....  | 37   |
| 4.2.1.1 Quanto ao Aborto (Questionários A e B) .....                                    | 37   |
| 4.2.1.2 Quanto à Reprodução Assistida – Mãe que cede o útero (Questionários A e B)..... | 43   |

|  |     |
|--|-----|
| 4.2.1.3 Quanto à Reprodução Assistida – Embriões Supranumerários (Questionários A e B) .....                       | 46  |
| 4.2.1.4 Quanto à Reprodução Assistida – Identidade do casal doador e do casal receptor (Questionários A e B) ..... | 52  |
| 4.2.2 Final de vida – Amostra total .....  | 54  |
| 4.2.2.1 Quanto ao local onde deve permanecer o Paciente Terminal (Questionários A e B) .....                       | 54  |
| 4.2.2.2 Quanto à Eutanásia (Questionários A e B).....  | 57  |
| 4.2.2.3 Quanto à Informação do diagnóstico e prognóstico ao paciente terminal (Questionários A e B) .....          | 62  |
| 4.2.3 Quanto à interação com a Bioética .....  | 64  |
| 4.2.3.1 Quanto ao contato com assuntos/discussões bioéticas (Questionário B) .....                                 | 64  |
| 4.2.3.2 Código de Ética Médica e do Código de Ética do Estudante de Medicina (Questionário B) .....                | 66  |
| 4.2.3.3 Quanto ao espaço que mais entrou em contato com assuntos/discussões bioéticas (Questionários A e B) .....  | 68  |
| 4.2.3.4 Quanto à percepção de seu conhecimento em Bioética (Questionários A e B).....                              | 69  |
| 4.2.3.5 Quanto à importância da disciplina de Bioética (Questionário B).....                                       | 71  |
| 4.2.3.6 Quanto ao profissional que deve ser o professor de Bioética (Questionário B).....                          | 78  |
| 4.2.4 Início de vida – primeiro e sexto anos de medicina.....  | 80  |
| 4.2.4.1 Reprodução Assistida – Mãe que cede o útero.....   | 81  |
| 4.2.4.2 Reprodução Assistida – Embriões Supranumerários .....  | 82  |
| 4.2.5 Final de vida – primeiro e sexto anos de medicina.....   | 84  |
| 4.2.5.1 Quanto ao local onde deve permanecer o paciente terminal .....   | 85  |
| 4.2.5.2 Quanto à Eutanásia.....  | 87  |
| 4.2.6 Início de vida - modelo de ensino.....   | 91  |
| 4.2.6.1 Quanto ao Aborto .....   | 91  |
| 4.2.6.2 Reprodução Assistida – Identidade do casal doador e do casal receptor.....                                 | 93  |
| 4.3 Considerações sobre dados qualitativos .....   | 95  |
| 4.3.1 Questão 11 (Questionários A e B).....  | 98  |
| 4.3.2 Questão 19 (Questionários A e B).....  | 102 |
| 4.3.3 Questão 20 (Questionários A e B).....  | 106 |
| 4.3.4 Questão 21 (Questionários A e B).....  | 111 |
| 4.3.5 Questão 22 (Questionários A e B).....  | 114 |
| 4.3.6 Questão 29 (Questionário B).....   | 118 |

|   |     |
|---|-----|
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 120 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 124 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO A.....  | 134 |
| APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO B.....  | 137 |
| APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....  | 141 |
| APÊNDICE D –Tabelas referentes às respostas dos alunos de medicina de<br>Universidades Estaduais do Paraná – Dados brutos. ....                                   | 142 |
| APÊNDICE E –Tabelas e Figuras referentes às respostas dos alunos de primeiro e<br>de sexto anos de medicina de Universidades Estaduais do Paraná – Dados brutos.. | 151 |
| APÊNDICE F – Tabelas e Figuras referentes às respostas dos alunos de medicina<br>de Universidades Estaduais do Paraná quanto ao modelo de ensino – Dados brutos.  | 161 |
| ANEXOS .....  | 175 |

*“A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido, percebido. Não se produz mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o desconforto e depois a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações”*

(Laura Feuerwerker)



## 1 INTRODUÇÃO

A medicina contemporânea evoluiu e se aperfeiçoou de tal forma, que se converteu num emaranhado de especialidades. Hoje, parece constituída de dupla face, antagônicas e complementares, como o deus romano Janus, ser de uma cabeça e dois rostos, um apontado para o passado e outro para o futuro.

Uma medicina com dupla face, ou sob a égide de Janus, é externamente objetiva, porque busca resultados concretos, se baseia em protocolos pré-definidos e cientificamente provados e serve para uma resposta real ao problema da saúde do paciente. Mas também é uma prática de sujeitos. Na relação médico/paciente o que há é uma relação entre pessoas. Cada qual com suas experiências, suas particularidades e suas necessidades.

Enfim, a medicina contemporânea é ao mesmo tempo objetiva externamente e prática de sujeitos internamente. Bastos ensina que “[...] as portas da medicina ocidental contemporânea estão se abrindo, pois está se agudizando a tensão resultante entre o saber médico e a prática clínica” (BASTOS, 2003, p.148).

Temas bioéticos atuais relacionados ao início e fim de vida são exemplos desta afirmação. Questões sobre aborto, seleção de sexo, formas de eutanásia, reprodução assistida, congelamento de embriões, dentre outras, estão seguidamente sendo discutidas pela sociedade. E pela medicina, que é parte dela, também.

Neste campo, a Bioética veio abrir um canal de reflexão dialógica importante para a sociedade, inclusive para o resgate da relevância do arcabouço moral dos indivíduos que a compõem (MÜLLER; ZOGBI, 2004).

Por arcabouço moral entende-se o conjunto da vida moral (moral vivida) e do saber moral (moral refletida):

A vida moral acontece biograficamente em cada um dos seres humanos [...] é uma realidade temporal, dinâmica, em que as ações passadas permanecem de alguma maneira em nós e não só em nossa memória [...] a biografia moral de cada sujeito é o conjunto de acontecimentos que vão dando forma seu núcleo moral, ao ethos do sujeito.[...] o saber moral (a moral refletida) é o conhecimento

fundamentado da moralidade, que nós chamamos de ética. (FERRER; ÁLVAREZ; 2005, p.29-30).

Soares, ao se referir às questões morais da atualidade, afirma que nos defrontamos com um grande problema ético, que é a falta de comprometimento com o arcabouço moral em que se está inserido (SOARES, 2009). Esta falta de comprometimento é observada na ambiguidade entre a forma de ser e atuar. Esta ambiguidade pode até não ser percebida pelas pessoas, mas implica, inclusive, na dificuldade em estudar e compreender a ética. E, por consequência, a Bioética.

Existe um ator que está ou estará envolvido neste contexto: o estudante de medicina. Este ator, mais que reproduzir condutas e conceitos morais de seus professores e preceptores, deverá construir valores morais e éticos a partir daquilo que traz da sua história e formação. E a partir daí edificar a sua identidade profissional.

Além disso, o estudante de medicina entra cada dia mais jovem na universidade e conclui seu curso praticamente saindo da adolescência, fase em que está em formação de sua identidade (REGO, 2003). Ainda que amparado pela diversidade de instrumentos para aquisição de conhecimento, nem sempre encontra espaço para refletir sobre seus princípios éticos e discutir o que experimenta no jogo de relações imposto em sua formação (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007).

A maior parte dos universitários é constituída por jovens entre 17 e 24 anos, e o ingresso na universidade representa um momento importante em suas vidas: é a partir deste momento que sua inserção social se amplia e começam suas experiências no mundo adulto, norteadas pelo trabalho, forjando sua identidade profissional, que está ligada ao processo maior de identidade (REGO, 2004). O aluno recém ingressado na universidade se depara com situações novas, que suscitam sentimentos de alegria e excitação, além de insegurança e ansiedade.

Gracia (2010), em “Pensar a Bioética: metas e desafios” afirma que as escolas de medicina são questionadas a estarem atentas na preparação dos jovens para o exercício da profissão médica não só no desenvolvimento de habilidades técnicas, mas no que se refere a competências relacionais, bem como as de comunicação e ética. O autor adverte que, ainda hoje, as escolas de medicina se

apresentam moldadas na ética médica tradicional, conectada aos avanços tecnológicos, mas desconectada das discussões levantadas por esses avanços.

A Bioética, em sua formulação originária pelo oncologista Van Renssler Potter, em 1970, foi concebida como uma nova ética científica, capaz de dar respostas à deterioração das relações do homem com a natureza e cujos objetivos principais seriam garantir a perpetuação da espécie humana e de sua qualidade de vida (POTTER, 1971).

Potter não vinculou a Medicina, essencialmente, com seu conceito de Bioética, mas sim com a Biologia. Neste momento, em que a prática médica clínica e de investigação vinha sendo afetada pelo rápido desenvolvimento tecnológico e enfrentando sérios e novos problemas éticos em sua prática diária, Hellegers, fundador do Kennedy Institute of Ethics, em 1971, utilizou o termo bioética para definir uma nova ética biomédica, uma extensão da ética médica (GARUTTI; PALMA, 2010).

A Bioética tem suas raízes na cultura americana, que assume o princípio da "liberdade moral" desde o século XVIII, e aplica-se tanto no campo religioso (o princípio da liberdade religiosa) como no político (princípio da democracia). O ponto de partida é que todo ser humano é um agente autônomo moral e, portanto, devem ser respeitados por aqueles que detêm diferentes posições morais (ENGELHARDT, 1986).

Assim, a ética civil e social não pode ser construída apenas por um determinado grupo, mas deve ser o resultado de consenso deliberativo alcançado por todos os cidadãos, por todos os agentes morais e por suas próprias regras do sistema democrático. Aplicando esses pressupostos para a definição clínica no escopo da medicina, é precisamente aí onde se cria a aparência de bioética (COUCEIRO-VIDAL, 2008).

Em tais circunstâncias, a Bioética preencheu um vazio de fundamentação teórica e prática que a ética médica não cumpria. A voracidade com que este novo caminho foi tomado, produziu um crescimento explosivo de estudos e aplicações nas ciências. Não só médicas como também de saúde, que, inadvertidamente, ofuscaram a proposta original de Potter (PERALES, 2011).

Pessini entende Bioética como:

[...] campo interdisciplinar de estudo que aborda uma gama diversificada de questões éticas associadas à biomedicina, às ciências da vida e, mais amplamente, à saúde pública, sem esquecer as questões ambientais [...] a Bioética não é uma disciplina específica, mas um campo de reflexão ético em que muitas disciplinas confluem e efetivamente contribuem para um empreendimento dinâmico e colaborativo, que constitui o sujeito da bioética. (PESSINI, 2012, p.9).

Vale ressaltar que a Bioética não se furta a enfrentar uma questão filosófica central em relação à discussão sobre seu método – se é que este pode ser entendido como único – onde poderia resolver os problemas éticos em todos os cenários. Neste sentido, há grupos que argumentam que o método de direitos humanos universal, ou um método que fosse baseado em uma moralidade comum, possibilitaria tal fundamento. Há outras correntes que entendem que há diversas comunidades morais e que estas desenvolvem uma forma complexa de compromissos e valores, que também deveriam ser respeitados (PESSINI, 2012).

Hossne (2012) salienta que ao se tratar de Bioética Clínica, esta não deve ser confundida com Ética Clínica ou um novo ramo da Bioética. Para o autor, a Bioética Clínica refere-se

[...] ao campo das relações humanas diretas entre paciente e equipe de saúde, deve abranger o componente sócio-antropológico envolvido, inclusive institucional, político, econômico financeiro, isto é, a Bioética Clínica tem vinculação com a bioética social [...] deve atuar em nível micro e macro. (HOSSNE, 2012, p.233).

Menin (2002) destaca que o processo de socialização profissional tende a reproduzir valores e comportamentos de maneira heterônoma, a partir do momento em que não instiga o estudante a refletir e questionar suas deliberações morais<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Kant distingue duas formas de o homem se posicionar: autônoma (que seria retomada por Mills e a partir deste, por Beauchamp e Childrens) e heterônoma. Kant salienta que apenas a autonomia é a lei moral efetiva, enquanto a heteronomia é falsa expressão da lei moral. (QUEIROZ et al., 2009, p.73). Menin defende que Piaget e Kohlberg utilizam os mesmos conceitos de Kant para autonomia e heteronomia moral, ou seja, referem-se à forma de obediência e não às normas ou regras. Assim, heteronomia moral é a obediência motivada por controle externo e por interesse, enquanto autonomia moral é a obediência motivada por controle interno na escolha de um princípio aceito como válido. (MENIN, 2002, p.96).

De acordo com Georgen (2005), a formação moral é um processo de construção sociocultural da personalidade, e devido à sua complexidade, abriga diversos aspectos que vão desde a incorporação das convenções sociais, até a formação da consciência moral autônoma.

As formas de aquisição de tais requisitos incluem a reflexão e as atitudes pessoais e os sentimentos e comportamentos a que são estimulados os indivíduos pela sua educação formal ou informal, como também pela simbiose ou mímese cultural. A educação moral, entendida como o conjunto de todos estes movimentos, é um processo de construção sociocultural da personalidade ou do sujeito moral (GEORGEN, 2005).

Siqueira (2009) afirma que, se o caráter moral básico do estudante já o acompanha ao ingressar no curso de medicina, também é verdade que esse caráter moral continuará a se formar no decorrer da graduação, e poderá ser facilitado pela inclusão da disciplina de Bioética.

Segundo Kipper e Loch (2009, p.9) “[...] a escola médica é o local onde ocorre tanto a capacitação técnica para o exercício da Medicina como o entendimento do papel social do médico como profissional e cidadão”.

De acordo com Taquette (2005), a escola médica deveria ser um espaço em que os problemas éticos fossem discutidos, proporcionando o desenvolvimento da capacidade dos alunos em lidar com problemas do campo da moral, problemas aos quais eles inevitavelmente irão se deparar durante sua prática profissional. A autora acrescenta que o atual modelo de ensino da medicina não enfatiza este aprendizado.

As escolas de Medicina vêm se defrontando com o desafio da adequação de um modelo pedagógico cujo objetivo seria de formar profissionais segundo um perfil ditado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNCGM)

[...] perfil do formando egresso/profissional do médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso

com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Hoje, no Brasil, as mudanças que vêm ocorrendo na educação médica são mais fruto das pressões da gestão do sistema público de saúde do que fruto das discussões e aprendizados desenvolvidos no âmbito das escolas médicas e das razões acadêmicas ou educacionais (SILVA, 2002).

Hossne já assinalava que

[...] mudanças de grade curricular, reformulação de cargas horárias, mudanças epidérmicas do conteúdo e da forma, acréscimos e 'enxertos' improvisados de temas não são mais suficientes se é que alguma vez foram realmente suficientes (mesmo quando autenticamente buscados. (HOSSNE, 1994, p.51)

Para Hossne (2010), a pretensão do curso de Bioética é dar subsídios para uma reflexão ética baseada na liberdade e responsabilidade, ao lidar com angústias e dividir posicionamentos frente a tantos dilemas que surgem no âmbito e atuar médico.

Torres (2003) destaca que o médico acompanha o desenvolvimento do ser humano e suas dificuldades desde o advento do nascimento deste até sua morte. Questões como seleção de sexo, formas de eutanásia, reprodução assistida, congelamento de embriões, entre outras, têm preocupado muito os profissionais da saúde quanto às implicações éticas, sociais e legais que podem gerar no futuro.

Jonas afirma que

[...] os novos tipos e limites do agir exigem uma ética de previsão e responsabilidade compatível com esses limites, que seja tão nova quanto as situações com as quais ela tem de lidar." (JONAS, 2006, p.57).

Para Jonas (2006, p.167), é necessária a "[...] noção de responsabilidade, em primeiro, não por minha conduta e suas consequências, mas pelo objeto que reivindica o meu agir".

O mesmo autor esclarece que não está em questão a discussão sobre o ensino tradicional da ética, mas sim sua capacidade para dar respostas às novas dimensões do agir humano, pois estas dimensões as transcendem. O sentimento

que caracteriza a responsabilidade é, de fato, moral. Ou seja, a disposição de assumir seus atos (JONAS, 2006).

No mesmo sentido, Müller e Zogbi (2004) entendem que a Bioética transcende as disciplinas isoladas, caracterizando-se como uma matéria de natureza transdisciplinar, pressupondo, portanto, um método dialógico.

É necessário, no entanto, que se tenha clara a distinção entre deliberação e decisão, uma vez que a transdisciplinaridade da Bioética implica a coexistência de vários atores nos momentos de reflexão. A deliberação depende de discussão, análise e reflexão com as muitas partes envolvidas. Esta deliberação “[...] não é impositiva, mas indicativa, e considerada como subsídio para decisão. A decisão cabe a quem tem o dever e o poder de decidir, com a devida responsabilidade pela decisão”. (HOSSNE, 2012, p.233).

Desta forma, Hossne (2006) sugere a teoria dos referenciais como balisadora no equacionamento da opção a ser tomada ante ao problema bioético, pois os referenciais estão a serviço da reflexão e juízo crítico de valores. Ao término do curso, espera-se que os graduandos saiam com subsídios suficientes para a reflexão ética e bioética. E com responsabilidade, tomem suas decisões.

Partindo do pressuposto de que, no universo das diferenças individuais e valorações morais, o acadêmico de medicina ao ingressar na graduação já esteve em contato com discussões de problemas éticos, é plausível dizer que este estudante já traga conhecimento, idéia ou algum tipo de informação sobre os temas.

Estudos e pesquisas a respeito de como os estudantes de medicina percebem e se posicionam frente a questões bioéticas geralmente são feitas com alunos que estão no quarto ano de medicina, quando, em sua maioria, são oferecidas as disciplinas relacionadas à Bioética, como Ética Médica e Deontologia (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003).

Os novos avanços tecnológicos e as suas implicações na Medicina, especialmente nas questões relacionadas ao início e ao final da vida estão candentes na sociedade, e, conseqüentemente, no meio acadêmico. Porém, poucos são os trabalhos que relacionam o que pensa o acadêmico de medicina sobre questões bioéticas ao entrar e concluir o curso.

Neste sentido, surge o seguinte questionamento: o que pensa o estudante de medicina sobre questões bioéticas relacionadas ao início e final de vida ao ingressar na sua graduação? Ao mesmo tempo, o que pensam os que estão se formando sobre os mesmos assuntos? Haverá diferença significativa nas respostas? Dentre as questões abertas, nas semelhanças, os argumentos serão os mesmos? A Bioética é reconhecida por estes estudantes como disciplina necessária para sua formação?

Para tentar descobrir respostas a estas questões e, devido ao fato de o Paraná ser o Estado de residência e atuação do pesquisador, foram escolhidas as Universidades Estaduais do Paraná que oferecem o curso de Medicina do primeiro ao sexto anos como local de pesquisa. São elas: a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sediada em Cascavel; Universidade Estadual de Londrina (UEL), sediada em Londrina e Universidade Estadual de Maringá (UEM), sediada em Maringá.

A pesquisa, de abordagem quantitativa e qualitativa, foi feita por meio de questionários com questões fechadas e abertas, apresentados para alunos de primeiro ano (questionário A, APENDICE A) e sexto ano (questionário B, APENDICE B), em separado.

A percepção dos estudantes é aspecto dos mais relevantes e que muitas vezes é desconsiderada. Respeitá-los, escutando-os em suas percepções é uma responsabilidade estratégica na perspectiva de que respeitem seus pacientes e seus familiares numa relação humanizadora (TAQUETTE, 2005).

O estudo é uma colaboração ao ensino da Bioética, entendida como disciplina transdisciplinar e dialógica, que deve estar inserida no curso de Medicina, reconhecendo como preponderante na formação destes profissionais não apenas o conteúdo acadêmico ministrado, mas também os referenciais morais e éticos que eles trazem para dentro da academia.

A Bioética pode colaborar acompanhando e mediando o processo de formação destes indivíduos como agentes morais frente às experiências pelas quais eles passaram ou irão passar.

Mesmo porque, são estas novas gerações de médicos que irão enfrentar o equacionamento das questões Bioéticas que virão.



## 2 OBJETIVOS

- 2.1 Investigar o que pensam os estudantes que ingressam e os que concluem o curso de medicina de três Universidades Estaduais do Paraná, sobre questões bioéticas relacionadas ao início e final de vida.
- 2.2 Analisar os resultados desta pesquisa considerando os diferentes modelos de ensino: o tradicional e o Problem-Basic Learning (PBL) destas universidades.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

#### 3.1 Local de Pesquisa

Foram escolhidas três Universidades Estaduais do Paraná que oferecem o curso de Medicina do primeiro ao sexto anos como local de pesquisa. São elas: a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sediada em Cascavel; Universidade Estadual de Londrina (UEL), sediada em Londrina e Universidade Estadual de Maringá (UEM), sediada em Maringá.

As universidades trabalham com os seguintes modelos de ensino: UNIOESTE – Tradicional; UEL – PBL (Problem-Basic Learning) e UEM – Tradicional<sup>2</sup>. Todas incluem a Bioética em sua grade curricular, mesmo que inseridas em disciplinas como Ética Médica e Deontologia. As experiências de reforma curricular destas universidades, bastante influenciadas pelas instituições nacionais e internacionais com interesse na área, constituem uma fonte rica e confiável para o desenvolvimento deste estudo.

#### 3.2 População estudada

Participaram da pesquisa estudantes de primeiro e sexto anos do curso de medicina de três Universidades Estaduais do Paraná. As vagas ofertadas nestas universidades distribuem-se da seguinte maneira: UNIOESTE - 40 vagas anuais, Modelo Tradicional; UEL - 80 vagas anuais, Modelo PBL – Problem-Basic Learning; e UEM 40 vagas anuais, Modelo Tradicional.

Ao todo, 211 estudantes responderam aos questionários apresentados para a pesquisa.

---

<sup>2</sup> Na Aprendizagem Baseada em Problemas a formação ocorre por meio da resolução de problemas estruturados pelos professores para que os alunos, pouco a pouco, construam o conhecimento necessário à resolução de problemas reais no futuro. O processo tradicional de formação de conhecimento baseia-se na orientação cognitiva, com teoria e prática repassada por um professor, este como principal agente. Fonte: Ministério da Educação (<http://emec.mec.gov.br>) e instituições pesquisadas (<http://www.uel.br/portal/>; <http://www.uem.br/>; <http://www.unioeste.br/>).

### **3.2.1 Critérios de inclusão e critérios de exclusão**

O critério de inclusão das universidades na pesquisa foi: o oferecimento do curso do primeiro ao último semestre, ou seja, do 1º ao 6º ano. Os critérios de inclusão do acadêmico na pesquisa foram: idade mínima de 18 anos, e regularmente matriculados no ano correspondente. Foram excluídos todos os que não estivessem dentro destes critérios.

Dentre as Universidades que oferecem o curso de Medicina, participaram, por critério de inclusão, a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sediada em Cascavel, PR; Universidade Estadual de Londrina (UEL), sediada em Londrina, PR; e a Universidade Estadual de Maringá (UEM), sediada em Maringá, PR. Foram excluídos da pesquisa os acadêmicos de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sediada em Ponta Grossa, PR., por não haver, até a conclusão desta pesquisa, turmas no último ano do curso.

### **3.3 Instrumentos**

Foram utilizados dois questionários, formulados a partir das bases de um outro já estruturado e utilizado em uma pesquisa por William Saad Hossne e Rogério Hossne (HOSSNE; HOSSNE, 1998), onde avaliaram a opinião de estudantes de medicina sobre várias questões bioéticas.

Os questionários eram auto aplicáveis com questões fechadas e abertas sobre temas de Bioética relacionados ao início e final de vida (questionário A, APÊNDICE A; e questionário B, APÊNDICE B).

O questionário A foi aplicado aos estudantes do primeiro ano na primeira quinzena de aula do ano letivo de 2012 em cada instituição (contendo 24 questões abertas e fechadas, sendo 11 sobre início de vida, 11 sobre final de vida, e duas sobre seu contato com a Bioética, além de dados de identificação e caracterização da população a ser investigada).

O questionário B, para os estudantes do último ano (contendo 30 questões abertas e fechadas, sendo que 11 se referiam ao início de vida, 11 sobre o final de

vida e oito sobre o conhecimento e ensino de Bioética, além de dados de identificação e caracterização da população a ser investigada).

### **3.4 Procedimento de coleta de dados**

A pesquisa foi realizada em três Universidades Estaduais do Paraná e trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa realizado em amostras casuais simples (MARCONI; LAKATOS, 1988) de graduandos do primeiro ano e do último ano das Universidades Estaduais de Medicina do Paraná.

A pesquisa bibliográfica realizada utilizou os descritores “estudante”, “medicina”, “bioética”, “survey”, “início de vida” e “final de vida”. Foram feitas buscas sistemáticas nas principais bases de dados: Lilacs; Scielo e Pubmed-Medline.

As análises foram feitas por variável estudada: a primeira é o que pensa o aluno de primeiro ano e o aluno de sexto ano de medicina e a segunda é o que pensam os alunos do modelo de ensino tradicional de ensino e aqueles que recebem educação pelo modelo PBL.

Os questionários foram aplicados em sala de aula, exceto para o sexto ano da Universidade Estadual de Maringá, que foram abordados no Hospital Universitário de Maringá, onde se encontravam em estágio/internato neste hospital.

A todos os estudantes foi explicado que estavam sendo convidados a participar de uma pesquisa sobre o que pensam alunos de primeiro e sexto anos de medicina sobre questões bioéticas referentes ao início e final de vida, para dissertação de Mestrado em Bioética da pesquisadora.

Esclareceu-se que sua participação na pesquisa consistiria em responder às perguntas sem nenhuma conotação ou dependência com o que dispõem códigos e/ou a legislação vigente, e que não haviam questões de certo ou errado, mas, tão somente, que se buscava conhecer o que pensavam sobre as situações que se apresentariam no questionário.

Também foram informados de que sua participação seria em caráter voluntário e consentido, e que suas respostas seriam tratadas de forma anônima e confidencial.

Nesta mesma ocasião, os alunos foram informados de que a qualquer momento poderiam se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar, retirando seu consentimento, e que sua recusa não traria nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição a que pertencia.

A aplicação dos questionários (data, local, abordagem) seguiu orientação do Colegiado de Medicina de cada instituição.

Na UNIOESTE o questionário para alunos de sexto ano foi aplicado em novembro/2011. Os alunos de primeiro ano foram pesquisados em março de 2012.

Na UEL, os questionários foram aplicados para os estudantes de primeiro ano em março de 2012 e para os estudantes de sexto ano em abril de 2012. Nestas instituições, os questionários foram aplicados em sala de aula.

Na UEM, os questionários foram aplicados para os alunos de primeiro ano em março de 2012 e para os alunos de sexto ano no mesmo mês. Nesta instituição, os alunos de sexto ano responderam aos questionários na sede do Hospital Universitário da UEM, enquanto que os de primeiro ano responderam em sala de aula.

O período para a aplicação total dos questionários foi de dezembro de 2011 a abril de 2012.

### **3.5 Análise Estatística dos Dados**

Os dados de natureza quantitativa foram analisados pelos critérios de frequência relativa (f) e frequência absoluta (p), (porcentagem e número absoluto). Foram feitos estudos de associação (pelo teste qui-quadrado) entre as variáveis de alunos que ingressam no curso e alunos do sexto ano, bem como entre as variáveis de modelo pedagógico. Foram analisadas somente as associações que se mostraram significantes, com grau de significância de pelo menos 5%, onde  $p < 0,05$ .

Os testes foram realizados utilizando o software estatístico SAS 9.0.

A análise qualitativa foi feita através de uma leitura das respostas, sendo ressaltados os dados mais relevantes ou mais frequentes sobre cada tema tratado.

Foram apresentadas tabelas e figuras por universidade pesquisada, pelo cruzamento de alunos que estavam ingressando e concluindo o curso de medicina, e ainda pelo cruzamento dos modelos de ensino (Tradicional e ) por questionário aplicado.

Todos os dados coletados que foram tratados estatisticamente podem ser consultados através de tabelas e figuras em apêndice: para os resultados do cruzamento entre as três instituições pesquisadas, consultar APÊNDICE D; para o cruzamento entre períodos pesquisados (primeiro e sexto anos), APÊNDICE E; para consultar os dados referentes ao cruzamento entre os modelos de ensino, consultar APÊNDICE F. Nesses apêndices encontram-se todos os dados brutos.

### **3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Conforme a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (ANEXO IV), e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE III) assinado em duas vias pelos estudantes que aceitaram participar da pesquisa.

Na UNIOESTE – Cascavel, a liberação para a pesquisa aconteceu após o envio da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (ANEXO IV). Na UEL – Londrina, foi necessário submeter novamente o projeto ao Comitê de Ética daquela instituição, que o aprovou sem ressalvas (ANEXO V). Na UEM – Maringá, após envio da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, a Diretoria de Ensino e Graduação e o Conselho do Curso de Medicina ao Colegiado dos Cursos aprovaram a pesquisa. (ANEXO VI).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na aplicação dos questionários foram abordados inicialmente 284 estudantes, sendo: 82 da UNIOESTE (representando 29% da população investigada), 134 da UEL (correspondendo a 47% do total), e 68 da UEM (24% do total). Deste total de alunos abordados, os que participaram respondendo ao questionário A (1º ano, APÊNDICE A) totalizaram 151 indivíduos (53%), e do questionário B (6º ano, APÊNDICE B), 133 indivíduos (49%).

Ao aplicar o questionário A na UNIOESTE, dos 44 alunos presentes no momento da aplicação, cinco alunos foram excluídos pelo critério da idade (serem menores de 18 anos), e 39 estudantes responderam ao questionário. Para o questionário B foram entrevistados 38 alunos na UNIOESTE sendo que apenas quatro deles (11%) não aceitaram participar da pesquisa.

Na UEL, dos 70 alunos presentes, convidados a responder o questionário A, apenas dois (3%) não participaram da pesquisa no critério de exclusão por idade (terem menos de 18 anos). Ao aplicar o questionário B, dos 64 convidados presentes na aplicação, 47 (73%) alunos não aceitaram responder (alguns alegaram falta de tempo, o restante não justificou), sendo esta a instituição com a menor adesão dos acadêmicos do sexto ano à pesquisa.

Ao aplicar o questionário A na UEM, houve o maior percentual de não inclusão, sendo que dos 37 convidados presentes, 10 (27%) não participaram também por critério de exclusão (terem menos de 18 anos). Na UEM, dos 31 convidados apenas cinco (16%) não aceitaram responder (questionário B), alegando falta de tempo.

Ao todo, 211 estudantes responderam aos questionários apresentados para a pesquisa.

Vale ressaltar que, no que se refere a associações entre variáveis, somente foram analisados resultados que tiveram grau de significância de pelo menos 5%, onde  $p < 0,05$ . O critério foi o mesmo tanto para o cruzamento entre alunos de primeiro e sexto anos, como entre os dois modelos pedagógicos pesquisados.

## 4.1 Caracterização da amostra

### 4.1.1 Quanto à idade

Dentre a amostra pesquisada de primeiros anos (ingressantes no curso), a média de idade encontrada da UEL foi de 20 anos (em 68 respostas); da UEM também se repetiu a média de 20 anos (em 27 respostas). Já na UNIOESTE, optamos por apresentar dois dados estatísticos devido ao fato de um respondente apresentar elevada idade, e o desvio-padrão, portanto, também elevado: o primeiro resultado com a amostra total, encontrando uma média de 22 anos (em 39 respostas) e o segundo, sem um indivíduo de idade muito superior, que revelou a média de 21 anos, em 38 respostas (Tabela 1).

Quanto ao sexto ano (concluintes), a média de idade da amostra pesquisada da UEL foi de 25 anos (em 17 respostas); da UEM a média da amostra se repete, com 25 anos de idade (em 26 respostas); e na UNIOESTE, a média de idade da amostra de estudantes que estão concluindo o curso foi de 24 anos, em 34 respostas (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Idade dos estudantes**

| <b>Idade 1º ano</b> | <b>f(n)</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio-padrão</b> |
|---------------------|-------------|--------------|----------------------|
| UEL                 | 68          | 20           | 1,54                 |
| UEM                 | 27          | 20           | 2,55                 |
| UNIOESTE            | 39          | 22           | 6,35                 |
| UNIOESTE            | 38          | 21           | 3,82                 |
| <b>Total</b>        | <b>134</b>  | <b>20</b>    | <b>3,88</b>          |
| <b>Idade 6º ano</b> | <b>f(n)</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio-padrão</b> |
| UEL                 | 17          | 25           | 2,10                 |
| UEM                 | 26          | 25           | 1,66                 |
| UNIOESTE            | 34          | 24           | 2,18                 |
| <b>Total</b>        | <b>77</b>   | <b>25</b>    | <b>2,00</b>          |



#### 4.1.2. Quanto ao sexo

Ao todo, 98 alunos (46%) que aceitaram participar da pesquisa eram do gênero feminino e 113 (54%) do gênero masculino (Tabela 2).

**Tabela 2. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao gênero dos entrevistados**

| GÊNERO       | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| Feminino     | 98         | 46         |
| Masculino    | 113        | 54         |
| <b>TOTAL</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |

Do total de alunos pesquisados, 134 eram alunos de primeiro ano e 77 de sexto ano. Dos primeiroanistas, 63 alunos (47%) eram mulheres e 71 (53%) alunos eram homens, enquanto que os de último ano, 35 (45%) eram do sexo feminino e 42 (55%) do sexo masculino (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao gênero dos entrevistados do primeiro ano e sexto anos.**

| GÊNERO       | Alunos do primeiro ano |            | Alunos do sexto ano |            |
|--------------|------------------------|------------|---------------------|------------|
|              | f(n)                   | p(%)       | f(n)                | p(%)       |
| Feminino     | 63                     | 47         | 35                  | 45         |
| Masculino    | 71                     | 53         | 42                  | 55         |
| <b>TOTAL</b> | <b>134</b>             | <b>100</b> | <b>77</b>           | <b>100</b> |

Borges e Carnielli (2005) realizaram em 2001 uma pesquisa na Universidade de Brasília sobre a Educação e estratificação social no acesso à universidade pública, e constataram que naquela instituição, no que se refere ao ingresso no curso, as mulheres representavam 41% e os homens, 59%.

Vasconcellos e Brisolla (2009) realizaram um estudo de caso sobre a presença feminina no estudo e no trabalho da ciência da Unicamp, com os alunos e docentes da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e concluíram que, entre

as ciências biológicas e da saúde, não há diferenças significantes entre os sexos no percentual de alunos que concluem o curso e que na medicina, a predominância é de homens (56%).

A amostra de nosso estudo é corroborada pela distribuição observada nos estudos dos autores acima citados, onde, de acordo com a Tabela 1, de maneira geral, não existe uma diferença significativa entre o gênero dos entrevistados ao iniciar e concluir o curso.

#### 4.1.3 Quanto à religião do estudante

Dentre a amostra pesquisada, declararam-se católicos 122 entrevistados (63%). Os que se declararam evangélicos foram 20 (10%) e espíritas 10 (5%). Cabe ressaltar que aqueles que se disseram cristãos totalizaram 159 (75%), e os que se declaram ateus ou sem religião somam 16 respostas (9%). Estes dados encontram-se na Tabela 4.

**Tabela 4. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Quanto à religião dos entrevistados**

| RELIGIÃO       | TOTAL      |            |
|----------------|------------|------------|
|                | f(n)       | p(%)       |
| ADV. 7 DIA     | 1          | 1          |
| AGNÓSTICO      | 2          | 1          |
| ATEU           | 9          | 5          |
| BUDISTA        | 2          | 1          |
| CATOLICA       | 122        | 63         |
| CRISTAO        | 7          | 4          |
| ESPIRITA       | 10         | 5          |
| EVANGELICA     | 20         | 10         |
| ISLAMISMO      | 1          | 1          |
| LUTERANA       | 1          | 1          |
| NÃO PRATICANTE | 1          | 1          |
| PANTEÍSTA      | 2          | 1          |
| PROTESTANTE    | 8          | 4          |
| SEM RELIGIAO   | 7          | 4          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>193</b> | <b>100</b> |

Moreira et al. (2006), observaram o predomínio de estudantes católicos (73%), seguidos de evangélicos (10%), dos que se declararam sem religião (10%) e os que disseram ser espíritas (7%).

A amostra de nosso estudo evidencia que a população pesquisada admite, em sua maioria, possuir uma religião (186 respostas ou 91%), tendo pois passado por uma formação religiosa. Portanto o estudante traz para a academia esta formação.

#### 4.1.4 Quanto à religião dos pais

No que se refere à religião dos familiares, prevalece a religião católica como a mais indicada com 151 respostas (76%), seguida pela religião evangélica com 21 respostas (11%) e espírita com oito respostas (4%). Surgem neste quadro oito respostas para a religião protestante (4%). Observa-se que cerca de 92% (186 respostas) são cristãos (Tabela 5).

**Tabela 5. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à religião da família dos entrevistados**

| RELIGIÃO     | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| ADV. 7 DIA   | 1          | 1          |
| BUDISTA      | 1          | 1          |
| CATOLICA     | 151        | 76         |
| CRISTAO      | 6          | 3          |
| ESPIRITA     | 8          | 4          |
| EVANGELICA   | 21         | 11         |
| ISLAMISMO    | 1          | 1          |
| LUTERANA     | 1          | 1          |
| PROTESTANTE  | 8          | 4          |
| SEM RELIGIAO | 1          | 1          |
| VÁRIAS       | 1          | 1          |
| <b>TOTAL</b> | <b>200</b> | <b>100</b> |

A população pesquisada admite, em sua maioria, que provém de uma convivência familiar com formação religiosa (199 respostas ou 99%), mesmo que informalmente. Isto demonstra que os estudantes pesquisados, podem ser influenciados em suas deliberações morais futuras, respaldados por esta formação.

#### 4.1.5 Quanto ao local de procedência dos alunos

De acordo com o esperado, a maioria dos acadêmicos (77% ou 162 respostas) procedem do Estado do Paraná, e 23% (44 respostas) procedem de outros Estados. Quanto à região de procedência, 81% (170 respostas) dos pesquisados são da Região Sul do País (PR, SC, RS), 10% (21 respostas) são provenientes da Região Sudeste (Estados de MG, RJ e SP). O demais são proveniente de outras regiões ou países (Tabela 6).

**Tabela 6. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) –Procedência dos alunos**

| ESTADO - BRASIL      | TOTAL      |            |
|----------------------|------------|------------|
|                      | f(n)       | p(%)       |
| AL                   | 1          | 1          |
| AM                   | 1          | 1          |
| DF                   | 1          | 1          |
| GO                   | 1          | 1          |
| MG                   | 2          | 2          |
| MS                   | 4          | 2          |
| MT                   | 3          | 1          |
| PE                   | 2          | 1          |
| PARANÁ               | 162        | 77         |
| RJ                   | 1          | 1          |
| RS                   | 3          | 1          |
| SC                   | 5          | 2          |
| SP                   | 18         | 9          |
| <b>OUTROS PAÍSES</b> |            |            |
| COLÔMBIA             | 1          | 1          |
| JAMAICA              | 1          | 1          |
| <b>TOTAL</b>         | <b>206</b> | <b>100</b> |

O resultado sugere que o padrão cultural desta população pode ser semelhante, com o predomínio da cultura regional sulista.

#### 4.1.6 Quanto ao estado civil dos entrevistados e número de filhos

A maioria dos entrevistados (205 respostas ou 97%) é solteira (Tabela 7). Por esta particularidade, a maioria (99% ou 206 respostas) ainda não tem filhos, sugerindo pouco contato com as questões relacionadas ao início de vida. Nenhum dos participantes da pesquisa apresentou-se como viúvo (Tabela 8).

**Tabela 7. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – quanto ao estado civil dos entrevistados**

| ESTADO CIVIL | TOTAL |      |
|--------------|-------|------|
|              | f(n)  | p(%) |
| Casado       | 6     | 3    |
| Solteiro     | 205   | 97   |
| <b>TOTAL</b> | 211   | 100  |

**Tabela 8. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao número de filhos**

| FILHOS       | TOTAL |      |
|--------------|-------|------|
|              | f(n)  | p(%) |
| Nenhum       | 206   | 99   |
| Um           | 2     | 1    |
| Dois         | 1     | 1    |
| <b>TOTAL</b> | 209   | 100  |

No estudo de Moreira (2006), com estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico, 97% dos estudantes pesquisados eram solteiros.

Em nossa pesquisa, o resultado comprova que o perfil do acadêmico do curso de medicina em relação ao estado civil é de que a maioria (97%) se mantém solteiro até a conclusão do curso.

#### **4.1.7 Quanto ao número de alunos que perderam pai ou mãe**

Do número de entrevistados, 198 (94%) têm pai vivo, e 207 (98%) têm a mãe viva. Nota-se que poucos tiveram contato com a perda de pai ou mãe, revelando pouca proximidade com as questões relacionadas ao fim da vida no estreito âmbito domiciliar (Tabela 9).

**Tabela 9. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao alunos que perderam Pai e mãe**

| SITUAÇÃO DOS PAIS | TOTAL      |            |
|-------------------|------------|------------|
|                   | n          | %          |
| <b>Pai</b>        |            |            |
| Falecido          | 13         | 6          |
| Vivo              | 198        | 94         |
| <b>Mãe</b>        |            |            |
| Falecida          | 4          | 2          |
| Viva              | 207        | 98         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>211</b> | <b>100</b> |

Ao realizar pesquisa com estudantes do terceiro ano de medicina e residentes, Marta et. al. (2009) obtiveram como resultado um dado significativo sobre vivências, desejos e atitudes diante de situações que envolviam terminalidade no ambiente domiciliar. A maioria (residentes - 84%; alunos - 78%) declarou que pouco frequentemente, raramente ou nunca conversava com seus familiares sobre a morte e as decisões diante do morrer.

Partindo dos dados apresentados na Tabela 9, indicando que apenas 6% dos entrevistados têm pai falecido, e que apenas 2% têm mãe falecida, podemos inferir que, pelo pouco contato com a morte em família, os estudantes acabam por não discutir questões sobre a morte e o morrer.

Em nosso estudo, poucos tiveram contato com a morte familiar, isto talvez venha a refletir no desconforto no trato com o enfermo, indicando uma inadequada capacitação acadêmica para lidar com a questão da terminalidade do ser humano.

#### **4.1.8 Quanto à incidência de irmãos vivos ou falecidos**

Metade da população entrevistada tem um irmão, e que 33% (60) têm dois irmãos. Aqueles que têm três ou mais irmãos perfazem o total de 8% e os que são filhos únicos, também 8%. Desta população, 99% (200) não tiveram contato com a morte de irmãos (Tabela 10).

**Tabela 10. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - quanto aos irmãos vivos ou falecidos**

| IRMÃOS                  | TOTAL      |            |
|-------------------------|------------|------------|
|                         | f(n)       | p(%)       |
| <b>Irmãos vivos</b>     |            |            |
| 0                       | 15         | 8          |
| 1                       | 91         | 50         |
| 2                       | 60         | 33         |
| 3                       | 7          | 4          |
| 4                       | 3          | 2          |
| 5                       | 1          | 1          |
| 6                       | 3          | 2          |
| 7                       | 1          | 1          |
| <b>Total</b>            | <b>181</b> | <b>100</b> |
| <b>Irmãos falecidos</b> |            |            |
| 0                       | 200        | 99         |
| 1                       | 1          | 1          |
| 4                       | 1          | 1          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>202</b> | <b>100</b> |

Os dados obtidos corroboram o que a Tabela 9 indicou, ou seja, um contato mínimo com questões da morte e do morrer em família.

Isto demonstra que a ausência de experiência associada à morte, suas causas e fenômenos, e a compreensão dos mecanismos psicológicos existentes na superação de seus efeitos sobre a mente humana, deveriam criar um espaço legítimo onde se poderia desenvolver a capacitação para enfrentar os dilemas da morte e do morrer.

A falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos próprios estudantes poderão reproduzir essa mesma falta com seus pacientes. O ideal desejado seria saber lidar com o próprio sofrimento e o do outro, conseguindo estar ao lado de seus pacientes no adoecimento e na morte.

#### **4.1.9 Quanto à natureza da escola frequentada (pública ou privada)**

Do total de estudantes, 71% dos alunos (148 respostas) são provenientes de escolas particulares e 29% (61 respostas) são oriundas de escolas públicas. O resultado indica uma maior capacidade financeira das famílias de onde procedem os alunos de medicina pesquisados e sugere a influência desta melhor situação econômica nas respostas obtidas (Tabela 11).

**Tabela 11. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – quanto à natureza da escola frequentada**

| ENSINO MÉDIO | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| Privada      | 148        | 71         |
| Pública      | 61         | 29         |
| <b>Total</b> | <b>209</b> | <b>100</b> |

De acordo com Borges e Carnielli (2005), hoje, com a massificação gradual das escolas secundárias públicas e o declínio da classificação média de seus alunos no vestibular, os pais acabam por financiar 11 anos de ensino particular na tentativa de garantir o acesso à universidade pública, sobretudo às faculdades mais "seletivas". Este fenômeno culmina com as "boas" escolas públicas e particulares recebendo os alunos melhor preparados para os exames vestibulares.

Os autores ainda argumentam que o perfil educacional dos ingressantes, independentemente da forma de ingresso, indica que eles são oriundos, em maioria, da escola privada, cursaram ensino médio no turno diurno, possuem computador, frequentaram, antes de ingressar na universidade, cursos de línguas e preparatórios para o processo seletivo e utilizam as mais modernas fontes de informações da atualidade (BORGES; CARNIELLI, 2005).

Nossa pesquisa confirma o perfil educacional do estudante de medicina como aquele que frequenta, em sua maioria, escolas privadas e muito provavelmente utilizou as mais modernas fontes de informação possíveis.

## **4.2 Resultados da Pesquisa**

### **4.2.1 Quanto às questões bioéticas referentes ao início de vida – Amostra Total**

#### **4.2.1.1 Quanto ao Aborto (Questionários A e B)**

Em relação aos resultados gerais (incluindo todas as instituições e incluindo alunos de primeiro e último períodos), o acadêmico de medicina é majoritariamente contra a descriminalização do aborto (69% ou 145 respostas) e a favor do aborto de



anencéfalos (76% ou 161 respostas). Sobre aborto com fetos com mal formação, os alunos se dividem: 56% (117 respostas) são contra, e 44% (93 respostas) a favor (Tabela 12).

**Tabela 12. Distribuição de Frequência Absoluta (f – n) e Relativa (p - %) - Quanto ao aborto. Questões de 1 a 3**

| VOCÊ É A FAVOR                        | TOTAL      |            |
|---------------------------------------|------------|------------|
|                                       | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q1. Aborto (Descriminalização)</b> |            |            |
| Não                                   | 145        | 69         |
| Sim                                   | 65         | 31         |
| <b>Total</b>                          | <b>210</b> | <b>100</b> |
| <b>Q2. Aborto (Anencefalia)</b>       |            |            |
| Não                                   | 50         | 24         |
| Sim                                   | 161        | 76         |
| <b>Total</b>                          | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q3. Aborto (malformação)</b>       |            |            |
| Não                                   | 117        | 56         |
| Sim                                   | 93         | 44         |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>210</b> | <b>100</b> |

Em um estudo realizado por Hossne e Hossne (1998), realizado com alunos de quarto ano, onde inicialmente foi aplicado um teste no início de um curso de Bioética e um mesmo teste ao final deste curso, constatou-se que pouco mais da metade dos alunos (54%) era favorável à descriminalização do aborto.

Neste contexto, em nosso estudo um percentual bem menor foi favorável a esta prática (31% ou 65 respostas). Percebe-se que houve uma diminuição no percentual daqueles que são favoráveis ao aborto.

O Código Penal Brasileiro classifica o aborto dentre os crimes contra a vida. São passíveis de pena a gestante que provoca o abortamento em si mesma (auto-abortamento, artigo 123) ou consente que outro lhe provoque (abortamento consentido, artigo 124) e a pessoa que provoca o abortamento com ou sem o consentimento da paciente (artigos 125 e 126). No Brasil O Código Penal em vigor desde 1940 previa apenas dois casos para autorização de aborto legal: quando

colocada em risco a saúde da mãe e em caso de gravidez resultante de estupro (BRASIL, 2000).

Em abril de 2012, a maioria dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) considerou procedente ação movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), que tramitava na Corte desde 2004 a favor do aborto (antecipação terapêutica do parto) do feto anencéfalo. Houve uma mudança no entendimento da lei no caso de aborto de anencéfalos, excluindo a tipificação criminosa para estes casos (BRASIL, 2012).

No entendimento do STF, o feto anencefálico não tem possibilidade de vida e, portanto, não é possível acusar a mulher do crime de aborto. Na ocasião, o ministro Ricardo Lewandovsky argumentou que é possível imaginar o ponderável risco de que mulheres entrem a pleitear igual tratamento jurídico na hipótese de outras anomalias<sup>3</sup>.

Até a decisão do STF, a antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos era realizada no Brasil mediante autorização do Poder Judiciário ou do Ministério Público. Com a decisão do STF, a interrupção da gravidez saiu do âmbito de uma decisão jurídica ou estritamente judicial para tornar-se um protocolo dos programas de atenção à saúde da mulher (CFM, 2012).

