

REVISTA

Bioética CREMEGO

N.01

VOL. 1 | 2019



REVISTA

Bioética CREMEGO

N.01 | VOL. 1 | 2019



CREMEGO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

REVISTA

Bioética CREMEGO



REVISTA BIOÉTICA CREMEGO
N.01 | VOL. 1 | 2019

Conselho Editorial da Revista Científica do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Editor Chefe:

Dr. Waldemar Naves do Amaral

Corpo Editorial:

Dr. Aldair Novato Silva
Dr. Antônio Fernando Carneiro
Dr. Celmo Celeno Porto
Dr. José Hiran Da Silva Gallo
Dr. Leonardo Mariano Reis
Dr. Paulo Roberto Cunha Vêncio
Dr. Rui Gilberto Ferreira
Dra. Cacilda Pedrosa de Oliveira
Dra. Rosemar Macedo Sousa Ramal

Equipe Técnica:

Ionira Fátima Pimentel
Rosany Rodrigues da Cunha

Projeto Gráfico e Diagramação:

Joaquim Olímpio (Agência Comunica)

Foto de Capa:

Rosany Rodrigues da Cunha
(Cremego)

Revisão e Padronização

Lana Cristina (Agência Comunica)

Impressão

Cidade Gráfica

Tiragem: 500 exemplares

© Revista Bioética CREMEGO - Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Rua T - 28 N° 245 - Qd. 24 - Lote 19 E 20 - Setor Bueno - Goiânia/GO - Brasil - CEP: 74210-040
Fone: (62) 3250-4900 - E-mail: revistabioetica@cremego.org.br

Ficha catalográfica

R454 Revista Bioética Cremego [recurso eletrônico] / Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. - Vol. 1, no. 1 (2019). - Goiânia: Cremego, 2019-

Semestral
ISSN xxxx-xxxx versão eletrônica
Modo de acesso: <<https://revistabioetica.cremego.org.br/cremego>>

1. Bioética. 2. Ética Médica. I. Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

CDU 614.25 (05)

Sumário

Editorial.....	1
-----------------------	----------

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

Prontuário médico: uma revisão bibliográfica.....	2
--	----------

Medical record: a bibliographic review

Rui Gilberto Ferreira, Matheus Ferreira Gonçalves, Thaynara de Moraes Pacheco, Sarah Hasimyan Ferreira, Luisa Hasimyan Ferreira, Breno Hermann Ferreira Gondim, Bruno Oliveira Araujo Rosas

Considerações éticas e bioéticas em reprodução humana assistida.....	9
---	----------

Ethical and bioethical considerations in assisted human reproduction techniques

Rafaela Paula Marciano, Geórgia Dias dos Santos, Giovanna Karla da Silva Santos, Nara Siqueira Damaceno, Waldemar Naves do Amaral

Bioética – A medicina como prática da bioeducação – O ver Aristotélico da vida para a vida.....	19
--	-----------

Bioethics - Medicine as a bioeducation practice - Aristotelian seeing from life to life

Clecio Paulo Carneiro Filho

Autonomia do casal sem filhos.....	31
---	-----------

Autonomy of the childless couple

Fernanda Machado Brandão, Rafaela Rodrigues Milhomens, Patrícia Gonçalves Evangelista, Selma Montefusco

Telemedicina e bioética: o futuro é agora.....	41
---	-----------

Telemedicine and bioethics: the future is now

Júlia Português Almeida, Lorena Tassara Quirino Vieira, Lucas Tadeu Gonzaga Diniz, Mercielle Ferreira Silva Martinelle

A vida humana em laboratório.....	46
--	-----------

Human life in laboratory

Fernanda Rocha Couto Laureano, Waldemar Naves do Amaral

Recorte histórico da bioética.....	51
---	-----------

Bioethics background

Patrícia Gonçalves Evangelista, Bruna Abreu Ramos, Tárik Kassem Saidah, Waldemar Naves do Amaral

REVISTA

Bioética CREMEGO



Editorial

As três modalidades de convivência social que glorificaram a vida humana em comunidade foram: 1) Moralidade; 2) Ética; 3) Lei.

Moralidade não está escrito em nenhum compêndio, mas é o princípio fundamental da criação e daí o mais intenso e profundo. É considerado o mais importante e absolutamente imutável. É o princípio pelo qual doa-se a vida (o civismo faz parte desta conotação).

Ética é o princípio que não pode ter fim, pois regulamenta as atividades dentro de um grupo e inter-grupos. É uma condição escrita, que define o respeito para com os pares e para com membros de outro grupo. É pouco mutável.

Lei é o princípio mais mutável, pois sofre influência por vezes depreciativas da sociedade. Porém, sem este não é possível conviver em harmonia com o outro.

Ciência e Religião não são princípios fundamentais desta convivência, mas são de grande importância no avanço de qualquer povo (especialmente o primeiro).

O CREMEGO, que é a casa do Médico Goiano e também a casa da Ética instala a revista "Bioética do CREMEGO" com o intuito de favorecer os dois princípios fundamentais mais relevante: Moralidade e Ética, associado ao princípio da verdade cristalina do conhecimento humano: A Ciência.

Assim, o CREMEGO caminha na dianteira da vanguarda da conexão "Ciência com Ética", favorecendo a classe médica goiana, cumprindo seu papel de promover o pleno bem-estar do bom médico.

Prontuário médico: uma revisão bibliográfica

Rui Gilberto Ferreira¹, Matheus Ferreira Gonçalves², Thaynara de Moraes Pacheco³, Sarah Hasimyan Ferreira⁴, Luisa Hasimyan Ferreira⁵, Breno Hermann Ferreira Gondim⁶, Bruno Oliveira Araujo Rosas⁸

RESUMO

A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais, ou ambos, e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o prontuário médico, também denominado prontuário do paciente ou do cliente, ou mesmo registro médico. Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução do paciente e, subsequentemente, direcionar a melhor conduta terapêutica. Além disso, também objetiva assinalar todas as medidas associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde. Embora o prontuário atual tenha evoluído, passando de um documento antigo, como o papiro Edwin Smith do médico egípcio Inhotep, até o atual modelo, ainda existem diferentes problemas e obstáculos, como diagnósticos ilegíveis, incoerências de dados e falta de diagnóstico. Com base nisso, este trabalho trata-se de uma Revisão Bibliográfica Descritiva, em que foram utilizadas as plataformas de dados LILACS, sciELO e Pubmed, além de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). Conclui-se, desse modo, que estudos acerca do tema são extremamente escassos, necessitando com veemência de novas publicações e, do mais crucial, uma mudança que favoreça o arquivamento de todo o material de forma eletrônica.

Palavras-chave: Prontuário médico. Revisão bibliográfica.

ABSTRACT

Medical record: a bibliographic review

The gathering of data provided by the patient, legal guardians or both and the results obtained in any type of examination constitutes the medical record, also called patient or client's record, or even medical record. It is, therefore, an extremely relevant document that aims, above all, to demonstrate the evolution of the patient and, subsequently, to direct the best therapeutic conduct. In addition, it also aims to highlight all associated measures, as well as the wide variability of preventive care adopted by health professionals. Although the current medical record has evolved from an ancient document like the papyrus Edwin Smith, by the Egyptian physician Inhotep, until the present model, there are still different problems and obstacles, such as illegible diagnoses, data inconsistencies and misdiagnosis. Based on this, this work is a Descriptive Bibliographic Review, using the LILACS, sciELO and Pubmed data platforms, as well as resolutions of the Federal Council of Medicine (CFM). It is concluded, therefore, that studies about it are extremely scarce. So it requires new publications and, most crucially, a change that favors the archiving of all material electronically.

Keywords: Medical record, Bibliographic review.

-
1. **Doutor** na Universidade Federal de Goiás (UFG) – ruigilberto@bol.com.br
 2. **Acadêmico** na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) – matheussfg@gmail.com
 3. **Acadêmica** na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) – thaypacheco97@gmail.com
 4. **Médica** na Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB) – ruigilberto@bol.com.br
 5. **Acadêmica** na Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (FMUR) – ruigilberto@bol.com.br
 6. **Médico** na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso (FMUFM) – brenohermann@hotmail.com
 7. **Médico** na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) – bruno_rosas2@hotmail.com

Correspondência:

Matheus Ferreira Gonçalves – matheussfg@gmail.com

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

Registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área de saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais, ou ambos, e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também denominado prontuário do paciente ou do cliente, ou mesmo registro médico. Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, subsequentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde¹.

Dessa forma, várias partes do prontuário de um paciente são consultadas pelos diversos profissionais que estão, direta ou indiretamente, envolvidos no atendimento ao paciente. A consulta aos documentos do prontuário do paciente tanto se dá para a análise da evolução da doença, como para fins estatísticos, já que este “relata, com minúcias e ordenamento, a marcha do paciente desde sua admissão até a sua alta”². Por isso mesmo, deve conter informações suficientes para justificar o diagnóstico e garantir o tratamento e os resultados finais. Ainda segundo Sounis, os prontuários “são constituídos por folhas ou papeletas nas quais são registradas as anotações da vida clínica e social do paciente”³.

Paralelamente, existem diferentes fatores que interferem no cuidado do paciente, podendo auxiliar ou atrapalhar o desenvolvimento de uma atenção integral e humanizada por parte dos profissionais nas instituições de saúde. Dentre todos os fatores, tem-se tornado destaque a forma de como vem sendo utilizado o prontuário e se este tem auxiliado ou não no processo de cuidar, em razão de como estão estruturadas as informações registradas pelos profissionais que as utilizam. A qualidade dos registros existentes nos prontuários das instituições de saúde reflete e caracteriza a qualidade dos serviços prestados, o nível de complexidade e de atuação dessas organizações com os seus processos de trabalho⁴.

No Brasil, pressupõe-se que a baixa qualidade das informações contidas nos prontuários dos pacientes tem influenciado muito a qualidade do cuidado dedicado a estes. Em um estudo realizado em um estado do Centro-Oeste do país, que trata da programação local, foi possível identificar erros frequentes como diagnósticos ilegíveis, incoerências de dados e falta de diagnóstico. Em outro estudo realizado em um estado do Nordeste do país, que tratou da avaliação do processo da reforma sanitária, ficou evidente o grande número de prontuários, chegando a atingir o percentual de 76%, que não apresentavam informações básicas e de relevância para a verificação dos resultados das ações planejadas⁴. Tendo isso em vista, a atual pesquisa revisa os conceitos e as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde que atuam em hospitais na utilização do prontuário em todos os âmbitos da equipe multiprofissional.

Referencial Teórico

A história da evolução do prontuário médico muitas vezes se confunde com a própria história da medicina, sendo difícil dissociá-las. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro Edwin Smith, atribuído ao médico egípcio Inhotep, que registrou dados dos seus pacientes em uma folha de papiro. Na ocasião (3000-2500 a.C.), ele fez anotações de 48 pacientes cirúrgicos, configurando-se, assim, o primeiro registro de prontuário médico, hoje expostas na Academia de Medicina de Nova York³.

Com a institucionalização da Medicina Científica por Hipócrates, no século V a.C., foi mostrada a necessidade real de se fazer os registros escritos sobre os pacientes. Com base nessas anotações médicas, Hipócrates conseguiu assinalar e descrever muitos sinais e sintomas de enfermidade⁵.

Em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis aperfeiçoou a assistência aos doentes hospitalizados com mais organização nas prescrições médicas, nos relatórios de enfermagem e nas prescrições do regime alimentar. Florence Nightingale (1820-1910), precursora da Enfermagem Moderna, quando tratava feridos na Guerra da Crimeia (1853-1856), já relatava que a documentação das informações relativas aos doentes é de fundamental importância para a continuidade dos cuidados ao paciente³.

Em 1880, William Mayo, que, com seu grupo de colegas, formou a Clínica Mayo em Minnnesota, nos Estados Unidos, observou que a maioria dos médicos mantinha o registro de anotações das consultas de todos os pacientes em forma cronológica em um documento único. O conjunto de anotações trazia dificuldade para localizar informação específica sobre um determinado paciente. Assim, em 1907, a Clínica Mayo adotou um registro individual das informações de cada paciente, que passaram a ser arquivadas separadamente, iniciando-se, então, o registro médico centrado no paciente⁵.

Já em 1910, Flexner elaborou um relatório sobre educação médica e fez a primeira declaração formal sobre o conteúdo e a função do registro médico. Flexner também encorajava os médicos a manter um prontuário individual por paciente. O conteúdo do registro médico foi muito discutido até 1940, quando foram exigidos registros médicos bem organizados como requisito para se obter crédito hospitalar por parte do governo americano³.

No Brasil, o uso do prontuário individual foi introduzido em 1944 pela Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, depois de estudos especializados nos Estados Unidos da América sobre sistemas de arquivo e classificação de observações médicas. Esse sistema foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social, o que contribuiu para sua consolidação em âmbito nacional⁷.

Com o tempo, ocorreu a sistematização e regulamentação do prontuário médico no país, de modo que, atualmente, existem resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), 26 pareceres do CFM, 14 pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO) e 6 artigos no Conselho de Ética Médica relacionados a esse documento.

O CFM, na Resolução nº 1.638/2002, em seu Art 1º, define prontuário do paciente como:

"[...] o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo."

Ainda de acordo com essa resolução, o prontuário médico deve conter Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP). O médico deve registrar a anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; além da evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico. Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM. Nos casos emergenciais, nos quais for impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade⁸.

De acordo com o Art. 87º do Código de Ética Médica⁹, o médico tem o dever de elaborar o prontuário de cada paciente que assiste. O prontuário é um documento valioso para o paciente, para o médico, para as instituições de saúde, para o ensino, para a pesquisa, além de instrumento de defesa legal. Por isso, também deve sempre fornecer laudo médico ao paciente ou representante legal quando encaminhado ou transferido (Art. 86º).

Outra responsabilidade médica relacionada a esse documento está ligada ao sigilo profissional. O Código de Ética Médica prevê, em seu Art. 85º, que é vedado ao médico "permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade". A Resolução nº 1.605/2000¹⁰ do CFM reafirma que "o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica". Nos casos onde a

comunicação de doença é compulsória, o médico deve se dirigir exclusivamente apenas à autoridade competente. Em casos de processo criminal, se requisitado por juiz, o conteúdo do prontuário deverá ser disponibilizado apenas ao perito nomeado¹⁰.

O prontuário do paciente possui a característica de documento sigiloso, pessoal, privado e confidencial. Nele, estão registradas todas as informações pessoais referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente, informações a respeito da sua saúde e a sua intimidade física e mental⁶.