Sendo assim, o Conselho Federal de Medicina definiu os critérios médicos para o diagnóstico dessa malformação: a Resolução CFM 1989/2012 estabeleceu as regras norteadoras para o diagnóstico de casos de anencefalia, que foram publicadas no Diário Oficial da União no dia 14 de maio de 2012 (CFM).

Pela resolução, diagnosticada a anencefalia, a gestante pode optar por interromper a gestação, mantê-la ou adiar a decisão. O médico não será obrigado a realizar o procedimento, pois de acordo com o Código de Ética, o profissional poderá alegar objeção de consciência, que seria o direito de exercer sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem a sua consciência. Nesses casos, um outro profissional deverá realizar o procedimento (CFM).

---

<sup>3</sup> Entrevista concedida pelo Ministro Ricardo Lewandovsky Jornal Globo em <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/supremo-decide-por-8-2-que-aborto-de-feto-sem-cerebro-nao-e-crime.html>

Diniz (2008), no estudo realizado acerca dos 20 anos de pesquisas no Brasil sobre aborto e saúde pública, constatou que o perfil das mulheres que abortaram e buscaram serviço público de saúde é semelhante, configurando-se em mulheres na sua maioria jovens, pobres, católicas e já com filhos. Para a autora, essa descrição não representa apenas as mulheres que abortam, mas as mulheres brasileiras em geral.

A Bioética abarca aqueles que são favoráveis e os que são contrários ao aborto, entendendo-os como os que giram em torno do princípio da autonomia reprodutiva (baseado no princípio da liberdade individual, herdeiro da tradição filosófica anglo-saxã de Stuart Mill) e princípio da heteronomia (a idéia de que a vida humana é sagrada por princípio):

Como pode ser constatado, seja pela diversidade legal acerca da temática quanto pela multiplicidade argumentativa do debate bioético, o aborto é uma das questões paradigmáticas da bioética exatamente porque nele reside a essência trágica dos dilemas morais que, por sua vez, são o nó conflitivo da Bioética. Para certos dilemas morais não existem soluções imediatas. Os dilemas-limite, os *teyku*, segundo Engelhardt, dos quais, talvez, o aborto componha um de seus melhores exemplos, são situações que desafiam os inimigos morais à coexistência pacífica ((DINIZ, 1998, 23).

Para Diniz (2008), desde que os argumentos e os desdobramentos dos que são contrários ao aborto passaram a fazer parte do discurso bioético (os teóricos preocupados em sustentá-lo partem constantemente ao encontro de argumentos filosóficos, morais ou científicos para mantê-lo), os proponentes se caracterizam por ter assumido um posicionamento reativo aos argumentos contrários ao aborto.

No domínio da bioética, o principal dilema concerne ao conflito que se estabelece entre o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana intrauterina. A atribuição de um estatuto moral à vida humana intra-uterina apresenta como principal argumento uma perspectiva biológica do desenvolvimento humano, evidenciando os marcos do desenvolvimento intra-uterino que lhe conferem uma maior individuação e valoração ao nível das sucessivas semanas de gestação.

O atual ordenamento jurídico civil brasileiro (Lei nº 10.406, de 10/01/02), consignado no seu artigo 2º, afirma que "a personalidade civil do homem começa com o nascimento com vida; mas a lei põe a salvo desde a concepção os direitos do nascituro" (BRASIL. 2003, p.93).

Em novembro de 1997, foi publicada a Declaração Universal do Genoma e dos Direitos Humanos, adotada em 2009 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), apresentando grande preocupação em preservar a dignidade da pessoa humana (PEREIRA; PACÍFICO, 2012).

De acordo com Diniz (2004), embora a vida viável se inicie com a nidação, deve-se assegurar a tutela daquela vida em formação desde a fecundação, mesmo que ocorra fora do corpo da mulher. Esta posição é corroborada pela existência de alguns direitos assegurados pelo Código Civil ao nascituro, tais como o direito à vida (art. 5º, CF), à filiação (art. 1.596 e 1.597, do Código Civil), à integridade física, ao pré-natal, dentre outros, reconhecendo-lhe, portanto, a condição de sujeito de direitos (pessoa).

O Pacto de São José da Costa Rica, ratificado pelo Brasil em 25.09.1992 estabelece no seu art. 1º, 2: Para efeitos desta Convenção, pessoa é todo ser humano e no art.4º, 1. : Toda pessoa tem o direito de que respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. O Pacto de São José da Costa Rica, diploma legislativo que goza de status superior ao Código Civil, estabelece a tutela da vida humana, do que se depreende que o pertencimento à espécie humana é condição suficiente para a atribuição da condição de pessoa (MARQUEZ, 2009).

O Ministro Ricardo Lewandowski, ao referir-se à Lei n.11.105/05, assinalou

[...] o surgimento de uma nova geração de direitos fundamentais, alicerçada nos riscos que a tecnologia de informação e a bioengenharia acarretam, despertando a Comunidade Internacional para a proclamação de diplomas legais dispostos a regulamentar a matéria, entre os quais se destaca a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), a qual elege a dignidade humana como um dos princípios fundamentais a ser observado nas pesquisas científicas. (MARQUEZ, 2009, p.67).

O ministro salienta que dignidade da pessoa humana não constitui somente o cerne dos direitos fundamentais, inclusive o direito à vida, mas um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, o que denota o extravasamento da dignidade da esfera individual, alcançando as relações sociais.

Diferentemente dos demais países, que se preocuparam em elaborar relatórios, tais como a Espanha, que disciplinou a matéria em 90 artigos; a Alemanha, que dispõe de três leis a regulamentar a questão embrionária

[...] o Brasil apenas possui um artigo enxertado numa lei que não se dispõe a regulamentar a matéria, conforme o seu art. 1º. A Lei de Biossegurança propõe-se, em suma, a disciplinar a questão dos organismos geneticamente modificados. (MARQUES, 2009, p.61).

Em um estudo realizado por Hossne e Hossne (1998), feito com alunos de quarto ano, onde inicialmente foi aplicado um teste no início de um curso de Bioética e um mesmo teste ao final deste curso, constatou-se que pouco mais da metade dos alunos (54%) era favorável à descriminalização do aborto, sendo que em nosso estudo um percentual bem menor foi favorável a esta prática (31% ou 65 respostas). Percebe-se que houve uma diminuição no percentual daqueles que são favoráveis ao aborto.

Esta aparente contradição é percebida nas respostas obtidas sobre o aborto de anencéfalos. Mesmo se mostrando em sua maioria contra o aborto, em relação aos fetos anencéfalos, o grupo pesquisado se posiciona favorável ao aborto nestas circunstâncias.

Ainda em relação à pesquisa de Hossne e Hossne (1998), no caso de abortos de mal formação fetal, o índice de respostas é altamente favorável, chegando a 85%. Em nosso estudo, quanto às outras mal formações do feto, há uma divisão mais evidente nas respostas.

As diferenças entre as pesquisas de Hossne e Hossne (1998) e esta pesquisa, podem estar relacionadas ao avanço nas conquistas da área da sexualidade e reprodução humana, onde nos últimos anos houve um acesso maior às informações sobre concepção e métodos para se evitar a concepção.

É evidente que os resultados encontrados não nos permitem fazer generalizações aplicáveis à totalidade dos estudantes de medicina de todo o país, pois este estudo se trata de um pequeno grupo, sobre o que pensam estudantes de medicina acerca de questões bioéticas no Estado do Paraná.

Assim, o que se depreende desta análise, é que os estudantes de medicina, de primeiro e sexto ano, não concordam com o aborto de fetos bem formados. Mas

quanto à indagação sobre os fetos que têm mal formação, quase a metade dos estudantes entende que fetos mal formados não devem ter a gestação levada a termo. Já quanto aos anencéfalos, a maioria entende que a gestação deve ser interrompida.

Devido ao teor das discussões e o grande debate na mídia nacional, que ocorreu por conta da decisão do STF sobre o aborto de anencéfalos em abril de 2012, as respostas dos alunos podem estar associadas ao resultado da ação, sugerindo o favorecimento ao aborto de anencéfalos.

Da mesma maneira, como sugeriu o ministro Ricardo Lewandovsky sobre a decisão do STF, o precedente pode ter aberto a discussão do aborto de fetos com demais anomalias, podendo, o fato, ter repercutido nas respostas dos alunos a respeito do aborto em caso de malformação.

#### 4.2.1.2 Quanto à Reprodução Assistida – Mãe que cede o útero (Questionários A e B)

Em relação à mãe de aluguel, nesta pesquisa evidenciou-se que 55% (117 respostas), não aceita que a receptora do embrião possa ser remunerada pela prática, e 45% (94 respostas) são favoráveis à sua remuneração; sendo que 80% (164 respostas) dos acadêmicos entendem que quem cedeu o óvulo tem direito sobre a criança (Tabela 13)

**Tabela 13. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e Relativa (p-%) - Reprodução assistida – Quanto à mãe de aluguel. Questões 4 e 5.**

| Q4. REMUNERAÇÃO                               | TOTAL      |            |
|---|------------|------------|
|   | f(n)       | p(%)       |
| Não   | 117        | 55         |
| Sim   | 94         | 45         |
| <b>Total</b>                                  | <b>211</b> | <b>100</b> |
| Q5. QUEM FICA COM O FILHO EM CASO DE LITÍGIO? | TOTAL      |            |
|   | f(n)       | p(%)       |
| Mãe que cedeu o útero                         | 41         | 20         |
| Mãe que forneceu o óvulo                      | 164        | 80         |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>205</b> | <b>100</b> |

Ao nos reportarmos à reprodução assistida, encontramos a chamada "barriga de aluguel", ou a maternidade de empréstimo, que ocorre quando uma mulher empresta seu útero para a gestação de um embrião fecundado em laboratório e nela é implantado até que toda a gestação seja completada. O pacto entre os cessionários do embrião e a gestante é que ao final da gestação, a criança deverá ser entregue aos cessionários do embrião. É um contrato de "locação de útero" (PESSINI, 2002).

Luna (2002) diz que na fertilização *in vitro*, o procedimento de transferência do óvulo fertilizado de uma mulher para outra, separa a maternidade genética da maternidade gestacional. Isto se traduz em duas práticas sociais: a doação de embriões, quando a gestante recebedora dos óvulos fertilizados os gerará como sua mãe, e a maternidade gestacional substituta ("barriga de aluguel"), em que a mãe é a fornecedora do óvulo ou idealizadora da gravidez, mas quem se submete ao período gestacional é a receptora do óvulo fecundado.

Em alguns países, como a França, Suíça e Argentina, distinguem-se maternidade sub-rogada de maternidade compartilhada.

“Há maternidade sub-rogada quando o embrião fecundado com os gametas de um casal é implantado no útero de uma mulher que gerará a criança e a entregará aos pais biológicos após a gestação; e há maternidade compartilhada quando uma mulher é inseminada com o gameta masculino do casal contribuindo com seu óvulo para a fecundação e comprometendo-se a entregar a criança ao fim da gestação a esse casal” (CORDOBA; TORRES, 2000, p.23).

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM Nº 1.957 de 15 de dezembro de 2010, que trata das Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, em relação à gestação de substituição (doação temporária do útero), no item VII, estabelece que podem ser usadas técnicas de Reprodução Assistida para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra indique a gestação na doadora genética. Determinou ainda, que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina. Cabe ainda ressaltar que o Conselho Federal de Medicina entende que a doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial (CFM, 2010).

O progresso científico proporcionado pela Medicina e pela tecnologia de ponta nas últimas décadas, aliado às transformações do papel da mulher na sociedade (evidenciadas especialmente a partir do movimento feminista), tem trazido novas e importantes questões para a família que certamente repercutirão em novas possibilidades de configuração familiar subjetiva. Mais que assumir a maternidade fora da condição do casamento, hoje a mulher pode tornar-se mãe sem depender do coito, e por consequência, de receber a carga genética masculina a partir de uma relação sexual, podendo fazê-lo amparada pelos avanços das técnicas de fertilização assistida. Essas novas tecnologias reprodutivas permitem a gestação em condições anteriormente impensáveis, tanto do ponto de vista médico quanto social (MOURA; ARAUJO, 2004).

Correia (1998), em um artigo no qual reflete a respeito das novas tecnologias reprodutivas, como a inseminação artificial, a fertilização in vitro e suas diversas variantes – incluindo doações de células reprodutivas (óvulos e espermatozóides) e de embriões, aluguel ou empréstimo de útero, até a possibilidade de clonagem humana – considera que estas tecnologias constituem a etapa mais recente de um processo cujas origens remontam ao fim do século XVIII. Historicamente, a função de cura da Medicina duplica-se em outra função, política, de criação e transferência de normas éticas e sociais.

Sob esse ponto de vista, uma tecnologia de ponta, quando dirigida a aspectos tão permeados de significação quanto à produção e a manutenção da vida humana, “pode assumir um caráter não tão moderno assim mas que, lembrando as antigas práticas higienistas, reforça ‘o velho papel da Medicina na construção de significados em torno da maternidade e da paternidade’” (CORREIA, 1998, p.138).

A prática da maternidade substituta desperta polêmica pela ruptura da presumível indissolubilidade do vínculo mãe-filho. O ato de uma mulher que concebe um filho, mesmo com óvulo doado, já com intuito de entregá-lo a outro contraria as representações de gênero feminino vigentes. Essa quebra de vínculo nega todas as representações de instinto materno e de uma maternidade natural. Tal prática só tem sido tolerada se vestida com representações de altruísmo: a mãe substituta deverá fazer isso por empatia com o sofrimento alheio. Com exceção dos Estados



Unidos e Israel, os demais países que, de algum modo, permitiram a maternidade substituta, baniram sua comercialização, como o Brasil (LUNA, 2002).

Ao avaliar o posicionamento de estudantes de quarto ano de medicina, Hossne e Hossne (1998) encontraram uma proporção de 33% de alunos favoráveis à remuneração de mãe substituta, um índice um pouco menor que o encontrado nesta pesquisa.

Em nosso estudo, um número expressivo de estudantes (45% ou 94 respostas) entende válida a remuneração para a mulher que cede seu útero para a gestação de um embrião que não é seu. Outro dado interessante é a quantidade de alunos (20% ou 41 respostas) que entende que, em caso de litígio, a mãe de aluguel é quem deve ficar com o filho gestado; o que evidencia, por parte de alguns dos estudantes de medicina, o reconhecimento de vínculo entre a gestação/maternidade/maternagem.

Há um número expressivo de respostas que sugerem que a cessão do útero é uma prestação de serviços, sujeita a remuneração compensatória. Considerando que 80% (64 respostas) reconhecem que a mãe que forneceu o óvulo para a criação do embrião, em caso de litígio, deve ficar com o filho, este dado reforça a ideia de que o aluguel do útero é uma prestação de serviços. Afinal, para os entrevistados, a mãe que fornece o óvulo é dona dele.

#### **4.2.1.3 Quanto à Reprodução Assistida – Embriões Supra Numerários (Questionários A e B)**

Em relação aos embriões supra-numerários na reprodução assistida, a pesquisa realizada aponta que 54% (112 respostas) entende que os embriões excedentes não devam ser conservados por tempo indeterminado. Sobre o descarte do material genético, 83% (176 respostas) não concorda com o descarte imediato e 75% (156 respostas) dos acadêmicos entende que os embriões supra-numerários devam ser usados em pesquisa (Tabela 14).

**Tabela 14. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida – quanto aos embriões supranumerários. Questões 6 à 8.**

| EMBRIÕES SUPRANUMERÁRIOS                     | TOTAL      |            |
|--|------------|------------|
|  | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q6. Conservar por tempo indeterminado</b> |            |            |
| Não  | 112        | 54         |
| Sim  | 97         | 46         |
| Não respondeu                                | 2          | -          |
| <b>Total</b>                                 | <b>209</b> | <b>100</b> |
| <b>Q7. Descartar imediatamente</b>           |            |            |
| Não  | 176        | 83         |
| Sim  | 35         | 17         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q8. Utilizar em pesquisa científica</b>   |            |            |
| Não  | 52         | 25         |
| Sim  | 156        | 75         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>208</b> | <b>100</b> |

Embora há mais de vinte anos tenha nascido o primeiro bebê resultante de uma fertilização *in vitro* no Brasil, a reprodução medicamente assistida ainda não foi regulamentada no ordenamento jurídico brasileiro. Os embriões excedentários, estes sim, objeto de interesse de instituições de pesquisa e de laboratórios, passaram a ser regidos pela Lei n. 11.105/05 (Lei de Biossegurança).

De acordo com Barroso (2007), em 24 de março de 2005 foi promulgada a Lei n. 11.105, proveniente do projeto de Lei n. 2.401/03, que incluía a solução legislativa para os embriões supranumerários. No mesmo ano, foi promulgado o Decreto n. 5.591/2005, que regulamentou a Lei de Biossegurança. Não se pode concluir que esta legislação estabeleceu definitivamente as diretrizes para a utilização dos embriões excedentários.

Para Petterle (2007), esse nuance da Lei n. 11.105/2005 constitui apenas um dos seus pontos críticos. Além disso, é pertinente destacar que dos seus quarenta e dois artigos apenas um dispõe sobre o destino dos embriões excedentários fertilizados *in vitro*, revelando o casuismo da lei e a insuficiência da proteção do embrião humano.

A tese do então Procurador-Geral da República, Cláudio Fonteles, defendia que a vida humana começava a partir da fecundação, e realizar a pesquisa com os embriões excedentários, considerando a existência da vida humana, significaria desrespeitar o princípio da dignidade da pessoa humana (FRANÇA, 2007)

A Procuradoria-Geral da República considerou que mesmo o embrião supranumerário é abarcado pela proteção do princípio da dignidade da pessoa humana. Princípio que goza de previsão no texto constitucional. Porém, o que tem prevalecido é a definição de capacidade e autodeterminação do homem (SARLET, 2006).

O art. 1º, que estabelece como objetivos da Lei de Biossegurança instituir normas de segurança, cultivo, produção, transporte, manipulação, consumo, importação, exportação, pesquisa dos organismos geneticamente modificados e seus derivados, não faz qualquer referência aos embriões supranumerários (PETTERLE, 2007).

Esse diploma legislativo se propôs a conferir a solução para os embriões excedentários, permitindo, no art. 5º da Lei n. 11.105/2005, a pesquisa com células tronco provenientes de embriões excedentários fertilizados *in vitro*, desde que: a) sejam embriões inviáveis ou que não tenham sido implantados no respectivo procedimento de fertilização e estejam congelados há mais de três anos (art. 5, I e II); b) os genitores devem consentir com a utilização desses embriões para a pesquisa (art. 5º, §1º); c) a pesquisa deve ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (art. 5º, § 2º).

No Brasil, o Código Civil reconhece que o nascituro é senhor de direitos: “Art. 2º: A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro” (Código Civil Brasileiro, Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002).

Os embriões inviáveis para a reprodução assistida acabam por serem os embriões viáveis para a pesquisa de obtenção de células-tronco embrionárias. Seja porque os embriões são portadores de alguma anomalia, ou o mais grave eticamente, seja porque possuem características genéticas fora dos padrões exigidos pela sociedade.

Conforme visto, os embriões inviáveis ou congelados há mais de três anos compreendem a matéria-prima da pesquisa com células-tronco embrionárias. O Decreto n. 5.591/2005, no seu art. 3º, XIV, fixa o prazo de contagem da seguinte forma: embriões congelados há mais de três anos até o dia de publicação da Lei de Biossegurança (embriões congelados disponíveis), bem como os embriões congelados a partir de 2005 que também já completaram três anos satisfazem o requisito temporal exigido pela Lei (FRANÇA, 2007).

Não existe um critério científico para o estabelecimento deste prazo de três anos. Na Áustria, o prazo é de um ano; na França, cinco anos; na Espanha e Suécia, iguais a cinco anos; no Reino Unido, cinco anos, porém, se com consentimento, dez anos (MCGLEENAN, 2000).

Na Alemanha, cujo passado de experiência nazista incutiu cautela e prudência nas investigações científicas, especialmente aquelas que envolvem seres humanos, proíbe-se sua criação. A Alemanha não autoriza a geração de embriões excedentários e todos devem ser implantados. A outra condição para a utilização dos embriões excedentários na pesquisa com células-tronco embrionárias consiste no consentimento dos genitores (SILVA; BIANCO, 2009).

Corrêa (2001) afirma que a produção de embriões excedentes, gerados como decorrência de aspectos técnicos do ciclo fertilização *in vitro*, é a única via de disponibilização e conseqüente manipulação de embrião humano em pesquisa.

De acordo com o direito brasileiro, a prática da doação de gametas é uma atividade lícita e válida, desde que não tenha fim lucrativo ou comercial, conforme reza o artigo 199, § 4º da Constituição Brasileira de 1988 e Resolução nº 1.957 de 15 de dezembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Portanto, a gratuidade é característica fundamental da doação de gametas (FRANÇA, 2007).

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM Nº 1.957 de 15 de dezembro de 2010 que trata das Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, determinou que as clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozóides, óvulos e embriões. Do total de embriões produzidos em laboratório, os excedentes que sejam viáveis devem ser criopreservados. Para a criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade por

escrito, em relação ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados no caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejarem doá-los (CFM, 2010).

Julga-se constitucional o art. 5º da Lei n. 11.105/05, desde que seja interpretado da seguinte forma: a realização de pesquisas com células-tronco embrionárias dependerá de prévia autorização de um Comitê de Pesquisa, vinculado ao Ministério da Saúde.

Assistimos a um fenômeno sob certos aspectos muito próximo do que se produziu na formação do capitalismo: a passagem das relações de escravismo, de apropriação direta do trabalhador, às relações capitalistas de produção, em que o trabalhador é livre. Uma evolução análoga se passa nas relações de reprodução, ou seja, a passagem da apropriação privada da reprodutora no laço de dependência pessoal constituído pelo casamento, à emergência atual de relações nas quais a apropriação global da reprodutora não é condição *sine qua non* da reprodução (LOYOLA, 2003).

No que diz respeito à reprodução assistida no Brasil, ela só não é equivalente em termos de volume à praticada em países como a França, a Inglaterra ou os Estados Unidos, porque ela não é oferecida pelo setor público da medicina e, assim sendo, não se coloca como alternativa para a maioria da população (CORREA, 2001).

Pesquisas revelam que a reprodução assistida é amplamente divulgada pela mídia e que 86% dos brasileiros, inclusive das áreas rurais, sabem no que ela consiste e nas classes altas ela já é vista como uma tecnologia (ou serviço médico) “naturalmente” disponível ou consumível (LOYOLA, 2000).

O novo “direito natural” de fundar as famílias atribuído aos indivíduos, em realidade formula as condições exigidas pelas empresas biomédicas para desenvolver a aceitabilidade social de seus procedimentos experimentais (CORRÊA, 2001).

O desafio à organização simbólica da procriação e da sexualidade em geral, constitui o principal aspecto das estratégias inconscientes mobilizadas por essas tecnologias. Elas estão em posição de captar, por meio da proposta “terapêutica”, o

obscuro objeto do desejo dos sujeitos, tomando suas demandas ao pé da letra. O que está em jogo é sempre o mesmo: estrangular a alteridade sexual com a disputa que lhe é associada, e acomodá-la com a questão política da liberdade e da vontade. Esses desafios, a sexualidade terá de enfrentar no século XXI (LOYOLA, 2003, p. 883).

Loyola (2003) acredita que a ruptura radical entre o sexo e a reprodução que se verificou no século XX, trouxe condições para novas formas de relacionamentos, que veio substituir a sexualidade hierárquica entre os sexos, tendo este fenômeno articulação com a Medicina. Para a autora esta nova sexualidade que floresce no contexto da alta tecnologia médica, permitirá as novas relações no âmbito da reprodução, inclusive aquelas de caráter mercantil, transformando o seu significado. Loyola (2003) argumenta que os efeitos reflexivos dessa medicalização (que objetiva levantar cada vez mais o desejo maternal na mulher), acabam por criar uma demanda maior por novas e caras tecnologias.

Por fim, é necessário ainda lembrar que o risco da reprodução estruturou as relações homem-mulher nas construções sociais, ultrapassando os determinismos biológicos dos corpos. Desta maneira, a alternativa da adoção de embriões congelados não é uma opção que se apresente como isenta de inconvenientes, pelo que ela implica em seus aspectos emocionais, técnicos e econômico-financeiros. Entretanto, esta forma de escolha, juntamente com a produção de embriões para uma única implantação, seriam as modalidades que não encontrariam os impedimentos já apontados (FRANÇA, 2007).

Nossa pesquisa mostra um equilíbrio entre aqueles que defendem a conservação dos embriões supranumerários e os que entendem desnecessária esta conservação por um longo período. Já sobre o descarte imediato, somente 17% ou 35 alunos, consideram que o material pode ser descartado imediatamente. O dado significativo encontrado em nosso trabalho aponta o entendimento do grupo pesquisado de que o material genético excedente das fertilizações *in vitro* deva ser utilizado em pesquisas científicas (75%, ou 156 respostas). Este dado sugere que os estudantes acabam por compreender que aqueles embriões que não são implantados, os chamados de embriões excedentários ou supranumerários e são criopreservados, têm a finalidade última de serem utilizados em pesquisa .

O que as respostas sugerem, é um distanciamento dos entrevistados ante a natureza dos embriões, onde, embora protegidos pelo princípio da dignidade humana, consagrado na Constituição Federal, não necessariamente deveriam nascer.

#### 4.2.1.4 Quanto à Reprodução Assistida – Identidade do casal doador e do casal receptor (Questionários A e B)

Nesta pesquisa, os acadêmicos entendem que no caso de reprodução assistida, o casal “doador”, não pode ter conhecimento da identidade do casal receptor (77% ou 162 respostas) e dividem-se quanto ao nascituro ter o direito de vir a conhecer a identidade do “doador” ou da “doadora”, sendo que 44% ou seja, 93 respostas, pensam que não, enquanto 56% ou 118 respostas acreditam que sim (Tabela 15).

**Tabela 15. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida – Quanto à identidade do casal doador e receptor. Questões 9 e 10.**

| IDENTIDADE                | TOTAL      |            |
|---------------------------|------------|------------|
|                           | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q9. Casal receptor</b> |            |            |
| Não                       | 162        | 77         |
| Sim                       | 49         | 23         |
| <b>Q10. Casal doador</b>  |            |            |
| Não                       | 93         | 44         |
| Sim                       | 118        | 56         |
| <b>TOTAL</b>              | <b>211</b> | <b>100</b> |

A reprodução assistida vem ampliando sobremaneira os limites da fecundidade masculina e feminina, e os desdobramentos tecnológicos não podem ser desvinculados da discussão das implicações sociais, éticas, psicológicas e legais, ligadas à medicalização do desejo de filhos (CORREA, 2001).

As técnicas de reprodução medicamente assistida, classificam-se em dois grandes gêneros: inseminação artificial homóloga ou simplesmente inseminação homóloga e inseminação heteróloga. Uma inseminação é homóloga quando

realizada com o sêmen do próprio marido; e heteróloga quando feita em mulher casada com sêmen originário de terceira pessoa ou, ainda, quando a mulher não é casada. Recorre-se à inseminação heteróloga quando a esterilidade é indiscutível (BENTO, 2008).

Recentemente o anonimato é assunto candente e sua discussão baseia-se no fato de que todo ser humano tem direito a conhecer sua origem biológica. Em alguns países o anonimato não é obrigatório, como a Austrália, por exemplo, e em outros, como a França, ao completar 18 anos o indivíduo passa a ter o direito de conhecer o pai ou mãe biológicos, se assim o desejar. Porém, nem todas as crianças são informadas pelos pais de que foram originadas por reprodução assistida através de uso de gameta de doador (BADALOTTI, 2010).

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM Nº 1.957 de 15 de dezembro de 2010, que trata das Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida, estabeleceu que os doadores de gametas ou embriões não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa. No item IV estabeleceu a obrigatoriedade do sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores, mas em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador (CFM, 2010).

As discussões que envolvem o anonimato do doador de gametas devem ser analisados sob vários aspectos éticos. Como favoráveis à manutenção do anonimato, tem-se o fato da minimização da intervenção do terceiro indivíduo na relação conjugal, assim como a perspectiva de doadores disponíveis, que desapareceriam com a inviabilização da técnica de inseminação artificial heteróloga, caso fosse abolido o anonimato (WANSSA, 2012).

Existe, no entanto, o direito ao conhecimento da origem genética, consagrado de modo implícito pelo ordenamento jurídico pátrio. Tem natureza de direito da personalidade e não cabe ser obstaculizado por quem quer que seja (PUSSI, 2008; BADALOTTI, 2010).

Durante muito tempo, o anonimato parecia ser algo inerente à doação de gametas. Wanssa (2012) ressalta que parecia ter papel fundamental para que os



pais pudessem exercer uma maior influência de suas identidades sobre os filhos. Além disso, a manutenção do anonimato entre doadores e receptores sempre foi considerada de fundamental importância no sentido de se evitarem, no futuro, complexas situações emocionais e legais, com repercussões no desenvolvimento psicológico das crianças nascidas através desse procedimento.

Há alguns anos esta questão começou a ser discutida no sentido de que todo o ser humano tem direito de conhecer sua origem biológica. Por outro lado, existe a questão do doador, que, independente da motivação, não tem intenção de paternidade (BADALOTTI, 2010).

De acordo com Wanssa (2012), as discussões progredem nas defesas do direito à identidade pessoal, ao se relacionar o direito dos filhos ao conhecimento de sua ascendência biológica, enquanto outros reconhecem que esse direito não é absoluto, defendendo que a ruptura do anonimato é medida antiética e ofensiva para os envolvidos no ato de generosidade, benevolência e amor que antecedem este tipo de concepção.

Em nossa pesquisa fica clara a tendência dos alunos ao entendimento da necessidade do anonimato no caso do casal receptor por parte do casal doador, mas estão divididos quanto ao acesso à identidade do casal doador por parte do filho gerado. Seus posicionamentos vão de encontro às discussões sociais e jurídicas que vêm ocorrendo, acerca do direito do conhecimento por parte do filho de sua ascendência biológica.

#### **4.2.2 Quanto às questões bioéticas referentes ao final de vida – Amostra total**

##### **4.2.2.1 Quanto ao local onde deve permanecer o Paciente Terminal (Questionários A e B)**

Os acadêmicos entendem que o paciente terminal deveria permanecer em sua residência em seus últimos dias (45% ou 90 respostas). Somado com aqueles que entendem que ele deve ficar em uma unidade específica fora do hospital (27% ou 55 respostas), o entendimento preponderante (72% ou 145 respostas) é de que o

paciente tem o direito a um fim de vida próximo a seus familiares ou responsáveis, fora do ambiente hospitalar (Tabela 16).

**Tabela 16. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao paciente terminal.**

| O PACIENTE TERMINAL<br>DEVE FICAR         | TOTAL      |            |
|---|------------|------------|
|   | f(n)       | p(%)       |
| em sua residência                         | 90         | 45         |
| internado no hospital                     | 56         | 28         |
| em unidade específica<br>fora do hospital | 55         | 27         |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>201</b> | <b>100</b> |

Nossa sociedade frequentemente lida com a morte tentando excluí-la de seu cotidiano. Essa estratégia tem sido transferida para os profissionais de saúde, de forma que muitos não conseguem estabelecer uma relação com o paciente chamado terminal e, inconscientemente, evitam a relação médico-paciente (BROMBERG; KÓVACS, 1996).

Os momentos vividos no decorrer do curso de Medicina nem sempre são gratificantes, e a fase inicial de euforia do aluno é substituída por uma fase posterior de desencanto, com queixas frequentes, como excessivo volume de estudos e tempo escasso, aulas monótonas e cansaço físico, além do contato com pacientes terminais e com a morte (QUINTANA, 2008).

Quintana et. al. (2008) afirmam que os cursos de Medicina não preparam o aluno para enfrentar situações que envolvam a morte. Na verdade, o que fazem é prepará-lo para lidar com essa problemática por meio do uso de mecanismos de defesa, como a negação, a evitação e a racionalização.

A posição paternalista – baseada no princípio da beneficência de se fazer o bem e evitar o sofrimento adicional, justificando-se com a idéia de que sabe o que é melhor para o paciente – considera que este não está preparado para saber o que é o melhor para si. Assim, a equipe de saúde é a depositária do saber.

Essa discussão se torna fundamental no que concerne às questões sobre a busca da dignidade, não só durante toda a vida, mas também com a aproximação da morte, o que envolve tanto a valorização das necessidades como a diminuição do sofrimento (KÓVACS, 2003).

Segundo Pessini e Barchifontaine (1994), a pessoa é o fundamento de toda a reflexão Bioética, considerando-se a alteridade, isto é, a sua relação com outras pessoas.

Durante a formação médica, estudantes e residentes iniciam o contato com a morte sem subjetividade, sem história. Podemos observar isso quando iniciam suas aulas de anatomia, e entram em contato com as “peças”, ou corpos para estudo. Trata-se do encontro com uma morte "morta", sem alma (SILVA; AYRES, 2010).

Quando, mais tarde, eles se encontram em sua prática com a morte "vívida", onde corpo, alma, alegrias e dores se apresentam de forma intensa, importantes conflitos e paradoxos são experimentados. No encontro com o paciente, o estudante experimenta o fato de que não poderá ficar isento da dor do outro. É neste momento que sente falta do preparo para essas situações e então reclamam por práticas, professores e políticas de educação que os auxiliem e os preparem (QUINTANA, 2008).

Kovács (2003) atentou para o fato de que diferentes especializações da medicina trazem diferentes reações dos médicos diante do paciente que morre, e isto deveria ser considerado na formação científica e profissional. Da mesma maneira, Rego (2003) aborda a formação ética dos médicos, e diz que, certamente, é possível pensar, nesse contexto de análise, aspectos do ensino da morte na área médica.

Outros autores conduzem sua reflexão no mesmo rumo, porém acrescentam que pesquisas realizadas no contexto da formação médica, concluíram que há interesse pelo tema, mas o conhecimento especializado não é buscado sistematicamente (FALCÃO; LINO, 2004).

Como enfermidade terminal considera-se a fase final de numerosas enfermidades crônicas progressivas, quando tenham sido esgotados todos os tratamentos possíveis e se alcança a irreversibilidade (PESSINI, 2004).

A educação acerca do cuidado é essencial porque o cuidador necessita de treino quanto aos procedimentos diários com o doente, e deve conter conteúdos técnicos mínimos para os cuidados a prestar no domicílio ou em outro local, por exemplo, um asilo. As medidas implementadas em fim de vida visam o conforto do doente, e este processo deve ocorrer de maneira digna, controlada e sem sofrimento.

Os dados de nossa pesquisa revelam que os estudantes entendem como aspecto primordial o conforto do paciente, em um fim de vida humanizador e digno, onde o doente possa passar seus últimos dias com familiares, seja em sua residência (45%), seja em uma unidade específica fora do hospital (27%).

Este total de estudantes, 72%, parece estar atento às questões bioéticas relacionadas ao final de vida. É importante observar, que estamos falando da amostra total, incluindo um grupo (primeiro ano) que ainda não entrou em contato com a disciplina ou tema específico dentro da academia, o que sugere que já trazem consigo esta reflexão, seja por conta da formação no Ensino Médio, seja por discussões com amigos e/ou familiares, ou contato com o tema pela mídia.

#### **4.2.2.2 Quanto à Eutanásia (Questionários A e B)**

No que diz respeito à possibilidade de interrupção das terapias ao fim da vida, os estudantes pesquisados dividem-se sobre as terapias no tratamento em pacientes terminais. São favoráveis à eutanásia passiva 54% (113 respostas), enquanto que 46% (95 respostas) são contrários a ela. Quanto ao uso de sedativos fortes, que expõe o paciente ao risco de morte, 89% (188 respostas) dos alunos pesquisados entendem que a prática é tolerável. No que concerne à eutanásia ativa, quando o médico ministra terapêutica para término da vida, 76% (161 respostas) dos entrevistados são contra (Tabela 17).

**Tabela 17. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Quanto à eutanásia. Questões 13 à 15.**

| VOCÊ É A FAVOR                      | TOTAL      |            |
|-------------------------------------|------------|------------|
|                                     | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q13: Eutanásia passiva</b>       |            |            |
| Não                                 | 95         | 46         |
| Sim                                 | 113        | 54         |
| <b>Total</b>                        | <b>208</b> | <b>100</b> |
| <b>Q14: Uso de sedativos fortes</b> |            |            |
| Não                                 | 23         | 11         |
| Sim                                 | 188        | 89         |
| <b>Total</b>                        | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q15: Eutanásia ativa</b>         |            |            |
| Não                                 | 161        | 76         |
| Sim                                 | 50         | 24         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>211</b> | <b>100</b> |

O homem ocidental é caracterizado pelas marcas culturais de negação da morte, ainda neste século. Estas características estão presentes nas experiências de ensino-aprendizagem em relação a lidar com o paciente diante da morte, e junto com a estrutura do curso de medicina - que, muitas vezes, não possibilita contato com os pacientes desde o início - apresenta dificuldades de promover um treinamento de habilidades nessa direção (SILVA; AYRES, 2010).

Em uma pesquisa, Silva e Ayres (2010) identificaram que

[...] não só o tema morte é evitado, pouco abordado, como também que a experiência do estudante com a morte de um paciente, quando acontece na graduação, ocorre nos últimos anos do curso ou é presenciada de forma acidental. A maioria dos alunos, até a residência, não acompanhou o processo de morte de um paciente. Somente a partir do quinto ano temos relatos de experiências em estágios extracurriculares e curriculares. Ou seja, apenas no internato e na residência surgem as primeiras experiências de fato com a morte de um paciente.(SILVA; AYRES, 2010, p.489).

A morte é uma das mais autênticas problemáticas da condição humana, tendo demandado diligências para o seu enquadramento ao longo da história do pensamento ocidental (KOVACS, 2003).

Do ponto de vista filosófico, inúmeros autores discorreram sobre o significado da morte: “a finitude é considerada como instância inalienável à dimensão humana para pensadores como Heidegger e Montaigne; já Spinoza e Hegel negam a primazia da finitude como questão primária da existência humana, articulando um

discurso com vistas à superação da morte. Mesmo que a reflexão sobre o próprio fim seja irrealizável, o saber-se mortal é um dos esques da experiência que o homem tem de si mesmo” (SIQUEIRA; SCHRAM, 2004, p.857); ou seja, o homem é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que almeja a imortalidade.

As atitudes frente à morte alternam-se com as estruturas institucionais, a ideologia, a cultura e os mitos de cada época. Os mitos do início e fim da vida são necessários para engendrar a identidade dos membros de toda e qualquer civilização e cultura, e a maneira pela qual cada uma enfrenta a morte dá sentido ao sofrimento, à dor e à doença (SILVA; AYRES, 2010).

As questões atinentes à distanásia, ortotanásia, tratamento fútil (ou futilidade médica), suicídio assistido, eutanásia, vêm merecendo ampla discussão na literatura médica. De um lado, evidenciam-se controvérsias em aberto; mas, de outro lado, há que se destacar um ponto altamente positivo: a preocupação com as questões dos cuidados paliativos, tema de interesse médico, social e bioético.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior / Resolução CNE/ CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, oficializaram o acompanhamento do processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico.

Em seu artigo 5º encontramos: "A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas", e no seu Item XIII: "atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte" (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, os profissionais envolvidos com o tema devem reconhecer os limites da medicina e evitar os excessos de tratamentos. Ao mesmo tempo, é importante desafiar a ilusão que vem se delineando nas discussões sobre o tema, de que só há uma maneira de lidar com a dor e o sofrimento: a eliminação dos doentes. É necessário apontar que a chamada "dor total", um conceito cunhado por

Cicely Saunders, não pode ser resolvida apenas através de instrumentos técnicos e científicos (PESSINI, BERTACHINI , p.236, 2006).

No caso de "dor total", dor física; dor psíquica (medo do sofrimento e da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão); dor social (rejeição, dependência, inutilidade); dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, culpas perante Deus), dor financeira (perdas e dificuldades); dor interpessoal (isolamento, estigma); dor familiar (mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia), a eficácia de analgésicos está relacionada com a possibilidade de incluir o tratamento médico no contexto da significativas relações humanas e afetivas (CARVALHO, 2009).

Koch (1996) mostrou que cerca de 25% dos médicos e estudantes de medicina definem como eutanásia a interrupção de um tratamento. Cabe ressaltar que eutanásia (grego εὖ = advérbio bem // regular, justamente // com bondade, com benevolência // felizmente; θάνατος= morte) significa prática pela qual se busca abreviar, sem dor e sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável.

Definimos, a título de embasamento para reflexão, como eutanásia ativa, o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários, por exemplo, utilizando uma injeção letal (PESSINI, 2004).

Ao partir de uma perspectiva de mercado e levando em conta pesquisas de opinião conduzidas para verificar a atitude da população em relação à eutanásia ativa, Schimidt (2012) aponta que alguns países estão propensos a dispor de centros para eutanásia ativa, pois isto é o que o mercado exige. Partindo do ponto de vista do mercado, parece que isto é apenas uma questão de tempo, para que haja uma demanda destas medidas.

Schimidt (2012) adverte, entretanto, que há pouca probabilidade de se chegar a um consenso geral sobre o tema, pois quanto mais temos conhecimento sobre outras culturas e quanto maior a extensão de experiências com diferentes conceitos de valor, tão mais difícil é a chegada a um consenso.

Quanto a isto, várias foram as reações contra a inserção do tema na agenda da União Européia, mostrando que se trata de um grande desafio à "identidade

cultural de alguns países [...] que não querem ver suas conquistas morais e culturais destruídas por exigências de mercado” (SCHIMIDT, 2012, p.248).

Vale lembrar que Engelhardt (1998) aponta para a importância destas reações quando afirma que comunidades morais são um grupo de pessoas (homens e mulheres) unidos por tradições e/ou práticas morais comuns, em torno de um mesmo ponto de vista em relação ao que seria melhor para este grupo, colaborando assim um com o outro como amigos morais.

Quanto à eutanásia passiva, entende-se que não há um ato deliberado, mas ocorre uma omissão proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivência. Em relação à sedação do paciente, mesmo correndo riscos, entende-se como eutanásia de duplo efeito, aquela em que acontece nos casos onde a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim, ao alívio do sofrimento de um paciente, por exemplo, emprego de morfina para controle da dor, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito (PESSINI, 2004).

Em uma pesquisa realizada com 166 estudantes de medicina, Warner et. al. (2001) chegou ao resultado de que a maioria dos estudantes apóiam a retirada de suporte vital, quando entendem que esteja sendo administrado um tratamento fútil, excepcional. Estes estudantes, porém foram especialmente contra o seu próprio envolvimento e à participação de não-médicos em atividades de morte assistida. O estudo revelou que estas posições estavam diretamente relacionadas ao sexo, crença religiosa e filosofia pessoal do estudante. Apesar de serem contra e não aceitarem participar de tais práticas, os estudantes apresentaram tolerância em relação às escolhas dos médicos.

Para Warner (2001), estes resultados indicam que permanecem incertos os comportamentos futuros em relação a pacientes e colegas. Para o autor, os educadores médicos devem se esforçar para entender as perspectivas e expectativas destes estudantes, estabelecendo a partir daí uma sintonia com as atitudes dos estudantes de medicina, pois ela pode ser útil no cumprimento da responsabilidade de transmitir habilidades nos cuidados clínicos.



Em relação à eutanásia passiva, encontramos no estudo de Hossne e Hossne (1998) uma proporção elevada (53%) favorável à prática, sendo que em nosso estudo, constatou-se que 54% dos alunos são favoráveis à prática.

Observa-se que, apesar de terem se passado aproximadamente 14 anos, não houve mudança no posicionamento dos alunos. Devemos considerar que estes eram alunos de quarto ano, e que esta pesquisa se refere a alunos de primeiro e sexto anos. Ainda assim, nos parece um fator relevante, quanto ao avanço (ou não) da reflexão sobre o tema.

Estes dados sugerem que os estudantes têm arraigada, de forma expressiva, sua formação moral, cultural e religiosa, que influenciam diretamente em suas respostas.

#### **4.2.2.3 Quanto à Informação do diagnóstico e prognóstico ao paciente terminal (Questionários A e B)**

Ao responderem sobre a informação do diagnóstico e prognóstico ao paciente em fase terminal, a maioria dos acadêmicos (83% ou 176 respostas) entende que o médico deve sempre informar diagnóstico e prognóstico de sua doença ao paciente. Os acadêmicos dividem-se sobre a informação caso a comunicação direta possa provocar dano, ou seja, 53% ou 112 respostas dadas pelos acadêmicos indica que se posicionam a favor de informar o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico, mesmo causando dano a este, e 47% ou 98 respostas não é favorável à informação nesse caso. Os acadêmicos entendem que se o paciente não quer saber o diagnóstico, o médico não é obrigado a informá-lo (81% ou 171 respostas – Tabela 18).

**Tabela 18. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à informação do diagnóstico e prognóstico ao paciente terminal. Questões 16 à 18.**

| O MÉDICO DEVE AVISAR O PACIENTE             | TOTAL      |            |
|---|------------|------------|
|   | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q16. em fase terminal?</b>               |            |            |
| Não   | 35         | 17         |
| Sim   | 176        | 83         |
| <b>Total</b>                                | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q17. se pode provocar dano?</b>          |            |            |
| Não   | 98         | 47         |
| Sim   | 112        | 53         |
| <b>Total</b>                                | <b>210</b> | <b>100</b> |
| <b>Q18. Se o paciente não quiser saber?</b> |            |            |
| Não   | 171        | 81         |
| Sim   | 39         | 19         |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>210</b> | <b>100</b> |

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, determina que é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (C.E.M., 2010).

Para Gomes (2010), a informação ao paciente deve ser de acordo com o diagnóstico, prognóstico e tratamentos possíveis, o que permite a doentes e cuidadores tomarem decisões acerca do tratamento, cuidados pessoais e questões sociais. Esta informação deve ser fornecida gradualmente e sempre adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidades de saber manifestadas pelo doente. O que requer tempo e um processo de adaptação do doente e família.

Bertachini (2011, p.103) em seu artigo “Comunicação de más notícias no processo terapêutico...” alerta que a comunicação é um dado extremamente importante na relação médico-paciente “[...] e na qualidade do cuidado humanizado, sobretudo nas situações críticas e de comunicação de más notícias”.

Bertachini ressalta que

[...] elementos como empatia, escuta atenta, compreensão, interesse, desejo de ajuda e bom humor são indispensáveis para conseguir um

ambiente de conforto emocional, no qual o paciente terá um conhecimento de sua doença e diagnóstico, e o médico agirá segundo seus conhecimentos, experiência clínica e capacidades humanas. (BERTACHINI, 2011, p.108).

Existem casos em que o paciente almeja não ser comunicado sobre sua real situação, preferindo permanecer na ignorância. Para Kübler-Ross (1996), é desumano forçar um paciente a aceitar a realidade quando ele diz não estar pronto para ouvi-la.

Em uma pesquisa, Marta et al. (2009), ao entrevistar residentes (R) e alunos de medicina (A), relatou que a maioria dos entrevistados (R - 88% e A - 92%) acha importante que o paciente saiba de sua doença, qualquer que seja sua extensão ou gravidade. Sessenta e dois por cento dos residentes e 68% dos alunos concordam em que os enfermos devam ter pleno entendimento de sua enfermidade. Quando questionados se o paciente, sabendo de sua doença grave, piora seu estado de saúde, a maioria (R - 63%; A - 52%) apontou que sim. A minoria (R - 9%; A - 10%) acredita que os doentes não têm conhecimento de sua doença antes de serem formalmente. No estudo, as respostas indicaram que cabe ao médico a responsabilidade de informar ao doente um diagnóstico desfavorável. Entretanto, observou-se um decréscimo significativo ( $p = 0,0006$ ) na porcentagem de respostas entre os dois grupos (R - 62%; A - 86%), mostrando a tendência de os residentes desejarem ceder sua obrigação de dar a notícia de uma doença terminal a outros profissionais. Esta mudança de postura ocorre provavelmente pela vivência dos residentes com tais situações, fato que ainda não é realidade para os alunos.

Os resultados deste estudo estão de acordo com este posicionamento, já que, para a maioria dos respondentes (81% ou 171 respostas), em algumas situações, não se deve dar o conhecimento da gravidade da doença o paciente, se ele assim o deseja.

#### **4.2.3 Quanto à interação com a Bioética**

##### **4.2.3.1 Quanto ao contato com assuntos/discussões bioéticas (Questionário B)**

Questionados sobre os temas sobre Bioética levantados no questionário, os alunos responderam que já tiveram contato com estes temas em sala de aula: 61%

(46 respostas) dos acadêmicos diz já ter entrado em contato com assuntos/discussões bioéticas. Destes, 93% (43 respostas) diz que algum professor levantou este tema em sala (Tabela 19).

**Tabela 19. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à abordagem em sala de aula? Questões 23 e 24.**

| TEMAS ABORDADOS EM SALA DE AULA? | TOTAL     |            |
|----------------------------------|-----------|------------|
|                                  | f(n)      | p(%)       |
| Não                              | 29        | 39         |
| Sim                              | 46        | 61         |
| SE RESPONDEU QUE SIM, ONDE?      | f(n)      | p(%)       |
| Disciplina específica            | <b>9</b>  | <b>20</b>  |
| Professor levantou o tema        | <b>43</b> | <b>93</b>  |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>75</b> | <b>100</b> |

As questões 23 e 24 foram aplicadas somente aos sextos anos, e, portanto, referem-se pontualmente ao contato com assuntos/discussões em sala de aula.

Segundo Serodio e Maia (2009), em uma pesquisa sobre a formação ética e moral dos estudantes de medicina, do total de docentes pesquisados 98,8% considerou a formação ético moral do estudante de Medicina fundamental para a prática médica.

Um dos grandes questionamentos provenientes das exigências na atualidade é o ensino de ética médica e bioética aos estudantes de medicina durante curso formal e regular, ou seja, ensinar atitudes e habilidades por meio de aulas teóricas e demais recursos didáticos (D'Avila, 2010). O autor afirma, ainda, a relevância em estimular a reflexão sobre os comportamentos e valores previamente aprendidos na vida social e fomentar a absorção de novos parâmetros éticos para orientar a prática profissional.

A ética, ensinada nas escolas, deveria ser um tema transversal nos currículos em geral. Porém, a maioria das escolas médicas assim não o faz, pois não se pensa que deva ser deste modo. Entretanto, parece razoável pensar que conceitos básicos de Filosofia, Antropologia e Sociologia devam ser ministrados por especialistas de cada uma dessas áreas, utilizando como exemplos casos clínicos reais ou fictícios, apresentados sob assessoria médica, com a participação ativa dos estudantes na

discussão. Esta prática, que suscita debate, confrontação de ideias e opiniões, parece ter o potencial para surtir efeito na formação moral dos jovens (MURRAY, 1995).

Dos respondentes sobre a questão, 93% ou seja, a grande maioria tem discutido esses temas devido ao fato de um professor (de outra disciplina) levantar em sala de aula a questão bioética, e somente 20% refere-se ao contato em disciplina específica. Estes dados chamam a atenção, e sugerem que as disciplinas oferecidas (ANEXOS I, II E III), nas respostas dos alunos têm apresentado pouco conteúdo bioético.

#### 4.2.3.2 Quanto à leitura do novo Código de Ética Médica e do Código de Ética do Estudante de Medicina (Questionário B)

Esta questão foi aplicada apenas aos alunos de sexto ano que já tiveram, ou deveriam ter tido contato com os códigos de ética aos quais estão ou estarão sujeitos. Os alunos que estão ingressando no curso ainda não tiveram este contato.

Do total de acadêmicos pesquisados dos sextos anos, 63% (47 respostas) não leu o novo Código de Ética Médica, bem como 77% (57 respostas) não leu o Código de Ética do Estudante de Medicina (Tabela 20).

**Tabela 20. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao Código de Ética. Questão 25 e questão 26 do questionário B.**

| VOCÊ JÁ LEU O CÓDIGO DE ÉTICA      | TOTAL     |            |
|------------------------------------|-----------|------------|
|                                    | f(n)      | p(%)       |
| <b>Q25. Médica?</b>                |           |            |
| Não                                | 47        | 63         |
| Sim                                | 28        | 37         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>75</b> | <b>100</b> |
| <b>Q26. Estudante de medicina?</b> |           |            |
| Não                                | 57        | 77         |
| Sim                                | 17        | 23         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>74</b> | <b>100</b> |

O Código de Ética Médica é o documento que rege a conduta profissional dos médicos em nosso meio, torna-se fundamental que o profissional tenha

conhecimento de seu teor, tanto pelos docentes médicos, responsáveis por transmitir estes saberes aos futuros médicos, quanto pelos estudantes, que estarão sujeitos mais tarde à este código.

Estudantes de Medicina, obviamente, não estão sujeitos ao CEM, mas conduzem seu aprendizado junto aos pacientes e enfrentam dilemas éticos em sua prática diária.

Com base neste preceito, foram apresentadas propostas de Código de Ética dos Estudantes de Medicina em várias instituições (inclusive as instituições desta pesquisa), com normas adaptadas do CEM e que visam orientar o estudante frente a situações cotidianas do curso, de forma a prepará-lo para o exercício da profissão. Nestes códigos, atos médicos praticados por estudantes de Medicina; direitos, deveres e limitações dos estudantes; relação com pacientes, professores, profissionais de saúde, colegas e instituições; segredo profissional; participação do estudante em pesquisa e publicação de trabalhos científicos (LEMOS et. al., 2005).

Shiraz e Sulmazy (2005) relataram em um estudo sobre a leitura do Código de Ética Médica entre médicos cirurgiões, onde apenas 44% já havia lido parcial ou completamente o referido código.

Em outro estudo, Almeida et al. (2008) encontraram um resultado semelhante onde os estudantes tiveram um desempenho melhor, do que os professores, de 62,4% e 55,5%, respectivamente, ao responderem questões pertinentes ao Código de Ética. Tal resultado pode ser justificado, em parte, pela evidência de que uma parcela significativa dos professores médicos não se atualiza e uma parte nem sequer leu o C.E.M nos últimos dez anos.

Nosso estudo não avaliou o contato de professores com o Código de Ética Médica, porém, considerou-se importante trazer alguns dados sobre seu contato com o Código de Ética para a discussão, visto que o número de estudantes (63%), quase médicos, que leu o Código de Ética e/ou o número de estudantes (77%) que leu o Código de Ética do Estudante de Medicina também foi muito pequeno. O interesse pelos preceitos, normas e códigos da profissão pode estar ligado ao quanto de informação e interesse recebem ao longo da graduação.

Neste sentido, os resultados revelam que o estudante de sexto ano não sai preparado, no tocante ao conhecimento de seu Código de Ética (imprescindível, diga-se), para exercer sua profissão.

#### 4.2.3.3 Quanto ao espaço que mais entrou em contato com assuntos/discussões bioéticas (Questionários A e B)

Em relação ao espaço em que mais o acadêmico entrou em contato com assuntos/temas bioéticos, 57% (117 respostas) indicaram a sala de aula, seguido de 33% (68 respostas) que indicaram os amigos/colegas. As demais respostas (65 respostas ou 31%) relatam terem entrado mais em contato com estes assuntos pela internet ou outros modos (Tabela 21).

**Tabela 21. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao espaço em que o aluno mais entrou em contato com a Bioéticas? Questão 27.**

| ESPAÇO                  | TOTAL      |            |
|-------------------------|------------|------------|
|                         | f(n)       | p(%)       |
| <b>Amigos e colegas</b> |            |            |
| Não                     | 139        | 67         |
| Sim                     | 68         | 33         |
| <b>Internet</b>         |            |            |
| Não                     | 173        | 84         |
| Sim                     | 34         | 16         |
| <b>Sala de aula</b>     |            |            |
| Não                     | 90         | 43         |
| Sim                     | 117        | 57         |
| <b>Outros</b>           |            |            |
| Não                     | 176        | 85         |
| Sim                     | 31         | 15         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>207</b> | <b>100</b> |

Em um trabalho de Grange et al. (2006) sobre a educação, violência e bioética sob a ótica do estudante secundários brasileiro, os autores entendem que “É pressupondo a educação como base para a formação de valores e formação de pessoas capazes de intervir como cidadãos, que o ensino da bioética pode contribuir para promover mudanças desde o nível individual até o coletivo. De acordo com os resultados do estudo, quanto à participação da bioética no contexto escolar, 82,3% dos alunos reconheceram sua contribuição; 56% privilegiaram a metodologia do diálogo através de reuniões e dinâmicas, 27,3% apontaram para uma ação mais

informativa através do acesso a livros, revistas e palestras e 16,5% indicaram a necessária introdução da bioética como disciplina curricular no ensino médio.

Estes dados são muito relevantes pois indicam que o jovem, já no ensino médio, apresenta interesse e recursos para uma discussão e reflexão no âmbito da Bioética.

É importante lembrar que “nas sociedades contemporâneas os processos de construção social são, inequivocamente, mediados pelo campo educacional que acaba se configurando como um elemento determinante do desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades” (MESSIAS, ANJOS E ROSITO, 2007, p.101)

Os dados sobre o contato com questões bioéticas fora do contexto não foram encontrados. Porém, basta estarmos atentos aos jornais, revistas, telenovelas, filmes e seriados para notarmos o quanto estes meios de comunicação estão carregados de questões que envolvem a Bioética.

Nossa pesquisa vem confirmar estas percepções quando uma parte expressiva (33% ou 68 respostas) de estudantes dizem já terem discutido com amigos ou colegas sobre o assunto. E nos chama a atenção a porcentagem de estudantes que referem ter entrado em contato com tais questões em sala de aula (57% ou 117 respostas). Vale lembrar que estamos falando de uma amostra de estudantes de primeiro e sexto anos, onde, nesta questão, encontramos 207 respondentes.

É importante ressaltar o amplo leque de espaços que se apresenta a ser utilizado para a educação em bioética, e que, no conjunto das respostas, parece haver boa receptividade para a discussão de temas de bioética em diversos espaços e oportunidades.

#### **4.2.3.4 Quanto à percepção de seu conhecimento em Bioética (Questionários A e B)**

Ao avaliar seu conhecimento em bioética, em uma escala de 0 a 5 (onde 0-zero é nenhum e 5-cinco é muito), 45% (94 respostas) se posicionou na escala 3, e 32% (66 respostas) na escala 2, ou seja, bom e razoável (Tabela 21).



**Tabela 22. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à avaliação de seu conhecimento sobre Bioética. Questão 28.**

| AVALIAÇÃO    | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| 0            | 2          | 1          |
| 1            | 33         | 16         |
| 2            | 66         | 32         |
| 3            | 94         | 45         |
| 4            | 13         | 6          |
| <b>TOTAL</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |

Shorr et al. (1994), avaliando conhecimentos e atitudes sobre aspectos éticos de acadêmicos de Medicina do primeiro ano, não encontraram diferença no padrão de resposta quando os mesmos foram avaliados antes e após o curso de ética oferecido pela faculdade. O autor justifica tal achado pelas perspectivas éticas bem estabelecidas dos estudantes no momento de entrada no curso. Contudo, já foi demonstrado um declínio na atitude dos alunos ao longo do curso, que pode estar relacionado à perda do idealismo ou a outros fatores inerentes ao impacto do currículo em suas vidas.

Segundo Megale (2011) o desenvolvimento moral do estudante de medicina deve ser considerado um assunto da mais alta prioridade na educação médica. No entanto, usando instrumentos validados para medir os estágios do desenvolvimento moral, pesquisadores têm observado que os estudantes de medicina não têm apresentado a evolução de outros estudantes da mesma idade e mesmo nível em outros cursos e alguns até mesmo têm regredido no estágio moral. A pergunta que fica é se o processo da educação médica impede mais do que promove o crescimento moral.

Em um trabalho de Almeida et al. (2008), a autoavaliação do conhecimento sobre ética médica em geral, também numa escala de 1 a 5, foi de 3,2 para os estudantes, observado-se que a autoavaliação do conhecimento sobre ética médica foi inferior à importância dada ao tema no grupo dos estudantes.

Nesta pesquisa, ao serem questionados sobre seu conhecimento em bioética, os estudantes se posicionaram como tendo um bom conhecimento. Em

uma escala onde 0-zero é nenhum e 5-cinco é muito, a maioria (77% ou 160 respostas entre as escalas 2 e 3) pensa que tem um bom conhecimento em bioética.

Porém, o que se percebe nas questões tanto quantitativas, como qualitativas, é que o estudante ainda não apresenta uma reflexão e um discurso bioético que justifique as respostas dadas em relação ao seu conhecimento. Estes dados sugerem que, ao se perceberem mais conhecedores da bioética, possam assim se sentir seguros para um não investimento no conhecimento da disciplina.

#### 4.2.3.5 Quanto à importância da disciplina de Bioética (Questionário B)

Esta questão foi apresentada apenas aos alunos de sexto ano.

Quando questionados se consideravam a disciplina de Bioética importante para sua formação 97% (63 respostas) considerou a disciplina importante (Tabela 23).

**Tabela 23. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à Importância da Bioética para a formação do aluno. Questão 29.**

| IMPORTÂNCIA DA BIOÉTICA | TOTAL     |            |
|-------------------------|-----------|------------|
|                         | f(n)      | p(%)       |
| Não                     | 2         | 3          |
| Sim                     | 63        | 97         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>65</b> | <b>100</b> |

Cortina (2003, p.14) declara que, a “Ética e moral distinguem-se simplesmente no sentido de que, enquanto a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e dos indivíduos, e não foi inventada pelos filósofos, a ética é um saber filosófico”. Ou, buscando-se ainda maior clareza, pode-se dizer que a moral se refere às normas de conduta vigentes em dada sociedade (portanto, intuitivas e "vindas de fora" do indivíduo) e que a ética se refere às normas de condutas resultantes do exercício da razão crítica.

As distinções apresentadas - ponderando sobre a diferenciação entre ética e moral têm marcante implicação nas questões pedagógicas pertinentes ao ensino de

ética. Tais caracterizações têm influência na própria compreensão sobre o que é a competência moral e o que é uma competência em ética ou bioética.

Em princípio, todo indivíduo é capaz de realizar julgamentos morais, capacidade esta que se desenvolverá mais ou menos de acordo com as características e as oportunidades de interação dos sujeitos com o seu meio. Kohlberg definiu competência do juízo moral como a capacidade de tomar decisões e julgar moralmente, isto é, baseado em princípios internos e agir de acordo com tais juízos. Assim, reconhece-se que a capacidade de realizar julgamentos morais - ou seja, de avaliar se determinado ato é correto ou não, justo ou não - independe de uma formação disciplinar em filosofia ou, mais especificamente, em ética (TAQUETE, 2005).

É importante ter a compreensão de que a evolução natural do raciocínio moral que surge com maturidade e educação, inclui medidas pedagógicas tomadas para promover as competências éticas. Estas competências poderão auxiliar e atender o estudante em uma possível indiferença e degradação sobre sua formação moral, fato que se observa durante a formação médica (PATENAUDE; NIYONSENGA; FAFARD, 2003). Esta constatação nos leva a perguntar se um currículo oculto existe na estrutura da educação médica que inibe em vez de facilitar o desenvolvimento do raciocínio moral.

Isto evidencia que muitos médicos acabam por não saber articular esses dois saberes. Porém, questões que envolvem ética e bioética são bem mais amplas e candentes do que as discutidas no âmbito da ética médica tradicional.

Silva com muita propriedade diz que

[...] é, pois, imperativo que as faculdades de Medicina substituam o paradigma hospitalocêntrico, que sobrepõe o saber técnico-científico ao saber ético-humanístico, por outro que considere a técnica e a ética como elementos igualmente fundamentais para a formação do futuro profissional médico; um paradigma educacional que entenda o profissional e o cidadão como aspectos indissociáveis de um mesmo ser humano em permanente desenvolvimento e que, para entender e fazer-se entender no contexto contemporâneo e futuro, precisa, sobretudo, de consciência sobre si e sobre os outros. (SILVA, 2009, p.136).

Neste sentido, o ensino de bioética tem, no bojo de sua função social, um duplo desafio pedagógico: prover o estudante, instrumentalizando-o da chamada caixa de ferramentas da bioética e promover, com este estudante, a prática da reflexão crítica permanente acerca dos conflitos morais com os quais, provavelmente, há de se deparar no seu fazer em saúde (SILVA; RIBEIRO, 2009). E isto é muito importante.

TAQUETTE (2005) adverte que a escola médica deveria ser um espaço em que os problemas éticos fossem discutidos, proporcionando o desenvolvimento da capacidade dos alunos em lidar com problemas do campo da moral, problemas aos quais eles inevitavelmente irão se deparar durante sua prática profissional. Taquete (2005, p.24) acrescenta que o atual modelo de ensino da medicina não enfatiza este aprendizado.

O objetivo primeiro do ensino de Bioética deve ser proporcionar ao estudante condições teóricas e práticas suficientes ao autodesenvolvimento moral, principalmente no que tange à sua capacidade de agir com autonomia crítica no mundo da vida e no mundo do trabalho, consciente de si mesmo e dos outros, o que pressupõe uma competência para identificar e discernir interesses morais individuais (autonomia) e interesses morais coletivos (heteronomia) além de sua condição permanente de indivíduo socialmente inacabado (SILVA, 2009).

Junges e Zoboli (2004, p. 1058) ressaltam que “a deliberação moral requer escuta atenta; esforço para compreender a situação do caso; argumentos razoáveis para justificar os possíveis cursos de ação e a escolha feita; ajuda e orientação aos responsáveis pela decisão, que são os diretamente envolvidos no problema ético”.

Para Piaget e Kohlberg faz-se necessário o conflito cognitivo, ou seja, que hajam situações eticamente conflituosas que superem o "próprio estágio de desenvolvimento moral" do indivíduo (TAQUETE, 2005), que seria um estímulo perturbador do equilíbrio intelectual do estudante levando-o à percepção da limitação de seu raciocínio. Para tanto, o aluno e futuro médico precisa reconhecer as situações eticamente conflituosas para aplicar o seu conhecimento. Saber para observar na prática profissional. Aprender com a experiência (WINNICOTT, 1982).

Ramos-Cerqueira e Lima entendem que

[...] No momento em que as escolas médicas encontram-se estimuladas a rever seus projetos pedagógicos, quer pela divulgação das diretrizes curriculares, quer pelos estímulos que os ministérios da Educação e da Saúde estão oferecendo, é fundamental que se reflita sobre a construção da subjetividade desse profissional. As reformas curriculares e a busca de novas técnicas pedagógicas são fundamentais, contudo podem ser insuficientes para auxiliar os alunos a elaborar a diversidade de embates afetivos com os quais irão lidar. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA 2002, p.115)

Silva e Ribeiro (2009, p.141) acreditam que o desafio da formação moral do estudante de Medicina é sair de um ensino onde a ética médica é orientada

[...] por objetivos educacionais, disciplinar com conteúdos éticos tradicionais e ênfase no técnico-instrumental em detrimento do ético-humanista”, para um “ensino de bioética orientado por competências, interdisciplinar e com conteúdos bioéticos atuais, trabalhados transversalmente, com ênfase tanto no campo técnico-científico como no crítico-humanístico da transição conceitual.

Não basta à Bioética, portanto, a mera explanação sobre conceitos abstratos e normatizações de conduta corporativa, como realizado, por muito tempo, pela disciplina de deontologia médica

Com a implantação da organização curricular preconizada pelo Relatório Flexner, em 1910, caracterizada principalmente pela formação hospitalocêntrica e pela fragmentação do saber, houve uma redução dos espaços de discussão sobre as questões morais e valorativas inerentes ao fazer em saúde. Estas questões decorrem das constantes transformações pelas quais passam as relações entre os indivíduos, os grupos e a sociedade (SILVA; RIBEIRO, 2002).

No Brasil, desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), homologadas pelo Ministério da Educação para orientar o desenvolvimento das competências durante a formação médica, indicam como os futuros profissionais médicos deverão atuar no que se refere ao seu comportamento moral. Entretanto, apesar do prazo de três anos para o cumprimento deste dispositivo legal, somente em 2005, durante o VI Congresso Brasileiro de Bioética, no qual se realizou paralelamente o I Fórum Brasileiro de Educação em Bioética - evento precursor que tratou especificamente das questões relativas à prática de ensino da bioética - discutiram-se experiências de inclusão dos conteúdos nos currículos dos três níveis de ensino (fundamental, médio e superior). Estas sucessivas reestruturações dos valores acabam por exigir, na prática do profissional médico, uma abordagem que

implica permanente atualização crítica de suas competências científicas (saber), técnicas (saber fazer) e morais (saber conviver) (REGO, 2005).

Para Rego, a formação ética não é um subproduto da formação médica, e faz-se necessário adotar a noção de competência enquanto orientadora da formação moral oferecida pelo ensino médico no Brasil, pois não é mais possível que se apresente ao aluno uma formação médica insuficiente, incapaz de formar indivíduos com a adequada competência ética (REGO, 2005).

Ainda no pensamento de Silva (2009) é importante ressaltar aqui que a competência (no singular) é assumida não como a capacidade ou potência, mas sim como a atuação em, onde, uma vez que o indivíduo encontra-se diante de uma situação desafiadora irá mobilizar e adaptar os atributos, recursos, conhecimentos, habilidades, o conjunto das competências (no plural) que se fizerem necessárias para a solução, ou deliberação do problema apresentado.

De forma geral, os dispositivos legais e legítimos para a sua efetiva implementação já estão disponíveis, entre os quais se destacam a Declaração Universal de Direitos Humanos e Bioética (DUDHB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) MEC (SILVA, 2009). Mas, ainda temos que dizer que o ensino de bioética é um desafio para a educação brasileira

Schramm (2004) entende a bioética como disciplina, e diz que ela preocupa-se em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e bem-estar dos humanos, outros seres vivos e a qualidade de seus ambientes, e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores.

Para Kottow (1995), considerando-se de forma específica, mas não só, o campo da saúde pública, defende-se hoje que a "proteção" seja o princípio norteador das análises e decisões a serem tomadas. Ao considerar as ações humanas em termos morais, duas funções podem ser pensadas como inerentes à disciplina: a descritiva e a normativa, que permitem, respectivamente, explicitar os conflitos e propor a melhor forma de agir diante deles.

Muitas pessoas julgam que o comportamento ético de um médico (ou de qualquer outro profissional) está diretamente relacionado à sua competência técnica, como se a competência técnica levasse a uma valoração moral daquele ato (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Transcendendo horizontalmente a mera questão de prescrever as melhores condutas nas atividades profissionais, a bioética inclui, em seu corpo teórico-prático, outros referenciais, como autonomia, justiça, proteção e compaixão (somente para citar alguns), aproximando-se mais do homem e da perspectiva do tornar-se homem - ou seja, do humanizar-se -, não o considerando apenas como paciente, mas se mantendo atento à sua complexa inscrição no mundo, aspecto extremamente significativo no atual processo de trabalho em saúde (TAQUETE, 2005).

Assumir que o ensino de bioética pode atuar essencialmente como via de desenvolvimento da competência moral, é perceber a característica da bioética de ser uma ética aplicada aos conflitos e problemas morais da contemporaneidade, portanto, uma ética prática e relacionada à ação.

A integração completa da ética e da lei de ensino dentro do currículo é recomendada, particularmente durante os anos de clínica. Isto tem implicações na formação para todos os professores médicos e estudantes envolvidos no processo (GOLDIE et al., 2004).

Portanto, o objetivo primeiro do ensino de bioética deve ser proporcionar ao estudante condições teóricas e práticas suficientes ao autodesenvolvimento moral, principalmente no que tange à sua capacidade de agir com autonomia crítica no mundo da vida e no mundo do trabalho, consciente de si mesmo e dos outros, o que pressupõe uma competência para identificar e discernir interesses morais individuais (autonomia) e interesses morais coletivos (heteronomia) além de sua condição permanente de indivíduo socialmente inacabado (SILVA, 2009).

Silva e Ribeiro acreditam que o desafio da formação moral do estudante de Medicina é sair de um ensino onde a ética médica é orientada

[...] por objetivos educacionais, disciplinar com conteúdos éticos tradicionais e ênfase no técnico-instrumental em detrimento do ético-humanista”, para um “ensino de bioética orientado por competências, interdisciplinar e com conteúdos bioéticos atuais, trabalhados

transversalmente, com ênfase tanto no campo técnico-científico como no crítico-humanístico da transição conceitual. (SILVA; Ribeiro 2009, p.141).

Olukoya et al. (1983) em um estudo com alunos de medicina, demonstraram que 88% dos estudantes acreditavam que a ética médica tinha lugar em seus currículos, e 84% responderam que para uma boa prática clínica é muito importante que houvesse a disciplina de ética.

Siqueira, Sakai e Eisele (2002), ao compararem o ensino da ética em dois modelos adotados no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) – no modelo anterior a ética foi ministrada pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia, e no modelo posterior (PBL) pela disciplina de Deontologia e Bioética – indicaram que 84,5% dos estudantes aprovavam a inserção da disciplina de Deontologia e Bioética na grade curricular do novo modelo de ensino.

Ao serem perguntados sobre a importância atribuída à disciplina ética médica, na pesquisa de Almeida et al. (2008), a média de importância, numa escala de 1 a 5, foi de 4,5 indicando que os alunos entendem como de grande importância a disciplina de Bioética.

Cada dia mais, a importância atribuída a esta disciplina tem crescido, e a tendência é que o ensino de ética médica seja ampliado para todo o curso médico, enfatizando as discussões de tópicos éticos e legais controversos (GOLDIE et al, 2004).

Em nosso estudo, 97% dos estudantes (63 respostas), consideram importante a disciplina de Bioética na graduação de medicina, confirmando pesquisas anteriormente citadas. Podemos inferir, que ao longo de sua formação, o estudante vai se defrontando e percebendo a necessidade de refletir as questões bioéticas que vão se apresentando.

Porém, na percepção dos alunos numa graduação de importância das disciplinas ofertadas, o estudo da Bioética tem uma relevância menor do que as demais disciplinas práticas e mais urgentes.



#### 4.2.3.6 Quanto ao profissional que deve ser o professor de Bioética (Questionário B)

Os alunos que responderam à pesquisa dividem seus posicionamentos sobre qual profissional deve ser o professor da disciplina de Ética/Bioética, sendo que 37% (28 respostas) pensa que deveriam ser somente médicos, e 41% (31 respostas) acredita que possa ser profissional de qualquer área com formação para tal (Tabela 24).

**Tabela 24. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao profissional professor da disciplina de Ética/Bioética. Questão 30 do questionário B.**

| PROFISSIONAL                    | TOTAL     |            |
|---------------------------------|-----------|------------|
|                                 | f(n)      | p(%)       |
| <b>Área da saúde</b>            |           |            |
| Não                             | 61        | 81         |
| Sim                             | 14        | 19         |
| <b>Somente médicos</b>          |           |            |
| Não                             | 47        | 63         |
| Sim                             | 28        | 37         |
| <b>Área de ciências humanas</b> |           |            |
| Não                             | 67        | 89         |
| Sim                             | 8         | 11         |
| <b>Qualquer formação</b>        |           |            |
| Não                             | 44        | 59         |
| Sim                             | 31        | 41         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>75</b> | <b>100</b> |

Para Siqueira (2009) as discussões em ética e bioética devem ocupar todos os momentos possíveis da formação de profissionais da área médica e que, nesse sentido, ele entende que

[...] o ensino de ética/bioética nos cursos de medicina está atrasado em relação às reais necessidades do momento de evolução da sociedade, pois reluta em abandonar as raízes deontológicas, enquanto a atualidade pede soluções construídas a partir de proposições intersubjetivas, moldadas em relação professor-aluno mais simétrica e cooperativa (SIQUEIRA, 2009, p.12).

Segundo Siqueira (2000), o docente responsável pela disciplina de Bioética deveria recorrer à colaboração de outros profissionais, de outras áreas do conhecimento, como filósofos, sociólogos, historiadores e antropólogos, alicerçando assim, a multidisciplinaridade da disciplina.

Em uma pesquisa realizada por Mattick e Bligh (2006) no Reino Unido, com o objetivo de descrever e avaliar como a ética estava sendo ensinada, em geral um pequeno número de professores era dedicado à docência da disciplina. De 22 escolas pesquisadas, 11 identificaram um único professor que coordenou o ensino da ética durante o curso de graduação, cinco identificaram dois professores e quatro identificaram um grupo de pessoas, que em sua maioria, eram médicos com experiência em cuidados primários ou secundários de saúde.

Lehmann et al. (2004) em uma pesquisa com escolas americanas e canadenses, identificaram como um dos principais fatores que dificultavam a inserção da disciplina de bioética, a falta de professores qualificados, bem como, uma falta de tempo nos horários de professores que pudessem assumir a disciplina. Os autores chamaram a atenção para a variação de conteúdo que tem surgido constantemente, a necessidade de aprimoramento e atualização desses professores, entendendo que os progressos na educação ética podem depender da disposição das instituições para dedicarem mais tempo curricular e financiamento para o ensino da ética médica.

Em 1998, o Consenso do Reino Unido para o ensino de ética médica e direito nas escolas médicas britânicas já recomendava a presença de [...] pelo menos um docente de elevada qualificação em direito e ética, com relevante expertise acadêmica e profissional, em tempo integral, para prover e coordenar as atividades educacionais (DANTAS; SOUZA, 2008).

Dantas e Souza (2008), ao realizarem um estudo sobre o ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras, perceberam que, apesar da pequena carga horária das disciplinas de ética e bioética nas escolas médicas brasileiras e do reduzido número de docentes envolvidos diretamente com a disciplina, observa-se uma crescente mudança no perfil dos docentes e departamentos envolvidos no ensino da ética médica e bioética, sinalizando um maior interesse dos médicos com experiência clínica para a área.

Figueiredo (2011) fez uma importante pesquisa sobre o perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil, e verificou que existe uma carência de profissionais qualificados para a docência de Bioética, pois de acordo com seu parecer

[...] para lidar com todos os temas que envolvem valores, costumes, direitos, limites, responsabilidade social, nos quais a ciência, a vida e a ética interagem entre si, é indispensável, além da qualificação e formação multidisciplinar, considerar entre os atributos do perfil pessoal-profissional inerentes ao processo pedagógico a maturidade intelectual, humana, profissional e acadêmica. (FIGUEIREDO, 2011, p.168).

De acordo com estudo de Figueiredo (2011) a maioria dos docentes é oriundo da área médica, tanto em relação à formação universitária (46,88%) quanto à titulação acadêmica (22,92%). Observou, porém a presença de professores com formação em várias áreas de conhecimento ( enfermagem, odontologia, genética, filosofia, nutrição, psicologia, dentre outras). De acordo com o estudo do autor, 13 professores (13,53%) possuem formação específica nos graus de especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado nas áreas de concentração em Filosofia, Ética e Bioética. A respeito da titulação específica na área da Filosofia, Ética ou Bioética, um grupo significativo de professores não tem formação básica ou qualificação acadêmica nessas áreas. Verificou ainda, que um número significativo de docentes não possui experiência prática em Comitês de Ética (78,13% ou 75 respostas).

Este estudo de Figueiredo (2011), é importante para nossa discussão, mesmo que tenha sido feito com docentes de pós-graduação, pois nos dá idéia de qual profissional ministra a disciplina de Bioética na graduação.

Em nossa pesquisa, as respostas apontam para a aceitação da multidisciplinaridade, mas também para a fundamentação científica específica. Isto revela que os estudantes percebem, independente de qual área seja o profissional, a necessidade de maior qualificação deste profissional para ministrar a disciplina de Bioética.

#### **4.2.4 Quanto ao início de vida por período pesquisado – primeiro e sexto anos de medicina**

A pesquisa investigou alunos em início de curso de medicina (primeiro ano) e alunos do último ano. O motivo para definição desta amostragem foi tentar identificar se há diferença de pensamento do estudante de medicina sobre questões bioéticas a partir do conteúdo recebido ao longo do curso.

É importante ressaltar que não se trata do mesmo grupo pesquisado no primeiro e no último ano, mas de grupos distintos. Esta particularidade pode gerar distorções na conclusão.

Todavia, a similaridade do pensamento em todo o grupo amostral demonstra um padrão que afasta consistentemente esta possibilidade. O fator mais importante para sustentar esta tese, é o fato de que em todo o questionário, apenas em quatro questões, duas sobre início de vida e duas sobre fim de vida, houve significância na diferença em respostas para o grupo constituído por alunos de primeiro ano para aqueles de fim de ano.

Especificamente, as questões sobre início de vida que apresentaram diferença significativa nas respostas entre os dois segmentos de amostras: com relação à mãe que cede o útero (questão 4) e descarte de embriões supranumerários (questão 7)

Os temas e resultados serão discutidos a seguir.

#### 4.2.4.1 Quanto à Reprodução Assistida - Mãe que cede o útero

O resultado da pesquisa indica que, em relação aos estudantes que estão ingressando, estes se dividem sobre a remuneração da “mãe de aluguel” (49% a favor; 51% contra). Já os estudantes que estão concluindo o curso, 68% (52 respostas) são contrários a esta prática.

**Tabela 25. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à reprodução assistida – Remuneração de mãe que cede o útero /"mãe de aluguel"**

| MÃE DE ALUGUEL              | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|-----------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|                             | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Pode ser remunerada?</b> |             |            |            |            |            |            | 0,0074* |
| Não                         | 65          | 49         | 52         | 68         | 117        | 55         |         |
| Sim                         | 69          | 51         | 25         | 32         | 94         | 45         |         |
| <b>TOTAL</b>                | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |

Observa-se que os alunos têm a propensão de concordar com a remuneração para a mãe que cede o útero. Este é um entendimento que sugere a cessão do útero como um direito da sua proprietária. A mulher não é um todo, um ser pleno e completo, mas detentora de bens que podem ser oferecidos em aluguel. Seu corpo

deixa de ser sua materialização física para ser instrumento passível de valoração econômica. Daí o aluguel de uma parte do corpo por um período específico não ofende ética e moralmente a metade (51% ou 69 respostas) dos alunos ingressantes.

Já os de último ano, refutam esta possibilidade. Apenas 32% (25 respostas) aceitam o mesmo princípio. A diferença sugere que os conteúdos sobre Ética e Bioética recebidos ao longo do curso refletiram na mudança de pensamento sobre estas questões, no grupo amostral dos alunos de último ano (Tabela 25).

Podemos dizer que a somatória dos conhecimentos que ele adquire ao longo do curso, permite-lhe durante o processo fazer uma nova reflexão, e portanto, tomar um posicionamento diferente diante destas questões.

Na Figura 1 podemos observar os resultados que se apresentam na Tabela 25.

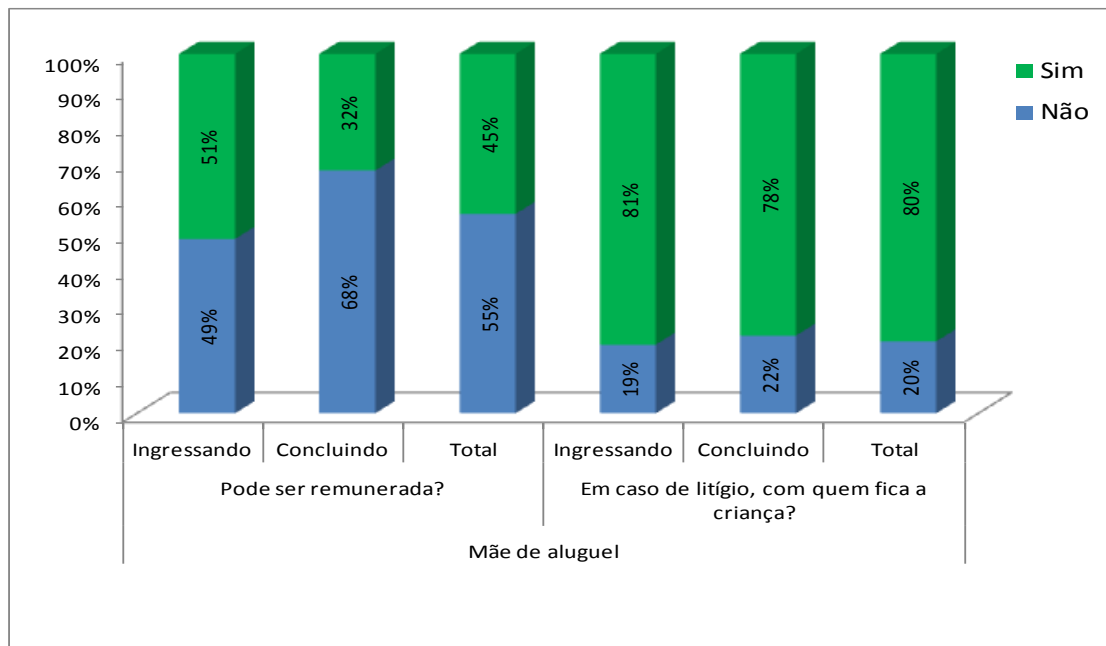


Figura 1. Reprodução assistida - mãe que cede o útero.

#### 4.2.4.2 Quanto à Reprodução Assistida - Embriões Supranumerários

Não observamos significância ( $p=0,0167$ ) nas questões sobre embriões supranumerários por período cursado na graduação. Sobre o descarte imediato dos

embriões supranumerários, os alunos de primeiro ano não são favoráveis ao descarte imediato (88% ou 118 respostas). Quanto aos alunos que estão em fim de curso, o número relativo cai para 75% ou 58 respostas (Tabela 26).

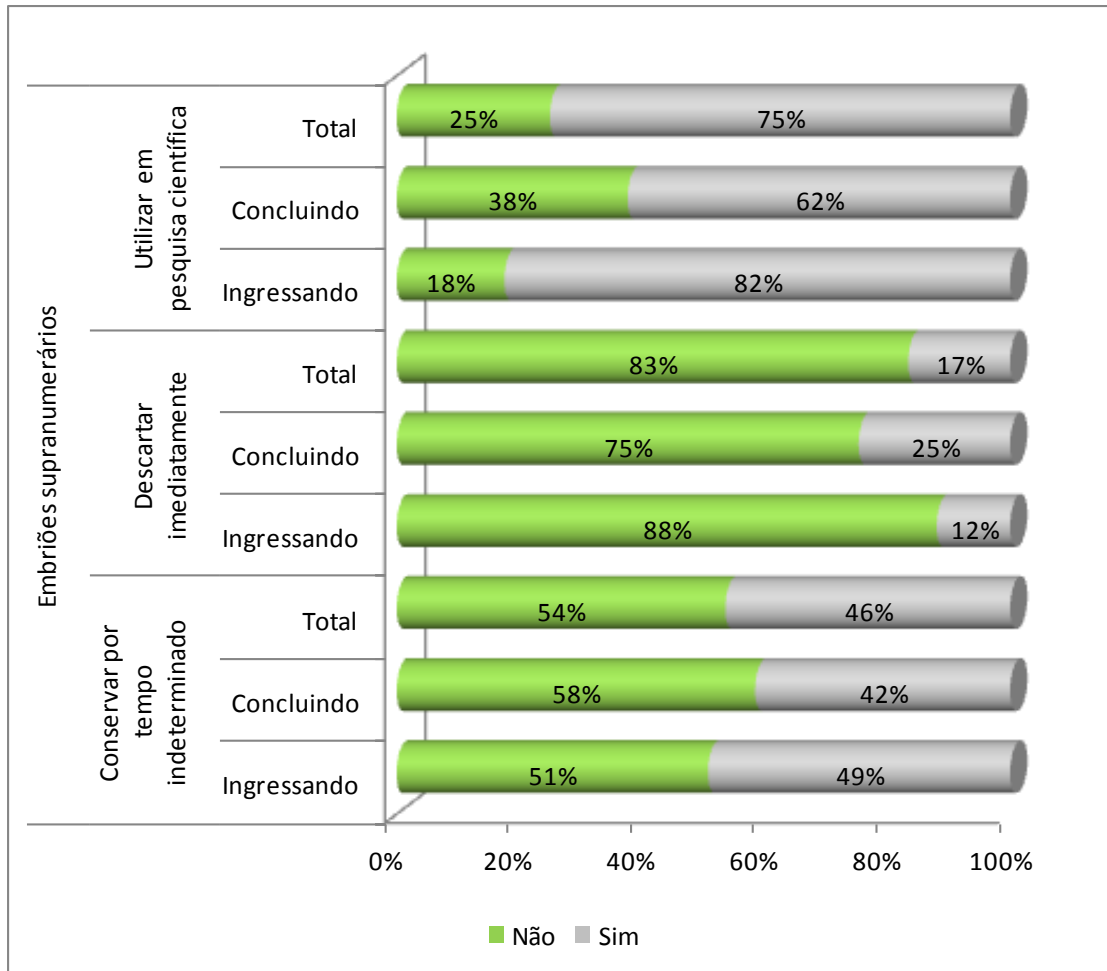
**Tabela 26. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto aos embriões supranumerários por período que cursa na graduação.**

| EMBRIÕES SUPRANUMERÁRIOS               | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|--|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|  | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Descartar imediatamente</b>         |             |            |            |            |            |            | 0,0167* |
| Não                                    | 118         | 88         | 58         | 75         | 176        | 83         |         |
| Sim                                    | 16          | 12         | 19         | 25         | 35         | 17         |         |
| <b>Total</b>                           | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Utilizar em pesquisa científica</b> |             |            |            |            |            |            | 0,0012* |
| Não                                    | 23          | 18         | 29         | 38         | 52         | 25         |         |
| Sim                                    | 108         | 82         | 48         | 62         | 156        | 75         |         |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>131</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |         |

Aqui surge uma aparente contradição. Os alunos de primeiro ano são mais resistentes ao descarte dos embriões supranumerários, e os de último ano, que receberam conteúdo sobre Ética e Bioética, mantêm um pequeno aumento no número dos que concordam no descarte imediato de embriões.

O interessante, é que, ao responder sobre a possibilidade de se utilizar estes embriões em pesquisas científicas, a diminuição na tolerância do grupo pesquisado a estas questões é bem objetiva. Enquanto 82% (108 respostas) dos alunos de primeiro ano, onde  $p=0,0012$ , entendem que os embriões possam ser utilizados nas pesquisas científicas, nos alunos de último ano a porcentagem de favoráveis ao uso de embriões supranumerários em pesquisas cai para 62% (48 respostas). Ainda é uma maioria expressiva, mas não tão avassaladora quando a verificada entre os alunos de primeiro ano.

Abaixo, a Figura 2 representa o que a Tabela 26 demonstra, referente à questões dos embriões supranumerários, por período de graduação.



**Figura 2. Embriões supranumerários – período de graduação.**

#### **4.2.5 Quanto ao final de vida por período pesquisado – primeiro e sexto anos de medicina**

Ao investigar alunos em início de curso de medicina (primeiro ano) e alunos do final de curso (sexto ano) sobre questões bioéticas referentes ao final de vida, em todo o questionário, apenas em duas questões houve significância na diferença entre respostas.

Especificamente, as questões sobre final de vida que apresentaram diferença significativa nas respostas entre os dois segmentos de amostras foram: quanto ao local onde deve permanecer o paciente terminal (questão 12) e quanto à eutanásia (questões 13 e 14).

#### 4.2.5.1 Quanto ao local onde deve permanecer o paciente terminal

Observamos diferença significativa entre os períodos, com significância ( $p=0,0001$ ) nas questões sobre onde o paciente terminal deve ficar seus últimos dias. Os resultados indicam que, enquanto os alunos ingressantes do curso de medicina dividem seu posicionamento entre o paciente terminal permanecer na residência, permanecer internado em hospital ou em unidade específica fora do hospital (30% ou 38 respostas, 37%, ou 46 respostas e 33%, ou 41 respostas, respectivamente), grande parte dos alunos que estão concluindo o curso (68,5%, ou 52 respostas) entendem que o paciente terminal deve ficar em sua residência (Tabela 27).

**Tabela 27. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto ao local onde o paciente terminal deve ficar por período que cursa na graduação.**

| LOCAL                               | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor  |
|-------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
|                                     | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |          |
| Em sua residência                   | 38          | 30         | 52         | 68,5       | 90         | 45         | <0,0001* |
| Internado no hospital               | 46          | 37         | 10         | 13         | 56         | 28         |          |
| Unidade específica fora do hospital | 41          | 33         | 14         | 18,5       | 55         | 27         |          |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>125</b>  | <b>100</b> | <b>76</b>  | <b>100</b> | <b>201</b> | <b>100</b> |          |

O cuidado ao doente em fim de vida tem como questão primordial determinar qual o tratamento adequado em função das suas perspectivas biológicas e de suas circunstâncias pessoais e sociais. Os cuidados paliativos são os indicados e têm como meta proporcionar ao doente, família ou pessoa, significativas condições para que alcancem uma vida digna.

O doente em fim de vida geralmente passa grande parte do último ano de vida em casa, embora 90% passe algum tempo no hospital, onde ocorrem cerca de 55% de todas as mortes. Grande parte destas ocorrências deve-se à excessiva tensão dos familiares, falta de apoio profissional, falta de referências principalmente à noite e ausência de equipamentos (GOMES, 2010).

Ribeiro (2006) mostrou que os estudantes do curso de medicina da UFMG apresentaram atitudes mais voltadas para o paciente no final do curso, se comparadas ao início.



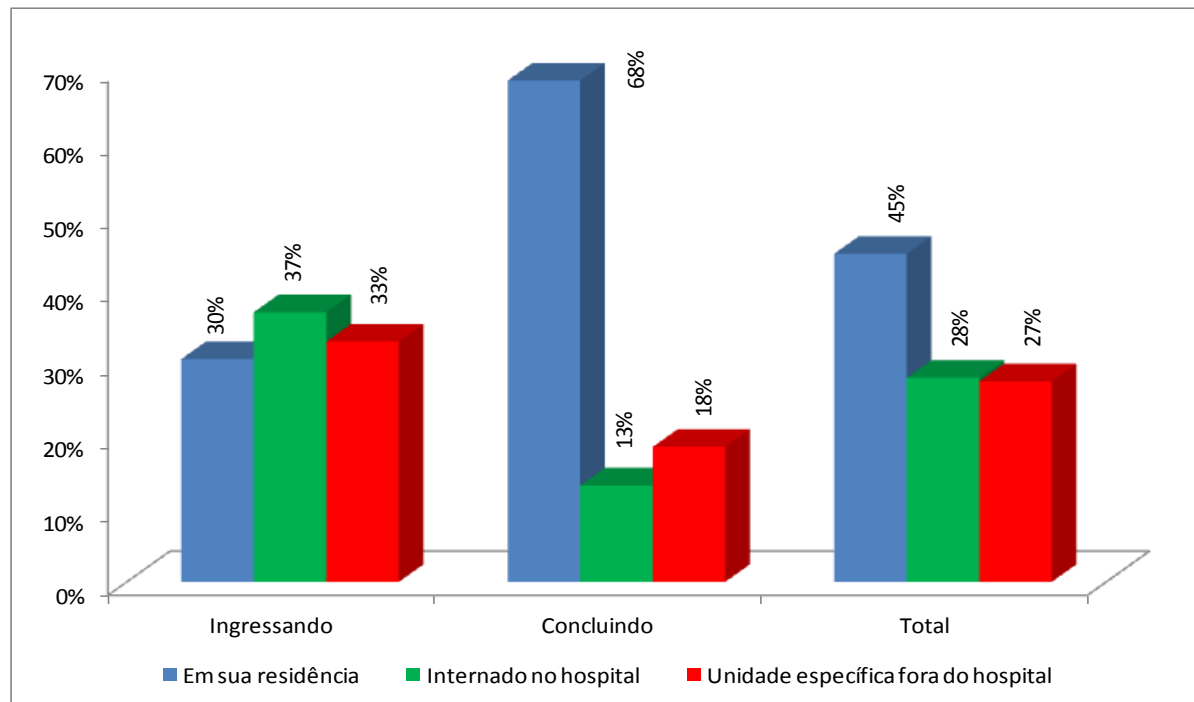
Em escolas médicas no Canadá, Haas e Shaffir (1987) chamam a atenção para a transformação do idealismo do estudante, que compreende emoção, empatia e respeito, em distanciamento emocional e racionalidade científica. A justificativa para isto é a crença no fato de as emoções poderem interferir com uma ação eficaz e com desempenho confiável. Aprende-se a objetivar primeiro pela necessidade de aprender medicina, depois para desenvolver segurança. Aspecto interessante citado é o fato de, na pesquisa dos autores, essas expectativas serem percebidas pelo estudante.

Em uma pesquisa, Pinheiro et al. (2011) mostraram que 98,2% de estudantes de primeiro ao sexto anos eram a favor de doentes terminais serem autorizados a morrer em casa.

Nosso estudo reforça o que os autores acima afirmam, indicando, neste ponto, conhecimento bioético e procedimentos mais voltados a resgatar a dignidade no fim da vida. Para estes estudantes o paciente terminal deve passar seus últimos dias com mais conforto afetivo junto aos seus familiares e seu ambiente.

Já para os estudantes de início de curso, percebe-se que ainda estão divididos, provavelmente por não terem entrado em contato com o tema proposto ou, por acreditarem no poder da ciência sobre a vida e a morte.

Na Figura 3, está representado o que a Tabela 27 nos mostrou.



**Figura 3. Respostas sobre onde o paciente terminal deve ficar.**

#### 4.2.5.2 Quanto à Eutanásia

Observa-se que há diferença significativa ( $p=0,0001$ ) entre as respostas do primeiro e do sexto ano, em relação à questão sobre a eutanásia passiva, sendo 43% (57 respostas) dos alunos do primeiro ano são favoráveis à eutanásia passiva, enquanto que no grupo dos alunos que estão concluindo o curso, 74% (56 respostas) deles são favoráveis à eutanásia passiva (Tabela 28).

Na mesma tabela, novamente encontramos uma diferença ( $p=0,0438$ ), quando os ingressantes são questionados o uso de sedativos fortes. Mesmo que isso possa levar ao óbito do paciente, 86% deles (ou 115 respostas) entende que é aceitável o risco do uso destes medicamentos. Já quanto aos alunos de último ano, esta maioria sobe para 95% (73 respostas).