Vale notar que também o CFM, na Resolução no 1997/2012, “[...] considera que o conteúdo do prontuário, lavrado pelo médico e pertencente ao paciente, é um documento amparado pelo sigilo profissional, respaldado pelo Art. 5º, XIV da CF/88.” Portanto, é proibida a divulgação das informações registradas no prontuário, pois sua revelação acarretaria danos à reputação, à honra e à vida privada do paciente ou dos seus familiares¹¹.

O Código de Ética Médica também prevê que o médico não deve negar ao paciente acesso ao seu prontuário (Art. 88º), nem liberar cópias do prontuário sob sua guarda, exceto se houver autorização por escrito do paciente ou ordem judicial (Art. 89º). Sempre que requisitado, o médico deve fornecer cópia do prontuário de seu paciente aos Conselhos Regionais de Medicina (Art. 90º).

Em 2007, uma nova resolução do CFM (nº 1.821), aprovou as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispondo sobre o tempo de guarda de prontuários, estabelecendo critérios para certificação dos sistemas de informação e outras providências. A partir de então, foi aprovado o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde e autorizada a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a normas específicas. Assim, foi eliminada a obrigatoriedade do registro em papel, desde que os sistemas informatizados atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2”, estabelecidos no Manual de Certificação. Nessa mesma resolução, também foi estabelecido prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro, para preservação dos prontuários em suporte de papel¹².

A Resolução do CFM nº 1.833/2008 regulamentou a organização dos Serviços Médicos em instituições esportivas. A partir de então, todos os procedimentos referentes à saúde do atleta devem constar nas fichas ou prontuários, sendo uma cópia entregue ao atleta em casos de demissão, transferência ou convocação. Além disso, estabeleceu-se que cabe ao Serviço Médico comunicar aos atletas uma listagem de substâncias consideradas como “doping”¹³.

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica Descritiva, em que foram utilizadas as plataformas de dados LILACS, sciELO e Pubmed, além de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), definindo os fundamentais conceitos de uma determinada área do conhecimento e avaliando a extensão, alcance e natureza dessa investigação. Em momento seguinte, após a estratificação dos dados da investigação, serão divulgados os aspectos relevantes encontrados e identificadas as lacunas de pesquisas existentes.

Discussão

Diante das diferentes perspectivas a respeito do prontuário médico, um estudo para avaliar a qualidade destes documentos foi realizado, no estado do Rio de Janeiro, analisando o arquivo de três hospitais envolvidos (sendo dois hospitais de ensino e uma unidade auxiliar de ensino). Além disso, esses hospitais possuíam as seguintes características, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): perfil assistencial, gestão municipal e número de leitos de 411 (hospital 1), 227 leitos (hospital 2) e 383 leitos (hospital 3)¹⁴.

A equipe de enfermagem avaliou cada prontuário e respondeu a perguntas fechadas acerca da completude e da adequação das informações sobre as variáveis contidas nesse módulo. As variáveis submetidas à avaliação pelas enfermeiras, na forma como constam no módulo referente à Situação do Prontuário, eram descritas da seguinte maneira: (1) Identificação do paciente; (2) Avaliação do paciente pelo assistente social; (3) Anamnese e exame físico na admissão; (4) Avaliação inicial da enfermagem; (5) Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente; (6) Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente; (7) Ordens médicas e medicação; (8) Relatórios de procedimentos (por exemplo, cirúrgicos); (9) Resultados de laboratórios de patologia; (10) Diagnóstico de imagem; e (11) Sumário de alta. Com relação a essa última informação, consiste no documento que contém informações-chave que resumem a internação do paciente, tais como: diagnóstico principal e secundário, procedimentos realizados, data de admissão e saída e tipo de saída¹⁵.

As variáveis foram categorizadas da seguinte forma: "Sim, Adequado" (ADQ), caso a informação sobre a variável estivesse presente e suficientemente documentada; "Sim, Inadequado" (INADQ), se houvesse a informação sobre a variável, mas esta estivesse incompleta ou insuficientemente documentada; e "Sem Informação" (SI), para os casos em que não constasse nenhuma informação referente ao dado avaliado¹⁵.

Infelizmente, a qualidade dos prontuários foi considerada ruim, tomando-se como base o escore de completude da informação para todas as variáveis obtidas do prontuário (26,9%). A proporção de documentação adequada foi igual a 60,1%, no conjunto de pacientes, variando de 42,2%, no hospital 1, a 76,5%, no hospital 3, para todas as variáveis analisadas. Tendo em vista que se trata de hospitais de ensino, onde se espera que haja melhor qualidade no registro, os resultados foram ainda mais preocupantes¹⁵.

Desse modo, a impossibilidade de acessar e integrar dados de pacientes individuais ou de grupos de pacientes registrados em documentos manuais resulta em uma visão fragmentada da evolução dos problemas de saúde individuais e a impossibilidade de recuperar a informação agregada dos prontuários de uma comunidade. Assim, o desenvolvimento de prontuários padronizados baseados em sistemas de processamento digital, a possibilidade de manter registros longitudinais que abarcam toda a vida do indivíduo e a criação de bases de dados contendo informações agregadas clínicas e administrativas são elementos reconhecidos como de grande impacto e benefício na melhoria da eficácia, eficiência, segurança e qualidade da prática de saúde.

No Brasil, há vários anos existem grupos de pesquisadores dedicados à exploração de três temas centrais relativos ao prontuário eletrônico de saúde: arquitetura, conteúdo e desenvolvimento de software aberto. Recentemente, estas investigações e experiências ganharam grande impulso graças ao interesse do Ministério da Saúde em estabelecer, a nível nacional, um sistema padronizado de coleta e processamento de dados clínicos e administrativos originados em cada contato com o sistema de atendimento.

Entretanto, a principal barreira para informatizar o arquivo médico está relacionada à educação dos profissionais de saúde que interagem com o prontuário. Mesmo que o aumento do uso de novas tecnologias no processo de investigação e no tratamento das doenças favoreça a adoção do prontuário eletrônico, isso não é suficiente para assegurar sua aceitação. É vasto o número de profissionais que tendem a desmerecer as máquinas, duvidar de seu potencial e negar sua confiabilidade e praticidade, principalmente quando provocam alterações na sua rotina profissional, o que pode contribuir para os baixos níveis de implementação dos outros sistemas informatizados. E mais, além de os médicos, muitas vezes, alegarem que o PEP pode ameaçar sua autonomia, costumam questionar como os dados serão utilizados pelas seguradoras e pelos administradores dos estabelecimentos de saúde para influenciar, restringir e, até mesmo, ditar como a medicina será praticada¹⁵.

Além disso, muitos médicos desvalorizam os benefícios do PEP e de outros sistemas (apoio à decisão, por exemplo), possivelmente por considerarem que tal funcionalidade pode desmerecer o seu conhecimento e perícia. Durante a formação acadêmica, são treinados para acumular a maior quantidade de conhecimentos e confiar na sua memória e capacidade de julgamento pessoal. Isso pode justificar o fato de minimizarem a importância desses sistemas¹⁵.

Em consonância, um outro estudo em que foi comparado um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo com dados de implantação e utilização do prontuário eletrônico do paciente de 13 instituições de saúde brasileiras mostrou que as vantagens do PEP incluem acesso mais rápido e simples a respeito de problemas de saúde e intervenções; uso simultâneo entre profissionais; diminuição da redundância de dados e pedidos de exames; organização mais sistemática; redução de custos com a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames e diminuição da perda de informações e documentos. Como desvantagens, considerou-se o alto custo de investimentos em hardware, software e treinamento; resistência dos profissionais em relação ao uso de sistemas informatizados e ocorrência de falhas que podem deixar o sistema inoperante. Por fim, ressaltou, novamente, a necessidade de que, para atingir um bom resultado, deve-se oferecer à equipe que utiliza o sistema um treinamento contínuo e qualificado, além de discutir com os usuários sua aceitação e adesão¹⁶.

Conclusão

Observa-se que, mesmo com a relevância da temática, há um número escasso de publicações e relatos de experiência relacionados às instituições nacionais. Tal fato torna relevantes diferentes estudos que analisem a experiência de uma determinada instituição e compare-a com os demais resultados já obtidos e publicados, podendo confrontar as diferenças da implantação de um novo modelo de prontuário¹⁶.

Paralelamente, diferentes estudos mostraram que os dados do prontuário médico são frequentemente ilegíveis, não acurados, fragmentados, incompletos, incompreensíveis para o paciente e seus familiares e, algumas vezes, excessivos ou redundantes. Nem sempre a documentação do prontuário é ordenada de forma lógica, e a pobreza do seu formato impede uma utilização mais eficiente¹⁷. Com isso, torna-se cada vez mais importante uma mudança que favoreça o arquivamento de todo o material.

O prontuário eletrônico deve ser entendido como o repositório de dados clínicos obtidos por variadas fontes, armazenados eletronicamente de modo a permitir sua recuperação rápida e organizada, com informações de um conjunto de pacientes ou sobre um paciente em particular. Assim, tornando-se útil, necessita-se da adoção de padrões na representação da informação, nos meios de armazenamento e na troca de informações. E deve existir uma preocupação ainda maior: garantir ao paciente a liberdade de acesso aos dados do seu histórico clínico, pois o prontuário é do paciente e não do médico. No entanto, para que isso se torne realidade no Brasil, é necessário ouvir e entender um dos usuários principais dos sistemas: o médico, uma vez que sua resistência é um dos fatores que dificultam a adoção do Prontuário Eletrônico¹⁵.

Por esse motivo, a revisão se torna tão importante na tentativa de demonstrar a atual situação à medida que novas problemáticas surgem devido à fraqueza do atual modelo do prontuário médico. Ainda que diferentes estudos demonstrem a necessidade de evolução, quanto mais relatos e informações, maiores são as chances de internalização e busca da tradução de um novo modelo.

Referências

1. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev Bras Educ Méd, 2007; v. 31, nº 2, p. 113-126, ISSN 0100-5502
2. Sounis E. Organização de serviço de arquivo médico e estatística (SAME). São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil. 1973. p. 156. [acesso 12 set 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-4665199300040002>.
3. Dos Santos, NM; Freixo, AL. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da comissão de revisão de prontuários. III SBA – Simpósio Baiano de Arquivologia: 2011 out 26-28; Salvador, Bahia.
4. Soares FV, Sales PRDS, Barbosa PMK. Fatores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel. Rev Adm Saúde. 2011; p. 53-59.

Prontuário médico: uma revisão bibliográfica

5. Tonello IMS, Nunes RMS, Panaro AP. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. *Informação & Informação*. 2013; 18 (2), p. 193-210. Disponível: [www.uel.br > revistas > uel > index.php > informacao > article > download](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/download)
6. Marin, HF. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Massad E, Marin HF, Azevedo Neto RS, editores. Lira, ACO, colaboradores. São Paulo: USP/UNIFESP, 2003.
7. Carvalho, LF. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital. São Paulo: Ltr; 1973. p. 256.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, p.184-5, 9 ago 2002. Seção I.
9. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Diário Oficial da União. Brasília, p. 179, 1 nov 2018. Seção I. Modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 [de 23 de novembro de 2018. DOU. Brasília, p. 205, 11 dez 2018. Seção I] e 2.226/2019 [de 21 de março de 2019. DOU. Brasília, p. 185, 11 abr 2019. Seção I.]
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, p. 30, 29 set 2000. Seção I. Retificação publicada em 31 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, p. 130. Seção I.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.997, de 10 de agosto de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, p. 149, 16 ago 2012. Seção I.
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.821, de 11 de julho 2007. Diário Oficial da União. Brasília, p. 252, 23 nov 2007. Seção I.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.833, de 20 de fevereiro de 2008. Diário Oficial da União. Brasília, p. 151, 27 fev 2008. Seção I.
14. Pavão ALB et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(4): 651-61. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/12.pdf>
15. Patrício CM. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? Porto Alegre. *Scientia Medica*. 2011; 21 (3), p. 121-131. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722>>.
16. Rondina JM. et al. Prontuário eletrônico do paciente: comparação de um hospital de ensino com outras instituições de saúde. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*. 2017; 2 (3), p. 41-50.
17. Rodrigues Filho J, Xavier JCB, Adriano AL. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. *Revista de Administração Contemporânea*. 2001; 5 (1), p. 105-120.

Recebido em: 19/09/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

Considerações éticas e bioéticas em reprodução humana assistida

Rafaela Paula Marciano¹, Geórgia Dias dos Santos², Giovanna Karla da Silva Santos³, Nara Siqueira Damaceno⁴, Waldemar Naves do Amaral⁵

RESUMO

A infertilidade é considerada um problema de saúde pública, e as técnicas de reprodução assistidas são compreendidas como um meio de alcançar igualdade de gênero e novas configurações familiares. A mudança sobre a forma de procriação exige normas e condutas éticas bem definidas, já que pode influenciar questões sociais, econômicas e religiosas de uma população. Levando em consideração a importância social da maternidade e o acesso a essas técnicas, este trabalho objetivou fazer uma revisão da literatura sobre as questões éticas aplicadas à reprodução humana assistida. Foi realizada uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS-BIREME, na SciELO e nos Periódicos Capes, a partir das palavras-chave “bioethics, ethics and assisted human reproduction”, incluindo textos em português e inglês. Os dados foram examinados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin e divididos em três assuntos principais: as técnicas de reprodução assistida e as configurações familiares; as normatizações brasileiras sobre as técnicas reprodutivas; e questões polêmicas em reprodução humana assistida. Diante disso, conclui-se que, no cenário brasileiro, há pouca participação do sistema legislativo em conduzir esse assunto, delegando ao Conselho Federal de Medicina a normatização das técnicas e a construção de significados sobre a procriação. As formulações éticas para essas questões necessitam de atualização constante, sendo necessário ampliar e incluir no debate as outras áreas de saberes, a fim de evitar noções arbitrárias e moralistas no que se refere à constituição de família.

Palavras-chave: Técnicas reprodutivas. Ética. Bioética.

ABSTRACT

Ethical and bioethical considerations in assisted human reproduction techniques

Infertility is considered a public health problem and assisted reproduction techniques are understood as a means of achieving gender equality and new family settings. The change over procreation requires well-defined ethical norms and conduct as they can influence the social, economic and religious issues of a population. Taking into account the social importance of motherhood and access to these techniques, this paper aimed to review the literature on ethical issues applied to assisted human reproduction. A search was performed in the databases of the Virtual Health Library - BVS-BIREME, SciELO and Capes Periodicals using the keywords “bioethics, ethics and assisted human reproduction”, including texts in Portuguese and English. Data were analyzed according to Bardin's content analysis and divided into three main subjects: assisted reproduction techniques and family settings; Brazilian norms on reproductive techniques; and controversial issues in assisted human reproduction. Given this, it is concluded that in the Brazilian scenario there is little participation of the legislative system in conducting this issue, delegating to

1. **Doutoranda** em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás – ra_fa_e_la@yahoo.com.br

2. **Psicóloga** pela Universidade Federal de Goiás – georgiadsantos92@gmail.com

3. **Estudante** de Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – giovannak.ss@gmail.com

4. **Residente** de Psicologia no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad – narasdamaceno@gmail.com

5. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG) – centrodeestudos@hmdi.com.br

Correspondência:

Patrícia Gonçalves Evangelista – Alameda Emílio Póvoa, 151, Vila Redencao, CEP: 74845-250. Goiânia/GO, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

the Federal Council of Medicine the standardization of techniques and the construction of meanings about procreation. The ethical formulations for these questions need constant updating, and it is necessary to broaden and include in the debate the other areas of knowledge in order to avoid arbitrary and moralistic notions regarding family constitution.

Keywords: Reproductive techniques. Ethics. Bioethics.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera infértil um casal que mantém relações sexuais sem métodos contraceptivos durante 12 meses sem engravidar. A infertilidade é uma condição prevalente e representa um importante problema social e de saúde pública. De acordo com a OMS¹, a infertilidade afeta de 50 a 80 milhões de pessoas em todo o mundo e, no Brasil, cerca de 8 milhões de pessoas podem ser inférteis.

As causas da infertilidade são variadas e diferem nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Como fatores de risco, destacam-se o início precoce da vida sexual e a possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis, as doenças inflamatórias pélvicas - que podem levar a sequelas como obstrução tubária e aderências tuboperitoneais. Os hábitos de vida sedentários, a obesidade, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e outras drogas são outros importantes fatores de risco para o desenvolvimento de problemas reprodutivos².

O século XX foi considerado o século de ouro para reprodução humana, pois foi nesse período que se concretizaram todos os conhecimentos adquiridos durante milênios. Os progressos da medicina possibilitaram o nascimento do primeiro bebê por meio de técnicas de fertilização assistida, trazendo para o âmbito científico a possibilidade de intervenção no processo de reprodução humana e esperança para muitos casais concretizarem o desejo de ter um filho. As técnicas de reprodução assistida (TRA) trouxeram expectativas de solução para problemas que até pouco tempo não tinham possibilidade de tratamento, mas também têm gerado questionamentos pessoais, religiosos e éticos. Além disso, a reprodução assistida traz um investimento emocional que se inicia com a decisão de participar do procedimento e que continua ao longo de cada ciclo de tratamento, que pode ou não ser bem-sucedido³.

O Brasil ainda não conta com uma legislação específica sobre o uso das tecnologias reprodutivas, existindo em vigor apenas algumas resoluções do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM n° 1.358/1992⁴, Resolução CFM n° 1.957/2010⁵, Resolução CFM n° 2.013/2013⁶, Resolução CFM n° 2.121/2015⁷ e Resolução CFM n° 2.168/2017⁸), tornando a medicina construtora de significados sobre procriação, parentalidade e família. O CFM assegura a igualdade, ao admitir ser ético que pessoas casadas ou em união estável, solteiras, homo ou heterossexuais sejam admitidas como usuárias das tecnologias de reprodução humana assistida (RHA). No entanto, por trás dessa aparente universalidade do acesso, a não priorização das técnicas reprodutivas no âmbito do SUS cria e mantém uma barreira ao acesso de ordem econômica, ou seja, excluem-se aqueles que não podem pagar por medicamentos, procedimentos e serviços de reprodução assistida. Tendo em vista o valor social da reprodução humana, esta concentração da medicina reprodutiva no setor privado aprofunda desigualdades e vulnerabilidades de pessoas excluídas do acesso a essas tecnologias⁹.

A regulamentação da prática da reprodução humana assistida é importante para definir quais tratamentos podem ser utilizados, assegurando o bem-estar dos pacientes e de todas as pessoas envolvidas com o tratamento, além de impor limites quanto ao avanço científico. Diante disso, o objetivo deste artigo é discutir sobre algumas questões referentes à ética e à bioética em reprodução humana assistida, que influenciam as normatizações sobre as TRA.

Método

Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS-BIREME, na SciELO e nos Periódicos Capes. As palavras-chave utilizadas foram: *bioethics*, *ethics and assisted human reproduction*. Foram incluídos artigos escritos nos idiomas português e inglês, que abordavam a temática e com texto completo disponível. Foram excluídos os artigos duplicados e artigos que não contemplavam o assunto dos descritores.

Os conteúdos analisados foram organizados e trabalhados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁰. O material foi lido e classificado a partir da consideração de sua relevância, sendo, então, agrupado em três grandes áreas temáticas: 1) as técnicas de reprodução assistida e as configurações familiares; 2) normatizações brasileiras sobre as técnicas reprodutivas e; 3) questões polêmicas em reprodução humana assistida. Em cada área temática, incluem-se os núcleos de sentido que serão discutidos neste trabalho e articulados aos referenciais teóricos sobre ao assunto, de forma a responder ao objetivo da pesquisa.

Resultados e Discussão

1 - As técnicas de reprodução assistida e as configurações familiares

A constituição da família e a procriação são aspectos altamente valorizados em nossa sociedade. A infertilidade é vista como um infortúnio, pois a procriação se liga à ideia de felicidade e de realização pessoal. A prática da reprodução assistida afastou a procriação da ideia de natureza e desejo sexual, abrindo espaço para um novo campo de saber e diversas configurações familiares¹¹.

Os primeiros experimentos de reprodução humana assistida marcaram a necessidade do contato do fluido seminal com o óvulo, contribuindo com a ideia de que é necessário contato entre os dois sexos como única forma de procriação. Apesar disso, a reprodução assistida representa uma quebra de paradigma, pois possibilita a procriação entre as mais diversas configurações familiares. Essa ruptura suscita uma série de questionamentos à sociedade e novas demandas de regulamentação para o Estado¹².

No Ocidente, o modelo de família mais comum corresponde ao da família nuclear: um pai, uma mãe e filhos. Nesse modelo, a mulher tem como principal função a maternidade, sujeita à decisão do marido, então considerado aquele que ocupa o cargo de maior poder em cada núcleo. Além disso, a necessidade prévia de um parceiro, que pode também interditar as ações da mulher, traz uma noção patriarcal em que a palavra final é do homem¹². Embora seja a mais comum entre nós, a família nuclear, monogâmica, heterossexual e com finalidade procriativa não é a única na nossa sociedade. Depois do advento do divórcio, houve uma multiplicação de novos arranjos familiares, permitindo aos indivíduos a construção de novos tipos de alianças, como as famílias de acolhimento, recompostas, monoparentais etc¹³.

O advento das novas tecnologias reprodutivas contribuiu para o debate sobre a família, ao introduzirem a participação da medicina, por meio de intervenções no corpo, implicando novas vivências subjetivas e diversas configurações familiares que buscam ressignificar o conceito de família e as limitações orgânicas do corpo.

A família sofreu profundas mudanças quanto à sua natureza, função, composição e concepção, deixando de ser um núcleo econômico de reprodução para ser um espaço do amor, de companheirismo e de afeto¹⁴. Embora as tecnologias reprodutivas reforcem a estigmatização da maternidade como principal atribuição feminina, permitem também novas configurações como, por exemplo, a monoparentalidade, o que significa uma tomada desse poder pela mulher, que passa a ser capaz de constituir uma família sem a presença de um progenitor masculino¹⁵, além das famílias homoparentais, reconstituídas etc.

A reprodução humana assistida, ao mesmo tempo em que confere poder a formatos de família antes excluídos, exacerba as pressões para ter um filho, especialmente nas sociedades pró-natalistas e patriarcais e corrobora para a objetificação do corpo da mulher, pois oferece a reprodução como mercadoria. Esse tema é um debate frequente dentro do movimento feminista, que proporcionou uma maior visibilidade ao corpo e à sexualidade da mulher, tratando-os como questões políticas. Para Scavone¹⁶, as tecnologias reprodutivas colocam as mulheres em posições distintas. Antes, as mulheres recorriam às tecnologias contraceptivas, decidindo pela não maternidade. Agora, recorrem às tecnologias conceptivas, submetendo-se a procedimentos invasivos e de alto custo econômico para ter um filho biológico a qualquer preço.

Por um lado, as tecnologias conceptivas foram bem-vindas pelo movimento feminista, pois estariam contribuindo para romper com o assujeitamento do corpo das mulheres, especialmente no que se referia à maternidade. Assim como a pílula contraceptiva havia dissociado a sexualidade da reprodução, as tecnologias conceptivas provocaram a ruptura definitiva dessa relação. No final dos anos 1970, porém, o movimento feminista começou a apontar algumas críticas a essas tecnologias. Scavone¹⁶ aponta que as críticas estão relacionadas à saúde, ao fato de que a maior parte dos procedimentos é realizada no corpo da mulher, trazendo à tona a questão da dominação dos corpos femininos e reforçando a ideia de naturalização da maternidade.

Depois de mais de 40 anos de debate, as feministas de Norte a Sul do mundo continuam discordando sobre o significado das tecnologias de reprodução assistida e o papel dessas tecnologias na promoção do ideal feminista de justiça, empoderamento e igualdade de gênero¹⁷.

Não há dúvida de que “a maternidade tem sido construída como o ideal máximo da mulher, caminho da plenitude e realização da feminilidade, associada a um sentido de renúncia e sacrifícios prazerosos”¹⁵. Assim, a maternidade tem um importante valor social e ainda perdura uma intensa representação que a associa à determinação biológica feminina. Esse ideal é utilizado como forma de vender uma mercadoria de difícil acesso financeiro: a solução para a infertilidade. A fertilidade se tornou uma indústria no mundo, e os Estados Unidos lucram, atualmente, 4 bilhões de dólares por ano com as técnicas de reprodução assistida¹⁷.

A infertilidade, porém, é uma questão de saúde pública. Nos países em desenvolvimento, há pouco investimento no tratamento da infertilidade por ser considerada um antídoto natural para a superpopulação. É importante destacar que as principais causas de infertilidade, em algumas partes do mundo, são as ISTs não tratadas, a tuberculose genital, a contracepção relacionada à doença inflamatória pélvica, infecção pós-aborto e pós-parto, e os efeitos a longo prazo das toxinas ambientais na saúde reprodutiva de homens e mulheres¹⁷. Investir em promoção de saúde sexual e reprodutiva significa também investir em prevenção das causas evitáveis de infertilidade.

Considerando que o acesso às tecnologias reprodutivas é limitado, especialmente do ponto de vista econômico, uma das formas de minimizar a venda de um ideal estigmatizado da função feminina seria possibilitar o acesso para todas as camadas da sociedade, por meio do sistema público de saúde. Na rede pública, o direito ao acesso é oferecido às pessoas consideradas “inférteis”, um termo estritamente biomédico, englobando também a esterilidade. Desta maneira, fica a critério do médico definir quem se encaixa nessa definição, o que significa um grande problema, já que “o Estado, como omissor na criação de uma lei própria, acaba por legitimar ao saber médico o papel de regulador dessas práticas e, por conseguinte, desse reforço ao laço genético como primordial para as relações de parentesco”¹².

A medicina é uma instância social constituída sobre o paradigma paternalista, em que se acredita que os médicos têm a capacidade de fazer o “bem”, partindo de sua própria visão de mundo e avaliação, independentemente da concepção daquele que recebe esse bem e sem questionar a respeito dos valores subjetivos, implícitos em cada decisão¹². No que diz respeito ao acesso à saúde e ao tratamento, devem-se respeitar os princípios da universalidade, de acordo com o comprometimento do Estado com o cumprimento da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, sem deixar que as perspectivas religiosas ou corporativistas sejam invasivas até para aqueles indivíduos que não compactuam com essas instâncias.

A partir dos diversos questionamentos que surgem com as possibilidades que a reprodução humana assistida oferece, a bioética se sobressai como uma possibilidade de reflexão, coerente com uma sociedade democrática, na busca de garantir, àqueles que utilizam desse serviço, dignidade humana e de direitos¹².

Tendo em vista a possibilidade de procriação com as técnicas reprodutivas nas mais diversas configurações familiares e a lacuna legislativa em nosso país, surgiu a necessidade de normatizar o uso das TRA, em razão de evitar abusos éticos envolvidos nesse processo. Embora a formulação de leis que regulamentem essa prática caiba ao Estado, a intervenção de saberes e práticas nessa formulação se faz necessária, em especial o saber médico, que é pioneiro na construção de significados sobre procriação, parentalidade e família, por meio de suas resoluções.

2 - Normatizações brasileiras sobre as técnicas reprodutivas

As tecnologias reprodutivas surgiram nos anos 1980, com o objetivo de contornar a infertilidade, ao possibilitarem a gestação a casais inférteis¹⁸. A necessidade de reprodução biológica de uma criança geneticamente própria justificou a criação de uma nova especialidade, a “medicina reprodutiva”. Após 34 anos do primeiro êxito com a fertilização *in vitro* no Brasil, a aplicação de tecnologias reprodutivas continua disponível quase que exclusivamente no setor privado da medicina. Com o avanço cada vez mais contínuo das TRA, houve a necessidade de um aparato que delimitasse a utilização dessas técnicas. Sabe-se que normas éticas bem definidas são necessárias para que os procedimentos sejam feitos de forma a manter a saúde integral dos envolvidos no processo de reprodução assistida, além de evitar procedimentos que ferem princípios constitucionais que garantem o cumprimento dos direitos humanos.

No Brasil, desde 1993, existe um projeto de lei para regulamentar a reprodução assistida, mas a matéria ainda tramita na Câmara dos Deputados. A proposta em questão é o PL 115/15¹⁹ que “institui o Estatuto da RA, para regular a aplicação e utilização das técnicas de RA e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais”. Na falta de regulamentação legislativa, o Conselho Federal de Medicina tomou a dianteira do legislador na regulação da reprodução humana assistida no Brasil. A ausência de uma legislação específica não proíbe o acesso e a prática da técnica, mas cria uma esfera de liberdade que as resoluções do CFM tentam limitar.