**Tabela 28. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e Relativa (p-%) – Quanto à eutanásia - período que cursa na graduação.**

| VOCÊ É A FAVOR DE              | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor  |
|--------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
|                                | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |          |
| <b>Eutanásia passiva</b>       |             |            |            |            |            |            | <0,0001* |
| Não                            | 75          | 57         | 20         | 26         | 95         | 46         |          |
| Sim                            | 57          | 43         | 56         | 74         | 113        | 54         |          |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>132</b>  | <b>100</b> | <b>76</b>  | <b>100</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |          |
| <b>Uso de sedativos fortes</b> |             |            |            |            |            |            | 0,0438*  |
| Não                            | 19          | 14         | 4          | 5          | 23         | 11         |          |
| Sim                            | 115         | 86         | 73         | 95         | 188        | 89         |          |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |          |

Em um estudo realizado por Marta et. al. (2009) com relação à prática da eutanásia, mostraram divergência de opiniões dois grupos de estudo ( $p = 0,0281$ ). Constatou-se que 35% de residentes e 58% de alunos são favoráveis à prática da eutanásia seja a pedido do paciente (R - 25%; A - 42%), da família (R - 6%; A - 9%) ou indicada pelo médico (R - 4%; A - 7%). A falta de opinião a respeito do assunto foi de 25% (R) e 18% (A) da amostra.

Ahmed e Kheir realizaram um estudo visando investigar as atitudes dos estudantes de último ano de medicina da Universidade de Cartum em relação eutanásia. A taxa de resposta foi de 83,5%. A maioria (71,1%) opuseram-se a eutanásia, 76,8% dos estudantes afirmou fortes preocupações religiosas paea seu posicionamento. As razões para sua decisão incluíram motivos religiosos, a consideração ética e medo de mau uso. Ainda afirmaram que as razões de sua tinham relação posição com os sofrimentos insuportáveis dos pacientes e assim, acreditavam que deviam respeitar a sua vontade e dignidade. Neste estudo, os estudantes foram em geral opostos à eutanásia, mas expressaram sua vontade de participar na debate internacional sobre a eutanásia.

Pinheiro et al. (2011) ao fazerem uma análise, a partir de uma pesquisa com estudantes de medicina do primeiro ao sexto anos, sobre lemas que envolvem o tratamento de doentes terminais e classificação moral de morte mostraram que a eutanásia foi aceita por cerca de 41% dos estudantes. No entanto, 75% não concorda que a eutanásia seja praticada por médicos no Brasil. Dos entrevistados, 7,7% aceitaram o uso de drogas para aliviar a dor, mesmo com possível efeito de

morte, e 27,6% concordaram com a interrupção do tratamento clínico fútil. Neste estudo, da amostra total de estudantes de medicina, 22,9% concordaram com modos de vida abreviar. Além disso, 27% reconheceu direito do paciente para instruir o médico sobre o modo de atuar no caso de uma condição terminal.

Pela análise dos dados da Tabela 28, pode-se inferir que a eutanásia passiva e o uso de sedativos fortes, são temas que encontram uma mesma posição dentre os alunos que estão concluindo a escola de medicina, sugerindo que estes temas foram abordados ao longo do curso.

De acordo com Marta et al. (2009) o futuro médico não tem, na maior parte de sua formação acadêmica, a possibilidade de discutir de modo adequado as suas dúvidas, dores e vivências com outros profissionais, professores e especialistas, pois há uma insuficiência de conteúdos teóricos na grade curricular e ausência de especialistas para clarear os conceitos e preconceitos sobre o tema.

Os médicos não se sentem preparados para conversar sobre o assunto e não conseguem lidar com o fato de que o pedido para morrer possa ter uma motivação ligada a um sofrimento intolerável - neste caso, o pedido para morrer seria, basicamente, para alívio. Pesquisa de Chochinov et al. (1995) indicou que 54% dos médicos entrevistados acham que o pedido é razoável, quando levam em conta o grau de sofrimento envolvido; entretanto, quando questionados sobre a possibilidade de, eles mesmos, realizarem o ato de apressar a morte, esta porcentagem cai para 33%.

Gruber et al. (2008) em outro estudo, na Chinese University of Hong Kong, concluíram que as atitudes dos estudantes de medicina frente ao fim de vida mudou durante a formação médica e diferiram significativamente dos estudantes de outros cursos. Neste estudo, os alunos de outros cursos e os alunos de medicina que estavam no início do curso sentiam que a ressuscitação cardiopulmonar deve ser sempre fornecida (84%), opinião que diverge dos alunos do quinto ano de medicina (somente 27% pensavam da mesma forma).

Interromper a terapia de suporte de vida foi mais aceita entre os estudantes de medicina dos últimos anos em comparação com estudantes de Medicina que

iniciavam o curso e alunos de outros cursos (41% no ano 5 ano x 22% no 1ano e 22 % alunos de outros cursos) (GRUBER, et, al. 2008).

No estudo de Gruber (2008), Uma proporção inesperadamente grande de alunos de demais cursos (64%) e estudantes de medicina do primeiro ano (50%) achou aceitável administrar doses fatais de medicamentos a pacientes com prognóstico limitado. A eutanásia foi menos aceita com mais anos de formação ( $p < 0,001$ ). Ao tomar decisões sobre limitação de suporte de vida, a terapia, os alunos optaram por envolver pacientes (98%), médicos (92%) e famílias (73%), mas alguns optaram por envolver os enfermeiros (38%).

Nosso estudo mostrou que os acadêmicos pesquisados apresentam respostas semelhantes, vindo a corroborar o pensamento sobre a eutanásia passiva, que também experimenta, nos alunos de último ano, um aumento na tolerância das práticas. Talvez, pela proximidade da morte, pelo contato diário com a dor e o aparente domínio de técnicas que aliviam este sofrimento, possam induzir este grupo de futuros médicos a aceitar maior risco na dosagem da medicação para a interrupção da dor do paciente.

Os dados da tabela 28 sugerem que, ao longo do curso e o contato diário com o sofrimento dos pacientes, os alunos tendem a aceitar a eutanásia passiva como possibilidade de interrupção da dor e do sofrimento. A iminência da morte sensibiliza, sugerem as respostas, os alunos que estão concluindo o curso.

Verificamos na Figura 4 os resultados apresentados na Tabela 28.

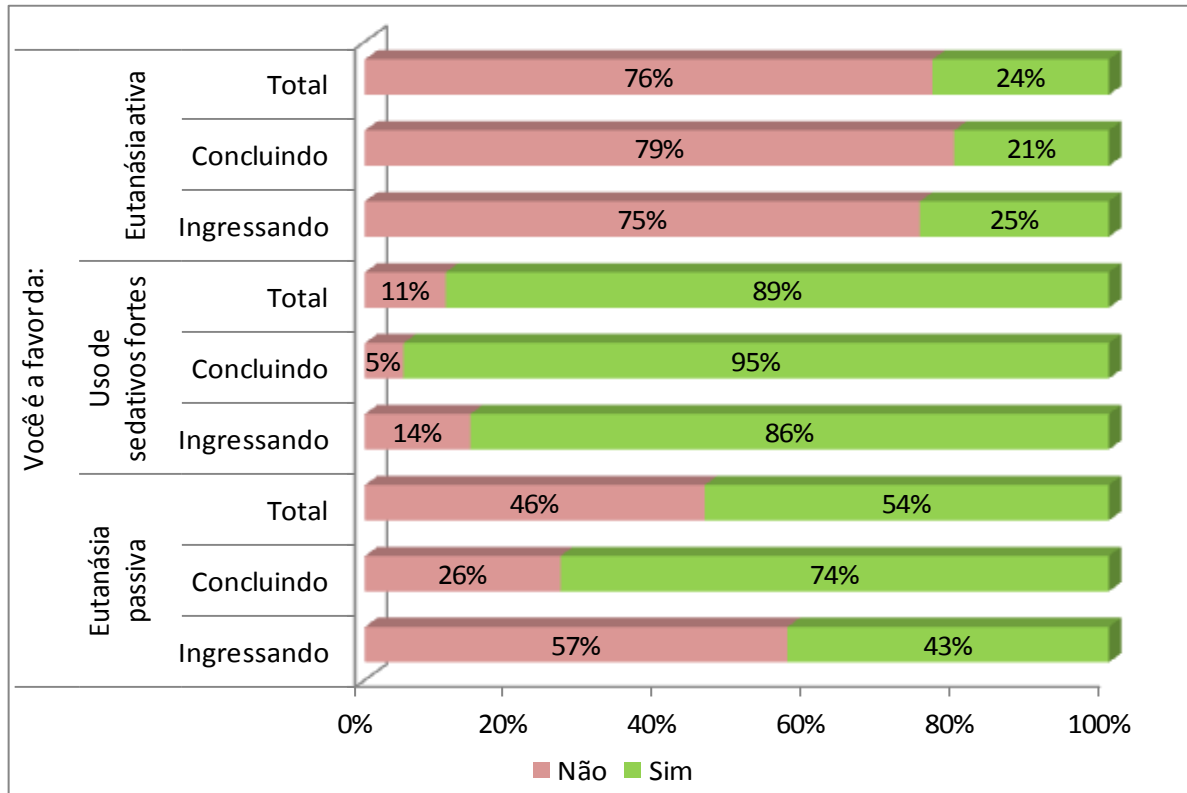


Figura 4. Procedimentos ao paciente em fase terminal.

#### 4.2.6 Quanto às questões bioéticas relacionadas ao início de vida - modelo de ensino

De acordo com o delineamento da pesquisa, somente os resultados significantes ( $p < 0,05$ ) são discutidos.

Foi realizado o cruzamento entre a variável modelo de ensino (Tradicional x PBL) com todas as questões abordadas. Aqui também foi utilizado o teste qui-quadrado (5% de significância).

No que se refere ao cruzamento entre modelos (Tradicional e PBL) sobre início de vida, os resultados significantes se apresentaram nos seguintes temas: descriminalização do aborto e conhecimento da identidade do casal receptor pelo casal doador de esperma e óvulos.

##### 4.2.6.1 Quanto ao Aborto

Observa-se que há diferença significativa ( $p = 0,0022$ ) entre as respostas do modelo de ensino PBL e Tradicional. O posicionamento dos alunos quanto à

questão da descriminalização do aborto dividiu-se entre os alunos do modelo PBL (47% são contrários à descriminalização do aborto e 53% são favoráveis) e no modelo Tradicional a maioria (83%) foi contra a descriminalização (Tabela 29).

**Tabela 29. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Quanto à descriminalização do aborto por modelo de ensino.**

| VOCÊ É A FAVOR                    | Mod. PBL  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|-----------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                   | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>aborto (descriminalização)</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,0022* |
| Não                               | 8         | 47         | 50               | 83         | 58        | 75         |         |
| Sim                               | 9         | 53         | 10               | 17         | 19        | 25         |         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |

Dallari (2009) refere-se ao aborto como um problema ético, onde a deontologia médica nacional tem se recusado a discutir o assunto e opta apenas por vedar a prática de atos proibidos pela legislação do País, exigindo dos médicos que cumpram legislação específica nos casos de abortamento, de acordo com os artigos 42 e 43 do Código de Ética Médica.

Em um estudo com alunos de Medicina e de Direito, Meira e Ferraz (1989) obtiveram um resultado de 48% e 49%, respectivamente, a favor da descriminalização do aborto.

Em outro estudo, foi investigado o posicionamento pessoal dos estudantes frente às leis do aborto e notou-se que 61% acreditam que o aborto deva ser legalizado em alguns casos, 28% acha que essa decisão convém ao casal tomar, 9% defende que o ato de abortar tem de ser proibido sempre e 2% se omitiram (SILVA e BIANCO, 2009).

A diferença observada entre os dois modelos pode estar relacionada ao modelo de cada instituição, sugerindo maiores discussões a respeito do tema, a descriminalização do aborto. Isto pode sugerir que os alunos do Modelo Tradicional trazem de maneira mais explícita conceitos morais acerca do aborto, que vão de encontro ao que anteriormente foi observado em relação à sua formação moral, no tocante à religiosidade.

A Figura 5 ilustra os resultados da Tabela 29.

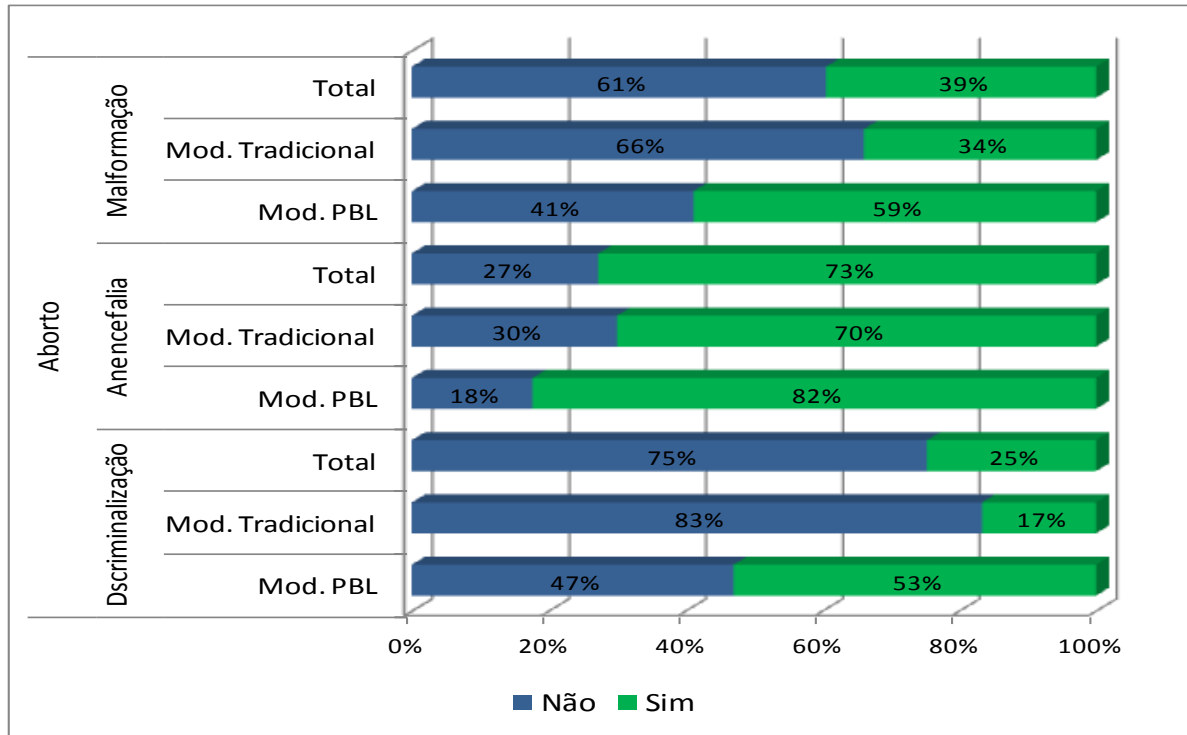


Figura 5. Descriminalização do aborto - modelo de ensino.

#### 4.2.6.2 Quanto à Reprodução Assistida – Identidade do casal doador e do casal receptor

Observa-se que há diferença significativa ( $p=0,0351$ ) entre as respostas do modelo de ensino PBL e Tradicional em relação à questão sobre o direito do nascituro em saber a identidade do casal doador, onde 71% dos alunos do modelo PBL entendem que o nascituro não tem esse direito e 58% dos alunos do modelo Tradicional defendem este direito (Tabela 30).

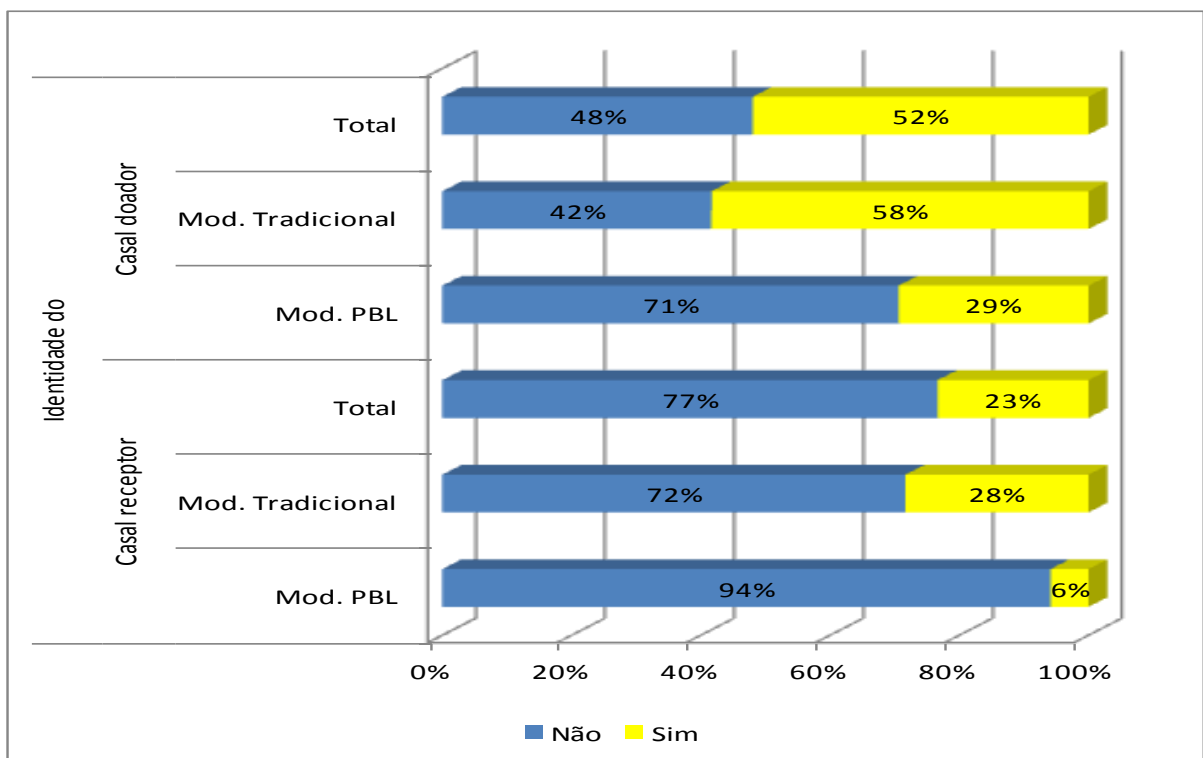


**Tabela 30. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida – Quanto à identidade do casal receptor ou casal doador.**

| IDENTIDADE DO       | Mod. PBL  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|---------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                     | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Casal doador</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,0351* |
| Não                 | 12        | 71         | 25               | 42         | 37        | 48         |         |
| Sim                 | 5         | 29         | 35               | 58         | 40        | 52         |         |
| <b>TOTAL</b>        | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |

O resultado sugere que a relação filial parece estar mais atrelada aos direitos do casal, desejoso do filho, que dos direitos do filho em saber sua origem. A realidade biológica, neste sentido, não se interpõe à relação filial, e o nascituro não aparece como sujeito participante desta reflexão.

Podemos verificar na Figura 6 os resultados apresentados na Tabela 30.



**Figura 6. Identidade do casal receptor ou casal doador.**

### 4.3 Considerações sobre dados qualitativos

As questões subjetivas da pesquisa buscaram instigar, provocar e escutar o que os estudantes de medicina das Universidades Estaduais do Paraná pensam sobre questões, tão complexas, relacionadas ao início e final de vida. Após leitura das respostas dadas por estes estudantes de medicina às questões abertas, percebemos que o tema da autonomia surgiu de maneira explícita ou como pano de fundo em seus posicionamentos.

A possibilidade de uma pessoa fazer uma escolha autônoma a respeito de sua vida, e as implicações que essas decisões terão na vida dos demais e, por assim dizer, na construção da sociedade como um todo, é uma discussão que pertence ao âmbito da bioética (DIAS et al., 2007).

A autonomia se refere à capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser o melhor para si, devendo possuir uma capacidade de compreensão, análise lógica (racionalização), bem como a habilidade para escolher entre várias hipóteses (deliberação) tendo como objetivo a decisão por uma delas (LOCH; GAUER; KIPPER, 2003).

O princípio de respeito à autonomia baseia-se na dignidade da pessoa humana e, em consequência, há um dever moral de tratar a pessoa como um fim em si mesma e nunca utilizá-la como um meio para atingir determinado objetivo. É o reconhecimento do direito da pessoa de ter opiniões e de agir segundo seus valores e convicções, de possuir um projeto de vida baseado em escolhas próprias (LOCH; GAUER; KIPPER, 2003).

Dias et al. (2007) salienta que no que se refere ao relacionamento da equipe de saúde com o paciente, o respeito ao princípio de autonomia favorece o diálogo, pois o entendimento e a confiança mútua podem permitir ao paciente dar seu consentimento para a realização de intervenções sobre seu corpo, que foram ou serão propostas pelo profissional com a intenção de melhorá-lo ou curá-lo. Portanto, é obrigação do profissional fornecer ao paciente ou à família a mais completa informação possível (desde que com responsabilidade), a fim de promover uma compreensão ampla e adequada do problema, discutindo opções diagnósticas e terapêuticas possíveis, e ajudando-o na escolha daquela que lhe é melhor.

Este processo é conhecido como consentimento informado, consentimento livre e esclarecido ou consentimento pós-informação. Pode ser definido como uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências (GAUER et al., 2006).

Existem circunstâncias especiais que limitam ou impedem a obtenção do consentimento informado: as situações de urgência, quando se necessita intervir e não se pode obtê-lo porque o doente está inconsciente ou em risco de vida; a obrigação legal de notificação de algumas doenças infecciosas às autoridades sanitárias; os casos em que a patologia ou as informações reveladas pelo paciente possam afetar gravemente a saúde ou a vida de outras pessoas, cuja identidade é conhecida – situação que obriga o médico a revelar dados confidenciais mesmo que o paciente não autorize; e quando o próprio paciente se recusa a receber esclarecimentos ou participar das decisões sobre seu tratamento (GAUER et al., 2006).

Os debates acerca do conceito de autonomia perpassam tanto os discursos políticos a respeito dos Direitos Humanos, como o entendimento de que seria ter direitos evidentes por si, não havendo necessidade de se justificá-los para além da convicção dos homens acerca de sua verdade, desde o séc XVII.

Esta noção de autonomia moral dos indivíduos, galgada em uma crença em igualdade, naturalidade e universalidade, decorre também de duas mudanças sutis nas noções de corpo e identidade: a ampliação da idéia de individualidade do corpo, que tornaria cada homem detentor de direitos sobre si; e a possibilidade de haver uma empatia imaginada entre psiques que, apesar de distintas, se percebem como integrantes de uma mesma humanidade (HUNT, 2005).

A forma mais arcaica de se utilizar a palavra autonomia, remonta à Antiguidade grega, na referência à perspectiva de autogoverno das (pólis = cidades-estado), surgidas por volta do século VIII a.C. (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Com a formulação moral sistemática de Kant, o conceito de autonomia moral ao indivíduo passou a ser aplicada como um "produto" (necessário) da modernidade burguesa e protestante, iniciada com o pensamento moderno e consolidada no projeto do Iluminismo (HUNT, 2005).

Para Kant (1966), a moralidade é a única condição capaz de tornar o homem, ser racional, um fim em si mesmo. Dotado de razão, constituído como sujeito moral (pessoa), é capaz de agir por dever, ou seja, respeitar a lei, na medida em que esta é universal. A moralidade é a relação das ações com a autonomia da vontade, e a ação que possa concordar com a autonomia da vontade é permitida, e a que dela discorde, é proibida. A vontade, cujas máximas concordem necessariamente com as leis da autonomia, é uma vontade santa, absolutamente boa.

O universalismo categórico da filosofia moral kantiana permaneceu até o final do século XIX, quando as censuras impostas por Schopenhauer, Nietzsche e Freud e, posteriormente, já no século XX, e a transformação da moral em ética aplicada (marcada pela "substituição" dos deveres absolutos por deveres *prima facie*), questionaram sua formulação. Ainda assim, a autonomia mantém-se como grande sonho e meta norteadora da construção da cidadania no século passado, no contexto das sociedades democráticas, laicas e plurais contemporâneas (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Boa parte da reflexão moral que vem sendo realizada nos últimos 40 anos acontece junto com o aparecimento da Bioética, que entende como *prima facie* o princípio de autonomia individual, que considera autônomo o indivíduo que escolhe um plano e age livremente de acordo com este (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

É importante que tenhamos em mente que no século XX, as reflexões e contestações aumentaram em relação ao que se entende por coletivismo, orientação que ressalta o cumprimento das obrigações com os demais, no sentido de seguir as determinações do grupo de pertença, o qual é considerado mais importante do que a própria pessoa em si, e individualismo, concepção que enfatiza a individualidade, tratada em termos de independência das demais pessoas e dos grupos, sem que haja constituição de um genuíno senso de pertencimento (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Os mesmos autores questionam como entender a autonomia, sem fundamentalismos e extremismos, a fim de que os sujeitos possam desempenhar sua (possível) autodeterminação no sentido de atingir as suas genuínas escolhas.

Engelhardt (1996) afirma que é dentro de comunidades morais particulares que vivemos e encontramos o verdadeiro significado da vida e a orientação moral concreta. É dentro dessas comunidades que temos uma bioética essencial.

Porém, vale lembrar que “a autoridade moral é o que nos resta para buscar um espaço no qual comunidades de compromissos morais notadamente incompatíveis possam pacificamente buscar suas visões particulares do bem e do florescimento humano com colaboradores dispostos”. (ENGELHARDT, 2012, p.70).

Buscando estar atentos ao exercício reflexivo que as questões sugerem, transcrevemos a seguir as questões e algumas das respostas subjetivas que nos pareceram mais expressivas.

#### **4.3.1 Questão 11. O que você pensa a respeito da seleção de sexo do embrião a ser implantado? (Questionários A e B)**

Quando questionados sobre o que o estudante pensa a respeito da seleção de sexo do embrião a ser implantado (Questão 11), os acadêmicos consultados demonstraram, por meio de respostas subjetivas, um razoável fundamento dos conceitos éticos. Sobre a seleção de sexo do embrião, há um conceito geral de que a técnica não deve ser aplicada por ofender o processo natural de vida e por representar uma discriminação em relação ao sexo dos embriões rejeitados. Não objetivamente, mas implícito nas respostas dos que são contrários a seleção de sexo dos embriões, está o entendimento de que o embrião já é uma vida e, portanto, deve ser preservado:

*“Respeito os casais que optam pela seleção, uma vez que desconheço as causas que levaram o casal a essa atitude. Contudo, eu não realizaria tal seleção se o embrião fosse meu descendente”.*

*“O equilíbrio de uma sociedade está garantido pelo acaso e pelos ciclos naturais. No momento em que se passa a escolher o sexo do indivíduo, ainda em estágio embrionário, a regularidade da natureza é comprometida, podendo provocar alterações de ordem social e biológica”.*

*“Os avanços científicos no campo da inseminação artificial são benéficos, porém, escolher o sexo do embrião foge da naturalidade, cria-se um comércio de ‘robôs’ feitos em laboratório, portanto, antiético”.*

*“Sou contra qualquer tipo de seleção e eugenia”.*

*“Em muitas culturas, as pessoas valorizam um sexo em detrimento do outro. Por essa razão, considero errado a seleção do sexo do embrião, já que isso poderia causar problemas na relação homem/mulher em uma população”.*

*“O aspecto “sexo” do bebê é irrelevante, e sua seleção não deve ser implantada”.*

*“Eu acredito ser algo desnecessário para mim, mas não vejo problemas na utilização desta técnica”.*

*“Uma espécie de eugenia discriminatória”.*

*“O casal devia se preocupar em criar o filho, e não em escolher o sexo do embrião”.*

*“Penso que o desejo de gerar um filho ultrapassa os limites da preferência pelo sexo. À medida que um casal decide pelo sexo de um filho, ele está deixando a preferência pela vida para transformar a escolha em produto”.*

*“Sou contra. O filho não é fruto de uma seleção do que é mais vantajoso para os pais”.*

*“É uma decisão que depende de cada casal, mas que para mim vai contra os princípios éticos”.*

Quando seccionada a pesquisa entre os acadêmicos de primeiro ano e aqueles de último ano, os fundamentos parecem melhor construídos. Mesmo a proporção daqueles que são contrários à seleção de embriões é maior entre os acadêmicos de fim de curso do que em relação aos de primeiro ano.

O resultado sugere que o aprendizado ao longo da instrução fortalece o domínio dos acadêmicos sobre questões de natureza ética. Podemos observar estes dados pelas respostas:

*“Sou contrário a qualquer tipo de eugenia ou escolhas de características no ser a ser gerado, por questões éticas e religiosas”.*

*“Não concordo, pois acredito que isso levaria a seleção de outras características e a consequências posteriores”.*

*“Preocupa-me a possibilidade de outras características serem selecionadas e novas formas de eugenia serem admitidas”.*

*“Sou contra. Acredito que o processo deve ser o mais natural possível”.*

*“Não concordo, pois logo vão começar a ser selecionadas outras características, como cor dos olhos, cabelos, manipulando totalmente a natureza”.*

*“Sou contra, pois teoricamente se assemelha ao natural não selecionar sexo. É um tipo de seleção não válida”.*

*“Não deve ser realizada, os processos de reprodução assistida devem procurar imitar ao máximo os processos naturais”.*

*“Eu penso que é atitude errada”.*

*“Contra, gera eugenia”.*

As respostas a seguir, coletadas dentre o grupo que concorda com a seleção de embriões apontam para o princípio ou referencial da autonomia, mas sem a noção do referencial no estudo bioético. Para esses acadêmicos, os embriões pertencem aos pais e é um direito deles escolher o destino que queiram. Percebe-se que para este grupo, a autonomia prevalece sobre a heteronomia e há um distanciamento dos conteúdos do princípio da dignidade humana:

*“Acredito que não seja errado que os pais desejem um sexo a outro e se o avanço tecnológico permite essa escolha ela pode ser utilizada sem problema algum”.*

*“Acredito ser um direito dos futuros pai e mãe do embrião”.*

*“Já que a evolução da ciência permitiu tal ação, é direito dos pais escolherem o sexo do bebê, caso queiram”.*

*“Uma atitude natural. O ser humano sempre teve atitudes relacionadas à escolha, então por que não escolher o sexo do filho?”.*

*“Aceitável, porém poderá alterar a maneira como os pais criam seus filhos...”*

*“Acredito que se os pais têm condições de pagar por este procedimento, deve ser feito, com a condição de não descartar os outros óvulos fecundados, usando-os para pesquisa, por exemplo”.*

*“A fim de influenciar e apoiar a pesquisa e o avanço científico, sou a favor. Além dessa medida evitar frustrações por não conseguirem ter tido filhos do sexo desejado, o que pode levar a um certo desprezo pelos filhos reais”.*

*“Pensando em livre escolha, acredito ser de direito do casal”.*

*“A critério dos futuros pais”.*

*“Concordo que os casais escolham o sexo do embrião. É direito deles.”*

*“É válido”.*

*“Não vejo problema”.*

*“Concordo com a possibilidade de escolha, no momento, já que uma parcela pequena tem acesso a esse tipo de seleção e não influencia de forma relevante na porcentagem entre homens e mulheres na população geral”.*

Embora minoritário, o grupo demonstra entender que o avanço da ciência, por si, é aval para a adoção das novas técnicas. O que é contestado por Gracia (2010, p. 431) que sustenta que “nem tudo o que é possível tecnicamente é eticamente correto”.

É importante ressaltar que há, dentre os favoráveis à seleção de sexo dos embriões, aqueles que a aceitam em caso de possibilidade de herança de doenças relacionadas ao sexo:

*“O casal poderia escolher o sexo, se essa escolha fosse de extrema importância como para evitar doenças influenciadas pelo sexo”.*

*“Penso que pode ser útil no caso de doenças hereditárias ligadas ao sexo”.*

*“Sou a favor em casos de pré-disposição genética a doenças influenciadas pelo sexo”.*

Para este segmento do grupo, havendo uma justificativa moral, como a possibilidade de evitar doenças aos futuros bebês, a seleção pode ser aceita. O grupo entende como um benefício para o casal e seu futuro filho, apontando para o entendimento do princípio da beneficência, tema com o qual os acadêmicos estão mais em contato ao longo da graduação.

Por fim, há no grupo pesquisado um subgrupo distinto de estudantes, que revelam não concordar com a seleção de sexo do embrião, mas respeitam a decisão dos pais. Estes estudantes revelam seus princípios morais, demonstrando contato com os conteúdos bioéticos, mas respeita o princípio da autonomia do casal:



*“Particularmente não gosto e não faria. Mas se os pais desejam, não acho necessário impedir”.*

*“Não considero a escolha um problema. Porém, se fosse o caso, acredito que preferiria não escolher o sexo de um futuro filho”.*

Apesar da maioria dos entrevistados ser contra a seleção do sexo do embrião, está presente no grupo com muita força a questão da autonomia. Para o subgrupo acima, existe a compreensão de que a autonomia prevalece sobre outras bases éticas que ele construiu ao longo do seu aprendizado.

**4.3.2 Questão 19 – Médico dá alta a paciente idoso, em estado grave, internado sob seus cuidados em enfermaria de hospital do interior, alegando que a doença do paciente não tem possibilidade de cura, para que o mesmo possa passar seus últimos momentos em casa de repouso onde vivia (asilo), sem o consentimento por escrito dos responsáveis pelo paciente (responsáveis pela Casa de Repouso). O que fazer? (Questionários A e B)**

Com esta pergunta, mais complexa do que as demais, teve-se como objetivo maior, obter-se dados sobre o que pensa o estudante de medicina quanto ao consentimento (como direito do paciente) e quanto ao comportamento do médico.

A indagação “o que fazer?” procurou instigar o aluno a se manifestar, exercendo seu espírito crítico.

As respostas, de um modo geral, evidenciam boa análise reflexiva dos alunos, sugerindo receptividade às discussões bioéticas.

Dentre as respostas estão as que são favoráveis à continuidade do internamento no hospital. Estas respostas sugerem que os estudantes entendem que todo recurso disponível deve ser utilizado para o bem do paciente, e que o hospital é um espaço que oferece melhores condições de vida para o paciente terminal:

*“O médico deve manter o paciente internado até que haja acordo entre as partes (paciente que quer voltar para casa de repouso e responsáveis que precisam autorizar o ato), buscando desempenhar sua função também social de auxiliar o estabelecimento do acordo”.*

*“O idoso deveria permanecer no hospital recebendo cuidados que, apesar de não levar à cura, iria aliviar a dor física e mental”.*

*“Como o paciente tem uma doença grave, acredito que o mesmo deveria ficar no hospital, pois somente neste lugar ele receberá os cuidados corretos, caso ocorra alguma coisa que possa piorar seu estado clínico”.*

*“Eu, como médico, manteria o paciente no hospital, a fim de manter sua vida utilizando-se dos mais variados métodos. Caso o doente não apresentasse melhoras, eu comunicaria os responsáveis sobre a situação ocorrida”.*

*“Os responsáveis devem conversar com o médico buscando manter a internação, e em caso de recusa procurar a direção do hospital, o secretário da saúde”.*

*“Manter o paciente no hospital até entrar em contato com os familiares”.*

*“Eu acho incorreto pois por se tratar de um idoso e em um estado debilitado de saúde, liberá-lo irá piorar ainda mais sua situação”.*

*“Tentar entrar em contato com a Casa de Repouso o mais rápido possível, caso ela não o aceite, manter o paciente no hospital, porém, em um quarto reservado sob cuidados especiais e livre para visitas”.*

*“Se não houver consentimento do responsável, acredito ser dever tanto do médico quanto da instituição hospitalar na qual ele esta, oferecer cuidados e acomodações”.*

*“O paciente deveria permanecer internado ou que na alta fosse esclarecida a situação do paciente aos cuidadores”.*

*“Reinternar o paciente”.*

*“O paciente deveria permanecer internado ou que na alta fosse esclarecida a situação do paciente aos cuidadores”.*

Um pequeno grupo entende que o paciente deve escolher onde ficar. Como a questão não deixava explícita a condição de consciência do paciente, os estudantes podem ter interpretado que o paciente teria condições de ser consultado e decidir sobre a questão, o que demonstra respeito à autonomia do paciente:

*“O paciente deve escolher (ou tem o direito de escolher) onde deseja passar seus últimos momentos de vida. Entretanto, um asilo não tem condições de recebê-lo, nem preparo para isso. Ele deveria permanecer no hospital se assim desejar”.*

*“Se possível, perguntar para o paciente o que ele deseja ou prefere. E caso não seja possível e se for para maior conforto do paciente utilizar de métodos legais”.*

*“Precisaria do consentimento do paciente para tomar tal atitude, sem o qual não seria possível tal conduta”.*

*“Verificar vontade do paciente (se possível), obter consentimento por escrito do paciente ou responsáveis, independente do que for decidido”.*

*“Se este é um desejo do paciente e os responsáveis pela casa preparados emocionalmente, não seria necessário um consentimento escrito, exceto por proteção do médico”.*

Outro grupo, acata a decisão do médico, por entender que, se o paciente está em um asilo, o médico pode ter maiores condições de saber o que seria melhor para o paciente:

*“Nesse caso, acho que a opinião do médico deve ser levada em consideração, mas sem o consentimento dos responsáveis ignorados”.*

*“Se o estado do paciente é terminal, tal situação é uma boa medida. Ou seja, como consta no Código de Ética Médica, é uma conduta aceitável dar alta a pacientes que não podem ser curados, de modo que sofram menos, junto de seus familiares, amigos, etc.”.*

*“Considero isso uma atitude coerente, desde que se tenha certeza do diagnóstico e prognóstico. A morte é algo natural, faz parte da vida. Caso o paciente realmente não tenha chances de cura (embora isso sempre possa estar fadado ao erro), deveria passar seus últimos momentos com seus entes queridos (o que, pelo caso apresentado fica em dúvida a situação). De qualquer forma, um caso assim deve ser investigado para afastar possibilidade de negligência (vale lembrar que obstinação terapêutica é tão danosa quanto isso)”.*

A grande maioria acredita que o médico necessita do consentimento dos responsáveis pelo paciente para tomar a decisão de enviá-lo, ou não, para o asilo para passar seus últimos dias. Este grupo parece entender que o médico deve respeitar a decisão de seu responsável:

*“Penso ser sempre necessário investir no paciente que possua prognóstico, mesmo em estado grave, com pelo menos a transferência para centros maiores. Se não for possível, deve-se discutir com o paciente e a família e sempre com seu consentimento tomar alguma conduta”.*

*“Solicitar reunião de internação domiciliar”.*

*“Os responsáveis precisam dar o consentimento para tal”.*

*“Formalizar tal consentimento”.*

*“Conduzir o consentimento”.*

*“Necessário consentimento da família e dos responsáveis pela instituição após esclarecimento do quadro ao paciente”.*

*“Deve haver consentimento, caso contrário, nada se pode fazer”.*

*“Se o idoso não tiver condições de decidir, os responsáveis devem escolher o que é melhor para ele”.*

*“Deve-se comunicar os responsáveis”.*

*“É necessário o consentimento”.*

*“O médico só pode dar a alta hospitalar com consentimento do paciente e dos responsáveis”.*

Um pequeno grupo indica maior contato com questões bioéticas relacionadas ao final de vida, no que concerne a deliberações, ao sugerirem que seria melhor reunir os responsáveis para deliberação do caso:

*“Melhor indicado seria dialogar com responsável pelo asilo, já que o ambiente hospitalar não seria o mais adequado para esse paciente. Mas há que se pensar na responsabilidade do asilo”.*

*“Em pacientes institucionalizados é necessário haver o consentimento, ou seja, tanto o médico como o serviço social ou órgão responsável por essa relação entre as instituições devem chegar a um consenso”.*

*“Entrar em contato com a família inicialmente, psicólogos e em conjunto familiarizarem-se dos prós e contras”.*

*“Tentar conciliar as opiniões do paciente, do médico responsável e dos responsáveis pelo paciente na casa de repouso”.*

Algumas respostas aparentam uma reação enérgica à decisão do médico, dizendo-se contrários e/ou com entendimento de que o médico cometeu uma infração ética:

*“Conduta inadequada. Deveria encaminhar para referência que possa oferecer opinião diversa”.*

*“Deve ser aberto processo judicial para investigar o caso, com provável punição do médico”.*

**4.3.3 Questão 20 - Os testamentos em vida envolvem a recusa de certos tratamentos médicos que têm como objetivo o prolongamento da vida; são feitos pelos pacientes quando conscientes, e deixados com outras pessoas para o momento em que for necessário, seja em caso de inconsciência, ou de qualquer outra impossibilidade de decisão. O que você pensa a respeito?**  
(Questionários A e B)

Começa a ser discutida no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina, a implantação de diretivas antecipadas ou testamentos de vida (PESSINI, 2011). Este fato, vem de encontro com o respeito à autonomia da pessoa, bem como à dignidade ao fim de vida, pois nada mais deve ser feito sem que a pessoa possa comunicar seu desejo.

Segundo Morin (1997), é nos atos e crenças diante da morte que o homem manifesta o que a vida tem de mais fundamental: “A consciência da morte não é algo inato, e sim produto de uma consciência que capta o real” (MORIN, 1997, p.61).

Com o desenvolvimento da medicina de alta tecnologia, a trajetória das doenças modificou-se, a vida e o processo de morrer prolongaram-se. Isso criou um novo modelo médico em que os profissionais têm de cuidar e conviver com pacientes gravemente enfermos, situação muitas vezes acompanhada de grande sofrimento, e muitas vezes isso faz com que essa sociedade trabalhe com a morte tentando tirá-la de seu cotidiano (MARTA et al., 2009).

O médico tornou-se o responsável por combater e vencer a morte; é o ser tanatolítico (*grego: tanatos = morte, litis = destruição*) que decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer. Dessa maneira, o profissional assume-se como onipotente e prioriza salvar o paciente a qualquer custo a fim de corresponder às expectativas idealizadas de preservador de vidas (RAMOS-CERQUEIRA et al., 2004-2005). A experiência com a morte remete o médico, ou o futuro médico, à sua insignificância diante de situações que são irreversíveis. Ele depara-se com a sua finitude.

Para defender-se, a formação médica promove a incorporação de um modelo aparentemente racional, não emocional e científico. Para ele, a busca do

conhecimento e a objetividade científica têm a função de aliviar a angústia diante da morte.

Como exemplo, o pedido de não ressuscitação, testamento vital e eutanásia são questões bioéticas que deveriam entrar na discussão da formação médica,

Oselka e Troster (2001) comentam que a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), é procedimento no qual o consentimento do paciente e sua família é presumido e universalmente aceito. Porém, em relação ao paciente terminal, que não apresenta perspectiva de cura ou recuperação, a RCP pode ser fútil e cruel. Os autores entendem que, nestas condições, a RCP só tem a finalidade de adiar a morte, podendo levar o paciente a um estado de coma persistente, já que o coração tolera hipóxia por mais tempo que o cérebro.

Um tema bastante polêmico e atual, refere-se ao testamento em vida, vontade em vida (living will), onde o paciente escreve o seu testamento em vida, referindo-se ao que gostaria que acontecesse, quando não mais pudesse fazer escolhas e participar de seu tratamento. Este procedimento é muito utilizado quando se trata de um pedido de não ressuscitamento (PENALVA, 2009).

A primeira Lei norte americana que concedeu o direito à pessoa de recusar tratamentos médicos para prorrogação da vida através de métodos tecnológicos ocorreu na Califórnia, em 1976. O Código Civil suíço está sendo revisado e há uma previsão para a inclusão do testamento vital como um documento legalmente válido, sendo sujeito a sanções aqueles que o contrariarem. Atualmente, a Holanda é o país com a regulamentação mais avançada sobre o testamento vital. Nesse ordenamento, todos podem especificar as situações em que não desejam se submeter aos tratamentos médicos, inclusive podem optar pela eutanásia. Essas decisões são realizadas por meio de um documento que deve ser aplicado mesmo quando o paciente estiver inconsciente (COSTA; THEBALDI, 2011).

A primeira legislação espanhola a dissertar sobre o consentimento do paciente foi a Ley General de Sanidad, de 24/04/1986, que estabeleceu quais são as situações em que a intervenção médica não necessita esperar o consentimento escrito do paciente. Em novembro de 2002, a Lei nº 2041 foi publicada e tinha como objeto regular os direitos e obrigações dos usuários e profissionais da saúde em

relação a autonomia do paciente e sobre as informações deixadas em documentações clínicas. Em outubro de 2007, a Lei nº 2823 regulamentou o testamento vital, disponibilizando modelos e estabelecendo regras para efetivar a sua validade (COSTA; THEBALDI, 2011) .

O novo Código de Ética Médica determina, em seu art. 31, que é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo as situações de risco eminente de morte. O novo código mantém a proibição ao profissional em abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, mas acrescenta que, nos casos de doença incurável ou terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, do seu representante legal (COSTA; THEBALDI, 2011).

Como exposto anteriormente, a legislação brasileira permite o mecanismo do consentimento informado, que é validado devido ao princípio da autonomia (GOLDIM, 2000). Há, ainda, o princípio da dignidade da pessoa humana, esboçado no art.1º da Lei Maior, que para Rohë: “Representa o valor que dá unidade e coerência ao conjunto de direitos fundamentais. Funciona como uma “cláusula aberta”, respaldando o surgimento de novos direitos não expressos no texto constitucional. Assim o foi, desde a primeira vez que apareceu, na constituição Alemã de Weimar” (ROHË, 2002, p.28).

Nota-se que mesmo com todos esses princípios, não há nenhuma legislação específica sobre o testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Entretanto através de uma interpretação das normas constitucionais e infraconstitucionais pode-se fundamentar a validade desse instituto no ordenamento jurídico brasileiro (COSTA; THEBALDI, 2011).

Os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) são arcabouços suficientes para a defesa da declaração prévia de vontade do paciente terminal, vez que o objetivo deste instrumento é

possibilitar ao indivíduo dispor sobre a aceitação ou recusa de tratamentos em caso de terminalidade da vida. (PENALVA, 2009)

O testamento vital é a expressão da autonomia do sujeito, e como exposto anteriormente, ao exercer sua autonomia contempla-se a sua dignidade. Portanto, à luz do constitucionalismo democrático, pode-se fundamentar a validade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro, fundamentando-o na previsão expressa dos princípios constitucionais destacados, bem como dos direitos constitucionais de liberdade, honra e da proteção da inviolabilidade da intimidade (COSTA; THEBALDI, 2011).

As respostas obtidas através da pesquisa realizada, vêm de encontro a esta iniciativa, onde a maioria dos acadêmicos de medicina entende que este testamento ou diretiva, implica no respeito à autonomia do paciente, e portanto, deva ser respeitado:

*“Considero válida e soberana a opinião do paciente sobre sua condição”.*

*“A decisão do paciente deve ser sempre respeitada, decisões tomadas em relação a quem o tratamento mais importa devem ser soberanas”.*

*“Deve ser respeitado o desejo do paciente”.*

*“Aceitar a vontade do paciente”.*

*“Deveriam ser aceitos”.*

*“Se a vontade do paciente não contraria a ética vigente, e não houver objeção de consciência de minha parte, deve ser respeitado”.*

*“Acho válido, desde que o documento seja válido e num momento em que o paciente esteja apto para tal decisão”.*

*“É direito do paciente. Porém, em atendimentos emergenciais, pode-se não ter acesso a esse desejo do paciente, devendo o médico tomar as atitudes necessárias para preservar a vida do mesmo”.*

*“A decisão consciente do sujeito deve ser respeitada, caso não haja pessoas dependentes deste indivíduo, neste caso a decisão também passa pelos dependentes (se tiverem responsabilidade legal)”.*

*“Se é uma decisão da pessoa, deve ser respeitada”.*



*“Acredito que se é a vontade do paciente, ela deve ser respeitada mas deve haver especificações claras quanto à gravidade do problema e se ele é fatal ou não”.*

*“Entendo que, por sermos livres, temos o direito de escolha do que achamos melhor para nós, e nada melhor que tomar decisões quando estamos em sã consciência”.*

*“A vontade do paciente deve ser respeitada e métodos invasivos para o prolongamento da vida precisam ser evitados”.*

*“Os testamentos em vida são importantes para revelar as vontades e pedidos da pessoa, caso ela não possa responder no momento em que estiver doente”.*

*“Acredito que a vontade do paciente deve prevalecer, mesmo contra a vontade e dor dos parentes”.*

*“Creio que se deva respeitar a vontade do paciente nos casos em que o prolongamento da vida possa ser danoso. Todavia, caso haja uma clara chance de cura, penso que o prolongamento é sensato”.*

*“Penso que esses testamentos devem ser obedecidos, pois expressam a vontade da pessoa em questão”.*

Encontramos, porém, em um número menor, os que indicam ser contrários a essa diretiva, levantando como primordial a atuação médica no sentido de realizar todos e quaisquer procedimentos, resguardando o direito à vida:

*“Não respeitaria a recusa ao tratamento médico, se disto dependesse a vida do paciente”.*

*“Não deve ser realizado”.*

*“Eu acho que deve-se fazer o necessário para tentar curar o paciente”.*

*“A função do médico é tentar prolongar a vida do paciente. Portanto, se for para seu bem, é aceitável não respeitar o testamento”.*

*“O médico deve fazer o possível para salvar a vida do paciente, mesmo que para isso ele não se submeta aos anseios do paciente”.*

Alguns dos respondentes entendem que a autonomia, ou responsabilidade, nesta questão, passa a ser da família e da equipe médica, que deve deliberar sobre o caso:

*“A conduta deve levar em consideração, o prognóstico do paciente e opinião dos familiares”.*

*“A família deve estar ciente, e em vida ajudar na posição do paciente”.*

*“Os responsáveis pelo indivíduo devem ser encarregados dessa decisão”.*

Chama a atenção uma resposta, em que o estudante aponta o questionamento da irreversibilidade do quadro apresentado pelo paciente. A resposta indica o quanto a medicina ainda necessita ter um maior conhecimento e segurança nesses casos.

*“Os testamentos devem ser vistos apenas quando for comprovada de fato a ausência de vida no paciente, pois há a possibilidade de recuperação da consciência em alguns casos”.*

De um modo geral, os alunos demonstram estar favoráveis pelo testamento em vida, ou diretivas antecipadas, entendendo que a autonomia do paciente deva ser respeitada

**4.3.4 Questão 21 - Mãe de paciente menor (1 ano e 5 meses), através de pedido expresso, informa que é contra qualquer tipo de reanimação, por parte da equipe médica, em sua filha, caso haja alguma intercorrência. A criança apresenta agravo neurológico irreversível relacionado à doença de base com possibilidade de dependência de ventilação pulmonar mecânica. O que você pensa a respeito? (Questionários A e B)**

A ciência moderna evoluiu a tal ponto que hoje é possível preservar, sob aparelhos, a vida de um paciente por tempo indeterminado. Todavia, a manutenção indefinida do paciente irreversível aponta para uma obstinação terapêutica. Aqui, se percebe pelas respostas dos acadêmicos, mais uma vez, a valorização da autonomia. Mesmo assim, as opiniões colhidas são muito variadas e contraditórias, não prevalecendo um pensamento sobre o outro.

Gracia (2010) afirma que o começo e fim da vida concentram grande parte de problemas éticos devido à importância destes momentos e à resistência que se apresenta para sua análise intelectual. O autor, no entanto, argumenta que os novos

conhecimentos que vão surgindo no tocante aos limites da vida vão exigindo intervenções e atuações concretas.

A opção de não realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é conduta amparada moral e eticamente, mesmo que seja uma decisão angustiante e que esta opção ainda não seja aceita pela sociedade em geral. No Brasil, muitos médicos ainda acreditam que a RCP deve ser indicada em todos os casos de parada cardiorrespiratória, devido ao receio de que o não procedimento de RCP acarrete consequências legais e na esfera dos Conselhos Regionais de Medicina (OSELKA, TROSTER, 2001).

Transcendendo horizontalmente a mera questão de prescrever as melhores condutas nas atividades profissionais, a Bioética inclui, em seu corpo teórico-prático, outros referenciais, como autonomia, justiça, proteção e compaixão (somente para citar alguns), aproximando-se mais do homem e da perspectiva do tornar-se homem - ou seja, do humanizar-se -, não o considerando apenas como paciente, mas se mantendo atento à sua complexa inscrição no mundo, aspecto extremamente significativo no atual processo de trabalho em saúde (TAQUETE, 2005).

Com esta questão, a exemplo das questões anteriores (em particular as questões 19 e 20), teve-se como finalidade avaliar efetivamente a capacidade de análise crítica do estudante de medicina frente a uma questão que vem se tornando cada vez mais frequente na área da Bioética Clínica.

Aqui se percebe pelas respostas dos acadêmicos, mais uma vez, a valorização da autonomia. Mesmo assim, as opiniões colhidas são muito variadas e contraditórias, não prevalecendo um pensamento sobre o outro.

No caso apontado, quando a paciente não tem condição de responder pela própria vida, há um contingente que entende que a decisão da mãe deve prevalecer:

*“Avaliar o real estado da criança, e, se grave, seguir a ordem da mãe”.*

*“A filha, por problemas neurológicos, não poderá aproveitar a vida de maneira plena, podendo nunca sair do hospital pela necessidade de ventilação pulmonar. É necessário pensar nas consequências de uma vida incubada, e restrita para a criança e para a mãe. Nesse caso acho que foi correta a decisão da mãe”.*

O entendimento é melhor percebido entre os acadêmicos de último ano. Ali, as respostas indicam maior contato com os conteúdos bioéticos e demonstram maior clareza nos fundamentos para a aceitação do desejo de não continuidade das técnicas terapêuticas para o prolongamento da vida.

*“A depender das condições clínicas do paciente, devemos respeitar o pedido da mãe”.*

*“Consentimento informado assinado pela mãe e atender a seu pedido”.*

*“Há de se pensar na impossibilidade de reversão neurológica e concordar com a mãe de não realizar manobras reanimadoras, desde que de acordo com o código de ética e por escrito”.*

*“Pedir para a mãe assinar termo de responsabilidade”.*

*“Respeitar o desejo da mãe”.*

*“Acatar a decisão do responsável”.*

*“Como o paciente não tem idade suficiente e nem consciência para responder por si, acho que a vida da criança deve ser preservada até conseguir reanimá-la, e se não for possível depois de ter feito o possível, deve respeitar a opinião do responsável”.*

Há, também, um subgrupo consistente que rejeita aceitar a decisão da mãe. Para estes, o médico precisa insistir sempre na preservação da vida, tendo por base todas as técnicas e possibilidades que a medicina moderna permite. Para eles, como a criança não tem autonomia para decidir sobre seu destino, caberia ao médico a decisão de prolongar a vida até que esta autonomia pudesse ser exercida.

Surge neste momento a defesa do princípio da dignidade humana. Para este subgrupo, a vida precisa ser preservada de qualquer maneira. Para o grupo, embora ainda não existam mecanismos para reverter o quadro, eles podem vir a ser descobertos num futuro.

*“O dever do médico é sempre proporcionar um conforto, ou prolongar a vida do paciente, portanto, qualquer técnica para que isto seja concretizado deve ser realizado”.*

*“Em nome da preservação da vida, a vontade da mãe deve ser ignorada”.*

*“Visto que o paciente não é capaz de tomar tal decisão, cabe à equipe médica realizar todos os esforços para a manutenção da vida do paciente”.*

*“A vida da criança deve ser preservada a qualquer custo”.*

*“Eu acho que por se tratar de uma criança é necessário fazer tudo para tentar curá-la”.*

*“A vida não é da mãe. Como a criança não tem condições de dizer o que deseja (por não ter consciência disso), a reanimação deve ser feita”.*

*“Neste caso, acredito que os procedimentos de reanimação devem ser realizados, já que o paciente, que é menor, não tem condições de decidir”.*

*“O médico deve seguir a conduta ética da sua profissão e atuar no sentido de salvar o paciente”.*

*“Apesar de ser um direito materno, os médicos devem proceder de forma coerente, procurando manter a vida do bebê, realizando o papel que lhe cabe de incentivo à vida”.*

*“Reanimar”.*

*“Priorizar a vida, sempre”.*

*“Reanimar apesar do pedido da mãe”.*

*“Ser realizada a reanimação da criança, mesmo que contra a vontade da mãe”.*

*“Intervir”.*

*“O paciente nosso é a criança e não a mãe. Fazer o que é melhor para o paciente”.*

**4.3.5 Questão 22 - Índia grávida de gemelares é encaminhada a pré-natal em clínica particular, para evitar que cometa infanticídio contra um deles, como determina sua cultura. Programa de proteção às tribos da região sugere que médico esconda da mãe uma das crianças. O que fazer?<sup>4</sup> (Questionários A e B)**

Esta questão foi inserida tendo como objetivo avaliar a capacidade crítico-reflexiva do estudante de medicina frente à Bioética e à diversidade cultural, que aliás, foi tema central do 8º Congresso Internacional de Ética e Bioética Clínica (Maio/2012, S.P.).

---

<sup>4</sup> Esta questão foi retirada do livro do *Bioética Clínica – Reflexões sobre casos selecionados* do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP

Aqui surge uma aparente contradição. Até o surgimento desta questão, o predomínio do entendimento do grupo era pela preservação da autonomia do paciente ou responsável. Porém, ante ao conflito entre a vida e a cultura, o entendimento do grupo é majoritário para a preservação da vida. Independente do critério da autonomia.

A questão crucial aqui, é saber se é adequado ao médico adaptar condutas e circunstâncias com base em sua própria orientação cultural contra a vontade da paciente. No caso, a paciente não admite, por questões de sua cultura, a vida de filhos gêmeos.

Como se trata da preservação da vida e o conflito estabelecido é de ordem cultural, não científico, há o predomínio do entendimento de que o médico deve intervir. Inclusive escondendo da paciente a condição de gestante de filhos gemelares.

*“Aspectos culturais devem ser relativizados se prejudicarem os indivíduos”.*

E mais, há um subgrupo importante que entende que a criança deva ser escondida da mãe durante o parto e encaminhada para adoção.

*“Éticamente é errado, pois é direito da mãe ter consciência do filho que teve, no entanto, como é para evitar um infanticídio eu sou a favor, desde que haja um tratamento e cuidados com essa criança”.*

*“Deve-se realmente esconder da mãe, mesmo que isso signifique desrespeitar sua cultura”.*

*“Esconder a criança, porque a partir do nascimento, acredito eu, nenhum humano tem direito de vida ou morte sobre qualquer indivíduo”.*

*“A questão indígena é muito complexa, devido a autonomia cultural desse grupo, porém, o programa de saúde deve manter a vida desse recém-nato. Diante disso, esconder a criança parece ser a solução mais adequada devido a complexidade do assunto”.*

*“Esconder a criança e encaminhá-la para adoção”.*

*“A fim de preservar a vida da criança, seria cabível esse tipo de procedimento”.*

*“Proteger uma vida seria mais correto e aceitável do que proteger uma cultura. Nesse caso, esconderia uma das crianças e enviaria esta para a adoção”.*

*“Essa pratica pode ser cultural, porém é anti-ética, ou seja, uma das crianças deve ser escondida da mãe”.*

Mesmo predominante tal entendimento, mais uma vez surge a autonomia para alguns acadêmicos. Para estes, mesmo em conflito com a vida, a decisão da mãe precisa ser considerada. O grupo entende, entretanto, que no conflito entre a cultura e a autonomia, prevalece a vida. Mas, não sustenta atitudes como a de se esconder da paciente a condição de gestante gemelar. No caso, aparecem referências para indicar o futuro bebê para adoção. A responsabilidade do médico, para este grupo, é de preservar a vida, mas sem esconder do paciente sua real condição. Este entendimento é o que prevalece entre os alunos de último ano.

*“Buscar instruir essa mãe de quão preciosa é a vida dos dois filhos. Se não houver consentimento deve-se encaminhar uma criança à adoção”.*

*“O médico deve conversar com a índia a respeito de seu caso, estabelecendo princípios sobre a vida da criança. Se as divergências culturais não permitirem a criação das duas crianças, sugerir a adoção do outro bebê a uma família interessada na adoção”.*

*“Deve se tentar contornar a situação (resolver de uma forma, como a doação), mas sugere-se que se conte à mãe”.*

*“Havendo comprovação do ritual por parte da mãe a ser realizado com uma das crianças, o médico deve intervir contra a mãe. Acionando serviços de proteção à criança”.*

*“Dependendo dos anseios da mãe, talvez uma alternativa seria encaminhá-la a adoção”.*

*“Não esconderia da mãe o fato de ser gemelar, porém entraria com medidas de proteção à criança”.*

*“Evitar o infanticídio, acompanhamento multiprofissional da paciente para aceitação dos dois recém-nascidos. Infanticídio deve ser considerado crime contra a vida, mesmo se inserido em contexto cultural específico”.*

*“Não se deve esconder o diagnóstico do paciente. Contudo, deveria orientá-lo acerca das possibilidades pós-parto”.*

Finalmente, há entre as respostas aqueles que entendem que a cultura da paciente prevalece no conflito entre a vida e a cultura. Para estes, o médico deve

respeitar a orientação cultural e não pode esconder da paciente seu real estado, respeitando sua escolha.

*“Acredito que o médico não pode esconder da mãe a outra criança, mesmo havendo um choque cultural”.*

*“Respeitar a cultura”.*

Algumas respostas, em especial merecem ser destacadas. Um subgrupo entre os acadêmicos entende que a obrigação do médico se encerra quando da realização do parto. Já o destino das crianças, este não é de sua competência ou responsabilidade.

Para este subgrupo, o destino das crianças é problema da assistência social, e para sua solução, sugerem que os mecanismos de proteção legais sejam acionados. Ressalte-se que estas respostas surgem com mais intensidade entre os alunos de sexto ano:

*“Dar os bebês à mãe, o resto é problema social”.*

*“Deve-se comunicar aos órgãos competentes para tomada de decisão”.*

*“Caso complicado. O médico não pode intervir na cultura do paciente. Deve ser levado o caso à justiça”.*

*“Solicitar avaliação da assistência social e possibilidade de abrigar ambas as crianças”.*

*“Chamar assistência social”.*

*“Chamar quem pode proteger a criança no momento, o ECA. Eles podem tomar providências necessárias à garantia da vida das duas crianças”.*

As respostas sugerem que há por parte dos acadêmicos de fim de curso um maior conhecimento das ferramentas públicas de proteção social. O interessante é que a existência dessas ferramentas soa, para o grupo, como um alívio da sua responsabilidade com a decisão. Uma vez que existam pessoas preparadas para lidar com a situação, eles se isentam da responsabilidade de participar da decisão.



#### 4.3.6 Questão 29 - Para sua formação, você considera importante a disciplina de Bioética? Por quê? (Questionário B)

Finalmente, a percepção do universo pesquisado sobre a importância da disciplina e dos conteúdos sobre Bioética é bem consistente. Uma maioria determinante credita à formação da disciplina a aquisição de conceitos que farão o profissional enfrentar problemas desta natureza ao longo de sua carreira. Importante destacar que a pergunta foi formulada apenas aos alunos em fim de curso, que já passaram pela disciplina ou seus conteúdos em disciplinas correlatas.

*“Acredito que sim, porém acaba sendo tema relegado a segundo plano devido à imensidão de conteúdo para estudar”.*

*“Sim. Muitas decisões na prática médica envolvem aspectos éticos e morais que devem ser tratados em toda sua complexidade, tanto para embasar diretrizes e protocolos como dúvidas individualizadas”.*

*“Sim. Relevância social e profissional”.*

*“Para agir de forma ética respeitando a vida e avaliando minhas próprias convicções religiosas e filosóficas”.*

*“Sim, pois em nossa vida profissional nos depararemos com situações difíceis que podem ser melhor abordadas com o conhecimento de leis e códigos específicos, além da discussão com outras pessoas. Porém, acho que no fim não muda muita coisa, pois ética tem que ter bom senso e isso ‘vem de berço’”.*

*“Sim, permite avaliação coerente de situações muito litigiosas e isso remete diretamente à conduta médica”.*

*“Sim. Para agir de forma mais correta e consciente em questões difíceis de serem controladas e decididas, como o fim da vida”.*

*“Sim, devido à diversidade cultural, é necessário padronização”.*

*“A Bioética é essencial na formação dos médicos, assim como, demais profissionais da saúde. Pois sua abordagem e questionamentos prévios à situação real, auxilia o profissional a desenvolver o posicionamento frente a esses assuntos de forma mais racional do que precipitadamente em uma situação real”.*

*“Sim, para evitar conflitos que prejudiquem a integralidade do tratamento clínico”.*

*“Sim, temas fundamentais em relação à ética, aos seres humanos, o que não ocorre em outras disciplinas”.*

*“Sim, porque demonstra novos conhecimentos além da medicina”.*

*“Sim, devido ao fato de enfrentar adversidades no dia-a-dia da profissão e para melhor relação médico-paciente”.*

*“De extrema importância. Nos dá parâmetros para tomarmos decisões corretas”.*

*“Sim, medicina não é apenas teoria dentro de um hospital”.*

De modo geral, as respostas evidenciam o reconhecimento da importância da Bioética e a receptividade à sua implantação na educação médica.

Contudo, mesmo com a predominância do entendimento da importância da disciplina, não se pode desprezar uma resposta colhida dentro do grupo analisado. Ainda que pontual, a resposta é importante, mesmo não sendo relevante para efeito de significância científica:

*“Não, porque a função do médico é salvar vidas e não discutir bioética, essa é função de quaisquer outras especialidades”.*

Esta resposta representa aqueles que não veem na disciplina relevância para a profissão, indicando que as questões bioéticas não fazem parte do escopo da medicina. A franqueza da resposta talvez sinalize que, dentre aqueles que se posicionaram sobre a isenção da responsabilidade do médico em decisões sobre questões bioéticas, a reflexão da disciplina não os atinja. O motivo, cabe a outro estudo investigar.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, sobre o que pensam os alunos de medicina de primeiro e sextos anos a respeito de questões bioéticas relacionadas ao início e final de vida, possibilitou fazer uma reflexão sobre como o acadêmico de medicina vem se posicionando frente a estas questões, trazendo a formação moral como um dado imprescindível no ensino da Medicina e conseqüentemente na disciplina de Bioética.

Os resultados mostraram que o jovem já inicia o curso com noções e refletindo sobre estas questões. Além da grande contribuição da formação familiar e informal, provavelmente o ensino médio esteja contemplando em seu currículo as questões éticas relacionadas ao início e fim de vida e esses alunos têm trazido para a sua formação médica estes conhecimentos previamente recebidos.

Ao mesmo tempo, observamos que os acadêmicos que estão no último ano também têm discutido estas questões mais aprofundadamente. Suas respostas não são muito diferentes, em sua essência, dos acadêmicos que estão entrando no curso. Todavia, as respostas dos acadêmicos de último ano estão carregadas de mais consistência em relação ao primeiro ano e com um embasamento que reflete a reflexão bioética ao longo da formação.

Essa realidade sugere que os conteúdos de bioética recebidos ao longo da formação acadêmica, se não são exclusivos para sua formação reforçam os conteúdos adquiridos e funcionam como base mais sólida para o enfrentamento das questões de cunho ético/bioético.

De acordo com os resultados obtidos, não houve diferença significativa na maioria das respostas dos alunos dos cursos de medicina das Universidades Estaduais do Paraná, seja em relação ao aluno que ingressa e ao aluno que conclui o curso, seja pelo modelo pedagógico das instituições pesquisadas.

A Bioética não pode ser ensinada de maneira vertical, deve contemplar a transversalidade, possibilitando ao aluno crescimento moral e ético, conhecimento para as deliberações e segurança na tomada de decisões.

Se a deliberação moral requer escuta atenta, esforço para compreender a situação dos casos controversos, argumentos razoáveis para justificar os possíveis

cursos de ação e as escolhas a serem feitas, ajuda na orientação aos responsáveis pela tomada de decisão, que são os diretamente envolvidos no problema ético, cabe às escolas médicas exercitar esta escuta com seus alunos, centro e objetivo último de suas ações.

Sendo assim, o valor deste trabalho não se concentra nos argumentos teóricos, na pesquisa bibliográfica, na metodologia, na beleza das tabelas e figuras. Seu valor está na tomada de decisão em cada resposta de cada aluno, na palavra e linguagem de cada um deles.

Há que ressaltar algumas respostas que surgiram nos questionários sobre a importância do ensino da Bioética na academia. Embora o pensamento dominante seja que estes estudos fortalecem o embasamento profissional, há um instigante questionamento de alguns alunos sobre a maneira como os conteúdos da disciplina são ministrados.

Não se pode desprezar o fato de que os acadêmicos de medicina são submetidos a uma quantidade de conteúdos técnicos sufocante. Em meio a tanta informação que lhes é cobrada, o estudo da Bioética acaba relegado a um aprendizado que pode ser visto como de segunda classe. Ressalte-se a resposta de um dos acadêmicos diante desta situação:

*“Apesar da importância, acaba sendo relegado a segundo plano devido a imensidão de conteúdo para estudar”.*

Ainda sobre a qualidade da instrução, não menos desprezível é a resposta de outro acadêmico que, em um franco desabafo, expõe seu descontentamento com a maneira como a disciplina lhe foi ministrada:

*“Sim, caso haja pessoa competente para tutorar a disciplina e não caso seja mais um professor de merda (sic), sem conhecimento teórico e prático em pedagogia e didática”.*

Essas falas, ao longo da pesquisa, verbalizam um sentimento dos acadêmicos que pode explicar parte da não significância de resultados diversos entre alunos de primeiro e sexto ano. A falta de um maior investimento pessoal que a disciplina recebe por parte dos estudantes, pode ser a chave para explicar a pouca

mudança de conceitos entre um grupo e outro. Destaque-se, também, a mínima adesão dos acadêmicos de último ano de uma das instituições ao estudo proposto.

As respostas obtidas, com base em nossa amostra, permitem construir um pano de fundo, ao menos como subsídio, para novas investigações no campo da Bioética, bem como para avaliação do pensamento da nova geração de médicos que certamente deverão enfrentar tais questionamentos bioéticos, além dos que virão.

Os resultados mostraram que o jovem já inicia o curso com noções e reflexão a respeito destas questões. Provavelmente, o ensino médio esteja contemplando em seu currículo as questões bioéticas relacionadas ao início e final de vida, e esses estudantes têm discutido com amigos e colegas sobre os temas.

Acreditamos que, de certa forma, as respostas de cada questão têm (ainda que pontualmente), o significado (ainda que relativo) de uma contribuição conclusiva.

Um dos objetivos da pesquisa foi descobrir se há diferença entre o pensamento dos alunos que ingressam no curso de medicina e daqueles que o estão concluindo. O resultado da pesquisa mostra que, embora não se tenha reconhecido grande diferença de pensamento entre os segmentos de grupo pesquisado, em relação aos acadêmicos de primeiro e último ano, é notável que as respostas daqueles que estão terminando o curso são mais consistentes e com um embasamento que refletem a reflexão bioética.

Os dados evidenciam que os conteúdos apresentados em sala de aula reforçam impressões que o indivíduo já traz consigo e, em alguns casos, o faz mudar de posicionamento referente às questões bioéticas relacionadas ao início e fim de vida.

O fato de não haver diferença crucial entre os grupos pesquisados pode indicar, entretanto, que o conteúdo ministrado ainda não seja suficiente para uma reflexão mais profunda que possa chegar a uma mudança de posicionamento sobre estas questões.

Mostra também, a importância que a Bioética tem recebido das instituições. Sugere uma re-análise da abordagem que os conteúdos têm recebido e possibilita uma reflexão sobre como o acadêmico de medicina vem se posicionando frente a situações bioéticas relacionadas ao início e final de vida, trazendo a formação moral como um dado imprescindível ao ensino da Bioética.

Por se tratar de um tema pouco estudado, este trabalho fornece dados originais em nosso meio sobre a percepção que alunos têm da disciplina, contribuindo para melhor fundamentação do ensino médico em sua vertente humanista, fundamental à prática profissional junto à população que busca ajuda na saúde.

Tendo por base esta compreensão e considerando-se a complexidade e as várias interfaces de abordagem desse tema, espera-se que estes resultados estimulem o diálogo entre educadores, estudantes e instituições nas estratégias de acompanhamento da formação moral do acadêmico de medicina, aspecto relevante da prática médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, Awad Mohamed; KHEIR, Musa Mohamed. Attitudes of final year medical students of Khartoum University towards euthanasia. **Kharoum Medical Journal**, Sudan. vol. 01, no. 02, p.85-89, 2008.

ALMEIDA, Alessandro de Moura et al . Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Jun de 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Em defesa da vida digna: constitucionalidade e legitimidade das pesquisas com célula tronco embrionárias . In: SARMENTO, Daniel e PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida**. Rio de Janeiro:Lumen Júris, 2007. cap. II, p. 241-264.

BASTOS, Liana Albermaz de Melo. Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 37, n. 1, 2003.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS James. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BENTO, Luis Antonio. **Bioética**: desafios éticos no debate contemporâneo. São Paulo: Paulinas, 2008.

BERTACHINI, Luciana. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In:PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da vida**. São Paulo: Paulinas, 2011.

BORGES, José Leopoldino das Graças; CARNIELLI, Beatrice Laura. Educação e estratificação social no acesso à universidade pública. **Cad. Pesqui. -Revista de Estudos e Pesquisa em Educação** / Fundação Carlos Chagas, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, v.35, n.124, p.113-139, jan./abr. 2005.

BRASIL. **Código Penal**. 5. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina**. Disponível em:

<[http://www.abem\\_educmed.org.br/cne\\_minuta\\_resolucao.htm](http://www.abem_educmed.org.br/cne_minuta_resolucao.htm)>. Acesso em: 12 maio 2012.

BRASIL. Novo Código Civil: Lei no. 10.406/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jan. 2002 Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf>>. Acesso em: 30 de maio de 2012.

BROMBERG, Maria Helena Franco; KÓVACS, Maria Julia. **Vida e morte**: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

CARAMICO, Homero Januário; ZAHER, Vera Lúcia; ROSITO, Margareté May B. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. **Bioethikos**, São Paulo, v.1, n.1, 2007.

CARVALHO, Maria Margarida. A dor do adoecer e do morrer. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 29, n. 2, dez. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 31 maio 2012.

CNBB. **Aborto de anencéfalo**: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 54/2004). Brasília: 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.

CÓRDOBA, Jorge Eduardo; TORRES, Sánchez. **Fecundación humana asistida**: aspectos jurídicos emergentes. Córdoba: Alveroni; 2000.

CORRÊA, Marilena. Ética e reprodução assistida: a medicalização do desejo de filhos. **Rev Bioética**, v.2, n. 9, p.71-82, 2001.

CORTINA, Adela. **O fazer ético**: guia para a educação moral. São Paulo: Moderna, 2003.

COSTA, Caroline Amorim; THEBALDI, Isabela Maria Marques. O testamento vital e a possível validade no direito brasileiro. **Revista Fupac**, v.2, n.2, 2011. Disponível em: [http://www.unipacto.com.br/revista2/arquivos\\_pdf/revista\\_eletronica\\_fupac\\_revisada.pdf#page=109](http://www.unipacto.com.br/revista2/arquivos_pdf/revista_eletronica_fupac_revisada.pdf#page=109). Acesso em: 22 maio 2012.



COUCEIRO-VIDAL, AZUCENA. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. **Educ. méd.**, Barcelona, v. 11, n. 2, jun. 2008 . Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132008000200005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000200005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2012.

DALLARI, Sueli. Aborto - Um Problema Ético da Saúde Pública. **Revista Bioética**, Brasília, v.2, n.1, nov. 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/441/324](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/441/324). Acesso em: 22 maio 2012.

DANTAS, Flávio; SOUSA, Evandro Guimarães de. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Dez. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Jun de 2012.

DIAS, Hericka Zogbi Jorge et al . Psicologia e bioética: diálogos. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

DINIZ, Maria Helena. **Código civil anotado**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

ENGELHARDT, Tristram Hugo Jr. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 1982.

ENGELHARDT, Tristram Hugo Jr. **Bioética Global: o colapso do consenso**. São Paulo: Paulinas : União Social Camiliana – Centro Universitário São Camilo, 2012.

FALCÃO, Eliane Brígida Moraes, LINO, Gilson Gomes da Silva. O paciente morre: eis a questão. **Rev Bras. Educ. Méd.**, v. 2, n.28, p.106-118, 2004.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética**. São Paulo: Loyola, 2005.

FRANÇA, Genivaldo Veloso. **Direito médico**. 9. ed. São Paulo: Forense, 2007.

GARUTTI, Selson; PALMA, Bibiana. Experimentação científica com animais: considerações Sobre os comitês de ética. **Rev. Hist. Comparada**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.107-124, 2010.

GAUER, Gabriel José Chittó et. al. Determinando a competência dos pacientes em tomadas de decisões quanto a seus tratamentos. **Revista Elet. da Soc. Rio-grandense de Bioética**, v.1, n.3, , 2006. Disponível em [,http://www.sorbi.org.br/revista](http://www.sorbi.org.br/revista). Acesso em 22 de maio de 2012.

GOERGEN, Pedro. Educação e valores no mundo contemporâneo. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 92, out. 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302005000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302005000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 fev. 2012.

GOLDIE John et al. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. **Medical Education**, v.36, p.489-497, 2002.

GOLDIE, John et al. The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. **Medical Education**, v.38, n.9, p.942-948, 2004.

GOLDIM, José Roberto. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. 2000. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>>. Acesso em: 01 maio 2012.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010.

GRUBER, Pascale et. al. Changes in Medical Students' Attitudes Towards End-of-Life Decisions Across Different Years of Medical Training. **J. Gen. Intern. Med.**, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533361/>>. Acesso em: 01 abril 2012.

HOSSNE, William Saad . Sobre as incertezas da ciência. In: PESSINI, Leocir; SIQUEIRA José Eduardo de; HOSSNE, William Saad. **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitario São Camilo; Loyola, p.80-106, 2010.

HOSSNE, William Saad. Bioética Clínica: perspectivas a partir das Diretrizes Éticas para a Pesquisa em seres Humanos no Brasil. In: PESSINI, Leocir et al. **Ética e bioética clínica no pluralismo e diversidade**: teorias, experiências e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Idéias & Letras, cap. 13, p.229-249, 2012.

HOSSNE, William Saad. Bioética: princípios ou referenciais? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.4, p. 673-676, out./dez 2006.

HOSSNE, William Saad. Relação professor-aluno: inquietações-indagações-ética. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 49-94, mai./ago. 1994.

HOSSNE, William Saad; HOSSNE, Rogerio. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. **Bioética**, v.6, n.2, p. 127-33, 1998.

HUNT, Lynn. O romance e as origens dos Direitos Humanos: interseções entre história, psicologia e literatura. **Varia Hist.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 34, Jul. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0104-87752005000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752005000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

ITAI, Koichiro et al. How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom? A survey on educators in charge. **J Med Ethics**, v.32, n.5, p. 303–308, 2006.

JONAS, Hans. **O princípio da responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto: PUC-Rio, 2006.

JUNGES, Jose Roque; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Abril. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 maio 2012.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1966.

KIPPER, Délio José; LOCH, Jussara Azambuja. Questionamentos éticos relativos à graduação e à Residência Médica. **Revista Bioética**, Brasília, v.10, n.2, nov. 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/217/218](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/217/218). Acesso em: 26 Maio 2012.

KOTTOW, Miguel. **Introducción a la bioética**. Santiago: Editorial Universitaria, 1995.

KOVÁCS, Maria Júlia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, n.2, v.14, p.115-167, 2003.

KOVÁCS, Maria Júlia. Os Profissionais de saúde e educação e a morte. In: KOVÁCS, Maria Júlia (Org.). **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

LEHMANN, Lisa Soleymani et al. A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian medical schools. **Acad Med**. v.79, p.682-689, 2004.

LEMOS, Kleuber et al. Proposta de Código de Ética dos Estudantes de Medicina da Bahia. **Gaz Med Bahia**; v.75. n.2, p.133-42, 2005.

LOCK, Jussara Azambuja; GAUER, Gabriel José Chitó; KIPPER, Délio José. Bioética, psiquiatria e estudante de medicina. In: CATALDO NETO, Alfredo; GAUER, Gabriel José Chitó; FURTADO, Nina Rosa. (Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 91-97, 2003.

LOYOLA, Maria Andréa. **A antropologia da sexualidade no Brasil**. Physis, 2000.

LOYOLA, Maria Andréa. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.19, p.875-899, jul./ago. 2003.

LUNA, Naara. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 19, 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332002000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332002000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jun 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1988.

MARQUES, Rafaela Lourenço. Pesquisa com embriões excedentários e o princípio da dignidade da pessoa humana, em face da lei de biossegurança. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIII, n. 45, abr./jun. 2009.

MARTA, Gustavo Nader et al . O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, Sept. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2012.

MATTICK, Karen; BLIGH, John. Ensinar e avaliar a ética médica: onde estamos agora? **J Med Ethics**, v.32, p.181-185, 2006.

McGLEENAN, Tony. **The ethical implications of research involving human embryos**. Graham Chambers Head of the STOA Team. Luxembourg: July 2000, 78p.

MEIRA, Afonso Renato; FERRAZ, Flávio Roberto Carvalho. Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.6, 1989.

MENDONÇA, Ana Cristina; VILLAR, Heloísa Cerqueira C. E.; TSUJI, Selma Rumiko. O conhecimento dos estudantes da faculdade de medicina de Marília (Famema) sobre responsabilidade profissional e segredo médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, Jun 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Jun 2012.

MENIN, Maria Suzana De Stefano. Valores na escola. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v.28, n.1, jun. 2002 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022002000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 fev. 2012.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al . Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Maio 2012.

MORIN, Edgar. **O Homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1971

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAUJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, mar. 2004 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2012.

MÜLLER, Marisa Campio; ZOGBI, Hericka. Bioética e pacientes oncológicos. In: AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M.; MULLER, M. C. (Org.). **Psicooncologia e interdisciplinaridade**: uma experiência na Educação à Distância. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 247-256, 2004.

MUÑOZ, Daniele; MUÑOZ, Daniel Romero. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. **Rev Brasileira de Educação Medica**, v.27, n.2, p. 114-124, 2003.

MURRAY, Thomas et al. Annual Meeting of the American Pediatric Society, the Society for Pediatric Research, and the Ambulatory Pediatric Association. Public Policy Plenary Symposium: "The Crisis in Clinical Research. **Pediatric Research**, v.39, p.902–913, 1995.

OLIVEIRA Deborah Ciocci Alvarez de; BORGES Jr., Edson. **Reprodução assistida: até onde podemos chegar?** São Paulo: Gaia, 2000.

OLUKOYA, Adepeju Aderemi et al. Attitudes of medical students to medical ethics in their curriculum. **Med Educ**. v.17, n.2, p.83-86, 1983.

OSELKA, Gabriel; TROSTER, Eduardo Juan. Aspectos éticos da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n.1, mar. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2012.

PATENAUDE, Johane; NIYONSENGA, Theophile; FAFARD, Diane. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study . **Canadian Medical Association CMAJ**. v.168, n.7, 2003.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração Prévia de Vontade do Paciente Terminal. **Revista Bioética**, v.17, n.3, p.523-543, 2009.

PERALES, Alberto. Ética, bioética y medicina. **Rev Peru Med. Exp. Salud Publica**, Lima, v. 28, n. 4, Dec. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2012.

PEREIRA, Gerson Odilon; PACIFICO, Andrea Pacheco. Doação e adoção como políticas para salvar os embriões humanos excedentes e congelados. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2012.

PERIM, Gianna Lepre et al . Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. Med.** Rio de Janeiro, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Jun 2012.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 12, n. 2, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000200012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200012&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 31 maio 2012.

PESSINI, Leocir. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, Centro universitário São Camilo, 2004.

PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de bioética.** 6.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Bioética na Ibero-América.** São Paulo: Centro Universitário Sao Camilo: Loyola, 2007.

PETTERLE, Selma Rodrigues. **O direito fundamental à identidade genética na constituição brasileira.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

PINHEIRO, Anielli et al . Medical students' knowledge about end-of-life decision-making. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, Jun 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Jun 2012.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future.** New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

PUSSI, William Artur. **Personalidade Jurídica do Nascituro.** 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2008.

QUINTANA, Alberto Manuel et al . A angústia na formação do estudante de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2012. .

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu et al. Era uma vez... contos de fadas e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, set. 2004/fev. 2005.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, ago. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832002000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 maio 2012.

REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

REGO, Sérgio. Educação e competência moral em Bioética. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, 6., 2005. **Anais...** Foz do Iguaçu: SBB, 2005.

REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.4, n.32, 2008.

SCHIMIDT, Kurt. Encontros e desencontros: apagando as diferenças por meio de normas procedimentais: comentários sobre os ensaios de Capaldi e Tao. In: ENGELHARDT, Tristram Hugo Jr. **Bioética Global**: o colapso do consenso. São Paulo: Paulinas : União Social Camiliana – Centro Universitário São Camilo, 2012.

SCHRAMM, Fermin Roland. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. **Ciênc, Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.773-784, 2004.

SERRÃO, Daniel. Bioética, a aventura de uma utopia saudável. **Colóquio/Ciências**, v.18, p. 59-66, 1996.

SHIRAZ, Bushra et al. Medical ethics in surgical wards: knowledge, attitude and practice of surgical team members in Karachi. **Indian J Med Ethics**.v.2, n.3, p.94-96, 2005.

SHORR, Andrew et al. The effect of a class in medical ethics on first-year medical students. **Acad Med**. v.69, n.12, p.998-1000, 1994.

SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2012.

SILVA, Luana Almeida Figueira da; BIANCO, Maria Helena. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. **Salus Vita**, Bauru, v. 28, n.3, p. 245-255, 2009.

SILVA, Rildo Pereira da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Inovação curricular nos cursos de graduação em medicina: o ensino da bioética como uma possibilidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009 . Disponível em



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Maio 2012.

SIQUEIRA, José Eduardo de; SAKAI, Márcia Hiromi; EISELE, Rogério Luiz. O Ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Bioética**. v. 10, n. 1, p.85-95, 2002.

SIQUEIRA, José Eduardo. O ensino da ética no curso de medicina. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.1, p.8-20, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA R.; SCHRAMM, Fermin Roland. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.111-119, 2005.

SIQUEIRA-BATISTA Rodrigo, SCHRAMM, Fermin Roland. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.20, n..3, p.855-865, 2004.

SOARES, André Marcelo. Bioética y transcendencia: la perspectiva cristiana en el mundo secular. **Vida y Ética**, Ano10, n. 1, jun. 2009.

TAQUETTE, Stella et al . Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.51, n. 1, Feb. 2005. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302005000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 fev. 2012.

TORRES, Wilma da Costa. A Bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.16, n.3, p.475-482, 2003.

VASCONCELLOS, Elza da Costa Cruz; BRIZOLLA, Sandra Negraes. Presença feminina no estudo e no trabalho da ciência na UNICAMP. **Cadernos Pagu**, Campinas/SP, n. 32, p.215-265, 2009.

WALROND, Errol et al. Knowledge, attitudes and practice of medical students at the Cave Hill Campus in relation to ethics and law in healthcare. **West Indian Med J**. Jan; v.55, n.1, p. 42-47, 2006

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Inseminação artificial e anonimato do doador. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jun 2012.

WARNER, Teddy et al. Uncertainty and Opposition of Medical Students Toward Assisted Death Practices. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.22, n.2, 2001, p.657-667).

WINNICOTT, Donald Woods. **O ambiente e os processos de maturação**. São Paulo: ARTMED, 1982.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO A

### ESTUDANTES DE MEDICINA E A REFLEXÃO BIOÉTICA:

O que pensam sobre o início e final de vida

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Religião: \_\_\_\_\_

Religião da família: \_\_\_\_\_

Cidade e Estado de origem: \_\_\_\_\_

Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Viúvo ( )

Nº Filhos: ( ) Vivos ( ) Falecidos

Pais: ( ) Pai vivo ( ) Pai falecido

( ) Mãe viva ( ) Mãe falecida

Número de irmãos: ( ) Vivos ( ) Falecidos ( ) Filho único

Período que cursa na graduação: ( ) ingressando ( ) concluindo

Cursou ensino médio: ( ) escola pública ( ) escola particular

1. No Brasil, a interrupção da gravidez (aborto) só não é crime quando for realizada em casos de estupro e/ou quando oferecer risco à saúde da mãe. Em alguns países, o aborto é liberado totalmente, isto é, descriminalizado. Você é a favor do aborto (isto é, da descriminalização)?

( ) sim ( ) não

2. Você é a favor do aborto no caso de anencefalia, ou seja, quando o feto não tem o encéfalo completamente desenvolvido?

( ) sim ( ) não

3. Você é a favor do aborto em caso de outras malformações de feto?

( ) sim ( ) não

4. Mãe que cede o útero (“mãe de aluguel”) pode ser remunerada por esta atitude?

( ) sim ( ) não

5. No caso de “mãe de aluguel”, se houver litígio após o parto, quem deve ficar com a criança?

( ) mãe que cedeu o útero ( ) mãe que forneceu o óvulo

6. Na reprodução assistida, paciente teve oito óvulos fecundados, in vitro, pelo esperma do marido. Quatro deles foram implantados no útero, restando quatro embriões supranumerários. O que você pensa: os embriões devem ser conservados por tempo indeterminado?

( ) sim ( ) não

7. Os embriões supranumerários (não utilizados) devem ser imediatamente descartados?

( ) sim ( ) não

8. Os embriões não utilizados podem ser usados em pesquisa?

( ) sim ( ) não

9. Na reprodução assistida utilizando espermatozóides ou óvulos de pessoas estranhas ao casal, você acha que os “doadores” podem ter conhecimento da identidade do casal receptor?

sim  não

10. No caso de geração com esperma ou óvulo de doador, o nascituro tem o direito de vir a conhecer a identidade do “doador” ou da “doadora”?

sim  não

11. O que você pensa a respeito da seleção de sexo do embrião a ser implantado?

---

---

---

12. O paciente terminal:

deve ficar internado em hospital

deve ser internado em unidade específica fora do hospital

não deve ser internado e sim ser removido para sua residência

13. Você é a favor à eutanásia passiva (suspensão ou não realização de procedimento terapêutico que possa prolongar a vida do paciente terminal)?

sim  não

14. Você é a favor do uso de sedativos fortes (tipo morfina) para sedação, ainda que com riscos de abreviar a vida de paciente em fase terminal?

sim  não

15. E quanto à eutanásia ativa, quando são ministradas drogas ou utilizados outros meios para abreviar a vida do paciente terminal (injeção, por exemplo, de drogas para levar à morte)?

sim  não

16. O médico deve sempre informar ao paciente em fase terminal, diagnóstico e prognóstico de sua doença?

sim  não

17. Caso a comunicação direta possa provocar dano, ainda assim o paciente deve ser informado?

sim  não

18. E se o doente não quiser saber o diagnóstico, o médico deve comunicá-lo ao paciente?

sim  não

Gostaria de saber o que você pensa sobre as situações que se apresentam a seguir:

19. Médico dá alta a paciente idoso, em estado grave, internado sob seus cuidados em enfermaria de hospital do interior, alegando que a doença do paciente não tem possibilidade de cura, para que o mesmo possa passar seus últimos momentos em casa de repouso onde vivia (asilo), sem o consentimento por escrito dos responsáveis pelo paciente (responsáveis pela Casa de Repouso). O que fazer?

---

---

---

20. Os testamentos em vida envolvem a recusa de certos tratamentos médicos que têm como objetivo o prolongamento da vida; são feitos pelos pacientes quando conscientes, e deixados com outras pessoas para o momento em que for necessário, seja em caso de inconsciência, ou de qualquer outra impossibilidade de decisão. O que você pensa a respeito?

---



---



---

21. Mãe de paciente menor (1 ano e 5 meses), através de pedido expresso, informa que é contra qualquer tipo de reanimação, por parte da equipe médica, em sua filha, caso haja alguma intercorrência. A criança apresenta agravo neurológico irreversível relacionado à doença de base com possibilidade de dependência de ventilação pulmonar mecânica. O que você pensa a respeito?

---



---



---

22. Índia grávida de gemelares é encaminhada a pré-natal em clínica particular, para evitar que cometa infanticídio contra um deles, como determina sua cultura. Programa de proteção às tribos da região sugere que médico esconda da mãe uma das crianças. O que fazer?

---



---



---

23. Em que espaço você mais entrou em contato com assuntos/discussões bioéticas?

- ( ) amigos/colegas  
 ( ) internet  
 ( ) sala de aula

Outros \_\_\_\_\_

24. Como você avalia o seu conhecimento sobre Bioética?(onde 0-zero é nenhum e 5-cinco é muito)

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

## APENDICE B – QUESTIONÁRIO B

### ESTUDANTES DE MEDICINA E A REFLEXÃO BIOÉTICA:

O que pensam sobre o início e final de vida

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Religião: \_\_\_\_\_

Religião da família: \_\_\_\_\_

Cidade e Estado de origem: \_\_\_\_\_

Casado ( ) Solteiro ( ) Separado ( ) Viúvo ( )

Nº Filhos: ( ) Vivos ( ) Falecidos

Pais: ( ) Pai vivo ( ) Pai falecido

( ) Mãe viva ( ) Mãe falecida

Número de irmãos: ( ) Vivos ( ) Falecidos ( ) Filho único

Período que cursa na graduação: ( ) ingressando ( ) concluindo

Cursou ensino médio: ( ) escola pública ( ) escola particular

1. No Brasil, a interrupção da gravidez (aborto) só não é crime quando for realizada em casos de estupro e/ou quando oferecer risco à saúde da mãe. Em alguns países, o aborto é liberado totalmente, isto é, descriminalizado. Você é a favor do aborto (isto é, da descriminalização)?  
( ) sim ( ) não
2. Você é a favor do aborto no caso de anencefalia, ou seja, quando o feto não tem o cérebro completamente desenvolvido?  
( ) sim ( ) não
3. Você é a favor do aborto em caso de outras malformações de feto?  
( ) sim ( ) não
4. Mãe que cede o útero (“mãe de aluguel”) pode ser remunerada por esta atitude?  
( ) sim ( ) não
5. No caso de “mãe de aluguel”, se houver litígio após o parto, quem deve ficar com a criança?  
( ) mãe que cedeu o útero ( ) mãe que forneceu o óvulo
6. Na reprodução assistida, paciente teve oito óvulos fecundados, in vitro, pelo esperma do marido. Quatro deles foram implantados no útero, restando quatro embriões supranumerários. O que você pensa: os embriões devem ser conservados por tempo indeterminado?  
( ) sim ( ) não
7. Os embriões supranumerários (não utilizados) devem ser imediatamente descartados?  
( ) sim ( ) não
8. Os embriões supranumerários não utilizados podem ser usados em pesquisa científica?  
( ) sim ( ) não
9. Na reprodução assistida utilizando espermatozoides ou óvulos de pessoas estranhas ao casal, você acha que os “doadores” podem ter conhecimento da identidade do casal receptor?  
( ) sim ( ) não

10. No caso de geração com esperma ou óvulo de doador, o nascituro tem o direito de vir a conhecer a identidade do “doador” ou da “doadora”?

( ) sim ( ) não

11. O que você pensa a respeito da seleção de sexo do embrião a ser implantado?

---

---

---

12. O paciente terminal:

( ) deve ficar internado em hospital

( ) deve ser internado em unidade específica fora do hospital

( ) não deve ser internado e sim ser removido para sua residência

13. Você é a favor à eutanásia passiva (suspensão ou não realização de procedimento terapêutico que possa prolongar a vida do paciente terminal)?

( ) sim ( ) não

14. Você é a favor do uso de sedativos fortes (tipo morfina) para sedação, ainda que com riscos de abreviar a vida de paciente em fase terminal?

( ) sim ( ) não

15. E quanto à eutanásia ativa, quando são ministradas drogas ou utilizados outros meios para abreviar a vida do paciente terminal (injeção, por exemplo, de drogas para levar à morte)?

( ) sim ( ) não

16. O médico deve sempre informar ao paciente em fase terminal, diagnóstico e prognóstico de sua doença?

( ) sim ( ) não

17. Caso a comunicação direta possa provocar dano, ainda assim o paciente deve ser informado?

( ) sim ( ) não

18. E se o doente não quiser saber o diagnóstico, o médico deve comunicá-lo ao paciente?

( ) sim ( ) não

Gostaria de saber o que você pensa sobre as situações que se apresentam a seguir:

19. Médico dá alta a paciente idoso, em estado grave, internado sob seus cuidados em enfermaria de hospital do interior, alegando que a doença do paciente não tem possibilidade de cura, para que o mesmo possa passar seus últimos momentos em casa de repouso onde vivia (asilo), sem o consentimento por escrito dos responsáveis pelo paciente (responsáveis pela Casa de Repouso). O que fazer?

---

---

---

20. Os testamentos em vida envolvem a recusa de certos tratamentos médicos que têm como

objetivo o prolongamento da vida; são feitos pelos pacientes quando conscientes, e deixados com outras pessoas para o momento em que for necessário, seja em caso de

inconsciência, ou de qualquer outra impossibilidade de decisão. O que você pensa a respeito?

---



---



---

21. Mãe de paciente menor (1 ano e 5 meses), através de pedido expresso, informa que é contra qualquer tipo de reanimação, por parte da equipe médica, em sua filha, caso haja alguma intercorrência. A criança apresenta agravo neurológico irreversível relacionado à doença de base com possibilidade de dependência de ventilação pulmonar mecânica. O que fazer?

---



---



---

22. Índia grávida de gemelares é encaminhada a pré-natal em clínica particular, para evitar que cometa infanticídio contra um deles, como determina sua cultura. Programa de proteção às tribos da região sugere que médico esconda da mãe uma das crianças. O que fazer?