A resolução CFM nº 1.358/1992⁴ surgiu oito anos após o nascimento do primeiro bebê gerado através de TRA no Brasil. Nessa resolução, foram proibidas técnicas que, até então, eram utilizadas na clínica como, por exemplo, a redução embrionária, a seleção de sexo, a destruição e comercialização com fins lucrativos de gametas e embriões, dentre outros procedimentos. Mas, além das proibições, essa resolução trouxe a permissão da prática de congelamento de gametas e a realização de diagnóstico genético pré-implantacional (PGD). Tal normativa foi considerada conservadora em detrimento das resoluções que viriam posteriormente, uma vez que a resolução de 1992 não abarcava assuntos como a possibilidade de uso das TRA pelos casais homoafetivos.

Já a Resolução CFM nº 1.957/10⁵ revoga a resolução de 1992, formulada 18 anos depois, incluindo transformações significativas. As principais alterações incorporadas com a resolução de 2010 foram:

“a transferência embrionária limitada por faixa etária da mulher (até 35 anos – 2 embriões; entre 36 e 39 anos – 3 embriões e mais de 40 anos-máximo 4 embriões), a não exigência de estado civil e sexo específico para ser considerado candidato a TRA, a possibilidade de descarte de embrião e, por fim, a regularização da reprodução assistida post mortem”²⁰.

A grande modificação dessa resolução foi a abrangência do uso do TRA pelas pessoas solteiras e pelos casais homoafetivos, ainda que tenha sido citada de modo discreto, abrindo margem para dúvidas ou interpretações equivocadas dos profissionais.

Ao contrário da resolução de 2010, a resolução de 2013 não demorou tanto tempo para ser aprimorada. Inclusive, nessa resolução, enfatizou-se a necessidade de constante atualização, tendo em vista que as pesquisas e tecnologias de reprodução humana estão aprimorando-se. Os direitos das pessoas solteiras e casais homoafetivos a terem acesso às TRA tornaram-se mais explícitos nessa resolução. Porém, mesmo com a permissão clara e objetiva do CFM, o médico tem direito à objeção de consciência. A resolução determinou alguns limites, como a idade máxima para que a mulher possa gestar (50 anos, sem exceção) e idade para doação de gametas (35 anos para a mulher e 50 anos para o homem). Estabeleceu-se, também, mudanças nas finalidades diagnósticas e terapêuticas do PGD, permissão para cessão de útero com documentação comprobatória, mudança no grau de parentesco para a receptora do embrião (podendo ser parente de até quarto grau de um dos parceiros) e a determinação de que todos os casos não abordados ou não explicitados na resolução devem ser encaminhados para o Conselho Federal de Medicina.

A Resolução CFM nº 2.121/2015⁷ veio para preencher alguns espaços deixados na resolução de 2013, abordando temas ainda não mencionados nas resoluções anteriores, como”

“a doação compartilhada de oócitos (procedimento que consiste na doação de metade dos oócitos de uma mulher para outra mulher mediante o custeio do tratamento da primeira), a permissão para gestação compartilhada (ocorre quando em um casal de mulheres uma doa os oócitos e a outra faz a gestação) entre casais homoafetivos feminino e, por fim, uma relativização da idade da mulher para gestar”.

A questão da reprodução assistida *post mortem* foi definitivamente permitida, desde que haja autorização prévia e específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico. Mas é importante ressaltar que, segundo o Artigo 1.798 do Código Civil²¹, a criança gerada a partir da RA *post mortem* não participa da partilha da herança. Esta sucede-se apenas às pessoas nascidas ou já concebidas quando se der a abertura da sucessão.

A atualização mais recente das resoluções do CFM é a de nº 2.168/2017⁸. Essa resolução incluiu novas disposições a respeito das questões sociais na avaliação médica para utilização de RA, isto é, permissão para que pessoas sem dificuldades reprodutivas diagnosticadas possam recorrer às técnicas disponíveis, como criopreservação de gametas e embriões e tecidos germinativos. Também podem usufruir das TRA aqueles pacientes que, por conta de tratamentos e/ou doenças, possam desenvolver, posteriormente, um quadro de infertilidade. Nessa recente resolução, pode-se ressaltar também a extensão da possibilidade de cessão temporária de útero para familiares em grau de parentesco consanguíneo descendente, ou seja, podem ceder seus úteros as filhas e sobrinhas.

Outro aspecto alterado que precisa ser elucidado é a redução de cinco para três anos o período mínimo para descarte de embriões. Essa alteração vale tanto para os casos em que os pacientes expressam a autorização de descarte quanto para os casos de não localização dos responsáveis pelo material genético (abandono). Por fim, verificando mais uma vez a tendência liberal do CFM, houve a mudança na doação voluntária de gametas, incluindo a possibilidade de ser realizada pelas mulheres, reconhecendo a sua autonomia.

A regulamentação das normas éticas é necessária para que a prática dos profissionais de saúde envolvidos nessa área esteja respaldada na resolução. Ainda é possível identificar limitações e questões não explicitadas na resolução vigente, por exemplo, se casais homoafetivos masculinos podem, ambos, serem os doadores genéticos ou ainda a utilização de TRA por pessoas transgêneros. A partir da resolução de 2013 foi possível perceber um caráter bastante liberal em relação às outras resoluções e, já que essa é a única forma de regulamentação dessa área, é necessário que o CFM se posicione explicitamente sobre todas as possibilidades de utilização das TRA, além de abraçar todas as variedades de pacientes e configurações familiares.

3 - Questões polêmicas em reprodução humana assistida

Embora as questões éticas estejam presentes em todos os campos da medicina, elas têm uma particular importância e complexidade no contexto da medicina reprodutiva. As ideias fundamentais sobre mulheres, homens, crianças e famílias se enredam em valores individuais e sociais que provocam debates públicos e privados²².

Do ponto de vista da bioética, a reprodução humana assistida se constitui como uma prática controversa, com diversos pontos polêmicos, tais como: a cessão temporária de útero, o limite de idade das candidatas à reprodução assistida, o sigilo da identidade dos doadores e receptores de gametas e de embriões; a doação compartilhada de oócitos; a possibilidade de descarte de embriões após a criopreservação; e a reprodução assistida *post mortem*²³.

A Resolução CFM nº 2.013/2013⁶ garante o sigilo da identidade dos doadores e receptores de gametas e embriões. No entanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº 8.069/1990²⁴), em seu Artigo 48, afirma que o adotado tem direito de conhecer a sua origem biológica, sem que isso importe em reconhecimento de filiação. O Artigo 48 traz em seu bojo a expressão “conhecimento de origem biológica”, podendo o ECA ser invocado para fundamentar a investigação da origem biológica nas técnicas de reprodução assistida.

A Resolução também permite a gestação de substituição, intitulando-a doação temporária do útero, em situações em que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva. A cessão temporária de útero não deve ter como finalidade comercial ou lucrativa, sendo a gratuidade imposta para sua realização. O CFM determina que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética em um parentesco consanguíneo de até quarto grau, respeitando-se a idade limite de 50 anos. A cessão temporária de útero é uma questão polêmica em muitos países. Na Itália, por exemplo, a cessão temporária de útero constitui-se crime de ofensa, sob pena de dois anos de prisão. Para que a cessão de útero fosse evitada na Itália, surge o transplante de útero, mas que também inclui peculiaridades éticas que envolvem doador, receptor e a criança que vai nascer²⁵.

No Brasil, a doação de gametas segue o mesmo princípio da cessão temporária de útero, que não deve ter finalidade comercial ou lucrativa, tendo em vista que o corpo humano e seus constituintes estão fora de comércio. Assim como a doação de gametas, no Brasil, é permitida a criopreservação destes e também de embriões. Porém, em outras nações, esse é um assunto controverso como, por exemplo, na Itália, em que é vetado o congelamento de embriões devido à possibilidade de que não sobrevivam, acreditando que possam vir a sofrer. Ou em Israel, em que a doação de gametas não é permitida por ser compreendida como análoga à traição conjugal. Na contramão dos países citados, o Brasil proíbe a redução fetal, por compreender que a vida se inicia na concepção, considerando tal procedimento como uma forma de aborto, que também é uma prática ilegal em seu território²⁶. Apesar disso, o Estado brasileiro permite que haja o descarte de embriões não implantados que estiveram criopreservados por mais de três anos, desde que com a autorização dos genitores^{20,27}.

Mori²⁸ afirma que o embrião não se classifica como pessoa humana e, portanto, não está incluso em seus direitos. De acordo com o autor, muito se questiona sobre o descarte de embriões não implantados, mas pouco se fala sobre os inúmeros abortos naturais que acontecem e não há esforços para evitá-los, já que se tratam de uma seleção natural.

O avanço científico alcançado na área médica trouxe a possibilidade de reflexão sobre os estudos genéticos em embriões, diagnóstico genético pré-implantacional, em que é possível revelar o sexo e possíveis alterações. Estas pesquisas em embriões são fontes de preocupações relacionadas à possibilidade de seu uso como ferramenta para eugenia e manutenção da desigualdade de gênero²⁶. Segundo Mori²⁸, as técnicas que envolvem a manipulação genética são grandes focos de preocupação da população de uma maneira geral, por temerem o seu mau uso, porém, apesar de serem potencialmente perigosas, possuem a possibilidade de agregar qualidade de vida.

Outra forma de procriação possível após o surgimento das técnicas de reprodução assistida é a reprodução *post mortem* em que se pode gerar uma criança a partir do gameta ou embrião do parceiro falecido. Essa prática é aceita no Brasil, porém enfrentou dilemas judiciais sobre a autenticidade dessa paternidade, havendo dúvidas sobre os direitos da criança em relação aos seus genitores. No entanto, de acordo com as leis brasileiras, esse filho gerado *post mortem* é considerado legítimo e é pleno de direitos como herdeiro²⁷.

Diante do discurso ético sobre as atuações em reprodução humana, Ramos e Couto²⁹ debatem sobre a possibilidade de interpretação da doação compartilhada de oócitos como uma venda, porém concluem que tal fato não se concretiza, pois não há um contrato de compra e venda e sim um contrato de prestação de serviço entre a clínica e as mulheres, configurando, ainda, uma troca com benefícios mútuos entre doadora e receptora. Além disso, os autores frisam, assim como Oppenheimer *et al*³⁰, que este é um procedimento pautado pelas normas da bioética, respeitando a autonomia, beneficência, não maleficência e igualdade dos pacientes, por exemplo. Outro ponto da doação de gametas é a possibilidade de casais homoafetivos vivenciarem a maternidade/paternidade, realidade pouco aceita ainda pela sociedade, que, muitas vezes, impede o registro de crianças por pessoas do mesmo sexo²⁵.

O cumprimento das exigências bioéticas exige da equipe médica um pensamento flexível e voltado para a singularidade de cada caso. O Comitê de Ética Americano em Medicina Reprodutiva³¹ destaca que a figura médica possui autonomia para se abster diante do uso de técnicas em pacientes com poucas chances de êxito, mas é recomendável que este pense na importância de considerar o aspecto emocional do paciente para tomada de decisões, expondo claramente os riscos, benefícios e chances de sucesso de cada procedimento.

As resoluções do CFM, ainda que incompletas e questionáveis em alguns pontos, permitem a ampliação do debate e ampliam a discussão para além dos limites do CFM e do Poder Legislativo. Os questionamentos levantados a partir da reprodução assistida são esperados, uma vez que a procriação foi, por muito tempo, cercada por tradições e tabus, bem como relacionada à união civil e religiosa entre homem e mulher, mas as técnicas de reprodução assistida possibilitam a retirada desses requisitos artificialmente estabelecidos para que haja a reprodução, permitindo que indivíduos solteiros e casais homoafetivos também alcancem o desejo de se tornarem pais²⁸. Sendo assim, as técnicas de reprodução assistida podem ser mal vistas em alguma medida e ser, por exemplo, motivo de embates éticos e políticos. Nota-se que práticas proibidas em alguns países podem ser autorizadas em outros, e talvez seja impossível chegar a regras universais²⁶.

Considerações Finais

A ciência proporciona a possibilidade de diversas configurações familiares por meio do avanço das tecnologias reprodutivas. A evolução das resoluções do CFM para utilização das TRA constitui um avanço para os pacientes e profissionais envolvidos na reprodução humana assistida, além de ampliar o debate sobre as questões éticas e bioéticas, trazendo à reflexão conceitos como o início da vida e o valor da vida humana.

As normativas elaboradas pela categoria médica são um importante referencial de procedimentos éticos a serem seguidos em RHA, porém não é material suficiente que o olhar médico seja o único a ser considerado sobre a questão. Por um lado, as resoluções constituem um avanço em TRA, mas a falta de uma legislação específica deixa médicos e pacientes desprotegidos em seus direitos e deveres, uma vez que a reprodução assistida não existe no mundo jurídico. A lacuna legislativa, em nosso país, legitima ao saber médico o papel regulador dessas práticas.

O acesso às TRA é restrito e constitui uma barreira econômica. No setor público, o acesso é garantido apenas aos casais com problemas medicamente comprovados de infertilidade, restringindo o direito de acesso das famílias monoparentais, homossexuais etc. Dessa forma, o desejo de ter um filho torna-se um objeto de consumo, sendo disponível apenas aos que puderem pagar por ele ou às famílias heterossexuais.

As leis que regulamentam a reprodução assistida necessitam ser mais bem fundamentadas, tanto do ponto de vista técnico, que inclui aqui o saber médico, como também diversas outras áreas de saberes em nossa sociedade, como a bioética, a sociologia, a filosofia, a psicologia, além do controle social da população, articulando, assim, diferentes visões sobre o tema e evitando noções arbitrárias e moralistas no que se refere à constituição de família.

As diversas possibilidades decorrentes do uso das técnicas reprodutivas continuam a se ampliar a cada dia, suscitando opiniões controversas e polêmicas quanto à sua legalidade, aos aspectos éticos, morais, religiosos e filosóficos. Os efeitos dos tratamentos médicos com relação à infertilidade podem se modificar com o tempo, mas é imprescindível buscar o respeito à dignidade humana no uso das TRA e ampliar o debate sobre as questões éticas e bioéticas referentes à reprodução humana assistida.

Referências

1. World Health Organization. Report of a meeting on “Medical, Ethical, Social Aspects of Assisted Reproduction”. Vayena E, Rowe P, Griffin D (editors.). Geneva. 2002; p.16-21.
2. Cavalcante E, Cavagna M. Fatores de risco e prevenção da infertilidade. In: Melamed RM; Seger L, Borges JR. E e cols. Psicologia e reprodução humana assistida: uma abordagem multidisciplinar. Livraria Santos Editora, 2009. p.170.3.
3. Makuch MY. Gênero e reprodução assistida: novas fases e velhas questões. In: Melamed RMM, Quayle J (orgs.). Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p.21-33.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.358/1992. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União. Brasília, p.16.053, 19 nov 1992. Seção I.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.957/2010. Modifica a Resolução nº 1.358/1992, substituindo-a *in totum*. Diário Oficial da União. Brasília, p.79, 6 jan 2011. Seção I.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.013/2013. Atualiza as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União. Brasília, p. 119, 9 mai 2013. Seção I.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.121/2015. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União. Brasília, p.117, 24 set 2015. Seção I.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168/2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União. Brasília, p.73, 10 nov 2017. Seção.
9. Correa MCDV, Loyola MA. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physys Rev. de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, 753-777. Setembro, 2015.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. Edições 70. 1977.
11. Lins dos Santos S, Ribeiro Santos S. Reprodução assistida: aspectos éticos e legais. *Produção científica em periódicos online*. Acesso 13 set 2019. *Acta bioeth.*, Santiago, v. 19, n. 1, p. 97-104, 2013. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2013000100010&lng=es&nrm=i&tlng=pt
12. Medeiros LS, Verdi MIM. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3129-3138, 2010.
13. Zambrano E. Parentalidades impensáveis: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes Antropológicos*, v. 26, n. 12, p. 123-147, 2006.
14. Teixeira LC, Parente FS, Boris GDB. Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. *Rev. Psico*, v.1 n. 40, pp. 24-31, 2009.
15. Braga MGR, Amazonas MCLA. Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-18, 2005.
16. Scavone L. Novas Tecnologias Conceptivas: teorias e políticas feministas. In: *Feminismo e Novas Tecnologias Reprodutivas*. Verônica Ferreira, Maria Betânia Ávila, Ana Paula Portella (Orgs.). Recife: SOS corpo - Instituto Feminista para a democracia, 2006.
17. Ryan MA. The Introduction of Assisted Reproductive Technologies in the “Developing World”: A Test Case for Evolving Methodologies in Feminist Bioethics. *Signs*, n. 4, v. 34, 2009, p. 805-25.
18. Machin R, Couto MT. “Fazendo a escolha certa”: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. *Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 24, v. 4, p. 1255-1274, 2014.

Considerações éticas e bioéticas em reprodução humana assistida

19. Brasil. Projeto de Lei nº 115/2015, de 3 de fevereiro de 2015. Institui o Estatuto da Reprodução Assistida. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945504>>.
20. Leite TH. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 917-928, março, 2019.
21. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*. Brasília, nº 8, p. 1, 11 jan 2002. Seção 1.
22. Farrell RM et al. Emerging Ethical Issues in Reproductive Medicine: Are Bioethics Educators Ready? *Hastings Center Report*, v. 44, n. 3, p. 21-29, 2014.
23. Naves BT, Freire de Sá MF. Panorama bioético e jurídico da reprodução humana assistida no Brasil. *Rev. Bioética y Derecho*, Barcelona, n. 34, p. 64-80, 2015.
24. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, nº 135, p.1, 16 jul 1990. Seção I.
25. Napoletano S, Del Rio A. Reproductive medicine between advancement and ethics. *Clinica Terapeutica*, v. 169, n. 3, p. 108-109, 2018.
26. Leite TH, Henriques RAH. Bioética em Reprodução Humana Assistida: influências dos fatores sócio-econômicos-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e outras nações. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, p. 31-47, 2014.
27. Araújo JPM, Araújo CHM. Biodireito e legislação na reprodução assistida. *Medicina*, Acesso em 17 de setembro de 2019. *Ribeirão Preto*, v. 51, n. 3, p. 217-35, 2018. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2018/vol51n3-2018/TEM-Biodireito-e-legislacao-na-reproducao-assistida.pdf>>
28. Mori M. The morality of assisted reproduction and genetic manipulation. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 65-72, 1999.
29. Ramos AVGFF, Couto DSC. Doação compartilhada de oócitos sob os aspectos do direito e da bioética. Acesso em 15 de setembro de 2019. *Dom Helder Revista de Direito*, Belo horizonte, v. 1, n. 1, p. 144-157, 2018. Disponível em: <<http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/dhrevistadedireito/article/view/1434/24685>>
30. Oppheimer D et al. Shared Oocyte Donation: Ideas and Expectations in a Bioethical Context Based on a Qualitative Survey of Brazilian Women. Acesso em 15 de setembro de 2019. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Pouso Alegre, v. 40, n. 9, p. 527-533, 2018. Disponível em < <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1672160.pdf>>
31. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility Treatment - When the Prognosis is Very Poor or Futile: An Ethics Committee Opinion. *Fertility and Sterility*. Acesso em 15 de setembro de 2019. *Alabama*, v. 98, n. 1, p. 6-9, 2012. Disponível em: <[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(12\)00383-4/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(12)00383-4/pdf)>

Recebido em: 19/9/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

Bioética – A medicina como prática da bioeducação – O ver Aristotélico da vida para a vida

Clecio Paulo Carneiro Filho¹

RESUMO

A bioética une a medicina e a filosofia. Pensar conceitos como a justiça, saúde e educação é pensar as diversas ciências que envolvem a vida – bioeducação – a educação da vida para a vida. Tal implicação lógica (→) remonta à visão cosmopolita de Aristóteles e Kant, que visam, em última análise, restabelecer a unidade do homem consigo mesmo e com o mundo, a biosfera, que os gregos chamavam de Paideia. Aristóteles compreendeu a necessidade de integrar o pensamento platônico da prática do bem à sua própria pesquisa no método peripatético, do como fazer o bem na prática diária. Por isso, começa procurando resolver o problema do conhecimento do ser a partir das antinomias acumuladas por seus predecessores: unidade e multiplicidade, percepção intelectual e percepção sensível, identidade e mudança, problemas fundamentais, ao mesmo tempo, do ser e do conhecimento particular e universal. Na Grécia antiga, dada a supremacia do Estado, Aristóteles propõe sua teleologia - a justiça visava preparar os jovens para as relações com a cidade - Estado. Esse é o objetivo deste trabalho: valorizar a justiça dos homens livres, médicos éticos, justos na prática da bioética e a da bioeducação – educação da vida para a vida.

Palavras-chave: Bioética. Bioeducação. Medicina. Filosofia. Justiça. Direito. Ética. Aristóteles.

ABSTRACT

Bioethics - Medicine as a bioeducation practice - Aristotelian seeing from life to life

Bioethics unites medicine and philosophy. To think concepts such as justice, health and education is to think the various sciences that involve life - bioeducation - the education of life for life. Such an logic implication goes back to the cosmopolitan view of Aristotle and Kant, which ultimately aim to restore the unity of man to himself and to the world, the biosphere, which the Greeks called Paideia. Aristotle understood the need of integrating Platonic thinking from doing good to his own research in the peripatetic method, how to do good in the daily practice. Therefore, he begins by trying to solve the problem of the knowledge of being from the antinomies accumulated by their predecessors: unity and multiplicity, intellectual perception and sensitive perception, identity and change, fundamental problems at the same time of being and of particular and universal knowledge. In ancient Greece, due to the supremacy of the state, Aristotle proposes his teleology - justice aimed to prepare young people for relations with the city-state. This is the purpose of this work: to value the justice of free men, ethical doctors, righteous men in practice of bioethics and bioeducation - education from life to life.

Keywords: Bioethics. Bioeducation. Medicine. Philosophy. Justice. Law. Ethics. Aristotle.

1. **Mestre** em história pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – cleciofo@hotmail.com e cpcadvocacia@gmail.com

Correspondência:

Clecio Paulo Carneiro – Rua 1, Quadra 15, Lote 03, Vila Coronel Cosme, CEP: 74630-070.Goiânia/GO – Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Introdução

É válido, *a priori*, parabenizar o Cremego pela iniciativa de pensar a bioética com ações positivas, como a criação da Câmara de Bioética, e inserir, a partir de 2017, a disciplina de Bioética no curso de Ética Médica, com a visão interdisciplinar que requer a complexidade do conceito e sua importância filosófica e médica. E, agora, a criação da Revista Bioética. Tais ações afirmativas salvam vidas.

O termo “bioética”, possivelmente, foi criado pelo pastor alemão Fritz Jahr em 1927. Na década de 1970, o termo foi relacionado ao objetivo de deslocar a discussão entre os avanços e desenvolvimentos tecnológicos e a relação da medicina com outras ciências e a reflexão filosófica. Mas o conceito de bioética se alastra pelo tempo do raciocínio lógico ocidental, desde os pré-socráticos e socráticos, como Platão e Aristóteles. Para o professor José Roberto Goldim, “

“Fritz Jahr, pastor luterano, que possivelmente foi o primeiro a utilizar a palavra bioética, propôs a ampliação da noção dos deveres dos seres humanos para com outros seres humanos, também para com os animais e as plantas. Assim, bioética foi utilizada no sentido de ampliar a discussão da ética para o conjunto de todos os seres vivos”.

Vivenciamos inúmeros problemas hodiernos a respeito da bioética. Entende-se que essa nova ciência propõe novos desafios às propedêuticas médicas, jurídicas e filosóficas. Faz-se necessário uma abordagem interdisciplinar desses fundamentos éticos e uma reflexão muito profunda do principialismo que a cerca. Ou seja, as transformações sociais, econômicas e políticas na modernidade (séculos XIX, XX e XXI) são rapidamente fatores decisivos nas pesquisas clínicas e os novos desafios da ética. Dois filósofos da vida destacam-se na história da filosofia. São eles Aristóteles (Grécia Antiga, Estagira, 384 a.C. – Grécia Antiga, Atenas, 322 a.C.) e Immanuel Kant (Alemanha, Königsberg, 22/04/1724 - Königsberg, 12/02/1804).

Determinar o tempo histórico em que estamos investigando nosso objeto é fundamental para a compreensão da sua elasticidade em outros tempos. Para o pensador da história e da filosofia Roger Chartier, o tempo histórico pode ser uma grande armadilha anacrônica. Mas outros filósofos também arriscaram conceitos que se ligam à bioética.

Entretanto, é válida e necessária a observação fundamental – nenhum filósofo ateu ou do pragmatismo encaixa-se no raciocínio lógico da bioética. Exatamente porque a vida para esses filósofos não tem valor moral, portanto, qualquer pensamento filosófico dos ateus e do pragmatismo é, por essência, ilógico, e qualquer pesquisa conceitual da bioética que segue o ateísmo e o pragmatismo também é ilógica, e pior, é uma mentira propedêutica e moral. Eis o grande erro do principialismo na bioética, pensar que todos os princípios de todos os filósofos são argumentos válidos para a bioética.

Vamos pensar neste artigo as bases aristotélicas do dever Kantiano como o agir universal que se contrapõe à ética pós-estruturalista de Michel Foucault, ou seja, um embate de ideias do francês com o alemão, a partir do conceito de justiça de Aristóteles, na obra *Ética a Nicomacos*.

Questões filosóficas envolvem constantemente a bioética, de como produzir ciência e salvar vidas ao mesmo tempo, envolvendo pesquisa e financiamento, respeitando protocolos de pesquisa e consentimentos voluntários e/ou o uso ou não de placebos. Esses conflitos podem e devem desestabilizar os conceitos de ética e bioética, em um movimento de aperfeiçoamento. Por exemplo, no Brasil, não temos uma legislação específica sobre pesquisa clínica de qualquer área médica. Ou quais os avanços dos Cep/Conep desde a Resolução CNS 196/96 até a Resolução CNS 466/12.

A bioética tem como objetivos desenvolver a capacidade de reflexão filosófica em relação às origens da concepção ética como exercício humano e cidadania, no âmbito da biosfera, contribuindo para o desenvolvimento da organização e estruturação do pensamento individual, social e a construção de uma visão de mundo no complexo universo da ética e da bioética, levando em consideração o fenômeno da modernidade, da ética e do humanismo.

O desafio proposto da bioética é da idade do planeta terra, mais de 4,5 bilhões de anos. O filósofo I. Kant, e professor de geografia, começa os desafios da bioética na sua obra “A Crítica da Razão Pura”, contrapondo-se a Descartes, lançando no século XX a questão: como é possível juízos sintéticos puros?

Ou seja, como podemos reduzir a uma única fórmula matemática todo o mundo da biosfera. A saída de Albert Einstein foi a teoria da relatividade na fórmula $E=MC^2$. Uma sacada de gênio, mas que não responde a pergunta Kantiana e, sim, cria, nas mãos de pesquisadores sem ética humana, a bomba atômica utilizada na II Grande Guerra Mundial e nas pesquisas científicas dos campos de concentração.

O ricochete ético-humano na história é a criação do Código de Nuremberg, o conjunto de princípios éticos que regem a conduta de pesquisa com seres humanos. O primeiro princípio desse código é o consentimento livre e voluntário do ser humano. Isso significa que a pessoa envolvida deve ser legalmente capacitada para dar o seu consentimento, tal pessoa deve exercer o seu direito livre de escolha, sem intervenção de quaisquer elementos negativos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de conduta imoral da pesquisa.

É dever do pesquisador expor todo seu conhecimento médico e compreensão suficientes do assunto em questão para auxiliar o paciente/pesquisado na sua decisão. Esse último aspecto requer que sejam explicadas à pessoa a natureza, duração e propósito do experimento, os métodos que o conduzirão, as inconveniências e riscos esperados, os eventuais efeitos que o experimento possa ter sobre a saúde do participante. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento recaem sobre o pesquisador que inicia, dirige ou gerencia o experimento. São deveres e responsabilidades que não podem ser delegados a outrem impunemente.

Medicina e filosofia

O homem sempre se questionou sobre temas como a origem e o fim do universo, as causas, a natureza e a relação entre as coisas e entre os fatos.

Essa busca de um conhecimento que transcende a realidade imediata constitui a essência do pensamento filosófico, que, ao longo da história, percorreu os mais variados caminhos, seguiu interesses diversos, elaborou muitos métodos de reflexão e chegou a várias conclusões, em diferentes sistemas filosóficos. José Roberto Goldim chama isso de bioética complexa.

Já se propuseram outras definições mais irreverentes e menos taxativas. Por exemplo, a do britânico Samuel Alexander, para quem a filosofia se ocupa “daqueles temas que a ninguém, a não ser a um filósofo, ocorreria estudar”, dito no Dicionário de Oxford, na obra *O Professor e o Demente*.

Aristóteles, por exemplo, investigou tanto sobre metafísica especulativa, como sobre física, história natural, medicina e história geral, todas reunidas sob a denominação comum de filosofia. Somente a partir da baixa Idade Média, e mais ainda do Renascimento, as diversas ciências se diferenciaram e a filosofia se definiu em seus atuais limites e conteúdos, assim como a medicina.