---



---



---

23. Ao longo de sua graduação estes temas foram abordados em sala de aula?  
 sim     não

24. Se você respondeu que sim:

- ocorreu debate em disciplina específica de Bioética  
 algum professor levantou o tema em sala de aula

Outros: \_\_\_\_\_

25. Você já leu o novo Código de Ética Médica?  
 sim     não

26. Você já leu o Código de Ética do Estudante de Medicina?  
 sim     não

27. Em que espaço você mais entrou em contato com assuntos/discussões Bioéticas?

- amigos/colegas  
 internet  
 sala de aula

Outros \_\_\_\_\_

28. Como você avalia o seu conhecimento sobre Bioética?(onde 0-zero é nenhum e 5-cinco é muito)  
 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

29. Para sua formação, você considera importante a disciplina de Bioética? Por quê?

---



---



---



30. Qual profissional deve ser o professor da disciplina de Ética/Bioética?
- somente médicos
  - profissional da área de ciências humanas
  - profissional da área da saúde
  - profissional de qualquer área com formação para tal

**APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COEP-CUSC

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “ESTUDANTES DE MEDICINA E A REFLEXÃO BIOÉTICA: O que pensam sobre o início e final de vida”, cujo objetivo é investigar o que pensam os estudantes que ingressam e os estudantes que concluem o curso de Medicina das Universidades Estaduais do Paraná, sobre questões Bioéticas relacionadas ao início e final de vida.

Este estudo pretende contribuir para a formação dos estudantes de Medicina indicando a relevância de seu pensamento e do estudo de Bioética para a formação do médico. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição a que pertence.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário auto-aplicável, com questões abertas e fechadas, que será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período. Sua participação não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Bioética e Educação Médica.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

\_\_\_\_\_  
Neiva Maria Garcia Catto De Marchi - Pesquisadora

Pesquisador responsável: Neiva Maria Garcia Catto De Marchi – Psicóloga

Especialista em Bioética pela PUC – Rio de Janeiro

Mestranda em Bioética / Centro Universitário São Camilo – São Paulo

Avenida São Paulo, 172 – sala 608 – Maringá – Paraná

Telefone: (44) 9972-0975 / (44) 30290575

E-mail: neiva.marchi@hotmail.com

Orientador: Prof. Dr. William Saad Hossne

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo ligue para o Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) do Centro Universitário São Camilo, através dos números (11) 3465-2654 / 3465-2669.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

Tabelas referentes às respostas dos alunos de medicina das Universidades Estaduais do Paraná – Dados brutos.

**Tabela 1. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Idade dos estudantes**

| <b>Idade 1º ano</b> | <b>f(n)</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio-padrão</b> |
|---------------------|-------------|--------------|----------------------|
| UEL                 | 68          | 20           | 1,54                 |
| UEM                 | 27          | 20           | 2,55                 |
| UNIOESTE            | 39          | 22           | 6,35                 |
| UNIOESTE            | 38          | 21           | 3,82                 |
| <b>Total</b>        | <b>134</b>  | <b>20</b>    | <b>3,88</b>          |
| <b>Idade 6º ano</b> | <b>f(n)</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio-padrão</b> |
| UEL                 | 17          | 25           | 2,10                 |
| UEM                 | 26          | 25           | 1,66                 |
| UNIOESTE            | 34          | 24           | 2,18                 |
| <b>Total</b>        | <b>77</b>   | <b>25</b>    | <b>2,00</b>          |

**Tabela 2. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) Gênero dos entrevistados.**

| <b>SEXO</b>  | <b>TOTAL</b> |             |
|--------------|--------------|-------------|
|              | <b>f(n)</b>  | <b>p(%)</b> |
| Feminino     | 98           | 46          |
| Masculino    | 113          | 54          |
| <b>TOTAL</b> | <b>211</b>   | <b>100</b>  |

**Tabela 3. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Religião dos entrevistados.**

| RELIGIÃO       | TOTAL      |            |
|----------------|------------|------------|
|                | f(n)       | p(%)       |
| Adv. 7 Dia     | 1          | 1          |
| Agnóstico      | 2          | 1          |
| Ateu           | 9          | 5          |
| Budista        | 2          | 1          |
| Católica       | 122        | 63         |
| Cristão        | 7          | 4          |
| Espirita       | 10         | 5          |
| Evangélica     | 20         | 10         |
| Islamismo      | 1          | 1          |
| Luterana       | 1          | 1          |
| Não praticante | 1          | 1          |
| Panteísta      | 2          | 1          |
| Protestante    | 8          | 4          |
| Sem religião   | 7          | 4          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>193</b> | <b>100</b> |

**Tabela 4. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Religião da família dos entrevistados.**

| RELIGIÃO     | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| Adv. 7 Dia   | 1          | 1          |
| Budista      | 1          | 1          |
| Católica     | 151        | 76         |
| Cristão      | 6          | 3          |
| Espirita     | 8          | 4          |
| Evangélica   | 21         | 11         |
| Islamismo    | 1          | 1          |
| Luterana     | 1          | 1          |
| Protestante  | 8          | 4          |
| Sem religião | 1          | 1          |
| Várias       | 1          | 1          |
| <b>TOTAL</b> | <b>200</b> | <b>100</b> |

**Tabela 5. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - em relação ao local de procedência dos entrevistados.**

| ESTADO - BRASIL      | TOTAL      |            |
|----------------------|------------|------------|
|                      | f(n)       | p(%)       |
| AL                   | 1          | 1          |
| AM                   | 1          | 1          |
| DF                   | 1          | 1          |
| GO                   | 1          | 1          |
| MG                   | 2          | 2          |
| MS                   | 4          | 2          |
| MT                   | 3          | 1          |
| PE                   | 2          | 1          |
| PARANÁ               | 162        | 77         |
| RJ                   | 1          | 1          |
| RS                   | 3          | 1          |
| SC                   | 5          | 2          |
| SP                   | 18         | 9          |
| <b>OUTROS PAÍSES</b> |            |            |
| COLÔMBIA             | 1          | 1          |
| JAMAICA              | 1          | 1          |
| <b>TOTAL</b>         | <b>206</b> | <b>100</b> |

**Tabela 6. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Estado civil dos entrevistados.**

| ESTADO CIVIL | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| Casado       | 6          | 3          |
| Solteiro     | 205        | 97         |
| <b>TOTAL</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |

**Tabela 7. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Número de filhos dos entrevistados.**

| FILHOS       | TOTAL      |               |
|--------------|------------|---------------|
|              | f(n)       | p(%)          |
| Nenhum       | 206        | 99            |
| Um           | 2          | 1             |
| Dois         | 1          | 1             |
| <b>TOTAL</b> | <b>209</b> | <b>100,00</b> |

**Tabela 8. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Pai e mãe vivos ou falecidos dos entrevistados.**

| SITUAÇÃO DOS PAIS | TOTAL      |            |
|-------------------|------------|------------|
|                   | f(n)       | p(%)       |
| <b>Pai</b>        |            |            |
| Falecido          | 13         | 6          |
| Vivo              | 198        | 94         |
| <b>Mãe</b>        |            |            |
| Falecida          | 4          | 2          |
| Viva              | 207        | 98         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>211</b> | <b>100</b> |

**Tabela 9. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Irmãos vivos ou falecidos dos entrevistados.**

| IRMÃOS                  | TOTAL      |            |
|-------------------------|------------|------------|
|                         | f(n)       | p(%)       |
| <b>Irmãos vivos</b>     |            |            |
| 0                       | 15         | 8          |
| 1                       | 91         | 50         |
| 2                       | 60         | 33         |
| 3                       | 7          | 4          |
| 4                       | 3          | 2          |
| 5                       | 1          | 1          |
| 6                       | 3          | 2          |
| 7                       | 1          | 1          |
| <b>Total</b>            | <b>181</b> | <b>100</b> |
| <b>Irmãos falecidos</b> |            |            |
| 0                       | 200        | 99         |
| 1                       | 1          | 1          |
| 4                       | 1          | 1          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>202</b> | <b>100</b> |

**Tabela 10. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Natureza da escola frequentada pelos entrevistados.**

| ENSINO MÉDIO | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| Privada      | 148        | 71         |
| Pública      | 61         | 29         |
| <b>TOTAL</b> | <b>209</b> | <b>100</b> |

**Tabela 11. Distribuição de Frequência Absoluta (f – n) e Relativa (p - %) - Aborto. Questões de 1 a 3.**

| VOCÊ É A FAVOR                           | TOTAL      |            |
|--|------------|------------|
|  | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q1. do aborto (Descriminalização)</b> |            |            |
| Não                                      | 145        | 69         |
| Sim                                      | 65         | 31         |
| <b>Total</b>                             | <b>210</b> | <b>100</b> |
| <b>Q2. do aborto (Anencelafia)</b>       |            |            |
| Não                                      | 50         | 24         |
| Sim                                      | 161        | 76         |
| <b>Total</b>                             | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q3. do aborto (malformação)</b>       |            |            |
| Não                                      | 117        | 56         |
| Sim                                      | 93         | 44         |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>210</b> | <b>100</b> |

**Tabela 12. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e Relativa (p-%) - Reprodução assistida - Mãe de Aluguel. Questões 4 e 5.**

| MÃE DE ALUGUEL                                       | TOTAL      |            |
|--|------------|------------|
|  | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q4. Remuneração</b>                               |            |            |
| Não  | 117        | 55         |
| Sim  | 94         | 45         |
| <b>Total</b>   | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q5. Quem fica com o filho em caso de litígio?</b> |            |            |
| Mãe que cedeu o útero                                | 41         | 20         |
| Mãe que forneceu o óvulo                             | 164        | 80         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>205</b> | <b>100</b> |

**Tabela 13. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida - Embriões Supranumerários. Questões 6 à 8.**

| EMBRIÕES<br>SUPRANUMERÁRIOS                  | TOTAL      |            |
|--|------------|------------|
|  | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q6. Conservar por tempo Indeterminado</b> |            |            |
| Não  | 112        | 54         |
| Sim  | 97         | 46         |
| Não respondeu                                | 2          | -          |
| <b>Total</b>                                 | <b>209</b> | <b>100</b> |
| <b>Q7. Descartar Imediatamente</b>           |            |            |
| Não  | 176        | 83         |
| Sim  | 35         | 17         |
| <b>Total</b>                                 | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q8. Utilizar em pesquisa científica</b>   |            |            |
| Não  | 52         | 25         |
| Sim  | 156        | 75         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>208</b> | <b>100</b> |

**Tabela 14. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida - Identidade do casal doador e receptor. Questões 9 e 10.**

| IDENTIDADE                | TOTAL      |            |
|---------------------------|------------|------------|
|                           | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q9. Casal receptor</b> |            |            |
| Não                       | 162        | 77         |
| Sim                       | 49         | 23         |
| <b>Q10. Casal doador</b>  |            |            |
| Não                       | 93         | 44         |
| Sim                       | 118        | 56         |
| <b>TOTAL</b>              | <b>211</b> | <b>100</b> |

**Tabela 15. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Local onde deve permanecer o paciente terminal. Questão 12.**

| O PACIENTE TERMINAL<br>DEVE FICAR         | TOTAL      |            |
|---|------------|------------|
|   | f(n)       | p(%)       |
| em sua residência                         | 90         | 45         |
| internado no hospital                     | 56         | 28         |
| em unidade específica<br>fora do hospital | 55         | 27         |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>201</b> | <b>100</b> |



**Tabela 16. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Eutanásia. Questões 13 à 15.**

| VOCÊ É A FAVOR                      | TOTAL      |            |
|-------------------------------------|------------|------------|
|                                     | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q13: Eutanásia passiva</b>       |            |            |
| Não                                 | 95         | 46         |
| Sim                                 | 113        | 54         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>208</b> | <b>100</b> |
| <b>Q14: Uso de sedativos fortes</b> |            |            |
| Não                                 | 23         | 11         |
| Sim                                 | 188        | 89         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q15: Eutanásia ativa</b>         |            |            |
| Não                                 | 161        | 76         |
| Sim                                 | 50         | 24         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>211</b> | <b>100</b> |

**Tabela 17. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Informação do diagnóstico e prognóstico ao paciente terminal. Questões 16 à 18.**

| O MÉDICO DEVE AVISAR O PACIENTE             | TOTAL      |            |
|---|------------|------------|
|   | f(n)       | p(%)       |
| <b>Q16. Em fase terminal?</b>               |            |            |
| Não   | 35         | 17         |
| Sim   | 176        | 83         |
| <b>Total</b>                                | <b>211</b> | <b>100</b> |
| <b>Q17. Se puder provocar dano?</b>         |            |            |
| Não   | 98         | 47         |
| Sim   | 112        | 53         |
| <b>Total</b>                                | <b>210</b> | <b>100</b> |
| <b>Q18. Se o paciente não quiser saber?</b> |            |            |
| Não   | 171        | 81         |
| Sim   | 39         | 19         |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>210</b> | <b>100</b> |

**Tabela 18. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Como estes temas foram abordados em sala de aula? Questões 23 e 24.**

| ABORDAGEM DOS TEMAS                                      | TOTAL     |            |
|--|-----------|------------|
|  | f(n)      | p(%)       |
| <b>Q23. Esses temas foram abordados em sala de aula?</b> |           |            |
| Não  | 29        | 39         |
| Sim  | 46        | 61         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>75</b> | <b>100</b> |
| <b>Q24. Onde?</b>  |           |            |
| Disciplina específica                                    | 9         | 20         |
| Professor levantou o tema                                | 43        | 93         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>75</b> | <b>100</b> |

**Tabela 19. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Código de ética. Questão 25 e questão 26 do questionário B.**

| VOCÊ JÁ LEU O CÓDIGO DE ÉTICA      | TOTAL     |            |
|------------------------------------|-----------|------------|
|                                    | f(n)      | p(%)       |
| <b>Q25. Médica?</b>                |           |            |
| Não                                | 47        | 63         |
| Sim                                | 28        | 37         |
| <b>Total</b>                       | <b>75</b> | <b>100</b> |
| <b>Q26. Estudante de medicina?</b> |           |            |
| Não                                | 57        | 77         |
| Sim                                | 17        | 23         |
| <b>Total</b>                       | <b>74</b> | <b>100</b> |

**Tabela 20. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Espaço em que o aluno mais entrou em contato com a Bioética? Questão 27.**

| ESPAÇO                  | TOTAL      |            |
|-------------------------|------------|------------|
|                         | f(n)       | p(%)       |
| <b>Amigos e colegas</b> |            |            |
| Não                     | 139        | 67         |
| Sim                     | 68         | 33         |
| <b>Internet</b>         |            |            |
| Não                     | 173        | 84         |
| Sim                     | 34         | 16         |
| <b>Sala de aula</b>     |            |            |
| Não                     | 90         | 43         |
| Sim                     | 117        | 57         |
| <b>Outros</b>           |            |            |
| Não                     | 176        | 85         |
| Sim                     | 31         | 15         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>207</b> | <b>100</b> |

**Tabela 21. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Avaliação do conhecimento sobre Bioética? Questão 28.**

| AVALIAÇÃO    | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|
|              | f(n)       | p(%)       |
| 0            | 2          | 1          |
| 1            | 33         | 16         |
| 2            | 66         | 32         |
| 3            | 94         | 45         |
| 4            | 13         | 6          |
| <b>TOTAL</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |

**Tabela 22. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Importância da Bioética para a formação do aluno. Questão 29.**

| A IMPORTÂNCIA DA BIOÉTICA | TOTAL     |            |
|---------------------------|-----------|------------|
|                           | f(n)      | p(%)       |
| Não                       | 2         | 3          |
| Sim                       | 63        | 97         |
| <b>TOTAL</b>              | <b>65</b> | <b>100</b> |

**Tabela 23. Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Profissional professor da disciplina de Ética/Bioética. Questão 30 do questionário B.**

| PROFISSIONAL                    | TOTAL     |            |
|---------------------------------|-----------|------------|
|                                 | f(n)      | p(%)       |
| <b>Área da saúde</b>            |           |            |
| Não                             | 61        | 81         |
| Sim                             | 14        | 19         |
| <b>Somente médicos</b>          |           |            |
| Não                             | 47        | 63         |
| Sim                             | 28        | 37         |
| <b>Área de ciências humanas</b> |           |            |
| Não                             | 67        | 89         |
| Sim                             | 8         | 11         |
| <b>Qualquer formação</b>        |           |            |
| Não                             | 44        | 59         |
| Sim                             | 31        | 41         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>75</b> | <b>100</b> |

## APENDICE E

Tabelas e Figuras referentes às respostas dos alunos de primeiro e de sexto anos de medicina das Universidades Estaduais do Paraná – Dados brutos.

Tabela 1: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Aborto – por período que o estudante cursa na graduação.

| VOCÊ É A FAVOR                    | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|-----------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|                                   | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>aborto (descriminalização)</b> |             |            |            |            |            |            | 0,1344  |
| Não                               | 87          | 65         | 58         | 75         | 145        | 69         |         |
| Sim                               | 46          | 35         | 19         | 25         | 65         | 31         |         |
| <b>Total</b>                      | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>210</b> | <b>100</b> |         |
| <b>aborto (anencefalia)</b>       |             |            |            |            |            |            | 0,3544  |
| Não                               | 29          | 22         | 21         | 27         | 50         | 24         |         |
| Sim                               | 105         | 78         | 56         | 73         | 161        | 76         |         |
| <b>Total</b>                      | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |
| <b>aborto (malformação)</b>       |             |            |            |            |            |            | 0,2904  |
| Não                               | 71          | 53         | 46         | 61         | 117        | 56         |         |
| Sim                               | 63          | 47         | 30         | 39         | 93         | 44         |         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>76</b>  | <b>100</b> | <b>210</b> | <b>100</b> |         |

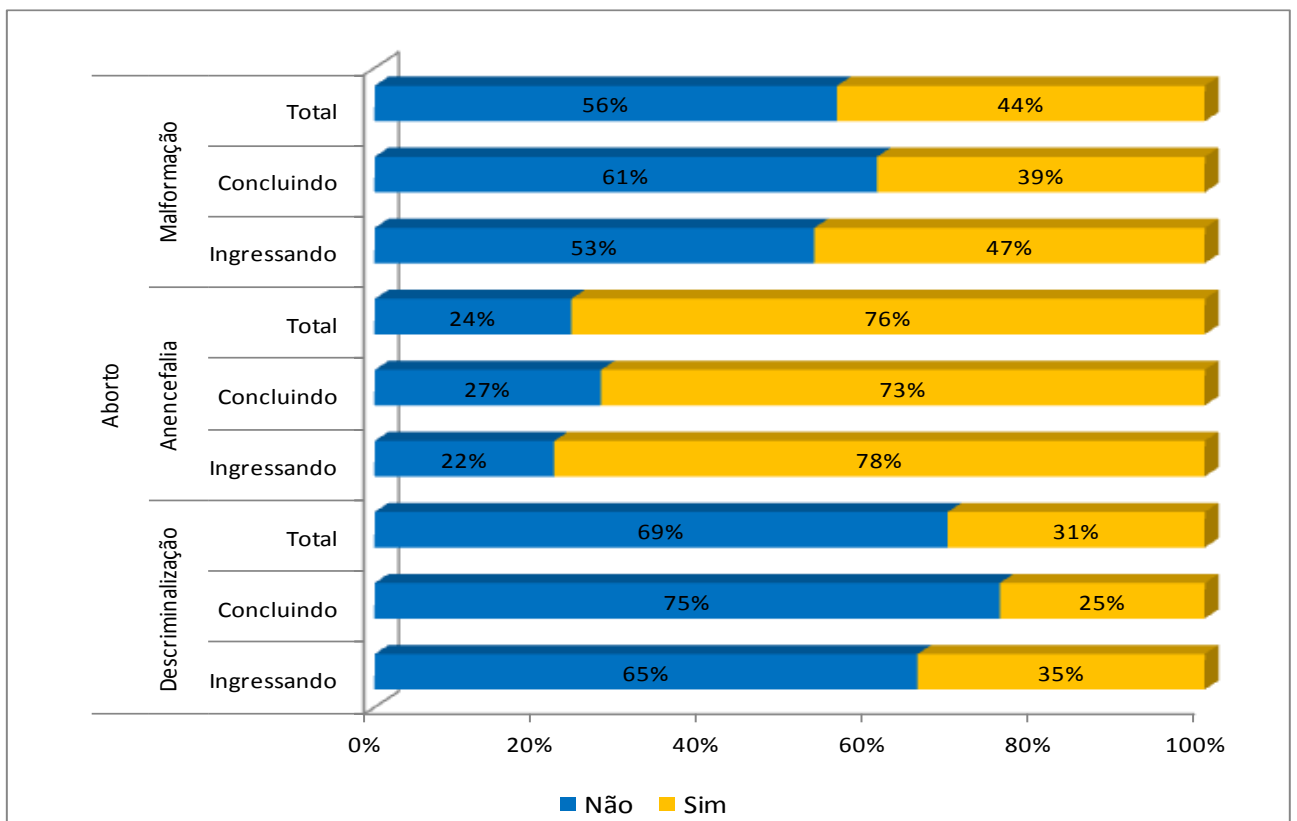
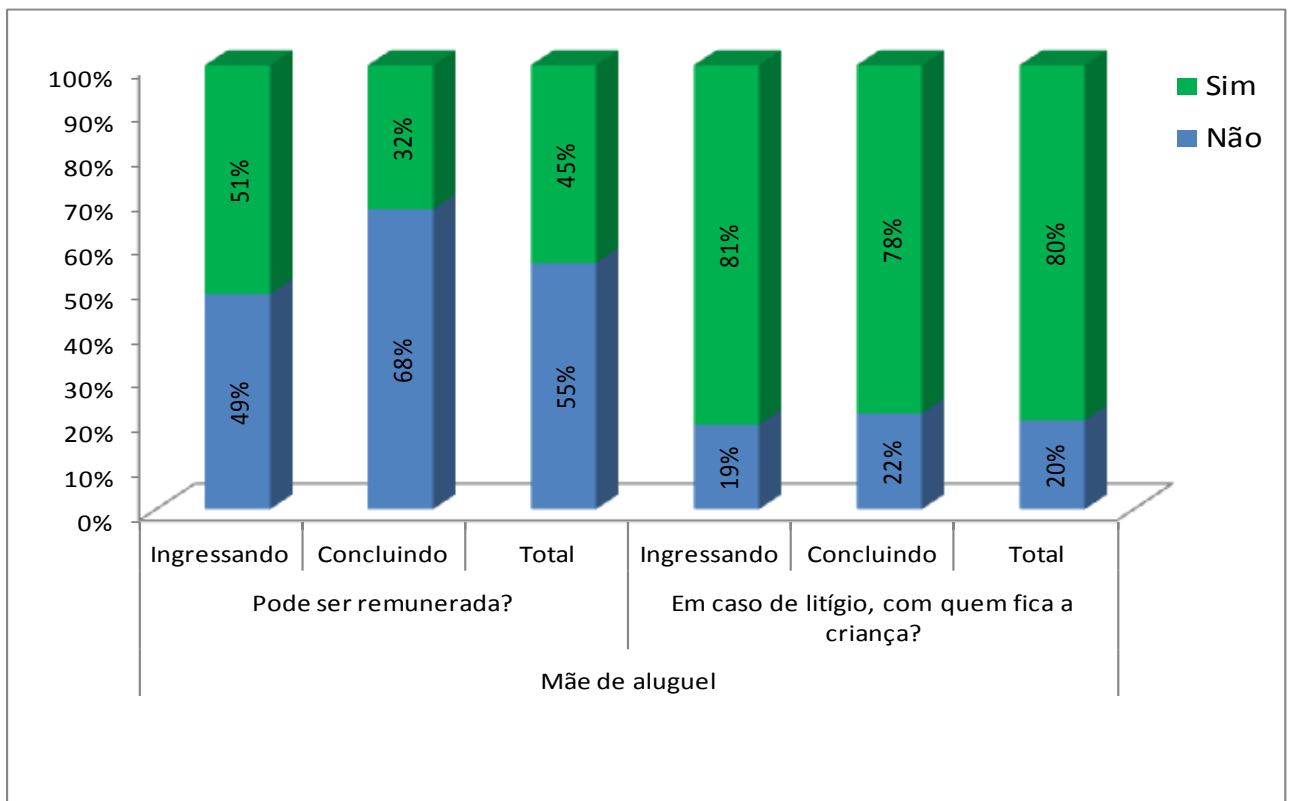


Figura 1. Aborto por período que o estudante cursa na graduação.

**Tabela 2: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Reprodução assistida – Mãe que cede o útero ou "mãe de aluguel por período que o estudante cursa na graduação.**

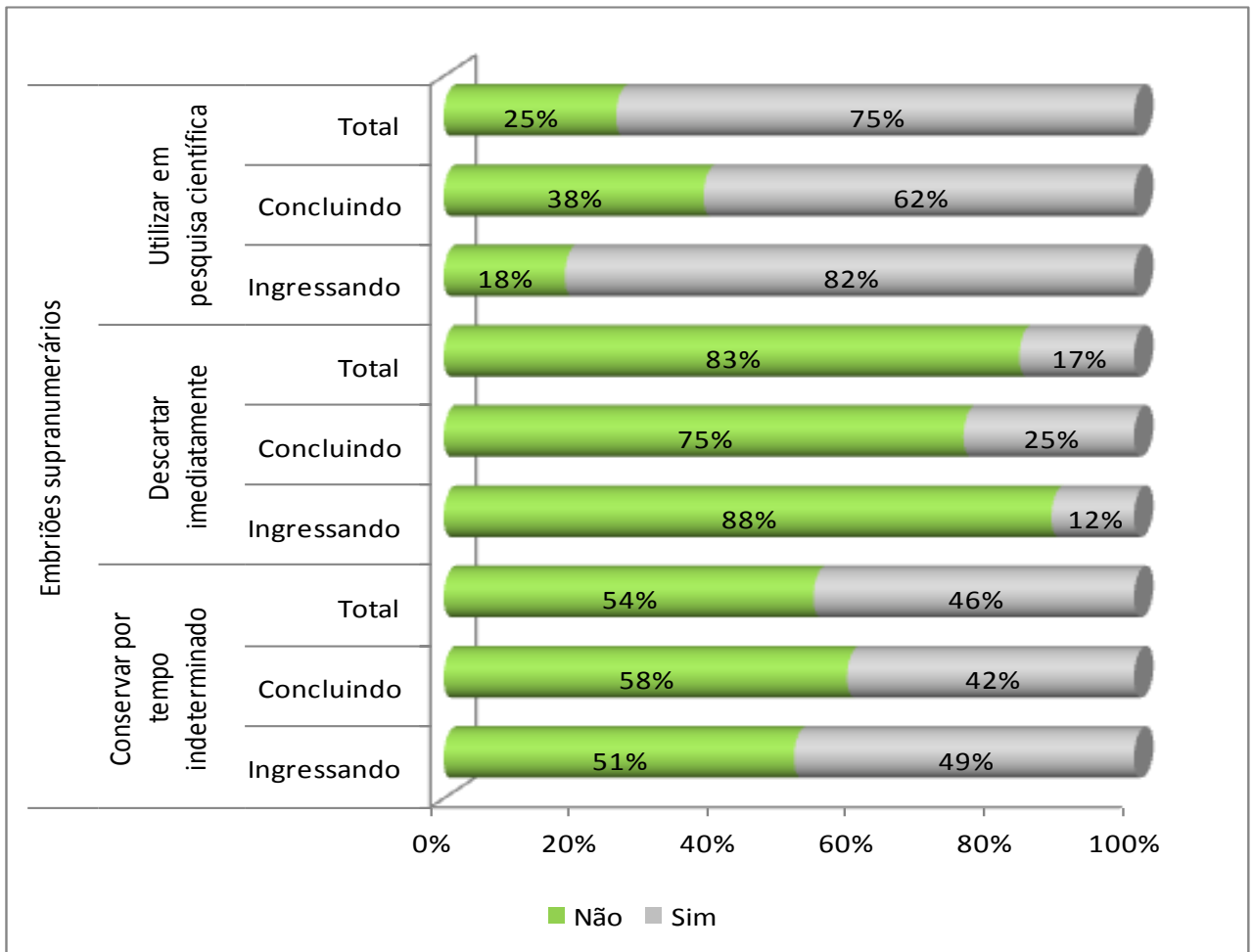
| MÃE QUE CEDE O ÚTERO               | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|                                    | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Pode ser remunerada?</b>        |             |            |            |            |            |            | 0,0074* |
| Não                                | 65          | 49         | 52         | 68         | 117        | 55         |         |
| Sim                                | 69          | 51         | 25         | 32         | 94         | 45         |         |
| <b>Total</b>                       | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Com quem fica (em litígio)?</b> |             |            |            |            |            |            | 0,6626  |
| mãe que cedeu o útero              | 25          | 19         | 16         | 22         | 41         | 20         |         |
| mãe que cedeu o óvulo              | 106         | 81         | 58         | 78         | 164        | 80         |         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>131</b>  | <b>100</b> | <b>74</b>  | <b>100</b> | <b>205</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 2: Respostas sobre mãe que cede o útero "mãe de aluguel" por período que o estudante cursa na graduação.**

**Tabela 3: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Reprodução Assistida – Conservação de embriões supranumerários por período que o estudante cursa na graduação.**

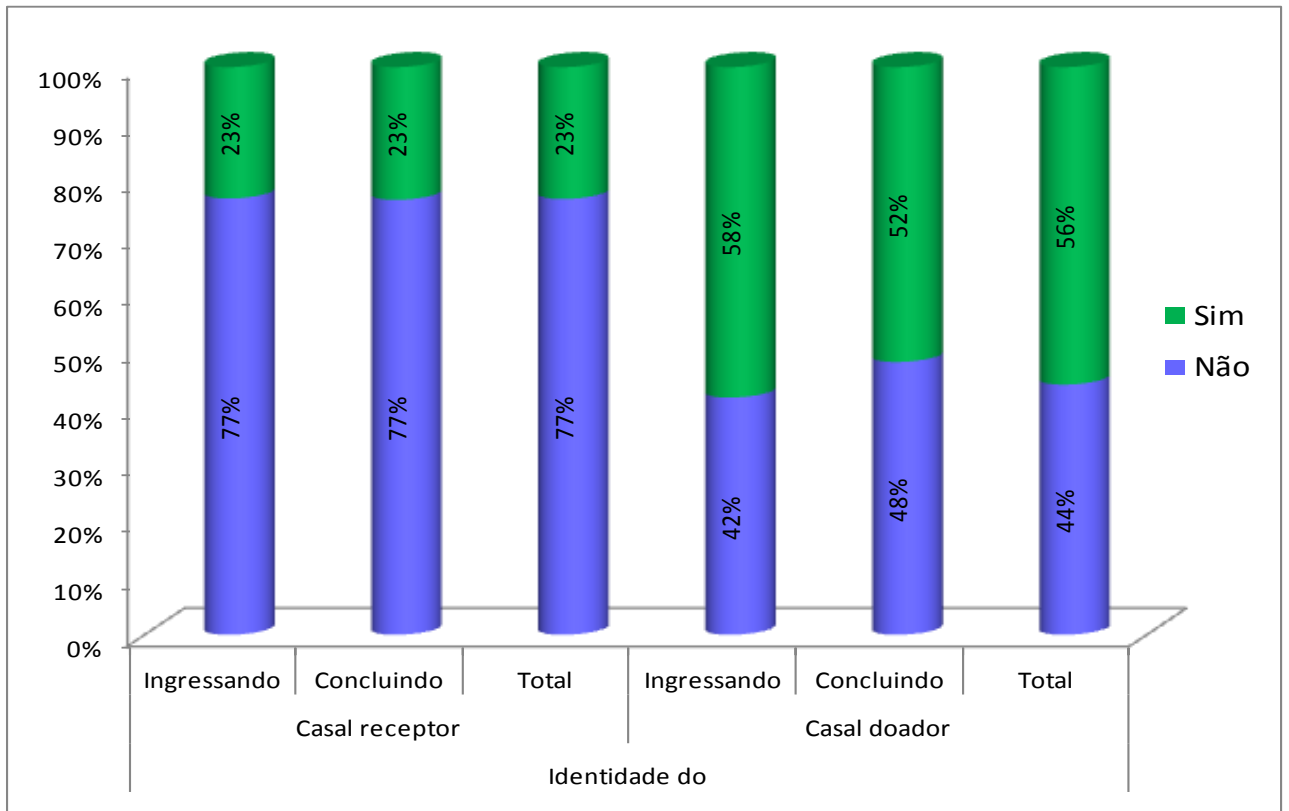
| EMBRIÕES SUPRANUMERÁRIOS                 | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|--|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|  | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Conservar por tempo indeterminado</b> |             |            |            |            |            |            | 0,2826  |
| Não                                      | 67          | 51         | 45         | 58         | 112        | 54         |         |
| Sim                                      | 65          | 49         | 32         | 42         | 97         | 46         |         |
| <b>Total</b>                             | <b>132</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>209</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Descartar imediatamente</b>           |             |            |            |            |            |            | 0,0167* |
| Não                                      | 118         | 88         | 58         | 75         | 176        | 83         |         |
| Sim                                      | 16          | 12         | 19         | 25         | 35         | 17         |         |
| <b>Total</b>                             | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Utilizar em pesquisa científica</b>   |             |            |            |            |            |            | 0,0012* |
| Não                                      | 23          | 18         | 29         | 38         | 52         | 25         |         |
| Sim                                      | 108         | 82         | 48         | 62         | 156        | 75         |         |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>131</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 3: Resposta sobre embriões supranumerários por período que o estudante cursa na graduação.**

**Tabela 4: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Reprodução assistida – Identidade de casal receptor e casal doador por período que o estudante cursa na graduação.**

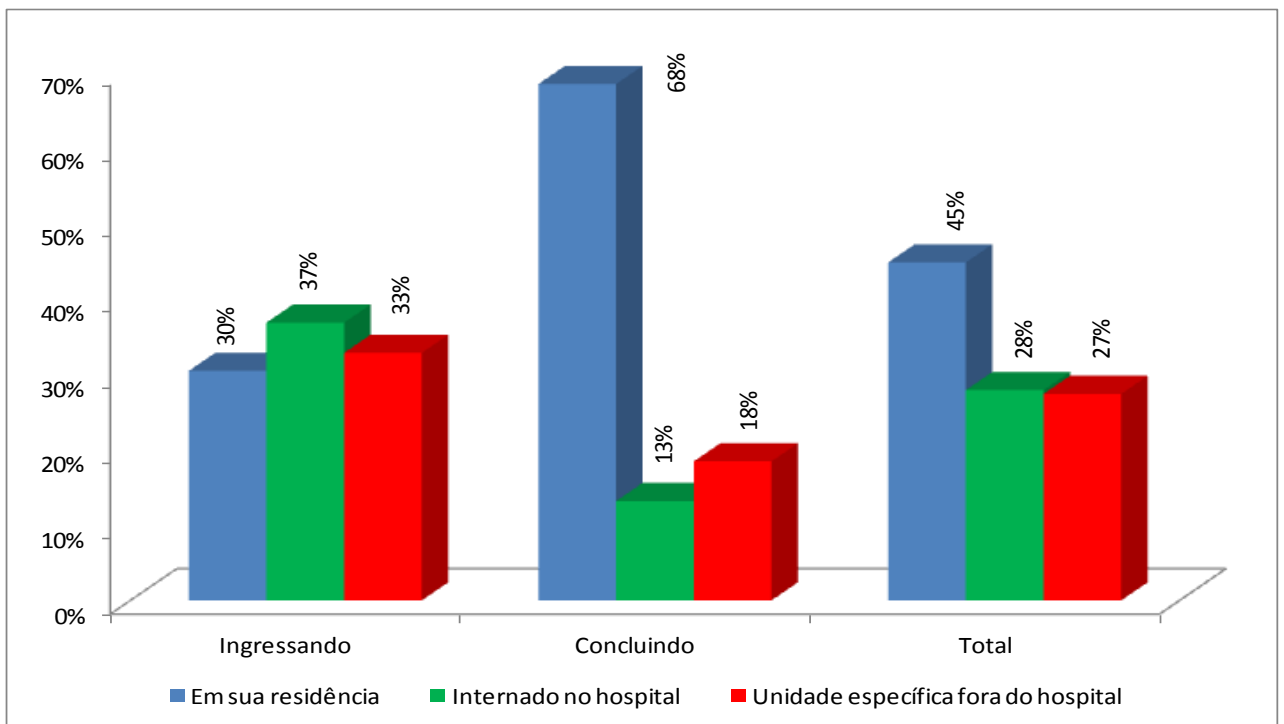
| IDENTIDADE            | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|-----------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|                       | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Casal receptor</b> |             |            |            |            |            |            | 0,9680  |
| Não                   | 103         | 77         | 59         | 77         | 162        | 77         |         |
| Sim                   | 31          | 23         | 18         | 23         | 49         | 23         |         |
| <b>Total</b>          | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Casal doador</b>   |             |            |            |            |            |            | 0,3779  |
| Não                   | 56          | 42         | 37         | 48         | 93         | 44         |         |
| Sim                   | 78          | 58         | 40         | 52         | 118        | 56         |         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 4: Identidade do casal receptor ou casal doador por período que o estudante cursa na graduação.**

**Tabela 5: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Onde o paciente terminal deve ficar por período que o estudante cursa na graduação.**

| LOCAL                               | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor  |
|-------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
|                                     | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |          |
| Em sua residência                   | 38          | 30         | 52         | 68         | 90         | 45         | <0,0001* |
| Internado no hospital               | 46          | 37         | 10         | 13         | 56         | 28         |          |
| Unidade específica fora do hospital | 41          | 33         | 14         | 18         | 55         | 27         |          |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>125</b>  | <b>100</b> | <b>76</b>  | <b>100</b> | <b>201</b> | <b>100</b> |          |

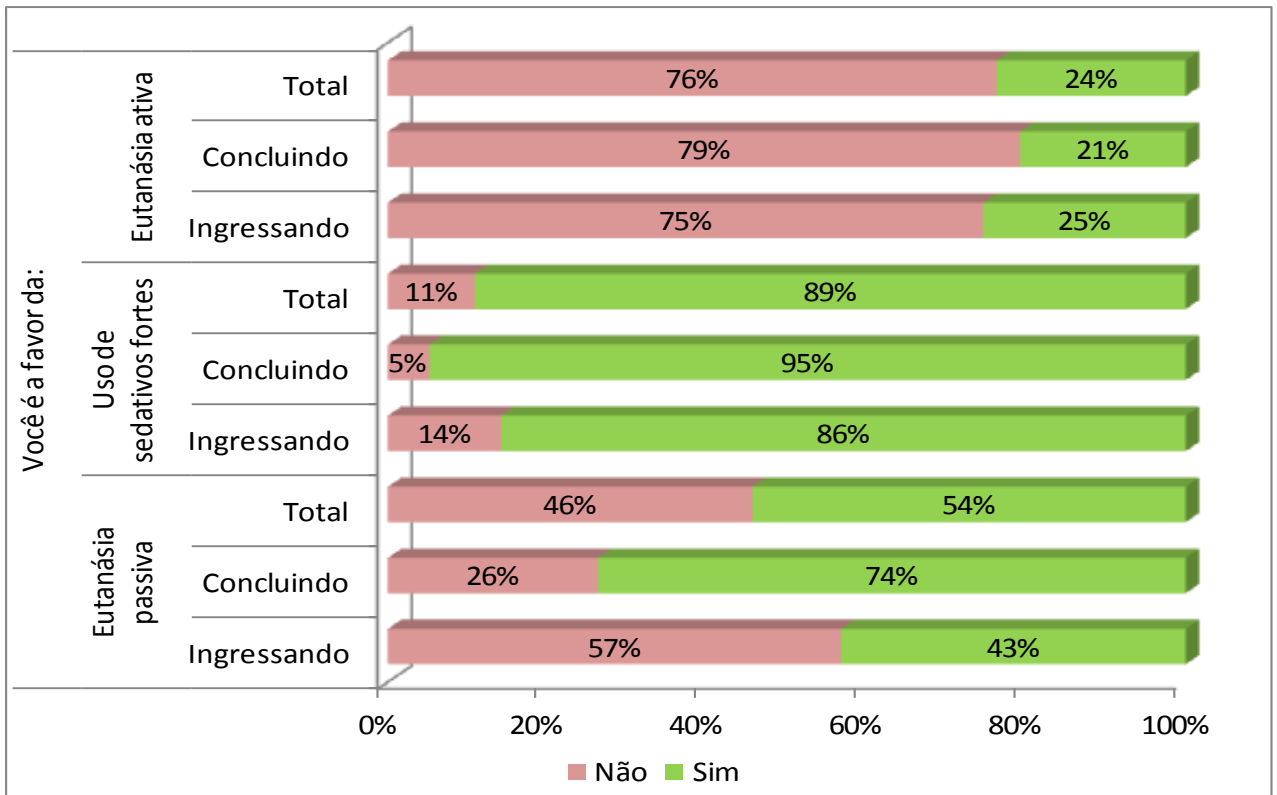


**Figura 5: Resposta sobre onde o paciente terminal deve ficar por período que o estudante cursa na graduação.**



**Tabela 6: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Eutanásia por período que o estudante cursa na graduação.**

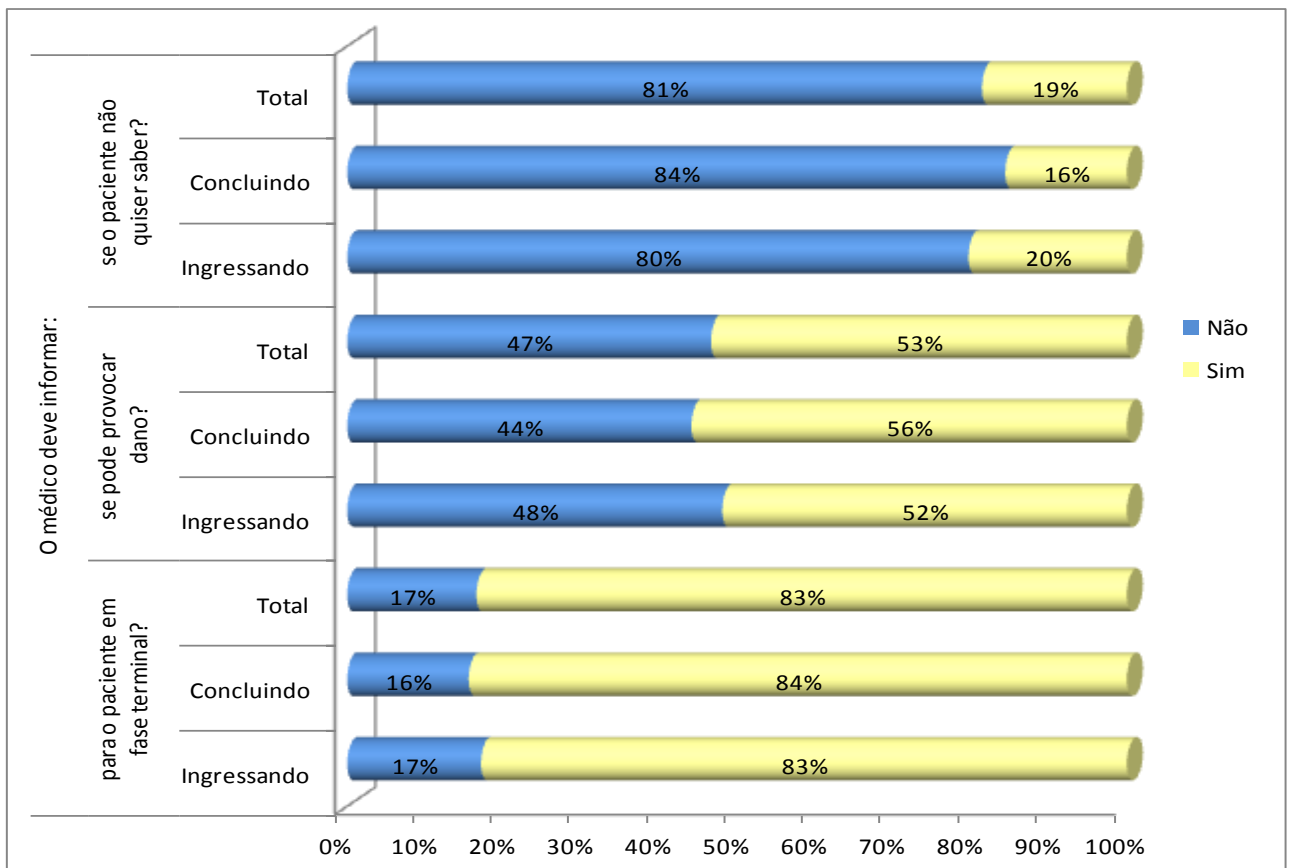
| VOCÊ É A FAVOR                 | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor  |
|--------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
|                                | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |          |
| <b>Eutanásia passiva</b>       |             |            |            |            |            |            | <0,0001* |
| Não                            | 75          | 57         | 20         | 26         | 95         | 46         |          |
| Sim                            | 57          | 43         | 56         | 74         | 113        | 54         |          |
| <b>Total</b>                   | <b>132</b>  | <b>100</b> | <b>76</b>  | <b>100</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |          |
| <b>Uso de sedativos fortes</b> |             |            |            |            |            |            | 0,0438*  |
| Não                            | 19          | 14         | 4          | 5          | 23         | 11         |          |
| Sim                            | 115         | 86         | 73         | 95         | 188        | 89         |          |
| <b>Total</b>                   | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |          |
| <b>Eutanásia ativa</b>         |             |            |            |            |            |            | 0,4500   |
| Não                            | 100         | 75         | 61         | 79         | 161        | 76         |          |
| Sim                            | 34          | 25         | 16         | 21         | 50         | 24         |          |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |          |



**Figura 6: Respostas em relação à realização de procedimentos ao paciente em fase terminal por período que o estudante cursa na graduação.**

**Tabela 7: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Informação ao paciente terminal por período que o estudante cursa na graduação.**

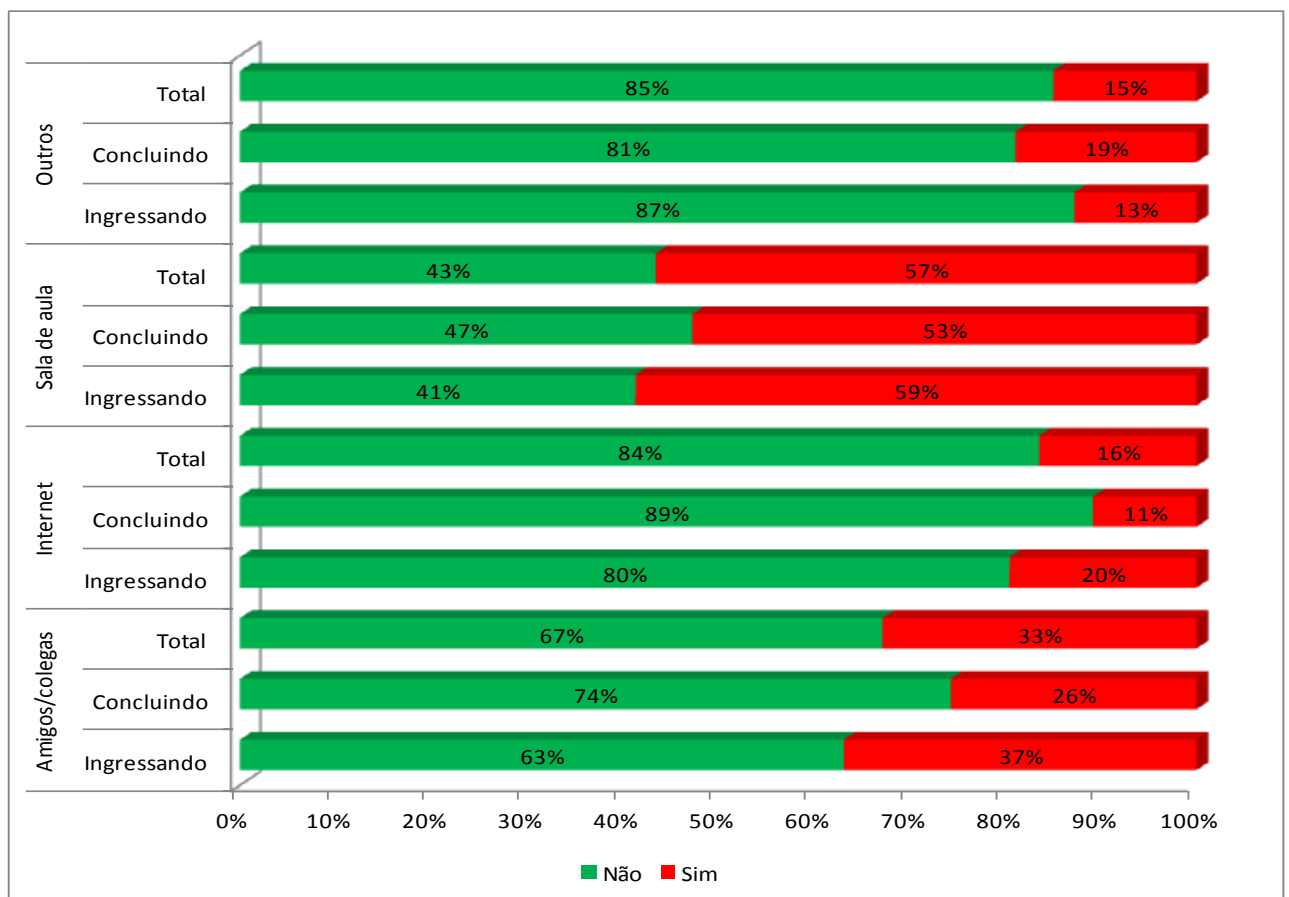
| MÉDICO DEVE INFORMAR PACIENTE          | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|--|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|  | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Em fase terminal?</b>               |             |            |            |            |            |            | 0,7665  |
| Não                                    | 23          | 17         | 12         | 16         | 35         | 17         |         |
| Sim                                    | 111         | 83         | 65         | 84         | 176        | 83         |         |
| <b>Total</b>                           | <b>134</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>211</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Se pode provocar dano?</b>          |             |            |            |            |            |            | 0,5789  |
| Não                                    | 64          | 48         | 34         | 44         | 98         | 47         |         |
| Sim                                    | 69          | 52         | 43         | 56         | 112        | 53         |         |
| <b>Total</b>                           | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>210</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Se o paciente não quiser saber?</b> |             |            |            |            |            |            | 0,3970  |
| Não                                    | 106         | 80         | 65         | 84         | 171        | 81         |         |
| Sim                                    | 27          | 20         | 12         | 16         | 39         | 19         |         |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>77</b>  | <b>100</b> | <b>210</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 7: Opinião se o médico deve informar os pacientes por período que o estudante cursa na graduação.**

**Tabela 8: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Espaço que mais entrou em contato com assuntos/discussões Bioéticas por período que o estudante cursa na graduação.**

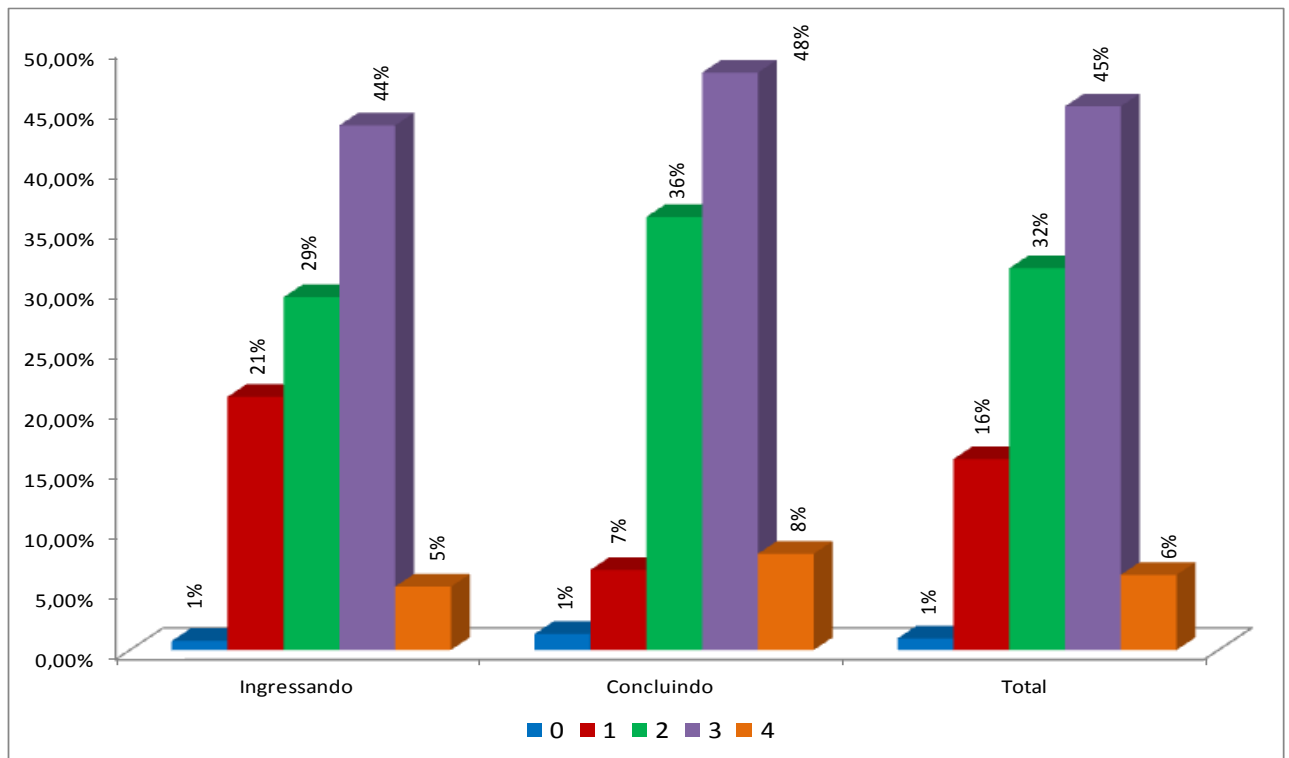
| ESPAÇO                | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|-----------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|                       | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| <b>Amigos/colegas</b> |             |            |            |            |            |            | 0,1011  |
| Não                   | 84          | 63         | 55         | 74         | 139        | 67         |         |
| Sim                   | 49          | 37         | 19         | 26         | 68         | 33         |         |
| <b>Total</b>          | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>74</b>  | <b>100</b> | <b>207</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Internet</b>       |             |            |            |            |            |            | 0,1039  |
| Não                   | 107         | 80         | 66         | 89         | 173        | 84         |         |
| Sim                   | 26          | 20         | 8          | 11         | 34         | 16         |         |
| <b>Total</b>          | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>74</b>  | <b>100</b> | <b>207</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Sala de aula</b>   |             |            |            |            |            |            | 0,4084  |
| Não                   | 55          | 41         | 35         | 47         | 90         | 43         |         |
| Sim                   | 78          | 59         | 39         | 53         | 117        | 57         |         |
| <b>Total</b>          | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>74</b>  | <b>100</b> | <b>207</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Outros</b>         |             |            |            |            |            |            | 0,2357  |
| Não                   | 116         | 87         | 60         | 81         | 176        | 85         |         |
| Sim                   | 17          | 13         | 14         | 19         | 31         | 15         |         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>74</b>  | <b>100</b> | <b>207</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 8: Espaço que mais entrou em contato com assuntos/discussões Bioéticas por período que o estudante cursa na graduação.**

**Tabela 9: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Avaliação de seu conhecimento sobre Bioética por período que o estudante cursa na graduação.**

| AVALIAÇÃO    | Ingressando |            | Concluindo |            | TOTAL      |            | p-valor |
|--------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
|              | f(n)        | p(%)       | f(n)       | p(%)       | f(n)       | p(%)       |         |
| 0            | 1           | 1          | 1          | 1          | 2          | 1          | 0,0962  |
| 1            | 28          | 21         | 5          | 7          | 33         | 16         |         |
| 2            | 39          | 29         | 27         | 36         | 66         | 32         |         |
| 3            | 58          | 44         | 36         | 48         | 94         | 45         |         |
| 4            | 7           | 5          | 6          | 8          | 13         | 6          |         |
| <b>TOTAL</b> | <b>133</b>  | <b>100</b> | <b>75</b>  | <b>100</b> | <b>208</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 9: Avaliação do conhecimento sobre Bioética por período que o estudante cursa na graduação.**

## APENDICE F

Tabelas e Figuras referentes às respostas dos alunos de medicina das Universidades Estaduais do Paraná quanto ao modelo de ensino – Dados brutos.