Estabeleceu-se, assim, na cultura ocidental, uma primeira delimitação do conceito de filosofia como explicação racional e argumentada da realidade, a partir de Tomás de Aquino e Descartes.

Foi na Grécia, no século VI a.C., que nasceu a filosofia. Ali, em apenas três séculos, foram propostos os grandes temas de que se ocupou o pensamento filosófico ao longo da história.

A figura de Sócrates, cujos ensinamentos só são conhecidos por meio da obra de seus discípulos, Platão e Xenofonte, servem tradicionalmente de linha divisória para estabelecer as duas grandes etapas da filosofia grega: o período pré-socrático e o da maturidade, representado este, fundamentalmente, pelas obras de Platão e Aristóteles, para quem:

*“admite-se geralmente que toda arte e toda investigação, assim como toda ação e toda escolha, têm em mira um bem qualquer; e por isso foi dito, com muito acerto, que o bem é aquilo a que todas as coisas tendem”.*¹

Assim, segundo Aristóteles na *Ética a Nicômaco*, nome de seu pai, que era tido como médico, fica entendido que o caminho da filosofia é o bem. Mais que uma mera definição científica é entendida como uma virtude. Ou como a Eudaimonia.*

Na Grécia antiga, dada a supremacia do Estado, a justiça visava preparar os jovens para as relações com a cidade-estado. Cada Estado tinha suas características, e os sistemas legais deviam adaptar-se a elas para preparar adequadamente a juventude. Daí decorrem as concepções de Platão e de Aristóteles, de uma justiça uniforme, regulamentada em seus mínimos detalhes pela autoridade estatal e compulsória para todos os homens livres.

Platão, na *República e nas Leis*, mostra a que extremos pode chegar a justiça quando extrapola os aspectos essenciais da vida. O cidadão-guarda do Estado ideal não tem direito à vida doméstica e aos laços familiares.

Aristóteles não chega a esse exagero, mas considera a relação familiar prejudicial ao cidadão. O sistema legal que mais se aproximou dessa concepção foi o adotado por Esparta, onde os jovens eram preparados sob a supervisão direta do Estado, numa espécie de acampamento militar: os rapazes tornavam-se guerreiros, e as moças preparavam-se para se tornarem mães de futuros guerreiros. A medicina de guerra era fundamental para curar os bons guerreiros e devolvê-los à batalha.

Em Atenas, havia leis que dispunham sobre a conduta dos cidadãos livres, e os estabelecimentos, em geral, eram regulamentados por legislação especial. Os instrumentos legais mais em harmonia com a concepção e a cultura gregas eram a música e a cultura literária e artística nacionais, para desenvolver o espírito de lealdade à pátria; e a ginástica para o corpo. A medicina já tinha seus traços de excelência nos estudos cosmopolitas, fundamento da visão grega da biosfera e, posteriormente, da bioética de Aristóteles.

À medida que a cultura ateniense avançava, os estudos de natureza intelectual assumiam maior importância, e a educação física entrava em decadência. Essa tendência provocou críticas, segundo as quais os jovens efeminavam-se pelo excesso de conforto. Mas uma força desintegradora, a que inutilmente se opuseram Platão e Aristóteles, já comprometera o sistema político: a retórica dos sofistas.

Na cidade-estado democrática, o orador facilmente se tornava um demagogo, pois a oratória abria caminho à ambição pessoal e induzia os jovens às escolas dos sofistas. Sempre existiram os falsos curandeiros que ganhavam dinheiro com a “Arete” médica.

As relações cada vez mais estreitas entre os Estados gregos aproximaram os ideais cívicos e trouxeram uma concepção mais cosmopolita. O processo completou-se com a perda da independência das cidades-estado, sob domínio macedônico nas mãos de Alexandre, o Grande, educado por Aristóteles. Ele começou as pesquisas com animais, e suas catalogações foram e são fundamentais para o raciocínio dedutivo e indutivo da pesquisa clínica até hoje.

A universidade de Atenas, por exemplo, foi o resultado de uma fusão das escolas filosóficas privadas com a organização estatal para a bioeducação ou Paideia, educação cosmopolita. Daí o termo universal, dito visão de mundo cosmopolita.

Existiram outros centros de alta cultura, sobretudo em Alexandria, onde o contato do pensamento grego com as religiões e filosofias do Egito originou as filosofias místicas, que culminaram no neoplatonismo e, automaticamente, apagou por quase mil e quinhentos anos o pensamento da bioeducação de Aristóteles, que foi resgatado por Tomás de Aquino (Itália, Roccasecca, 1225 – Fossanova, 7 de março de 1274).

Bioética e Aristóteles

Se com Platão a filosofia já havia alcançado extraordinário nível conceitual, pode-se afirmar que Aristóteles, pelo rigor de sua metodologia, pela amplitude dos campos em que atuou e por seu

* Termo grego usado para a busca da felicidade

empenho em considerar todas as manifestações do conhecimento humano como ramos de um mesmo tronco, foi o primeiro pesquisador científico no sentido atual do termo ciência. É a partir das obras *A Metafísica* e *Ética a Nicômaco* de Aristóteles que a Bioética se fundamenta.

Aristóteles nasceu em Estagira (donde ser dito “o Estagirita”), Macedônia, em 384 a.C. Em Atenas desde 367, foi durante vinte anos discípulo de Platão. Com a morte do mestre, instalou-se em Asso, na Eólida, e depois em Lesbos, até ser chamado, em 343, à corte de Filipe da Macedônia para encarregar-se da educação de seu filho, que passaria à história como Alexandre, o Grande. Em 333, voltou a Atenas, onde fundou o Liceu. Durante 13 anos, dedicou-se ao ensino e à elaboração da maior parte de suas obras.

Perderam-se todas as obras publicadas por Aristóteles, com exceção da *Constituição de Atenas*, descoberta em 1890. As obras conhecidas resultaram de notas para cursos e conferências do filósofo, ordenadas de início por alguns discípulos e, depois, de forma mais sistemática, por Andrônico de Rodas (c. 60 a.C.).

As principais obras de Aristóteles, agrupadas por matérias, são: (1) Lógica: Categorias, Da interpretação, Primeira e Segunda Analítica, Tópicos, Refutações dos Sofistas; (2) Filosofia da Natureza: Física; (3) Psicologia e Antropologia: Sobre a Alma, além de um conjunto de pequenos tratados físicos; (4) Zoologia: sobre a história dos animais; (5) Metafísica: Metafísica; (6) Ética: Ética a Nicômaco, Grande ética, Ética a Eudemo; (7) Política: Política, Econômica; (8) Retórica e poética: Retórica, Poética.

Como nenhum filósofo antes dele, Aristóteles compreendeu a necessidade de integrar o pensamento anterior à sua própria pesquisa. Por isso, começa procurando resolver o problema do conhecimento do ser a partir das antinomias acumuladas por seus predecessores: unidade e multiplicidade, percepção intelectual e percepção sensível, identidade e mudança, problemas fundamentais, ao mesmo tempo, do ser e do conhecimento.

O mundo da inteligência separado do das coisas sensíveis, visava antes de tudo a salvar a ciência, estabelecendo a coerência necessária entre o conceito e seu objeto. Conforme preceitua Ross D,

“o realismo de Aristóteles procura restabelecer essa coerência sem abandonar o mundo sensível: explora a experiência, e nela mesma insere o dualismo entre o inteligível e o sensível”.

O projeto de Aristóteles visa, em última análise, restabelecer a unidade do homem consigo mesmo e com o mundo, tanto quanto o projeto de Platão, baseado numa visão do cosmos.

Entretanto, Aristóteles censura Platão por ter seguido um caminho ilusório, que retira a natureza do alcance da ciência. Aristóteles procura apoio na psicologia. O ser existe diferentemente na inteligência e nas coisas, mas o intelecto ativo, que é atributo da primeira, capta nas últimas o que elas têm de inteligível, estabelecendo-se, dessa forma, um plano de homogeneidade. Ainda Ross:

“no diálogo perdido da justiça já se anunciavam alguns dos temas expostos nos oito fragmentos reunidos por Andrônico sob o título de Política. Escritos ao longo de toda a vida de Aristóteles, são tudo o que resta da sua obra sobre o assunto”.

Aristóteles foi o primeiro filósofo a distinguir a ética da política, aqui podemos entender por política a vida na biosfera, dita de polis, ou cidade. A ética é uma ação voluntária e moral do indivíduo enquanto tal, e a segunda, vida na biosfera, nas vinculações deste com a comunidade. Conceituou o filósofo:

“dotado de lógos, “palavra”, isto é, de comunicação, o homem é um animal político, inclinado a fazer parte de uma pólis, a “cidade” enquanto sociedade política. A cidade precede assim a família, e até o indivíduo, porque responde a um impulso natural. Dos círculos em que o homem se move, a família, a tribo, a pólis, só esta última constitui uma sociedade perfeita. Daí serem políticas, de certo modo, todas as relações humanas. A pólis é o fim (télós) e a causa final da associação humana. Uma forma especial de amizade, a concórdia, constitui seu alicerce”.¹

Eureca. Aristóteles nos conchama a um raciocínio muito mais amplo da pólis, como biosfera social e natural, a qual é o fim (télós), assim, a amizade ou harmonia entre o indivíduo (humano) e a biosfera constituiu o alicerce de ambos. Fundamento da ética da alteridade e da ética da solidariedade de Karl Otto Apel (Alemanha, Düsseldorf, 15/03/1922 - Alemanha, Niedernhausen, 15/05/2017).

Para Aristóteles, os regimes políticos caracterizam-se pela solução que oferecem às relações entre a parte e o todo na comunidade. Há três formas boas: monarquia, aristocracia e politeia (um compromisso entre a democracia e a oligarquia, mas que tende à primeira).

À monarquia, interessa basicamente a unidade da pólis; à aristocracia, seu aprimoramento; à democracia, a liberdade.

O regime perfeito integrará as vantagens dessas três formas, rejeitando as deformações de cada uma: tirania, oligarquia e demagogia. A relação unidade-pluralidade aparece, ainda, sob outro aspecto: o da lei e da concórdia como processos complementares.

Entre as ciências do fazer, apenas a obra de arte mereceu estudo sistemático de Aristóteles. Ele distingue as artes úteis das artes de imitação, sendo que estas últimas, ao contrário do que o nome parece indicar, exprimem o dinamismo criador do homem completando a obra da natureza: ele tem de captar através da ideia o que, na natureza, encontra-se, por assim dizer, apenas esboçado ou latente.

Na *Poética*, Aristóteles confere grande relevo à sua teoria da tragédia, que exerceu notável influência sobre o teatro desde a época do Renascimento.

Segundo sua própria concepção de poesia, salientou a importância da imitação ou mimesis, não como mero decalque da realidade, mas como uma recriação da vida: a tragédia imita “não os homens, mas uma ação e a vida”.

Também a ação, para ele, é fundamental: os caracteres devem surgir como sua decorrência, recomendando o filósofo o recurso à ação histórica, tomada de empréstimo para a obra de arte.

Preocupado ainda com o efeito da tragédia sobre o espectador, enuncia seu conceito de catársis (purificação das paixões), objetivo que, para Aristóteles, é indispensável.

Toda sua filosofia é discutida na *Ética a Nicômaco*, que, segundo Ross, é a obra mais completa de Aristóteles, da qual colhemos o maior número de textos no decorrer da história da humanidade.

No livro V da *Ética a Nicômaco*, Aristóteles trata da definição de justiça, ou encontro do raciocínio individual com a biosfera social e natural: “agora, porém, tratemos da definição da justiça”².

Nos capítulos 5, 6 e 7, referentes a esse trabalho, Aristóteles contesta a definição dos pitagóricos, que utilizam da “reciprocidade” para conceberem o justo e sua relação do indivíduo com a biosfera social e natural. Contestando-os, Aristóteles deixa clara sua definição de Ação Justa, Agir Injustamente e Vítima de Injustiça.

Fazendo uma analogia entre a função do dinheiro e a Ação Justa, o autor utiliza as transações de troca para explicar porque a reciprocidade não coaduna com a justiça corretiva, por exemplo, da natureza em fúria, ou de uma pesquisa científica sem princípios.

Num outro momento, ele procura definir o que seja Agir Injustamente o ou ser Injusto. “Agir injustamente não implica necessariamente ser injusto”³.

Com isso, a busca pelas entranhas do justo continua até a definição do que seja a justiça de visão cosmopolita na biosfera social e natural – a política. Não desmerecendo qualquer tipo de justiça, mas utilizando delas para interagir com a biosfera social e natural. “Não devemos esquecer que o que estamos procurando não é apenas aquilo que é justo incondicionalmente, mas também a justiça política”³.

Vejamos o que Aristóteles concebe da natureza da justiça e da injustiça. “Seja esta a nossa exposição da natureza da justiça e da injustiça e, igualmente do justo e do injusto em geral”³.

É por meio da crítica à reciprocidade pitagórica que Aristóteles fundamenta a natureza da justiça. Comparando-a com a retribuição proporcional, onde esta gera união dos homens e a reciprocidade desequilibrada não.

O exemplo utilizado por ele para inibir a teoria dos pitagóricos são as transações de troca. É válido ressaltar que a reciprocidade atinge duas proporções:

- 1) a proporção desequilibrada
- 2) a proporção equilibrada

Sendo que a segunda mantém a cidade e outros “países” unidos, além dos próprios homens na sua biosfera social e natural em equilíbrio.

*“Nas transações de troca essa espécie de justiça não produz a união dos homens: a reciprocidade deve fazer – se de acordo com uma proporção e não na base de uma retribuição exatamente igual. Porquanto é pela retribuição proporcional que a cidade se mantém unida ”.*³

Para Aristóteles, existem dois tipos de justiça, a distributiva e a corretiva. Onde ele utiliza da última para salientar a natureza da justiça política comparando com a natureza do dinheiro.

*“Desde Aristóteles entende-se por justiça corretiva aquela em que uma situação moral ou jurídica foi tirada do equilíbrio e tem de ser restabelecida. As duas espécies de justiça corretiva que Aristóteles distingue correspondem à diferença entre Direito Civil e Direito Penal ”.*⁹

O dinheiro nasce da necessidade particular e do anseio de união. Pois, em uma época ordinária, um cidadão não conseguiria viver, por mais capaz que fosse, somente com as pernas, precisaria de outros bens. Estes, ele conseguiria com outras pessoas, mantendo ligações provenientes das necessidades de sobrevivência natural.

“Ora, essa unidade é na realidade a procura, que mantém unidas todas as coisas (porque, se os homens não necessitassem em absoluto dos bens uns dos outros, ou não necessitassem deles igualmente, ou não haveria troca, ou não a mesma troca); mas o dinheiro tomou-se, por convenção uma espécie de representante da procura; e por isso se chama dinheiro?”.

O dinheiro tem características próprias, são elas:

- Ele existe por lei e não por natureza;
- Por isso ele pode ser mudado ou transformado sem valor;
- É por convenção uma espécie de representante da procura;

Exemplo:

A - uma casa	sendo que A é a metade de B
B - dez minas	sendo que C é um décimo de B
C - uma cama	pergunta-se: quantas camas valem uma casa ?

O referente B é o ponto de equilíbrio entre a troca. Assim, devido à sua presença, ela ocorreu. Pois tanto o referente A quanto o C estavam ligados por valores ao referente B. A resposta da questão é cinco, são necessárias cinco camas para adquirir uma casa. Já que uma cama vale uma mina e uma casa cinco minas, logo uma casa vale cinco camas.

*“Eis aí porque todas as coisas que são objetos de troca devem ser comparáveis de um modo ou de outro. Foi para esse fim que se introduziu o dinheiro, o qual se torna, em certo sentido, um meio – termo, visto que mede todas as coisas e por conseguinte também o excesso e a falta”.*³

1. Aquele que busca o excesso do útil está agindo injustamente;
2. Aquele que tem deficiência do que é nocivo está propício a ser vítima de injustiça,
3. Quem pratica a justiça é o homem justo por escolha própria, sendo temperaste entre o que é útil e o que é nocivo.

“Temos, pois, definido o justo e o injusto. Após distingui-los assim um do outro, é evidente que a ação justa é intermediária entre agir injustamente e o injustiça; pois um deles é ter demais e o outro é ter demasiado pouco”.³

Prudência e justiça nos encaminham, portanto, da ética para a política, mas, além disso, preparam compreendo-a como da mais alta virtude moral, que será, também, noutra forma, a mais alta virtude política: a amizade entre os iguais e semelhantes, a *philia* entre o particular e o universal, ou o ser e a biosfera.

Aristóteles nos diz, na *Ética a Nicômaco*, que a justiça é tomada ora em sua acepção particular, ora em sua acepção universal. A palavra é ambígua, e podemos dizer que um ato é justo:

- 1ª) quando não viola a lei;
- 2ª) quando alguém toma o que lhe é devido (nem mais, nem menos);
- 3ª) quando realiza a igualdade (1129 a 30).

Eureca. Os princípios fundamentais da bioética:

1. Respeito à lei e à moral vigente – “DA VIDA PARA A VIDA”;
2. Equilíbrio entre pesquisa humana e biosfera; “DA VIDA”;
3. Proporção igual de deveres e direitos; o paciente ter parte dos lucros da pesquisa; “PARA A VIDA”.

A segunda e a terceira acepções acabam se identificando, pois realizar a igualdade é, exatamente, tomar aquilo que lhe é devido, nem mais, nem menos. E se completam, da vida para a vida.

Esta é a acepção particular do termo justiça. Mas há também uma acepção universal da justiça, que significa, pura e simplesmente, cumprir as leis da biosfera e dos seres humanos.

Nesse sentido, o homem justo é, como Sócrates, aquele que cumpre o que a lei, ou melhor, o que o *nomos* (normas morais) ordena. Tanto a justiça particular quanto a justiça universal apontam para o fato da justiça ser a virtude completa, o que me permitiu, no início, se não identificar, ao menos aproximar a virtude ética e a justiça, e tratá-las conjuntamente.

No caso da justiça universal, o próprio Aristóteles lembra que, como o que a lei manda cumprir são as virtudes éticas particulares, então o homem justo é aquele que realiza todas as virtudes. Nesse sentido, diz Comte-Sponville que *“da justiça, aliás, não nos podemos isentar, qualquer que seja a virtude que consideremos. Falar injustamente de uma delas, ou de várias, seria traí-las, e é por isso talvez que, sem fazer as vezes de nenhuma, ela contém todas as demais”*.

E, acrescenta, talvez seja a única virtude boa em si mesma:

“das quatro virtudes cardeais, a justiça é sem dúvida a única que é absolutamente boa. A prudência, a temperança ou a coragem só são virtudes a serviço do bem, ou relativamente a valores – por exemplo, a justiça – que as superam ou as motivam. A serviço do mal ou da injustiça, prudência, temperança e coragem não seriam virtudes, mas simples talentos ou qualidades do espírito ou do temperamento”.

Mas Aristóteles deixa de dizer que também a justiça particular aponta para a completude da justiça como virtude, porque respeitar a igualdade, ou seja, atribuir a cada um o que lhe é devido, implica agir com coragem quando esta é requerida, com temperança quando necessário e assim por

diante. Nesse sentido, o homem justo é aquele que age como se espera que ele aja, em cada circunstância, atribuindo a cada qual, inclusive a si mesmo, o que lhe é devido, nem mais, nem menos, para o que é essencial que ele possa deliberar sobre como deve agir em cada circunstância.

Voltando à justiça universal, se o homem justo é aquele que cumpre o que a lei lhe ordena, o que afinal a lei lhe ordena? Aí, exatamente, surge o problema. Como é possível cumprir todas as leis e, assim, ser um homem plenamente justo, se essas leis, sejam elas morais ou jurídicas, nos ordenam ações contrárias? Pois se um homem deixa de cumprir alguma das leis, deixa, por isso mesmo, de ser justo.

Por isso que, por exemplo, a razão dialética do “não ser” do pragmatismo de Karl Marx, e seus seguidores do pensamento progressista (pragmatismo mais culturalismo), não se encaixa nos conceitos das bases filosóficas da bioética e da bioeducação. No máximo, a razão dialética do não ser poderá se encaixar nas metodologias científicas intermediárias do raciocínio da tentativa das provas, como, por exemplo, no princípio aristotélico do terceiro excluído, para auxiliar na provação das verdadeiras provas.

O mesmo serve para a tese de doutorado histórica de Michel Foucault, na sua arqueologia e microfísica do poder, no âmbito da psiquiatria, o que, para muitos, é considerado um pensamento pós-estruturalista e que reinventa a psiquiatria contemporânea, aqui no raciocínio da bioética e bioeducação. Foucault é nitidamente um desestruturalista que, em seu raciocínio lógico moral, não produz bioética. Já que a sua arqueologia surge das menores relações de poder e não de uma lógica cosmopolita, “DA VIDA PARA A VIDA”.

Bioética e bioeducação

A grande questão é, então, a seguinte: o que significa “cumprir e ser conforme a lei particular e universal? Cumprir a lei é, obviamente, fazer o que ela ordena. Mas o que realmente a lei universal ordena?

A lei aqui é tanto a lei dos homens quanto as leis da natureza que agem em equilíbrio para a vida, eis a bioeducação. As leis dos homens conectadas com a biosfera.

A lei “nos prescreve uma maneira de viver conforme as diversas virtudes particulares e nos interdita de nos entregarmos aos diferentes vícios particulares”, diz Aristóteles na *Ética a Nicômaco* (1130b23).

Mas a palavra lei, em sua obra, induzir-nos-ia a erro se a pensássemos como pensamos a lei moderna. Aristóteles fala, por exemplo, em constituição, muito mais para se referir ao modo de ser de determinada pólis, visão cosmopolita do ser, ou mais propriamente ao modo como se realiza a prática política nas diversas cidades-estado, que para se referir ao sentido normativo contrafático que a palavra assume no direito moderno, simplesmente de lei positivada ou escrita.

A palavra lei e a palavra constituição indicam, em Aristóteles, muito mais uma noção de normalidade que de normatividade, tendo muito mais um caráter descritivo que propriamente prescritivo (1137b15), sendo antes recolhida da comunidade que formulada para a comunidade. Ou seja, uma interpretação dos fenômenos da biosfera e do social ao particular.

A lei na pólis grega, o *nomos*, indica antes como realmente somos, do que como deveríamos idealmente ser. Feita essa observação, cabe ainda perguntar: o que é realmente que a lei nos ordena? Se nos lembrarmos, com Aristóteles, que a lei é uma forma de generalização, fica claro que suas ordens são também vagas e abstratas, apresentando apenas um quadro geral de ação que deve ser seguido pelo homem.

Como diz o próprio Aristóteles, por isso mesmo a lei dos homens pode ser aplicada injustamente, se não nos ativermos para esta particularidade de sua constituição: a abstração ou o poder do motor imóvel descrito por ele na metafísica. Para evitarmos uma aplicação injusta da lei, devemos recorrer à equidade, o poder do motor imóvel na sociedade.

“O eqüitativo, sendo o justo, não é o justo segundo a lei, mas um corretivo da justiça legal. A razão [disso] é que a lei é sempre alguma coisa muito genérica, e há casos específicos para os quais não é possível formular um enunciado geral que se lhe aplique com retitude” (1137b11).¹

Esta ideia é recorrente na obra de Aristóteles. A título de exemplo, eis o que ele diz a propósito na *Política*:

“como em outros assuntos, com efeito, também na ordem política é impossível precisar por escrito todos os detalhes, porque a lei escrita tem por objeto, forçosamente, o que é genérico, enquanto as ações se relacionam a casos particulares” (1269 a 9).¹

Por isso mesmo, o que se espera da aplicação da lei não é uma aplicação rígida, mas flexível, sensível aos contornos fáticos, como ele demonstra na *Ética a Nicômaco*, com o exemplo da régua de chumbo (1137b30). Pois, nos assuntos práticos, ou seja, ligados à ação, a matéria de que se constituem as coisas se reveste de um caráter de irregularidade (1137b17).

Como diz Comte-Sponville, “ao homem eqüitativo, a legalidade importa menos que a igualdade, ou pelo menos ele sabe corrigir os rigores e as abstrações daquela mediante as exigências muito mais flexíveis e complexas (...) desta”.

Mas ainda há uma questão a ser resolvida. Sabemos que, segundo Aristóteles, o homem justo é aquele que realiza a igualdade e que cumpre a lei e, assim, que a ação justa é aquela que realiza a igualdade e que cumpre a lei universal do motor imóvel com as diferenças, satisfazendo o equilíbrio “DA VIDA PARA A VIDA”.

Também sabemos que realizar a igualdade significa, em um certo sentido, realizar aquela ação que se deve realizar, ou seja, utilizar a virtude adequada para uma determinada ação. Equilibrar o da vida quando não é para a vida. A exemplo, o que fizeram os nazistas no holocausto e, conseqüentemente, surgiu o ponto de equilíbrio com o *Código de Nuremberg* e a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.

Sabemos também que cumprir a lei exige a equidade, ou seja, aplicá-la tendo em vista as especificidades que não foram previstas na própria lei dos homens, mas vivem nas leis da natureza. Uma vez descoberto que a lei tem que ser cumprida eqüitativamente, como descobrir qual é o contorno específico do caso e, assim, como a lei deve ser aplicada?

Chegamos aqui ao conceito de *phrónesis*, que pode ser traduzida por prudência ou por sabedoria prática, mas que talvez melhor se traduza por discernimento.

Aristóteles dedica o livro VI da *Ética a Nicômaco* ao estudo dessa virtude dianoética. Todas as virtudes: “são estados estáveis da alma que permitem a uma pessoa adotar a decisão correta acerca do agir segundo as circunstâncias e que a motivam a agir assim”¹.

Toda virtude, inclusive a justiça (virtude ética) e a própria *phrónesis* (virtude dianoética), é também uma disposição.

O termo disposição significa uma tendência, que pode ser uma *héxis*, ou seja, um hábito ou disposição permanente e estável, que funciona como “princípio próximo de uma ação posta sob o senhorio do agente e que exprime sua autarkéia”¹, no sentido de uma maneira de ser, uma atitude habitual ou potência para agir, que produzirá no agente uma segunda natureza e que pode ser identificada com a causa imediata da ação e, mais especificamente, do modo de agir do agente.

A disposição do homem justo para realizar atos justos só pode conduzi-lo a atos justos, e somente de forma acidental o homem justo comete atos injustos (1129 a 15). Dizer que a *phrónesis* é uma disposição significa, portanto, antes de mais nada, que ela representa a existência de uma tendência.

Mas tendência para que? Llogicamente, pela própria implicação do raciocínio aristotélico do silogismo, a resposta é “PARA A VIDA”.

A resposta “PARA A VIDA” não é um platonismo, ou idealismo, ou principialismo, do em si e para si, mas a implicação lógica do silogismo, a complementação do argumento um com o dois e sua conclusão lógica.

É evidente a relação entre a *phrónesis* e a equidade. Pois, como diz Aristóteles na *Ética a Nicômaco*, “a *phrónesis* não tem por objeto somente os universais, mas ela deve conhecer também os fatos particulares, pois ela é da ordem da ação, e a ação tem relação com as coisas singulares” (1141b14)¹.

Isto implica que o homem sábio, ou prudente, torna-se o homem justo na medida em que delibera corretamente sobre o que é adequado para uma situação, atribuindo-lhe, portanto, o que é devido e realizando, de maneira equitativa, o que lhe manda a lei universal do motor imóvel para esta situação particular dos valores humanos e morais. É muito interessante uma analogia que Aristóteles estabelece, na mesma obra, entre a medicina e a prudência, ou sabedoria prática, que, evidentemente, lança luzes sobre quem é o homem justo:

“crê-se que o conhecimento do justo e do injusto não requer uma profunda sabedoria, sob o pretexto que não é difícil dominar os sentidos das diversas prescrições da lei (embora, na realidade, as ações prescritas pela lei só sejam justas por acidente). Mas saber de que maneira deve ser realizada a ação, de que maneira deve ser realizada a distribuição para ser, uma e outra, justas, eis um estudo que exige muito mais trabalho que conhecer os remédios que fazem obter a saúde. E mesmo neste último domínio, se é fácil saber o que é o mel, o vinho, o heléboro, um cautério, uma sangria, de outro lado saber como, a quem e em que momento deve-se administrá-los para produzir a saúde é uma tarefa tão importante quanto ser médico” (1137 a 10)¹.

Certamente, a *phrónesis* está no cerne da psicologia do ato moral. Mas, ao contrário de Sócrates e Platão, Aristóteles não crê ser possível ensinar teoricamente as virtudes. Então, como adquirir a *phrónesis*? E como adquirir a justiça? Pois ambas são virtudes, ou seja, disposições estáveis que levam o homem a agir “phroneticamente” e justamente.