Tabela 1: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Aborto - modelo de ensino

| VOCÊ É A FAVOR DO                 | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|-----------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                   | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Aborto (descriminalização)</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,0022* |
| Não                               | 8         | 47         | 50               | 83         | 58        | 75         |         |
| Sim                               | 9         | 53         | 10               | 17         | 19        | 25         |         |
| <b>Total</b>                      | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Aborto (anencefalia)</b>       |           |            |                  |            |           |            | 0,3127  |
| Não                               | 3         | 18         | 18               | 30         | 21        | 27         |         |
| Sim                               | 14        | 82         | 42               | 70         | 56        | 73         |         |
| <b>Total</b>                      | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Aborto (malformação)</b>       |           |            |                  |            |           |            | 0,0640  |
| Não                               | 7         | 41         | 39               | 66         | 46        | 61         |         |
| Sim                               | 10        | 59         | 20               | 34         | 30        | 39         |         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>76</b> | <b>100</b> |         |

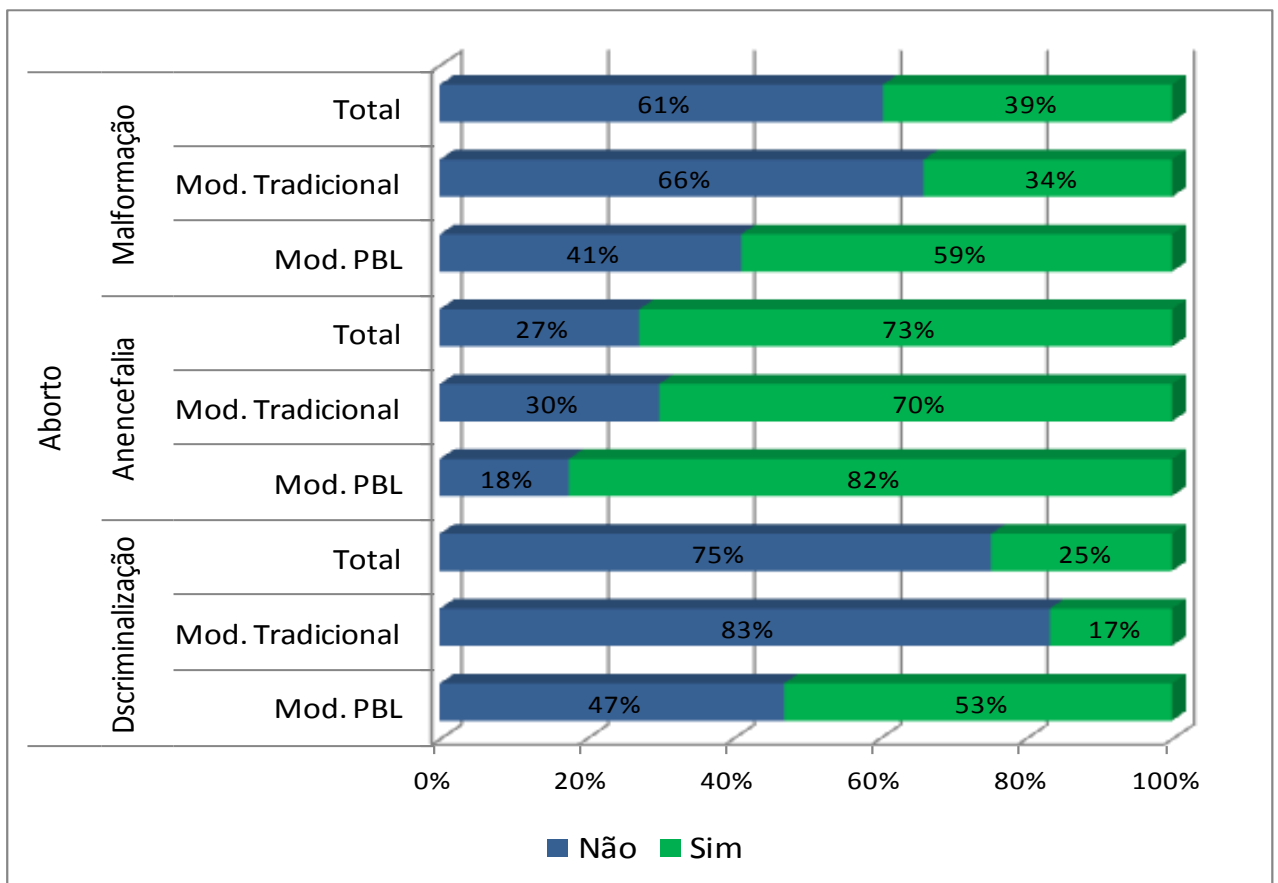
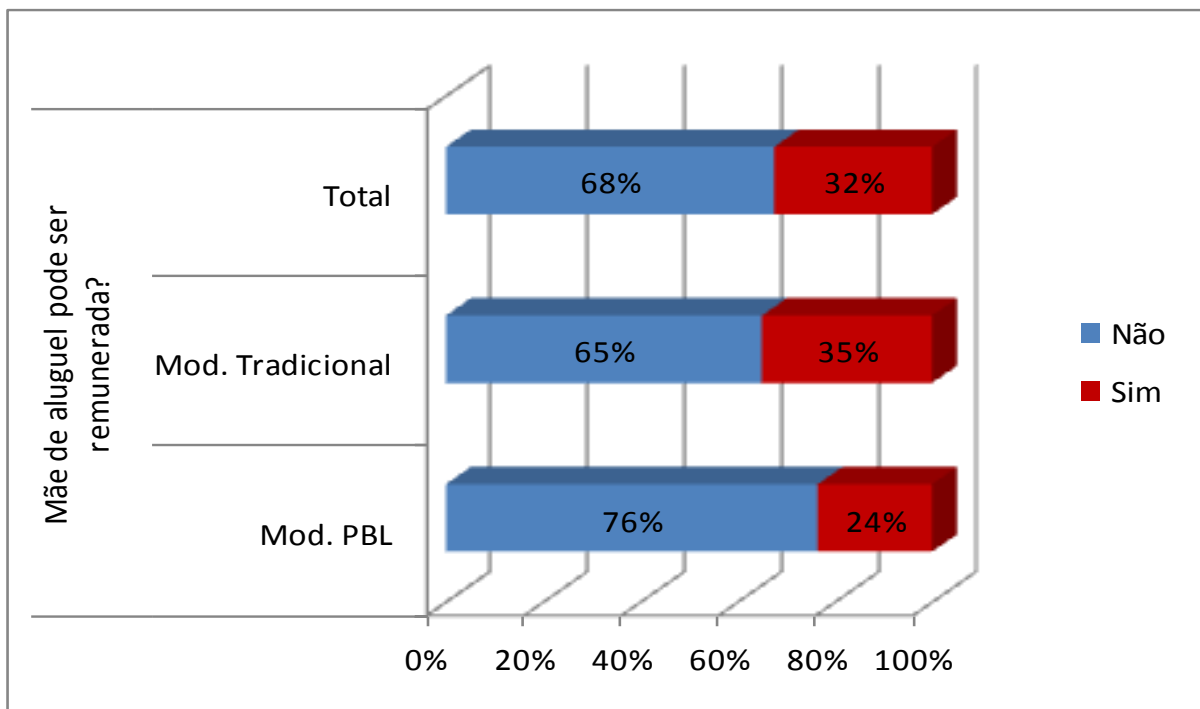


Figura 1: Aborto - modelo de ensino.

**Tabela 2: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida – Mãe que cede o útero ou "mãe de aluguel - modelo de ensino.**

| MÃE DE ALUGUEL                     | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|------------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                    | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Pode ser remunerada?</b>        |           |            |                  |            |           |            | 0,3726  |
| Não                                | 13        | 76         | 39               | 65         | 52        | 68         |         |
| Sim                                | 4         | 24         | 21               | 35         | 25        | 32         |         |
| <b>Total</b>                       | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Com quem fica (em litígio)?</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,6501  |
| Mãe que cedeu o útero              | 3         | 18         | 13               | 23         | 16        | 22         |         |
| Mãe que cedeu o óvulo              | 14        | 82         | 44               | 77         | 58        | 78         |         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>57</b>        | <b>100</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 2: Respostas sobre mãe que cede o útero "mãe de aluguel" - modelo de ensino.**

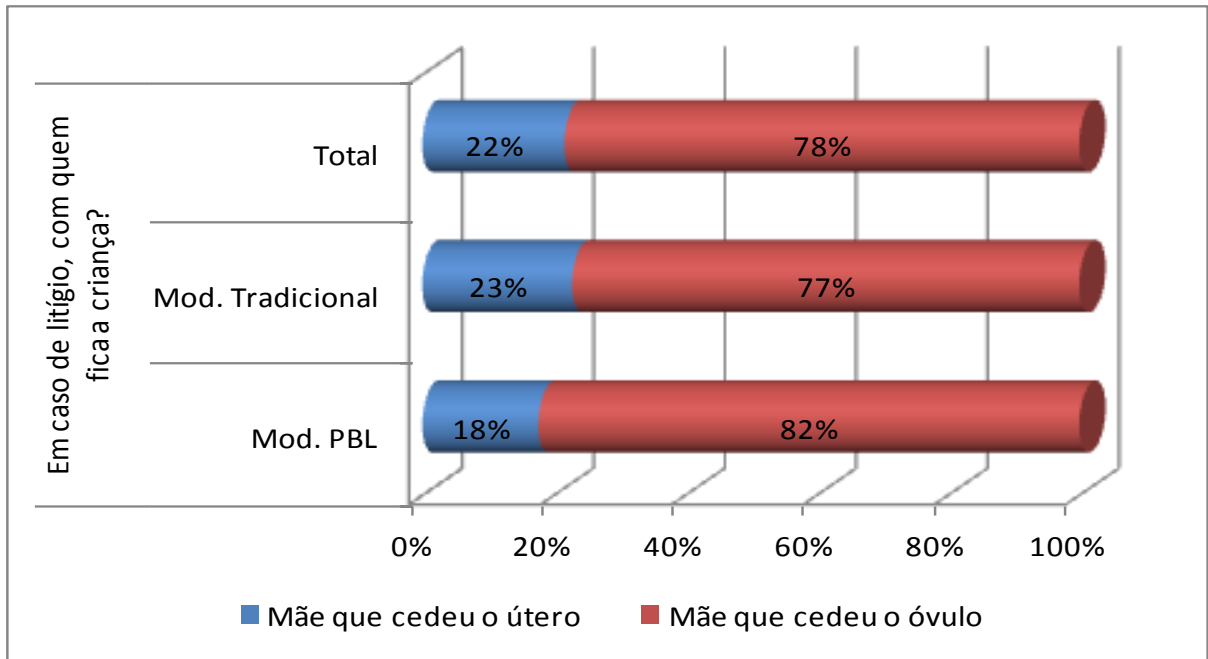


Figura 3: Respostas sobre mãe que cede o útero "mãe de aluguel" - modelo de ensino.

Tabela 3: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Reprodução assistida em – Embriões supranumerários - modelo de ensino.

| EMBRIÕES SUPRANUMERÁRIOS                 | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|--|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|  | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Conservar por tempo indeterminado</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,6022  |
| Não                                      | 9         | 53         | 36               | 60         | 45        | 58         |         |
| Sim                                      | 8         | 47         | 24               | 40         | 32        | 42         |         |
| <b>Total</b>                             | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Descartar imediatamente</b>           |           |            |                  |            |           |            | 0,9012  |
| Não                                      | 13        | 76         | 45               | 75         | 58        | 75         |         |
| Sim                                      | 4         | 24         | 15               | 25         | 19        | 25         |         |
| <b>Total</b>                             | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Utilizar em pesquisa científica</b>   |           |            |                  |            |           |            | 0,4264  |
| Não                                      | 5         | 29         | 24               | 40         | 29        | 38         |         |
| Sim                                      | 12        | 71         | 36               | 60         | 48        | 62         |         |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |

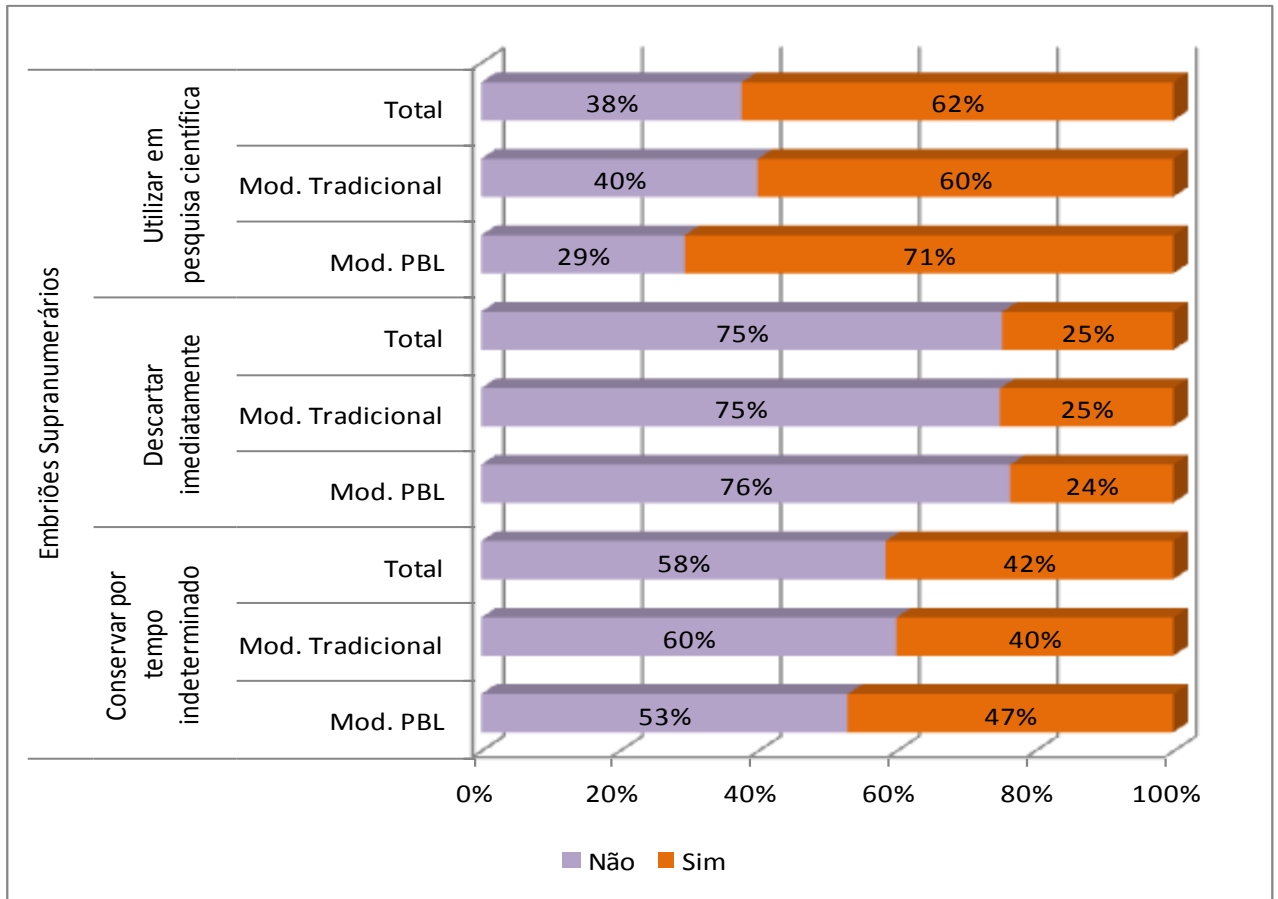


Figura 4: Resposta sobre embriões supranumerários - modelo de ensino.

Tabela 4: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Reprodução assistida – Identidade do casal receptor e do casal doador - modelo de ensino.

| IDENTIDADE            | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|-----------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                       | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Casal receptor</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,0535  |
| Não                   | 16        | 94         | 43               | 72         | 59        | 77         |         |
| Sim                   | 1         | 6          | 17               | 28         | 18        | 23         |         |
| <b>Total</b>          | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Casal doador</b>   |           |            |                  |            |           |            | 0,0351* |
| Não                   | 12        | 71         | 25               | 42         | 37        | 48         |         |
| Sim                   | 5         | 29         | 35               | 58         | 40        | 52         |         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |



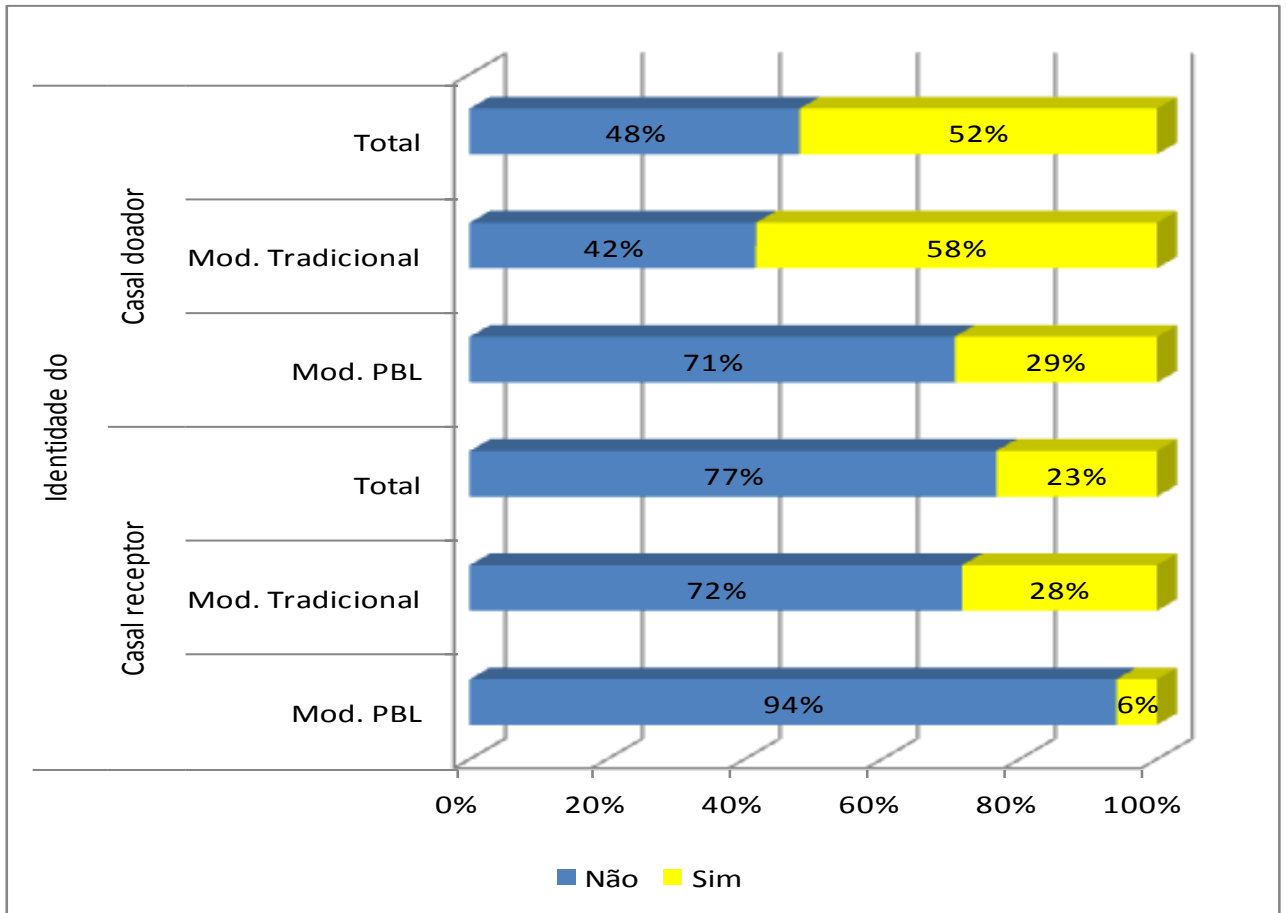


Figura 5: Identidade do casal receptor ou casal doador - modelo de ensino.

Tabela 5: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Onde o paciente terminal deve ficar- modelo de ensino.

| LOCAL                               | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|-------------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                     | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| Em sua residência                   | 13        | 76         | 39               | 66         | 52        | 68         | 0,5783  |
| Internado no hospital               | 1         | 6          | 9                | 15         | 10        | 13         |         |
| Unidade específica fora do hospital | 3         | 18         | 11               | 19         | 14        | 18         |         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>76</b> | <b>100</b> |         |

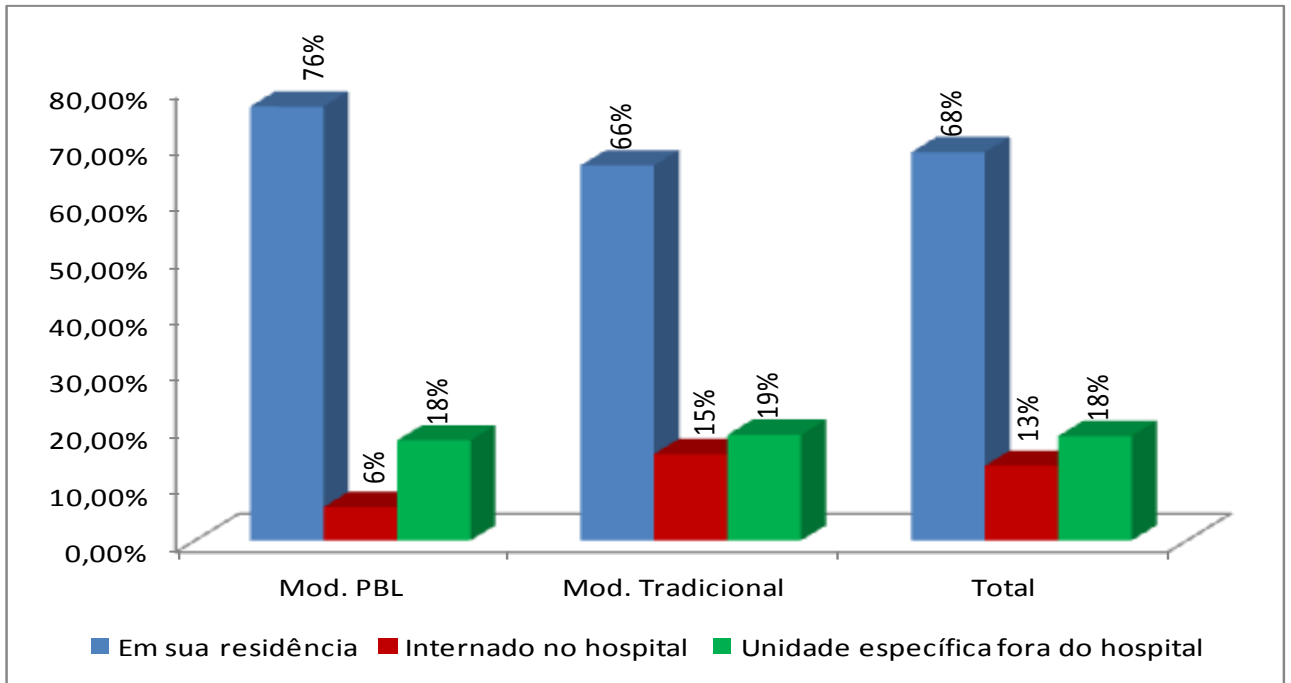


Figura 6: Resposta sobre onde o paciente terminal deve ficar - modelo de ensino.

Tabela 6: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Eutanásia - modelo de ensino.

| VOCÊ É A FAVOR                 | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|--------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Eutanásia passiva</b>       |           |            |                  |            |           |            | 0,7671  |
| Não                            | 4         | 24         | 16               | 27         | 20        | 26         |         |
| Sim                            | 13        | 76         | 43               | 73         | 56        | 74         |         |
| <b>Total</b>                   | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>76</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Uso de sedativos fortes</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,2742  |
| Não                            | 0         | 0          | 4                | 7          | 4         | 5          |         |
| Sim                            | 17        | 100        | 56               | 93         | 73        | 95         |         |
| <b>Total</b>                   | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Eutanásia ativa</b>         |           |            |                  |            |           |            | 0,7515  |
| Não                            | 13        | 76         | 48               | 80         | 61        | 79         |         |
| Sim                            | 4         | 24         | 12               | 20         | 16        | 21         |         |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |

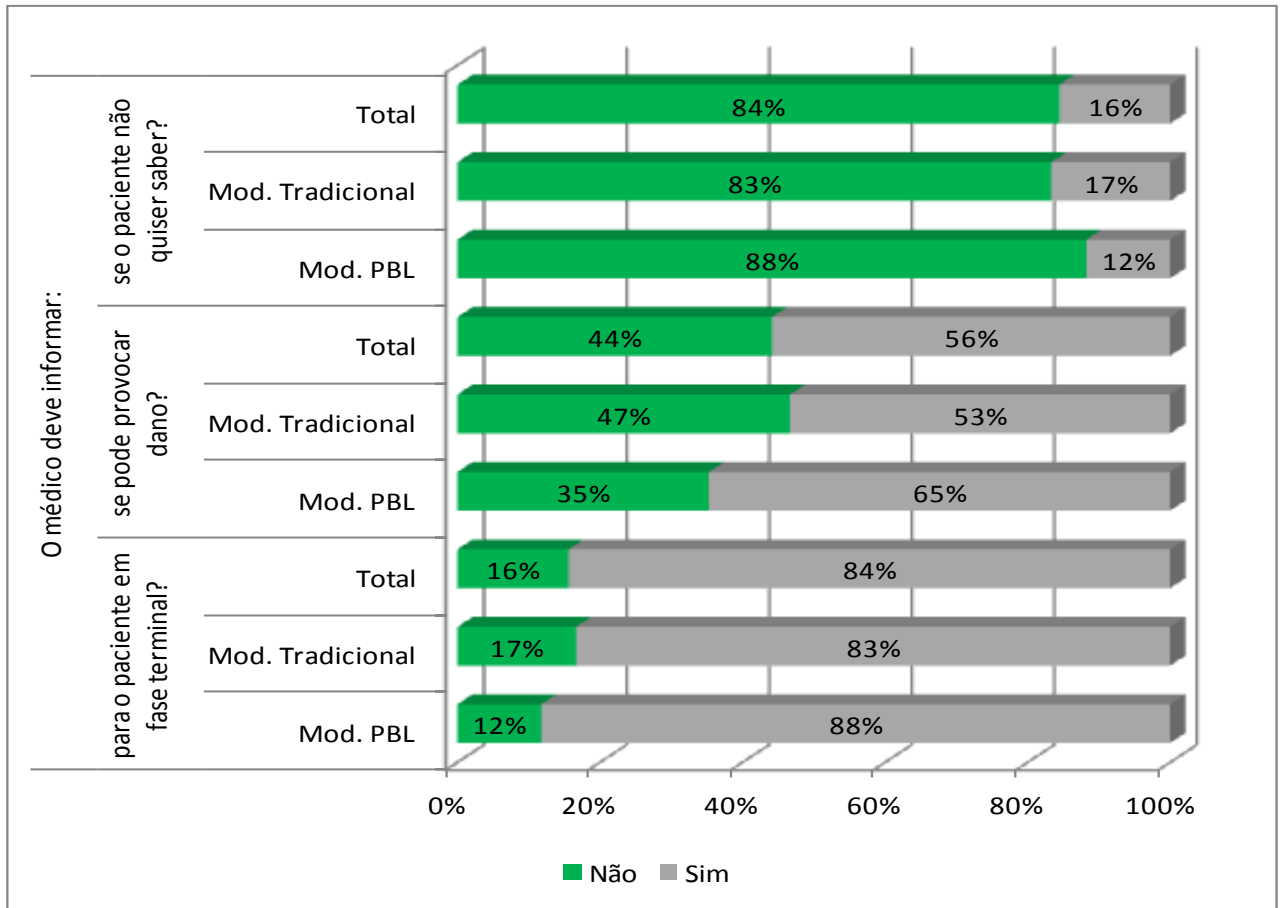


Figura 7: Respostas em relação à eutanásia - modelo de ensino.

Tabela 7: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Informação ao paciente terminal - modelo de ensino.

| O MÉDICO DEVE AVISAR O PACIENTE        | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|--|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|  | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Em fase terminal?</b>               |           |            |                  |            |           |            | 0,6228  |
| Não                                    | 2         | 12         | 10               | 17         | 12        | 16         |         |
| Sim                                    | 15        | 88         | 50               | 83         | 65        | 84         |         |
| <b>Total</b>                           | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Se pode provocar dano?</b>          |           |            |                  |            |           |            | 0,4045  |
| Não                                    | 6         | 35         | 28               | 47         | 34        | 44         |         |
| Sim                                    | 11        | 65         | 32               | 53         | 43        | 56         |         |
| <b>Total</b>                           | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Se o paciente não quiser saber?</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,6228  |
| Não                                    | 15        | 88         | 50               | 83         | 65        | 84         |         |
| Sim                                    | 2         | 12         | 10               | 17         | 12        | 16         |         |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>17</b> | <b>100</b> | <b>60</b>        | <b>100</b> | <b>77</b> | <b>100</b> |         |

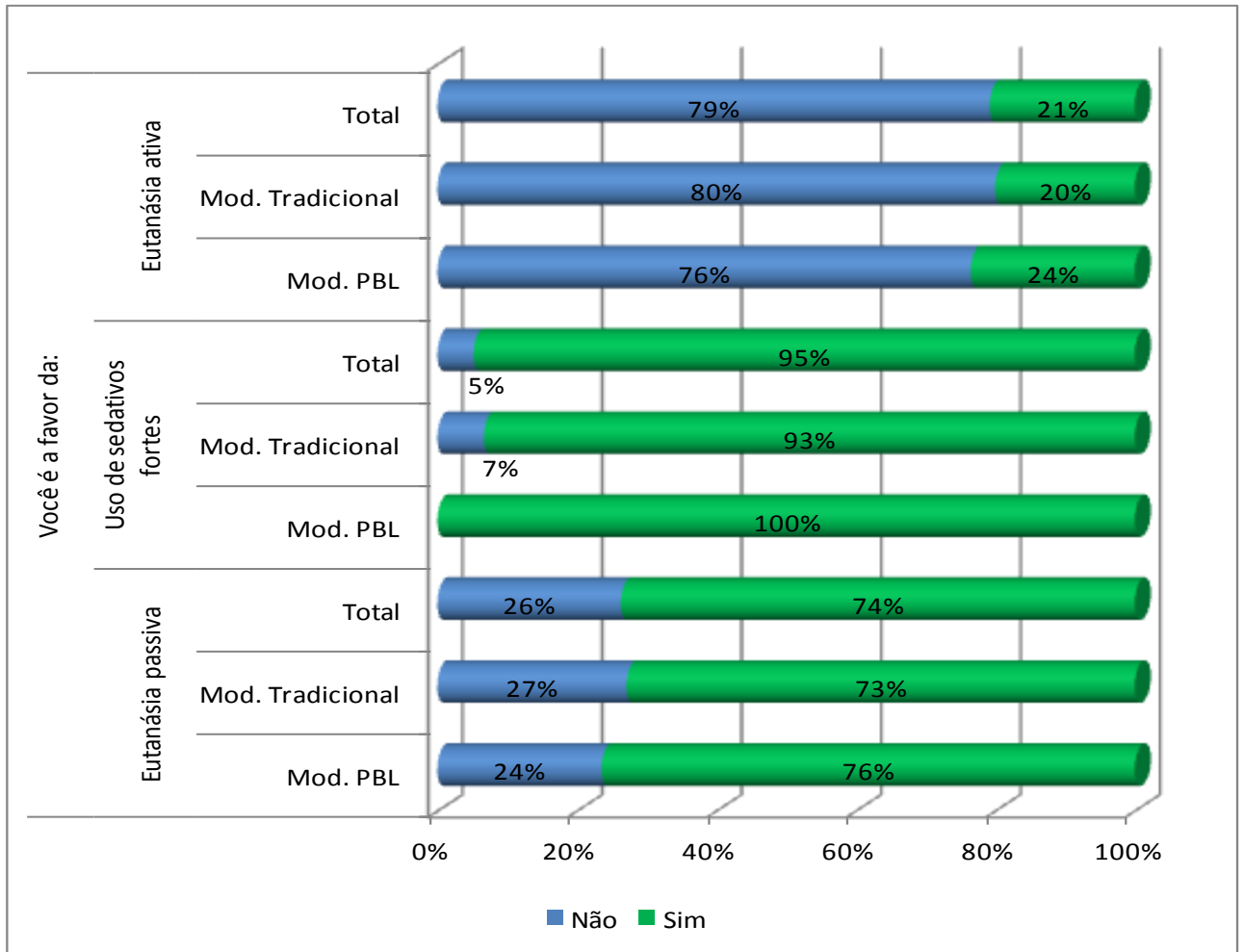
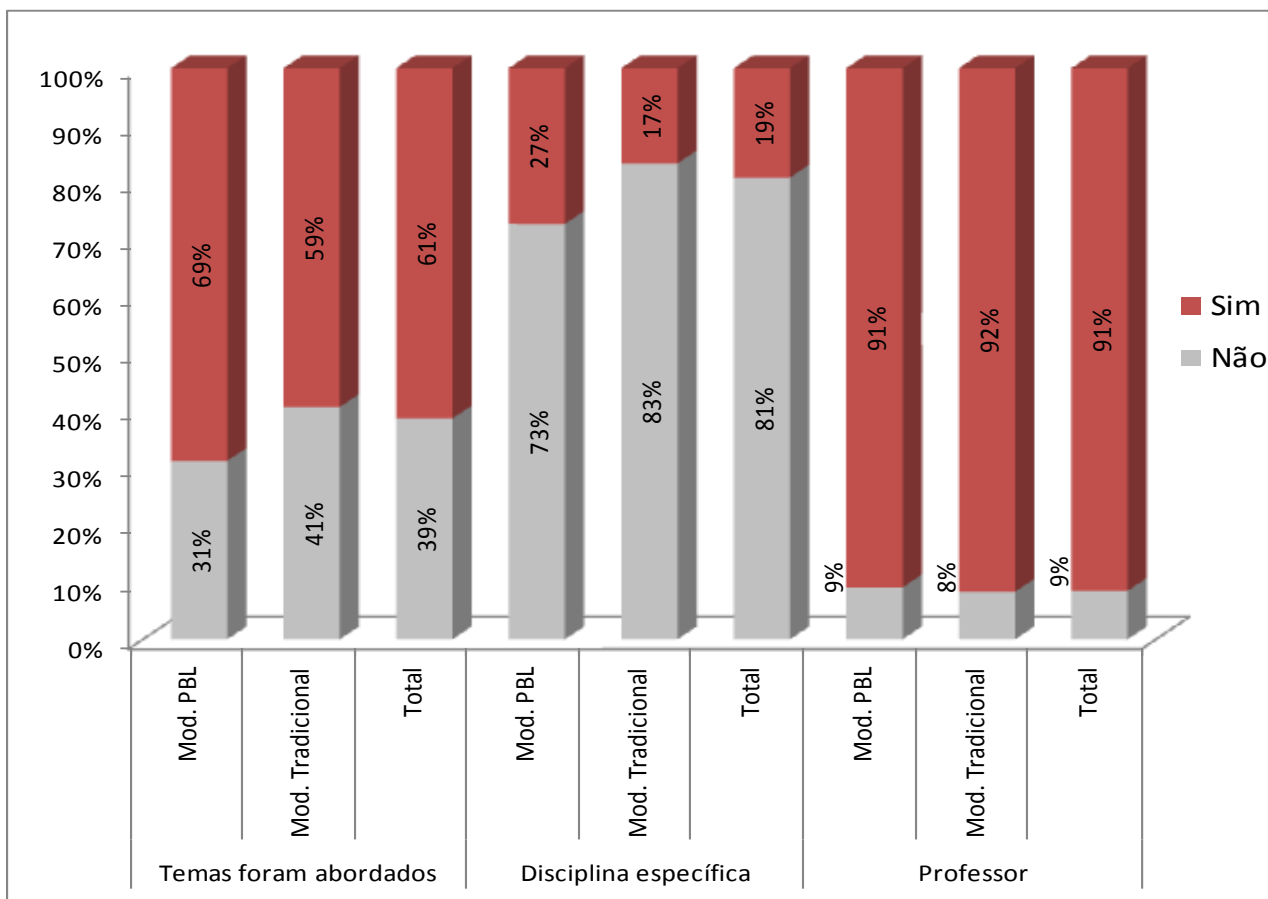


Figura 8: Opinião se o médico deve informar os pacientes - modelo de ensino.

Tabela 8: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Abordagem dos temas em sala de aula - modelo de ensino.

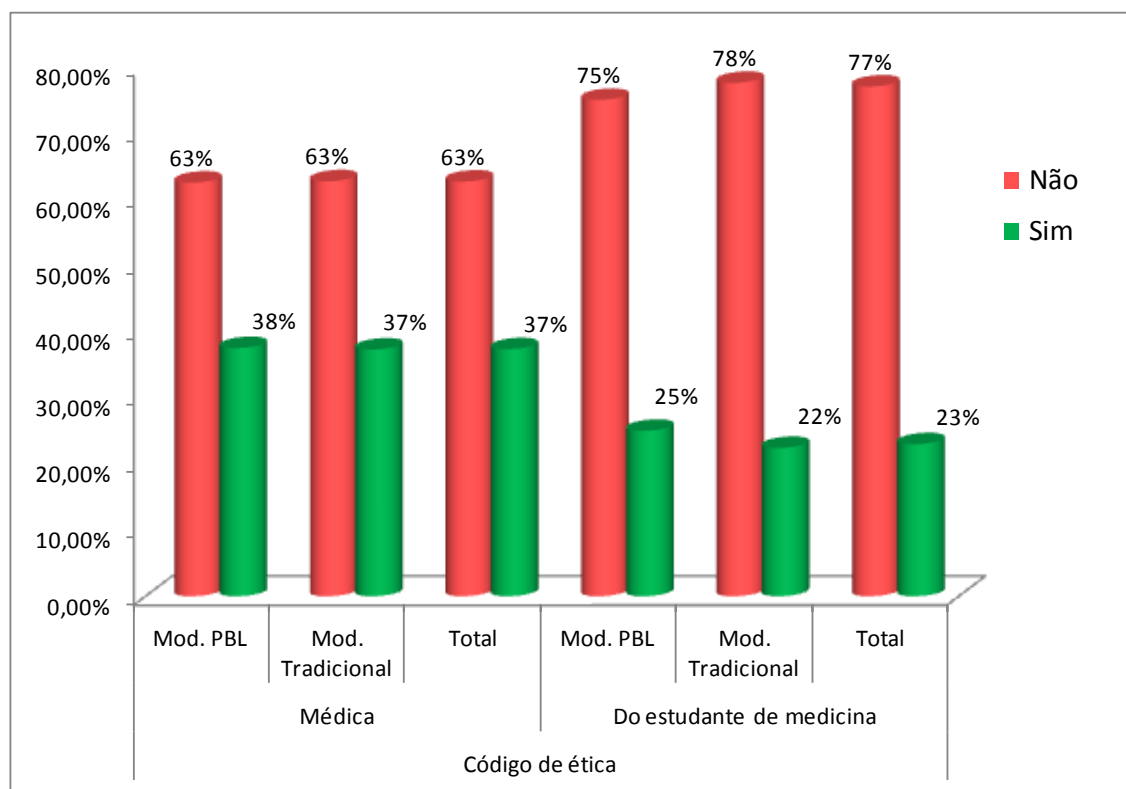
| RESPOSTA                     | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                              | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Abordados</b>             |           |            |                  |            |           |            | 0,4922  |
| Não                          | 5         | 31         | 24               | 41         | 29        | 39         |         |
| Sim                          | 11        | 69         | 35               | 59         | 46        | 61         |         |
| <b>Total</b>                 | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Disciplina específica</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,4340  |
| Não                          | 8         | 73         | 30               | 83         | 38        | 81         |         |
| Sim                          | 3         | 27         | 6                | 17         | 9         | 19         |         |
| <b>Total</b>                 | <b>11</b> | <b>100</b> | <b>36</b>        | <b>100</b> | <b>47</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Professor</b>             |           |            |                  |            |           |            | 0,9372  |
| Não                          | 1         | 9          | 3                | 8          | 4         | 9          |         |
| Sim                          | 10        | 91         | 33               | 92         | 43        | 91         |         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>11</b> | <b>100</b> | <b>36</b>        | <b>100</b> | <b>47</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 9: Resposta se ao longo de sua graduação estes temas foram abordados em sala de aula - modelo de ensino.**

**Tabela 9: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Código de ética médica e do estudante de medicina - modelo de ensino.**

| CÓDIGO DE ÉTICA                 | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|---------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                 | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Médica</b>                   |           |            |                  |            |           |            | 0,9876  |
| Não                             | 10        | 63         | 37               | 63         | 47        | 63         |         |
| Sim                             | 6         | 38         | 22               | 37         | 28        | 37         |         |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Do estudante de medicina</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,8277  |
| Não                             | 12        | 75         | 45               | 78         | 57        | 77         |         |
| Sim                             | 4         | 25         | 13               | 22         | 17        | 23         |         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>58</b>        | <b>100</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 10: Resposta em relação ao código de ética médica e do estudante de medicina - modelo de ensino.**

**Tabela 10: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Espaço que mais entrou em contato com assuntos/discussões Bioéticas - modelo de ensino.**

| ESPAÇO                | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|-----------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                       | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Amigos/colegas</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,5643  |
| Não                   | 11        | 69         | 44               | 76         | 55        | 74         |         |
| Sim                   | 5         | 31         | 14               | 24         | 19        | 26         |         |
| <b>Total</b>          | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>58</b>        | <b>100</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Internet</b>       |           |            |                  |            |           |            | 0,2480  |
| Não                   | 13        | 81         | 53               | 91         | 66        | 89         |         |
| Sim                   | 3         | 19         | 5                | 9          | 8         | 11         |         |
| <b>Total</b>          | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>58</b>        | <b>100</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Sala de aula</b>   |           |            |                  |            |           |            | 0,4178  |
| Não                   | 9         | 56         | 26               | 45         | 35        | 47         |         |
| Sim                   | 7         | 44         | 32               | 55         | 39        | 53         |         |
| <b>Total</b>          | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>58</b>        | <b>100</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Outros</b>         |           |            |                  |            |           |            | 0,4590  |
| Não                   | 14        | 88         | 46               | 79         | 60        | 81         |         |
| Sim                   | 2         | 13         | 12               | 21         | 14        | 19         |         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>58</b>        | <b>100</b> | <b>74</b> | <b>100</b> |         |

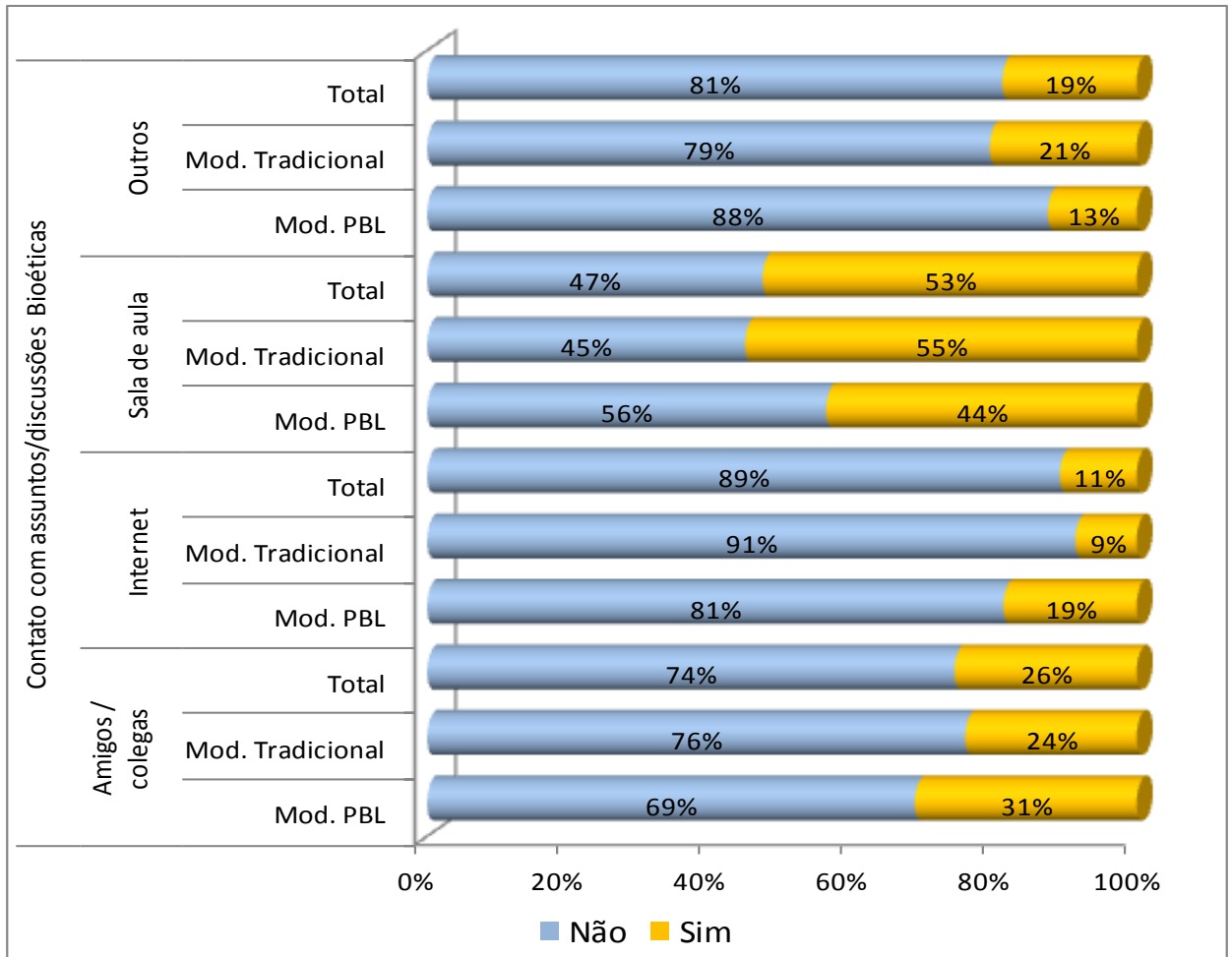


Figura 11: Espaço que mais entrou em contato com assuntos/discussões Bioéticas - modelo de ensino.

Tabela 11: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) - Avaliação de seu conhecimento sobre Bioética por modelo de ensino.

| AVALIAÇÃO    | Mod. ABP |      | Mod. Tradicional |      | TOTAL |      | p-valor |
|--------------|----------|------|------------------|------|-------|------|---------|
|              | f(n)     | p(%) | f(n)             | p(%) | f(n)  | p(%) |         |
| 0            | 0        | 0    | 1                | 2    | 1     | 1    | 0,4346  |
| 1            | 2        | 13   | 3                | 5    | 5     | 7    |         |
| 2            | 3        | 19   | 24               | 41   | 27    | 36   |         |
| 3            | 9        | 56   | 27               | 46   | 36    | 48   |         |
| 4            | 2        | 13   | 4                | 7    | 6     | 8    |         |
| <b>TOTAL</b> | 16       | 100  | 59               | 100  | 75    | 100  |         |

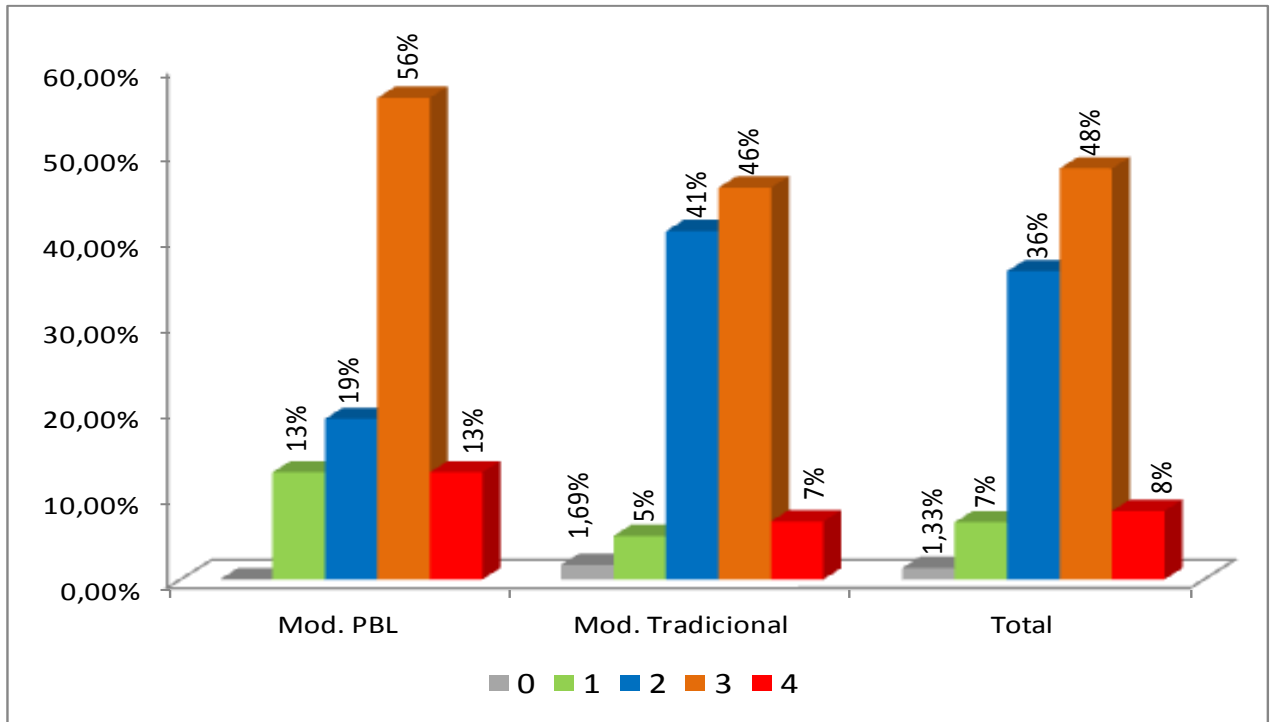


Figura 12: Avaliação do conhecimento sobre Bioética - modelo de ensino.

Tabela 12: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Importância da disciplina de Bioética para formação - modelo de ensino.

| IMPORTÂNCIA  | Mod. ABP |      | Mod. Tradicional |      | TOTAL |      | p-valor |
|--------------|----------|------|------------------|------|-------|------|---------|
|              | f(n)     | p(%) | f(n)             | p(%) | f(n)  | p(%) |         |
| Não          | 0        | 0    | 2                | 4    | 2     | 3    | 0,4943  |
| Sim          | 12       | 100  | 51               | 96   | 63    | 97   |         |
| <b>TOTAL</b> | 12       | 100  | 53               | 100  | 65    | 100  |         |



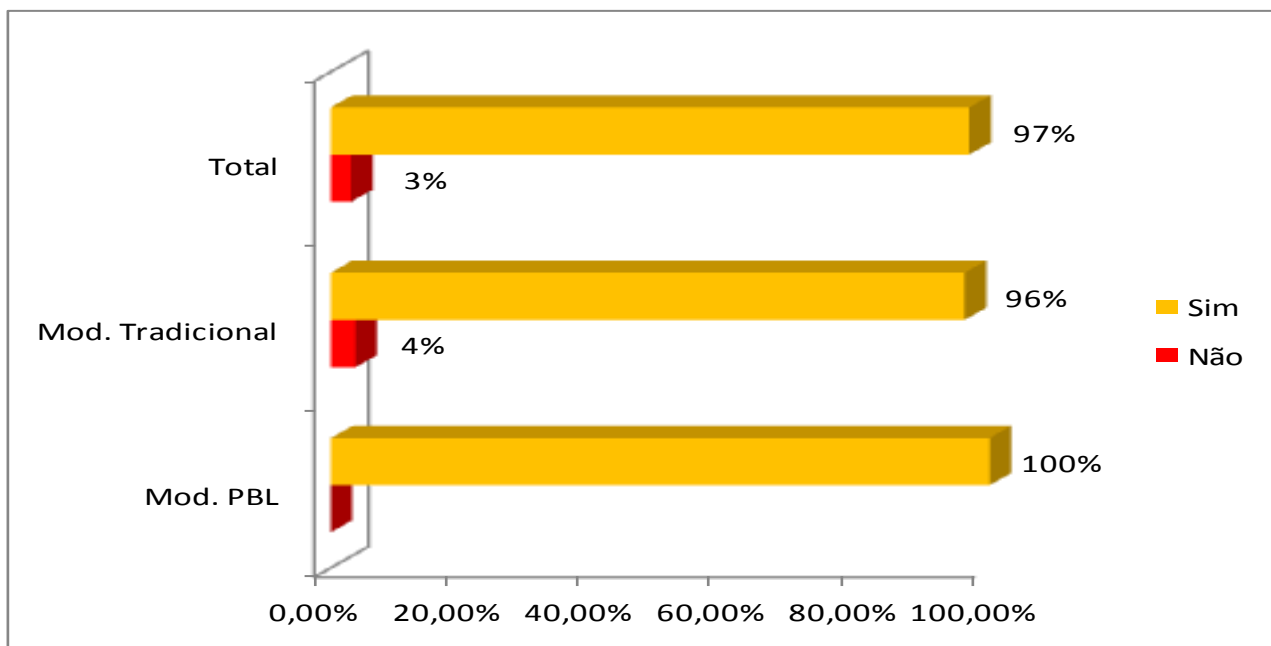
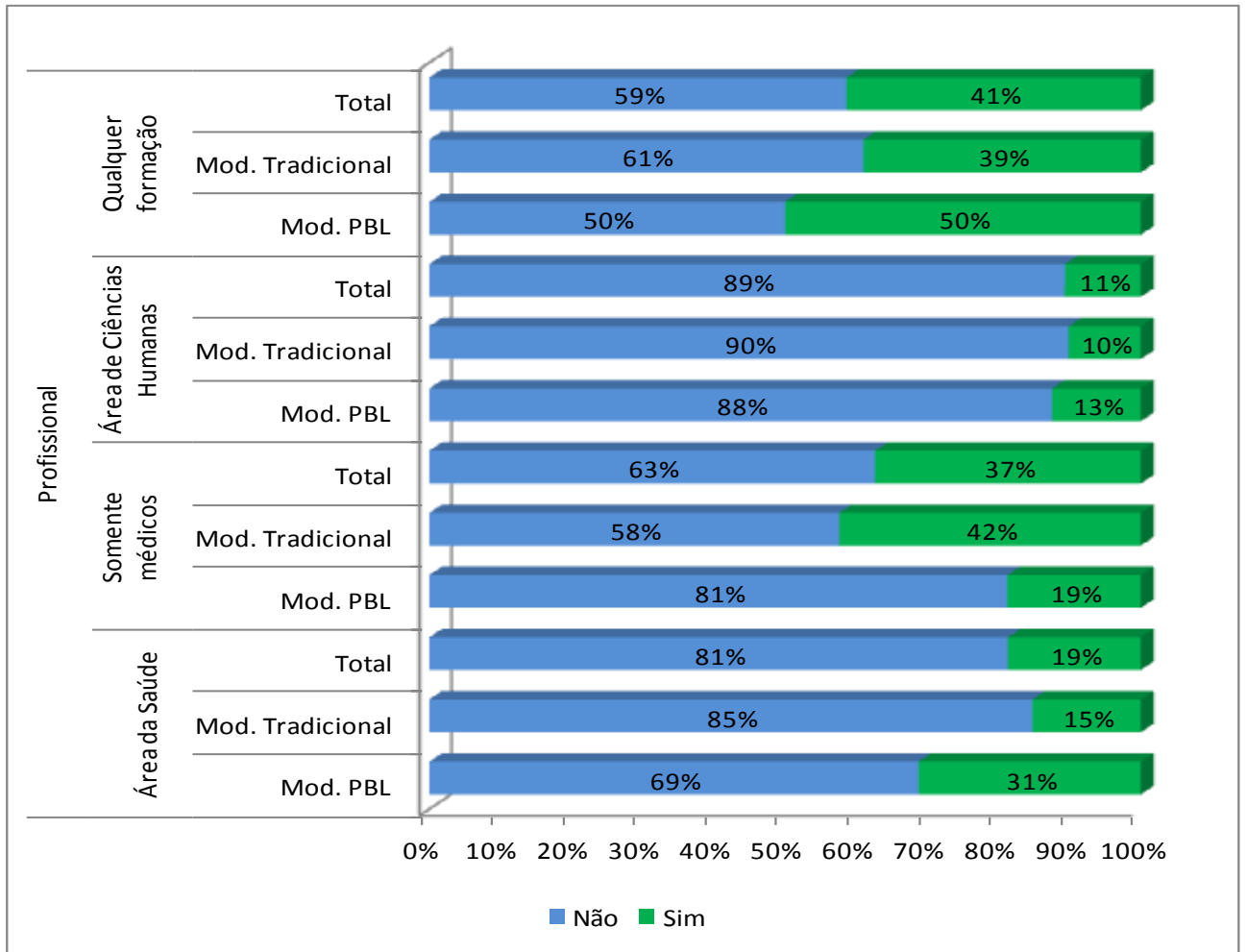


Figura 13: Importância da disciplina de Bioética para formação por modelo de ensino.

Tabela 13: Distribuição de Frequência Absoluta (f-n) e relativa (p-%) – Profissional que deve ser o professor da disciplina de Ética/Bioética - modelo de ensino.

| PROFISSIONAL                    | Mod. ABP  |            | Mod. Tradicional |            | TOTAL     |            | p-valor |
|---------------------------------|-----------|------------|------------------|------------|-----------|------------|---------|
|                                 | f(n)      | p(%)       | f(n)             | p(%)       | f(n)      | p(%)       |         |
| <b>Área da Saúde</b>            |           |            |                  |            |           |            | 0,1453  |
| Não                             | 11        | 69         | 50               | 85         | 61        | 81         |         |
| Sim                             | 5         | 31         | 9                | 15         | 14        | 19         |         |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Somente médicos</b>          |           |            |                  |            |           |            | 0,0832  |
| Não                             | 13        | 81         | 34               | 58         | 47        | 63         |         |
| Sim                             | 3         | 19         | 25               | 42         | 28        | 37         |         |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Área de Ciências Humanas</b> |           |            |                  |            |           |            | 0,7888  |
| Não                             | 14        | 88         | 53               | 90         | 67        | 89         |         |
| Sim                             | 2         | 13         | 6                | 10         | 8         | 11         |         |
| <b>Total</b>                    | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |         |
| <b>Qualquer formação</b>        |           |            |                  |            |           |            | 0,4274  |
| Não                             | 8         | 50,00      | 36               | 61,02      | 44        | 59         |         |
| Sim                             | 8         | 50,00      | 23               | 38,98      | 31        | 41         |         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>16</b> | <b>100</b> | <b>59</b>        | <b>100</b> | <b>75</b> | <b>100</b> |         |



**Figura 14: Profissional que deve ser o professor da disciplina de Ética/Bioética - modelo de ensino.**

## ANEXOS

### ANEXO I

#### UNIOESTE - CASCAVEL

##### O Curso

O curso de Medicina, no Campus de Cascavel, foi implantado no ano de 1997. Funciona no período integral, ofertando anualmente 40 vagas. O tempo mínimo para integralização é de 6 anos e o máximo de 9 anos, com uma carga horária total de 7.985 horas, das quais, 384 horas são de atividades acadêmicas complementares. O grau obtido é de Médico.

##### Perfil do Profissional

Em virtude do quadro da realidade social do Brasil, onde, a população sofre empobrecimento cada vez mais profundo e rápido, levando a saúde a um estado crítico, comprovado pelos índices alarmantes apresentados pela Organização Mundial de Saúde, o Curso de Medicina da UNIOESTE deve formar um profissional capaz de associar o saber-fazer ao conhecimento da realidade em que está inserido.

Assim, o perfil do profissional médico formado deve capacitá-lo para:

- ser um médico generalista com bons conhecimentos de clínica médica, pediatria geral, ginecologia-obstetrícia, medicina social e capacidade técnica em cirurgia básica;
- ter uma visão holística do paciente, e seu raciocínio direcionado do geral para o particular;
- reconhecer a região em que vive e/ou vai exercer seu trabalho, para identificar e sugerir soluções aos problemas de saúde coletiva e medicina preventiva;
- reconhecer a necessidade de se integrar ao sistema público profissional;
- acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico procurando aplicá-los à sua prática cotidiana;
- ter condições de atuar com competência técnica e científica, comprometimento político com as ações de saúde da comunidade.
- 

##### Situação Legal:

Criação/Unioeste - Resolução nº. 011/95 - COU

Autorização de Funcionamento: Parecer nº. 79/96 - CEE

Despacho do Ministro, de 28/08/1996 -D.O.U. Nº 169, de 30/08/1996

Reconhecimento: Decreto Estadual 6.636 de 28/11/2002

Estrutura Curricular Aprovada pela Resolução nº 261/2007-CEPE

#### **4ª Série:**

- Cardiologia e Cirurgia Cardíaca 136
- Dermatologia 68
- Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo 136
- Ginecologia e Obstetrícia 238
- Hematologia e Oncologia Clínica 68
- Nefrologia 68
- Pediatria e Cirurgia Infantil 204
- **Bioética 68**
- Pneumologia e Cirurgia Torácica 102
- Reumatologia 68

Criado em 1996, pelo DOU 169 de 30/08/1996 e Implantado em 1997, o Curso de Medicina da Unioeste é o primeiro da região Oeste do Paraná. O Reconhecimento do curso foi autorizado através do Decreto Nº 3238 do Governo do Estado do Paraná, conforme os pareceres Nº 79/96 do Conselho Estadual de Educação e a Resolução nº 6636 - SETI (publicado no Diário Oficial do Estado Nº 29 de novembro de 2002) que homologa o funcionamento do curso, com 40 (quarenta) vagas anuais, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus de Cascavel, em período integral.

Seu corpo docente, além de qualificado, possui por característica estar muito próximo do estudante, interagindo com este na formação e busca de conhecimentos.

As atividades assistenciais são desenvolvidas no Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, um dos centros de aprendizado do estudante que abrange aproximadamente 80 municípios da região. Outro espaço importante é o ambulatório do curso médico, uma conquista recente resultado de recursos da própria instituição e parcerias com órgãos vinculados ao governo do Estado do Paraná e vários Centros e Unidades de Saúde da rede pública do Município de Cascavel.

O Curso de Medicina da Unioeste busca formar profissionais que sejam capazes de se incorporar num sistema mais humanitário expresso por meio de práticas sanitárias de prevenção e controle de doenças, intervindo sobre grupos populacionais e/ou indivíduos no atendimento de suas necessidades. Para tanto, é necessário considerar o médico como agente transformador do processo de saúde, com formação generalista, crítica e reflexiva, com competência técnica, científica e política, baseada em princípios éticos.

Atualmente o Curso de Medicina faz parte do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas - CCMF da Unioeste e as suas instalações ficam anexas ao Hospital

Universitário do Oeste do Paraná - HUOP. Nestes 10 anos da criação do Curso de Medicina, foram conseguidos alguns avanços como a criação de Pós-Graduação na área médica (cinco residências médicas em área gerais e uma especialização em UTI), fatos que tem contribuído para o reconhecimento da região como pólo na área de ensino e saúde.

Recentemente com recursos da própria instituição e parcerias com órgãos vinculados ao governo do estado foi possível a construção do prédio para o Curso de Medicina que inclui salas de aula, biblioteca setorial e parte administrativa; a construção do prédio do ambulatório do curso de Medicina, ambos anexos ao HUOP, e a aquisição de alguns equipamentos para o HUOP. A melhoria da infra-estrutura para o ensino a nível de graduação e pós-graduação, assim como a assistência visam promover a formação de profissionais para o SUS, ofertando uma atenção integral e humanizada a comunidade da região Oeste do Paraná.

O HUOP constitui-se em campo de estágio para os cursos da área de saúde da Unioeste, assim como para outras instituições da região que contam com cursos de saúde. Dessa forma, constitui-se em um campo de aplicabilidade de ensino, pesquisa e extensão, que vem para contribuir com o crescimento e reconhecimento na região oeste do Paraná em pólo de referencia em saúde.

## ANEXO II

### UEL - LONDRINA

#### Dados De Identificação

Centro de ciências da saúde

Curso: medicina

Habilitação (1): medicina

Nº vagas: 80

Turno de oferta: integral

#### Legislação Básica

1. Legislação referente à criação, à autorização e ao reconhecimento do Curso.

Criação: Decreto Estadual nº 5.216/65, de 21.12.65.

Reconhecimento: Decreto Federal nº 68.545, de 26.04.71.

2. Legislação referente ao Curso (Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação).

Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 4, de 07/11/2001 – institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

3. Legislação que regulamenta a Profissão dos concluintes do curso.

Lei Federal nº 3.268, de 30/09/57.

O curso de Medicina iniciou suas atividades no dia 15 de fevereiro de 1967, como Faculdade de Medicina do Norte do Paraná (Lei Estadual N. 5216). Em 1970, por ocasião da criação da Universidade Estadual de Londrina, esta e outras faculdades preexistentes foram extintas e na nova estrutura universitária criada, os cursos de Medicina e de Odontologia passaram a integrar o recém criado Centro de Ciências da Saúde.

O primeiro currículo, estruturado em disciplinas anualizadas, isto é, seriado anual, apresentava uma carga horária de 9.397 horas, com matérias trabalhadas em grandes blocos e um Internato Médico de 2.405 horas. Nos vinte anos seguintes, foram promovidas quatro reformas curriculares.

1. (1972) - O segundo currículo, anual, mas semestralizado, já preparava o sistema de matrícula por disciplinas, adotado pela Resolução n. 97/72, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEL. Esse currículo apresentava uma carga horária total de 8.652 horas e um Internato Médico de 2.000 horas. Apresentava-se como um currículo de transição, com disciplinas fundamentais (básicas), profissionalizantes, complementares e possibilidade do aluno montar seu próprio currículo.

2 (1973) - O terceiro currículo, em regime de matrícula por disciplina (crédito), apresentava uma carga horária de 9.045 horas e um Internato Médico de 2.385 horas. Esse currículo passou por várias alterações, inclusive no Internato, ampliado de um ano para três semestres em 1978. Ainda que o sistema de crédito oferecesse ao aluno uma flexibilidade curricular, sendo a periodização apresentada apenas como uma sugestão, esta, na prática transformou-se em uma realidade.

3. (1980) - O quarto currículo, com regime de matrícula por disciplina (crédito), apresentava uma carga horária total de 7.095 horas e um Internato Médico de 3.060 horas, realizado em dois anos.

4 (1992) - O quinto currículo, com regime acadêmico seriado anual, apresentava uma carga horária total de 8.252 horas e um Internato Médico de 3.492 horas, realizado em dois anos.

Até 1997, ou seja, nos primeiros trinta anos de existência do curso, verificou-se em média uma mudança curricular a cada seis anos. Este é um fato positivo, não encontrado em muitas escolas que sofrem de enrijecimento curricular. Em Londrina, o curso de medicina tem uma tradição de procurar estar em permanente desenvolvimento, respondendo aos avanços do conhecimento científico-tecnológico da área médica e do conhecimento científico-educacional. É importante registrar que essas mudanças ocorreram sempre com a participação de professores e alunos, especialmente a partir de 1977, com a realização dos Fóruns de Debates do Curso Médico da UEL (1o em 1977; 2o em 1980; 3o em 1981; 4o em 1992 e 5o em 2003).

O 4o Fórum de Debates do Curso de Medicina da UEL, realizado em 1992, enfocou o Internato, assunto este muito discutido por se constituir num dos pontos nevrálgicos da formação médica. No internato, o aluno é definitivamente inserido na prática e as dificuldades acadêmicas, docentes, administrativas, de recursos humanos, de infraestrutura, dos serviços de saúde, entre outras, se tornam mais evidentes.

Em 1992, fruto da reivindicação da comunidade acadêmica, foram constituídos os Colegiados de Curso, em substituição aos Colegiados por Área de Conhecimento. Esta decisão teve o intuito de resgatar o adequado gerenciamento didático-pedagógico dos cursos de graduação, buscando a melhoria da qualidade do ensino e sanar uma distorção de função e competência na Universidade, que era a do gerenciamento dos cursos pelos Departamentos, devido à falência dos antigos Colegiados.

Em meados dos anos 90, simultaneamente às ações do CCS e do Hospital Universitário, voltadas a reformas/ampliações de áreas físicas e de reequipamento das estruturas acadêmicas e assistenciais, o curso de medicina retomou iniciativas no que diz respeito às questões acadêmicas propriamente ditas.

A partir de 1991, no contexto do Projeto CINAEM, desencadeou-se intenso processo de avaliação do curso médico. Nossa escola foi pioneira, tendo sido a primeira a responder ao questionário inicial e é hoje reconhecida nacionalmente como uma das mais comprometidas com o processo de mudança da educação médica.

Além disso, as novas linhas de trabalho desenvolvidas por várias disciplinas dos ciclos básico e clínico, os projetos especiais de ensino, as novas articulações entre atividade de ensino, serviços e comunidade, as visitas e estágios feitos por professores e estudantes em escolas e centros de educação médica no exterior, a visita de consultores nacionais e estrangeiros, com conferências e assessorias, desencadeou um rico processo de reflexão e capacitação docente sobre os modelos pedagógicos e as metodologias de ensino-aprendizagem mais modernas e recomendadas para a educação médica neste final de século.

Em 1992, o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, o I Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico e o I Seminário Internacional dos Projetos UNI foram realizados em Londrina. Desde o início dos anos 70 o curso é um dos membros institucionais da Associação Brasileira de Educação Médica. Da mesma forma, muitos de seus professores são sócios individuais históricos dessa entidade. Desde 1992 o CCS está associado à Network of Community-Oriented Education Institutions for Health Sciences e desde 1993 participa de eventos internacionais de discussão e análise da educação médica, tendo sido credenciado, a partir de 1994, como Centro Colaborador em Educação e Prática Médica pela Organização Mundial da Saúde.

Esta inserção do curso de medicina no movimento nacional e internacional de mudanças da educação médica é resultado do projeto de apoio à implantação de novos modelos acadêmicos nos cinco cursos de graduação do CCS. Os princípios centrais desses novos modelos acadêmicos são: - articulação academia-serviços-comunidade; interdisciplinaridade; ação multiprofissional; ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população; formação orientada para a integralidade da atenção à saúde; articulação ensino-pesquisa-assistência; integração das

- disciplinas básicas e clínicas; inserção precoce do aluno em ações comunitárias e nos serviços de saúde; metodologias ativas de ensino-aprendizagem;

- ensino centrado no estudante e baseado em problemas como uma das metodologias inovadoras de aprendizagem; prática tutorial na relação professor-aluno predominando em relação às aulas expositivas; educação permanente como compromisso institucional e ecologia humana (integração biopsicossocial). Ou seja, são princípios que buscam conquistar cada vez mais excelência técnica e a relevância social para o curso.

Este breve histórico caracteriza um compromisso do curso com a permanente construção de novos modelos acadêmicos e serve para reafirmar que o desenvolvimento do



curso nos próximos anos continuará necessitando de apoio interno e externo, de direcionalidade político-acadêmica e de competência gerencial.

5ª SÉRIE (Art. 1º. da Resolução CEPE No. 14/2009)

CARGA HORÁRIA

CÓDIGO NOME Oferta Teor. Prát. Tut. E.Or. Av. Tot.

6CIR015 Prática Supervisionada em Anestesiologia B 14 60 - - 74

6MED019 Prática Supervisionada em Dermatologia B 10 36 - - 46

6MED020 Prática Supervisionada em Moléstias Infecciosas B 44 180 224

6MED021 Prática Supervisionada em Clínica Médica I B 44 180 224

6MED022 Prática Supervisionada em Psiquiatria B 14 60 - - 74

6GIN003 Prática Supervisionada em  
Ginecologia e Obstetrícia B 88 352 - - 440

6GIN004 Prática Supervisionada em  
Pronto Socorro Tocoginecológico B 32 128 - - 160

6PED003 Prática Supervisionada em Pediatria B 88 352 - - 440

6PED004 Prática Supervisionada em Pronto Socorro  
Pediátrico e Sala de Hidratação (PED) B 40 160 - - - 200

**6MED023 Deontologia e Bioética A 72 - - - 72**

TOTAL 446 1508 - - 1954

## ANEXO III

### UEM- MARINGÁ

**Turno:** Integral

**Grau Acadêmico:** Médico

**Prazo Para Conclusão:** Mínimo = 6 anos Máximo = 9 anos

#### **Objetivo/Perfil Do Profissional A Ser Formado**

O objetivo do curso de Medicina da UEM é formar indivíduos capazes de exercer a profissão com responsabilidade, buscando sempre melhorar os padrões de saúde da população.

#### **Histórico Do Curso**

O curso de medicina foi criado em agosto de 1987, pela Resolução nº 026/87-COU, sendo implantado em maio de 1988, de acordo com a Resolução nº 022/88-COU. A proposta inicial foi de um curso com um currículo inovador, dando ênfase ao conteúdo humanístico e social da profissão médica. Dois anos depois, foi realizada uma avaliação do currículo pelos alunos e professores que exigiram mudanças e a volta imediata do currículo tradicional das escolas médicas. Desse modo, o curso de Medicina da UEM tem estrutura curricular semelhante àquela das escolas mais tradicionais. A grande diferença está no número de vagas oferecidas anualmente: 40. Esse fato possibilita um grande intercâmbio entre os professores e alunos e uma menor disputa pelos espaços de treinamento, o que facilita o aprendizado pelos alunos.

O curso participou do projeto CINAEM. Durante o antigo “provão” ficou entre as 10 melhores faculdades de Medicina do país, devido às notas que os alunos obtiveram. Participou do Pro-Saúde e foi selecionado para ter investimento na mudança curricular e intercâmbio com a rede básica de saúde do Município. Recebeu alunos de outras escolas e com isso recebeu incentivo do governo na melhoria dos laboratórios. Hoje conta com residência médica nas áreas: pediatria, clínica cirúrgica, gineco-obstétrica, clínica médica, psiquiatria e anestesiologia.

Futuramente novas residências serão implantadas, como: reumatologia, dermatologia, intensivista de adulto e da infância e medicina da família (saúde pública). Seus alunos são aprovados nas melhores escolas do país que possuem residência médica. E novamente estamos inovando na melhoria do currículo do curso com intercâmbio com a prefeitura, onde o aluno estará inserido desde o primeiro ano do curso.

O curso foi reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), em 1995, através da Portaria nº 871/95, publicada no Diário Oficial da União de nº 140, em 24/07/95. Brasil ou no exterior.

#### **SERIAÇÃO DAS DISCIPLINAS**

4<sup>a</sup>

Pediatria II e Cirurgia Pediátrica 3 102

Medicina da Família e Comunidade 5 102

**Medicina Legal, Ética Médica e Bioética 4 68**

Clínica Cirúrgica I 544

Clínica Ginecológica e Obstétrica I 544

Clínica Médica I 544

Clínica Pediátrica I 544

## ANEXO IV



São Paulo, 07 de dezembro de 2011.

A Pesquisadora  
**Neiva Maria Garcia Catto de Marchi**

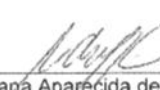
Pela presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) do Centro Universitário São Camilo **analisou e aprovou**, em sua 9ª Reunião Ordinária realizada em 23 de novembro de 2011, conforme os requisitos da Resolução CNS nº 196/96, o Protocolo de Pesquisa nº **119/011**, intitulado **“Estudantes de Medicina e a reflexão bioética: O que pensam sobre o início e final de vida”**, apresentado pela pesquisadora **Neiva Maria Garcia Catto de Marchi**.

**Atenção:**

**Qualquer alteração no protocolo de pesquisa encaminhar ao comitê, ficando o mesmo interrompido até a aprovação.**

**O pesquisador responsável deverá encaminhar relatório parcial e final ao CoEP anualmente ou até o término do estudo. Previsão de entrega do 1º Relatório 07/12/2012.**

Atenciosamente,

  
Adriana Aparecida de Faria Lima  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP)  
Centro Universitário São Camilo

Campus Pompéia 1 • Rua Raul Pompeia, 144 – Pompéia – São Paulo – SP • CEP 05025-010 • Fone: (11) 3465-2600  
 Campus Pompéia 2 • Rua Padre Chico, 688 – Pompéia – São Paulo – SP • CEP 05008-010 • Fone: (11) 3465-2700  
 Campus Ipiranga 1 • Av. Nazaré, 1.501 – Ipiranga – São Paulo – SP • CEP 04263-200 • Fone: (11) 2588-4000  
 Campus Ipiranga 2 • Rua Moreira de Godoy, 312 – Ipiranga – São Paulo – SP • CEP 04266-060 • Fone: (11) 3206-9700  
 Colégio São Camilo – Cardeal Motta • Rua Paulo Bregaro, 700 – Ipiranga – São Paulo – SP • CEP 04261-000 • Fone: (11) 2588-4500  
 Estação Ambiental • Rua do Cano, s/nº – Suarão – Itanhaém – SP • CEP 11740-000 • Fone: (13) 3422-1135

[www.saocamilo-sp.br](http://www.saocamilo-sp.br)



R: Raul Pompéia, 144 – Pompéia  
CEP 05025-010 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 3465-2669 – Fax: (11) 3465-2654  
coep.plantao@soccamilo-sp.br  
<http://www.saocamilo-sp.br>

**Comitê de Ética em Pesquisa – CoEP**  
**Parecer Consubstanciado**

**MESTRADO EM BIOÉTICA**

**Parecer Consubstanciado Nº 119/2011**

- Projeto de Pesquisa**
- Iniciação Científica
  - Trabalho de Conclusão de Curso
  - Monografia
  - Dissertação**
  - Tese
  - Pesquisa Clínica
  - Outros

**1. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 Título do Projeto**

ESTUDANTES DE MEDICINA E A REFLEXÃO BIOÉTICA: O QUE PENSAM SOBRE O INÍCIO E FINAL DE VIDA

**1.2 Pesquisadores**

Pesquisadora responsável: Neiva Maria Garcia Catto De Marchi  
Orientador: William Saad Hossne

**1.3 Instituição Proponente:** Centro Universitário São Camilo - SP

**1.4 Instituição Co-Participante:** Universidade do Paraná (UNIOESTE), Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade de Maringá (UEM).

**1.5 Data de apresentação do protocolo de pesquisa ao CoEP:** 09 de novembro de 2011

**2. OBJETIVOS**

Investigar o que pensam os estudantes que ingressam e os que concluem o curso de Medicina das Universidades Estaduais do Paraná, sobre questões Bioéticas relacionadas ao início e final de vida.

Foram também apresentados os objetivos específicos de forma adequada.

**3. SUMÁRIO DO PROJETO**

**3.1 Descrição e caracterização da amostra**

A pesquisa será realizada em 320 estudantes nas Universidades do Paraná que possuem o Curso de Medicina há mais de seis anos. Os sujeitos serão provenientes da Universidade do Paraná (UNIOESTE), Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade de Maringá (UEM).

**3.2 Critérios de inclusão e exclusão**

Incluídos: Estudantes do curso de medicina do primeiro e último ano.



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
**SÃO CAMILO**

### 3.3 Adequação da metodologia

Os estudantes responderão a um questionário elaborado por William Saad Hossne e Rogério Hossne.

### 3.4 Adequação das condições do local para execução do projeto de pesquisa

Os locais indicados autorizaram o estudo.

## 4. COMENTÁRIOS DO RELATOR

A partir do Código de Nuremberg (1947), Declaração de Helsinque (1964), Relatório de Belmont (1975), Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica em seres humanos (1982) com ênfase na Resolução CNS 196/96 e Resoluções complementares do CNS Nº (251/1997, 292/1999, 304/2000, 340/2004 e 346/2005), entre outras.

4.1 Estrutura do protocolo: Adequada.

4.2 Justificativa do uso de placebo: Não se aplica.

4.3 Justificativa de suspensão terapêutica: Não se aplica.

### 4.4 Análise de riscos e benefícios

Não há riscos; quanto aos benefícios da pesquisa é entendido como a necessidade de questionamento e avaliação sobre a formação médica e reflexo da mesma sobre o estudante de medicina.

### 4.5 Retorno de benefícios para o sujeito e/ou comunidade

O estudo não apresenta benefício direto aos participantes do estudo.

### 4.6 Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e forma de obtê-lo

Apresentado o TCLE.

### 4.7 Informação adequada quanto ao orçamento e financiamento

Consta no projeto o detalhamento do orçamento e o pesquisador subsidiará os custos.

### 4.8 Relacionar os outros centros envolvidos (no caso de estudos multicêntricos)

Não se aplica.

## 5. PARECER DO COEP

Aprovado

Com-pendência

Retirado

Não-aprovado

Aprovado e encaminhado a CONEP/MS

São Paulo, 23 de novembro de 2011

**Adriana Aparecida de Faria Lima**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro Universitário São Camilo

## ANEXO V



Universidade  
Estadual de Londrina

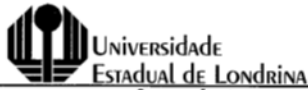
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que o COLEGIADO O CURSO DE MEDICINA DA UEL, autoriza a realização da Pesquisa "ESTUDANTES DE MEDICINA E A REFLEXÃO BIOÉTICA: O que pensam o início e final de vida", realizada pela pesquisadora Neiva de Marchi, com os estudantes deste curso.

Londrina, 19 de janeiro de 2012.

Profª. Evelin Massae Ogatta Muraguchi  
Coordenadora do Colegiado de Medicina - UEL  
Profª Ms. Evelin Massae Ogatta Muraguchi  
Coordenadora do Colegiado de Ciências  
de Medicina - CCS/UJEL



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
**Universidade Estadual de Londrina**  
**Registro CONEP 5231**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Parecer CEP/UEL:</b> | 016/2012   |
| <b>CAAE:</b>            | 0135.0.166.268-11  |
| <b>Processo:</b>        | 36117/2011   |
| <b>Pesquisador(a):</b>  | Neiva Maria Garcia Catto de Marchi   |
| <b>Unidade/Órgão:</b>   | Centro Universitário São Camilo – Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Bioética |

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

**"ESTUDANTES DE MEDICINA E A REFLEXÃO BIOÉTICA: o que pensam sobre o início e final da vida"**


Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 06 de fevereiro de 2012.

**Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
 Universidade Estadual de Londrina

ANEXO VI



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
DIRETORIA DE ASSUNTOS ACADÊMICOS  
SECRETARIA - PROTOCOLO ACADÊMICO

Processo nº \_\_\_\_\_ Fls \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_

Cianorte                       Cidade Gaúcha

Diamante do Norte             Maringá

Goiorê                               Umuarama

**PROTOCOLO**

140/2012

24.01.2012

**Requerimento - Graduação**

Nome do Aluno

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | E | I | V | I | A | M | A | R | I | A | G | A | R | C | I | A | C | A | T | O | D | E | M | A | R | C | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Registro Acadêmico e Ano de Ingresso:  Curso-turma (Ensino à distância: Informar o polo de EAD)

Declaro estar ciente que a documentação solicitada deve ser retirada no prazo máximo de 90 dias; após este prazo os documentos serão inutilizados. Declaro ainda, que devo retornar ao Protocolo Acadêmico-DAA ou Secretaria do Câmpus para verificar o resultado dos requerimentos que necessitem de análise.

Telefone para contato:  Data:  Assinatura do requerente: J. Marchi

**ATESTADO (1)**

|   |   |
|---|---|
| <p>139. ( ) Aluno não Regular</p> <p>002. ( ) Aprovação em Concurso Vestibular (Informar ano)</p> <p>042. ( ) Aprovação em Disciplinas</p> <p>149. ( ) Ausência de Débitos</p> <p>066. ( ) Autorização ou Reconhecimento do Curso</p> <p>195. ( ) Conduta Escolar</p> <p>151. ( ) Cancelamento de Matrícula</p> <p>152. ( ) Critérios de Avaliação</p> <p>004. ( ) Conclusão de Curso com data de Colação de Grau</p> <p>014. ( ) Conclusão de Curso no Prazo Mínimo</p> <p>150. ( ) Conclusão de Curso sem data de Colação de Grau</p> <p>156. ( ) Conclusão de Habilitação</p> <p>005. ( ) Diploma em Fase de Registro</p> <p>015. ( ) Frequência</p> <p>157. ( ) Matrícula com Disciplinas e Horários</p> <p>158. ( ) Matrícula em Disciplinas no Contra-Turno</p> <p>160. ( ) Matrícula-Início e Término do Período Letivo</p> <p>093. ( ) Matrícula - Visto Polícia Federal</p> <p>090. ( ) Notas Parciais</p> <p>003. ( ) Provável Formando</p> <p>062. ( ) Outros - Atestados Diversos (Informar no verso)</p> | <p>013. ( ) Aproveitamento de Estudos - Dispensa de Disciplinas* (2)</p> <p>065 ( ) Atividade Acadêmica Complementar (Anexar cópia dos Certificados)</p> <p>060. ( ) Atividades Domiciliares* (Anexar Laudo Médico)</p> <p>017. ( ) Auxílio Financeiro</p> <p>074. ( ) Cancelamento de Matrícula</p> <p>102. ( ) Cancelamento de Disciplina (Informar disciplina/turma)</p> <p>018 ( ) Cancelamento de Protocolo</p> <p>021 ( ) Colação de Grau Especial (Anterior ou Posterior)</p> <p>114. ( ) Currículo do Curso</p> <p>113. ( ) Dados Pessoais-Correção (Nome, Estado Civil, RG; Anexar Comprovante)</p> <p>124. ( ) Dispensa para Jogos e Eventos* (Anexar Comprovante)</p> <p>155. ( ) Estágio - Inscrição (Informar Orgão)</p> <p>160. ( ) Estágio - Assinatura do Termo de Convênio</p> <p>127. ( ) Guia de Transferência (Anexar Atestado de Vaga) (1)</p> <p>148. ( ) Habilitação - Área - Ênfase - Mudança ou Opção</p> <p>007. ( ) Histórico Escolar ou Certidão de Estudos (3)</p> <p>132. ( ) Histórico Escolar-Ensino Médio (1)</p> <p>031. ( ) Isenção de Taxa</p> <p>135. ( ) Juntada de Documentos</p> <p>176. ( ) Lista de Alunos Formados (Informar e-mail para envio) (4)</p> <p>138. ( ) Lista de Alunos Matriculados (Informar e-mail para envio) (4)</p> <p>040. ( ) Lista de Alunos para Eleição (Informar e-mail para envio) (4)</p> <p>143. ( ) Mobilidade Estudantil (Informar curso, série, instituição pretendidos)</p> <p>147. ( ) Monitoria Especial (Especificar no verso)</p> <p>162. ( ) Nova Oportunidade de Prova (Anexar comprovante)*</p> <p>164. ( ) Plano de Estudos</p> <p>010. ( ) Programas de Disciplinas Cursadas (1)</p> <p>039. ( ) Reconsideração ou Reanálise</p> <p>171. ( ) Recurso</p> <p>063. ( ) Registro Acadêmico (Anexar Foto 3x4) (1)</p> <p>181. ( ) Retificação de Falta*</p> <p>073. ( ) Revisão de Prova</p> <p>025. ( ) Restituição de Taxa*</p> <p>190. ( ) Trancamento Especial de Matrícula* (Anexar Laudo Médico) (1)</p> <p>192. ( ) Transferência Ex-Offício* (Anexar Comprovante de Remoção) (2)</p> <p>050. ( ) Vistas à Prova</p> <p>099. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Outros (Informar no verso) *</p> |
|---|---|

**CERTIDÃO - CERTIFICADO - 2ª Via (1)**

105. ( ) Colação de Grau

020. ( ) Curso de Extensão

159. ( ) Lâurea Acadêmica

161. ( ) Monitoria

**DIPLOMA (1)**

118. ( ) 2ª via-Pergaminho

119. ( ) 2ª Via-Simples

069. ( ) Apostila-Nova Habilitação (Anexar Diploma)

180. ( ) Revalidação-Processo

174. ( ) Revalidação-Registro (Anexar Diploma)

**DIVERSOS**

081. ( ) Abaixo Assinado

012. ( ) Antecipação do Diploma

**INFORMAÇÕES AUXILIARES**

- Atividades domiciliares: o afastamento, se concedido, será de 15 a 60 dias por ano letivo, exceto aluna gestante (90 dias). Res. 94/1995-CEP.
- Dispensa de disciplinas: Informar as disciplinas que deseja eliminar e também horários de disponibilidade para cursar disciplinas no contra-turno.
- Dispensa para jogos ou eventos: documento original/fotocópia autenticada, em papel timbrado com assinatura do responsável pelo evento. R.125/2001-CEP
- Nova oportunidade de prova: convocação pela Justiça; luto (parente 1º grau/conjuge); atestado médico/dentista; serviço militar. Res.64/2001-CEP
- Restituição de taxa: informar o nome do banco, o número da agência e conta do requerente.
- Retificação de faltas: solicitar até cinco dias úteis, contados da data de publicação do edital final de notas e faltas da disciplina. Res.129-2005-CEP
- Revisão de prova: especificar a disciplina/turma e o conteúdo em que se julgue prejudicado. Solicitar até 3 dias úteis, após a publicação da nota.
- Trancamento especial: prazo de afastamento não pode ser inferior a 30 dias. Res.94/1995-CEP
- Transferência Ex-Offício: fotocópia autenticada do Diário Oficial ou Boletim de Serviço onde foi publicado o ato que ampara o pedido.
- Toda solicitação que envolva cobrança de taxa, deve ser anexado o comprovante de pagamento ao requerimento.
- (1) Para expedição do documento, é exigido o pagamento de taxa.
- (2) Anexar histórico escolar e conteúdo programático das disciplinas.
- (3) É garantida a emissão de 1 via gratuita, por ano letivo, ao aluno matriculado. É cobrada taxa dos alunos formados, desligados ou transferidos.
- (4) Informar o motivo da solicitação para análise e deliberação do requerimento.

\* Verificar no sistema se não existe a opção solicitada pelo aluno. O código 99 serve apenas para assuntos não cadastrados.



INFORMAÇÃO

|              |      |
|--------------|------|
| Processo n.º | Fis. |
| Rubrica:     |      |

Em relação ao requerimento 140/2012, autoriza a participação dos alunos do Curso de Medicina no estudo. A DEB para ciência e ciência. Data 03/02/2012

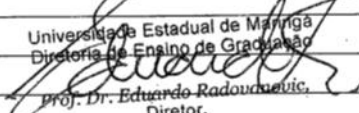


Conselho Acadêmico do Curso de Medicina

Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves  
Coordenador - MED

Reiva  
9972-0975  
A ACO

De acordo  
Em 30/12/12

Universidade Estadual de Maringá  
Diretoria de Ensino de Graduação  
  
Prof. Dr. Eduardo Radouchevic,  
Diretor.