A resposta de Aristóteles, fornecida na *Ética a Nicômaco*, é bem conhecida: através do hábito (1103 a 16) que, como ele diz, cria uma segunda natureza. É pelo seu exercício que elas geram em nós uma disposição (1103 a 30). Tornamo-nos justos realizando ações justas (1105 a 18).

Pois como todas as demais virtudes, também a justiça deve ser encarada como uma construção típica ou esquemática “a ser reconstruída com auxílio da *phrónesis* em cada situação individual. Evidentemente, aprendemos a ser justos com os homens justos, imitando suas ações, a justiça”.

E a conduta moral universal da bioética não pode ser outra senão a conduta sábia e prudente “A FAVOR DA VIDA E PARA A VIDA”. Nunca de uma expectativa teórica de vida, pois assim, anula-se o “PARA”.

É através do hábito que adquirimos a capacidade de distinguir o que é justo do que é injusto, e os hábitos adquirimos através do convívio com homens que os possuam, preferencialmente sob leis universais que os ordenem para criação das leis particulares.

Por isso, o equilíbrio universal e a pólis são tão importantes para que o homem seja justo. Para crescermos justos é preciso que cresçamos onde haja justiça, diria Aristóteles.

Eis porque a educação, em seu sentido mais amplo, como Paideia, tem uma importância universal, também no pensamento aristotélico. Pois como ele diz na *Ética a Nicômaco*, “os fatores suscetíveis de produzir a virtude total são aqueles atos que a lei prescreve para a educação do homem na sociedade” (1130 b 25)¹.

E exatamente por isto, ser justo ou injusto, assim como ser prudente ou imprudente, não é algo que está inteiramente à nossa disposição. Aqueles que foram criados em um contexto justo têm mais condições de serem justos que os demais.

Como lembra Aristóteles na mesma obra, “os homens imaginam que está em seu poder agir injustamente, e que portanto é fácil ser justo. Mas isto não é exato” (1137 a 4)¹: é mais difícil ser um homem justo do que se pensa, pois não lhe basta o agir justamente (*dikaiopraxia*) para que seja justo.

Pois um homem pode agir justamente sem querê-lo, ou seja, inconscientemente, por ignorância, e não podemos chamar tal pessoa, mas apenas sua ação, de justa. É preciso que tenha também a disposição para agir justamente, que tenha a virtude da justiça enquanto disposição (*dikaiosine*), e, portanto, que, voluntariamente, após um desejo refletido, queira agir justamente. E, no entanto, é preciso que a *dikaiosine* se transforme em *dikaiopraxia*.

O homem em que isso ocorre, ou seja, em que há uma identidade entre *dikaiosine* e *dikaiopraxia*, em que a justiça como disposição implica a justiça como ato, este, e somente este, é o homem verdadeiramente justo. A prática da bioética é a bioeducação diária “DA VIDA PARA A VIDA”, da sua teoria para a prática.

Somente o homem que deseja, de forma refletida, agir justamente, pode ser considerado um homem justo. E querer agir justamente implica, necessariamente, por causa da equidade, levar em consideração todas as circunstâncias envolvidas em sua ação. O homem que as leva em conta, e somente este, pode ser considerado, verdadeiramente, um homem justo. “VIDA → VIDA”.

Referências

1. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Os Pensadores. São Paulo: Ed. Abril, 1969.
2. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Livro IV.
3. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Livro V.
4. Aristóteles. *Obra Jurídica*; tradução Carlos Rodrigues. São Paulo: Ícone Editora, 1997.
5. Bittar ECB. *Curso de Ética Jurídica*. 2ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2004.
6. Bittar ECB, Almeida GA. *Curso de Filosofia do Direito*. São Paulo: Atlas, 3ª edição. 2004.
7. Comte-Sponville A. *Pequeno tratado das grades virtudes*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1995.
8. Goldim JR. *Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão*. IN. <https://www.ufrgs.br/bioetica/>, acessado em 04/09/2019.
9. Tugendhat E. *Lições Sobre Ética*. São Paulo: Ed. Vozes, 1997.
10. Freire A. *Gramática Grega*. Braga: Livraria A.I. e Publicações da Faculdade de Filosofia de Braga. 9ª edição. 1997.
11. Hatzfeld J. *História da Grécia Antiga*. Coleção Saber. Braga: Publicações Europa-América. 3ª edição. 1988.
12. Reale G. *História da Filosofia Antiga*. São Paulo: Loyola, 1994. vol. 5.
13. Reale M. *Lições Preliminares de Direito*. São Paulo: Saraiva, 7ª edição revista. 1980.
14. Vaz HCL. *Escritos de Filosofia II: Ética e Cultura*. 2a ed. São Paulo: Loyola, 1993.
15. Vergnieres S. *Ética e Política em Aristóteles: physis, ethos, nomos*. São Paulo: Paulus, 1998.

Recebido em: 19/09/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

Autonomia do casal sem filhos

Fernanda Machado Brandão¹, Rafaela Rodrigues Milhomens², Patrícia Gonçalves Evangelista³, Selma Montefusco⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar, através de uma revisão da literatura sobre o tema, a autonomia dos casais diante do uso da técnica da reprodução humana assistida à luz da bioética. Trata-se de uma revisão integrativa, descritiva e exploratória da literatura, com o propósito de sintetizar os estudos já concluídos na área de reprodução humana à luz da bioética. Durante a busca na Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, foram encontrados, com as palavras-chave pesquisadas, 29 artigos. Com a utilização do filtro de data, restaram 12. Já na busca do Pubmed/Medline, foram encontrados 96 artigos. E, com o filtro de data, restaram 10. As novas tecnologias sempre provocam profundas controvérsias e inquietações. A primeira inquietação é no campo religioso, onde são consideradas, muitas vezes, como não aceitáveis, colocando, assim, a questão como um tabu, não deixando a autonomia reprodutiva com os futuros pais. A segunda inquietação é na escolha do filho perfeito através das tecnologias disponíveis, sejam por exames de DNA para aconselhamento genético ou mesmo apenas na escolha do sexo, visto que, em alguns países, um gênero de filho é mais aceitável que outro. Com essa revisão, percebe-se que a autonomia fica na mão do médico ou na liderança religiosa. E os futuros pais são apenas coadjuvantes de todo o processo. Por isso, é fundamental que esse tipo de discussão seja realizado para que se encontre um ponto de equilíbrio entre a autonomia do casal em reprodução assistida, levando em consideração os seus anseios e suas vontades, e o equilíbrio bioético.

Palavras-chave: Reprodução humana. Reprodução assistida. Autonomia. Bioética.

ABSTRACT

Autonomy of the childless couple

The aim of this study was to evaluate through a literature review the autonomy of couples against assisted human reproduction in light of bioethics. This is an integrative, descriptive and exploratory literature review with the purpose of summarizing the studies already completed in the area of human reproduction in light of bioethics. During the search in the VHL were found with the keywords 29 articles, using the date filter left 12 articles. In the search for Pubmed / Medline 96 articles were found with the date filter left 10 articles. New technologies always provoke deep controversy and unrest. The first concern is in the religious field where they are often regarded as unacceptable, thus placing as a Taboo, leaving no reproductive autonomy with future parents. The second concern is choosing the perfect child through available technologies, whether by DNA testing for genetic counseling or even just choosing sex, since in some countries the gender of the child is more acceptable than others. With this review it is clear that autonomy is in the hands of the doctor, in religious leadership and that future countries are only supporting the whole process, so it is essential that this type of discussion be held to find a balance between the autonomy of the couple in assisted reproduction taking into consideration their wishes and desires and the bioethical balance.

Keywords: Human reproduction. Assisted reproduction. Autonomy. Bioethics.

1. **Enfermeira** pela Universidade Salgado de Oliveira – fernandambrandao1@hotmail.com

2. **Enfermeira** pela Universidade Salgado de Oliveira – fernandambrandao1@hotmail.com

3. **Doutoranda** em Ciências da Saúde da UFG – patriciaevange@gmail.com

4. **Doutora** em Enfermagem pela UFG – sramontefusco@gmail.com

Correspondência:

Patrícia Gonçalves Evangelista – Alameda Emílio Póvoa, 151, Vila Redenção, CEP: 74845-250. Goiânia/GO – Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

Reprodução humana assistida é o termo usado para definir as técnicas usadas no tratamento da infertilidade conjugal, que envolvem a manipulação de, pelo menos, um dos gametas, e que designam uma série de métodos médico-tecnológicos que possibilitam a realização de gestações que não aconteceriam espontaneamente¹.

A reprodução assistida vem ampliando sobremaneira os limites da fecundidade masculina e feminina. Dentre as técnicas que compõem o conjunto da reprodução assistida, destacaríamos: a fertilização *in vitro* (FIV) e suas variantes; a inseminação artificial; a doação de óvulos, sêmen e embriões; o “empréstimo” de útero; o congelamento de embriões; o diagnóstico genético pré-implantatório; o *assisted-hatching* e as pesquisas com embriões. Em estudos não médicos sobre o tema, o mesmo conjunto de técnicas é denominado, também, como novas tecnologias reprodutivas (NTRs)².

Os casais que utilizam alguma dessas técnicas devem estar cientes de todos os detalhes dos procedimentos a que serão submetidos, inclusive os burocráticos. O correto é que assinem termos de autorização e consentimento. O consentimento livre e esclarecido é a autorização dada pelo paciente, com base nas informações acerca do procedimento a que será submetido, assim como dos riscos, possíveis complicações, benefícios e alternativas de tratamento³.

Procriar e constituir família são aspectos altamente valorizados em sociedades como a nossa em que vivemos – e, em quase todas as sociedades humanas, a infertilidade é repudiada como um infortúnio. Atualmente, a procriação se liga não apenas à ideia de felicidade, mas também à de êxito pessoal. Nesse sentido, na maternidade e na paternidade são mobilizados traços arraigados das identidades individuais e sociais dos sujeitos humanos. Por tudo isso, é possível afirmar que a impossibilidade de reprodução biológica fragiliza, de forma importante, homens e mulheres, particularmente aqueles que se encontram em união².

No Brasil, não existe uma lei específica para este tema, mas existe uma única lei que faz menção sobre o assunto, que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados (Lei nº 11.105/2005)⁴.

A Resolução CFM nº 2.168/2017⁵ adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos.

As proposições reguladoras, normativas e legislativas da reprodução assistida, reconhecem a legitimidade da busca por técnicas paliativas à dificuldade de reprodução. A importância dessa categoria para o debate bioético justifica-se, particularmente, por estar diretamente implicada na discussão sobre a autonomia das decisões reprodutivas.

A bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais. Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a bioética se sustenta em quatro princípios. Esses princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade. Autonomia diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada⁶.

O respeito à autonomia exige mais que obrigações de não interferência nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua capacidade de livre decisão. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam suas capacidades de autonomia. Assim, respeitar a pessoa humana passa, necessariamente, por respeitar sua autonomia, e o fundamento para a utilização do consentimento informado em práticas clínicas e em pesquisas deriva justamente desse princípio⁷.

O sucesso das técnicas de reprodução assistida é responsável por muita controvérsia em sua aplicação. Deveria, por isso, ser objeto de maior e mais firme atenção da bioética. Assim, como visto com relação à autonomia, um quadro complexo se desenha, a discussão do benefício das tecnologias reprodutivas.

Além do baixo sucesso, o uso dessa tecnologia implica riscos importantes à saúde. As novas tecnologias reprodutivas podem ser iatrogênicas não apenas quando medicamentos e procedimentos aplicados em mulheres saudáveis causam-lhes danos físicos, o que configura um problema de riscos e de biossegurança. Do ponto de vista ético, o sentido maior da iatrogenia deve ser colocado em relação à vulnerabilidade simbólica de mulheres e de homens já confrontados ao fracasso que representa a dificuldade de reprodução. Diversos são os autores que discutem como a infertilidade é, já, a própria perda de controle. A liberdade e autonomia do sujeito podem ficar ainda mais comprometidas diante de promessas de reprodução não cumpridas pelas tecnologias reprodutivas ou cumpridas com um altíssimo custo moral, financeiro e de saúde, em um contexto prevalente de intensa medicalização da reprodução humana².

A bioética é, assim, desafiada a promover um firme questionamento quanto à eticidade desses procedimentos. O desejo de reprodução justificaria a imposição de riscos medicamente induzidos a mulheres saudáveis e a seus futuros bebês? Seria adequado propor limites a esses procedimentos, mesmo quando eles são formalmente consentidos e se seguem a decisões consideradas autônomas? Diante desse questionamento, o presente estudo contribuirá para a produção científica na área e ainda traz uma oportunidade de compreender a reprodução humana assistida e, assim, promover discussões sobre o tema no curso de graduação em enfermagem e na sociedade em geral.

Portanto, o objetivo é avaliar, através de uma revisão da literatura sobre o tema, a autonomia dos casais diante do uso da técnica da reprodução humana assistida à luz da bioética.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, descritiva e exploratória da literatura com o propósito de sintetizar os estudos já concluídos na área de reprodução humana à luz da bioética.

Para Roman e Friedlander⁸, revisão integrativa é um “método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão”. Serve para construir uma análise ampla da literatura com discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos.

A amostra foi composta pelas publicações em bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Base de dados da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana de Enfermagem (LILACS) e Pubmed/Medline, com artigos publicados de 2010 a 2019, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, disponíveis na íntegra, utilizando-se os descritores (DECs): Reprodução assistida, Bioética e Autonomia.

Algoritmo de busca utilizado na BVS: reprodução humana AND autonomia AND bioética AND (collection:(“06-national/BR” OR “05-specialized”) OR db:(“LILACS” OR “MEDLINE”)) AND (collection:(“06-national/BR” OR “05-specialized”) OR db:(“LILACS” OR “MEDLINE”)) AND (collection:(“06-national/BR” OR “05-specialized”) OR db:(“LILACS” OR “MEDLINE”)).

Algoritmo de busca utilizado na Pubmed: (“Hum Reprod”[Journal] OR (“human”[All Fields] AND “reproduction”[All Fields]) OR “human reproduction”[All Fields]) AND autonomy[All Fields] AND (“bioethics”[MeSH Terms] OR “bioethics”[All Fields]) AND (“2010/05/30”[PDat] : “2019/05/27”[PDat])

Foram adotados os seguintes procedimentos para levantamento e análise da documentação bibliográfica: busca, seleção, análise dos textos e interpretação dos resultados. Para a coleta de dados, os estudos serão organizados num quadro sinóptico criado pelos autores onde constam: título do artigo, autor(es), fonte de publicação, ano, objetivo, metodologia, resultados e conclusões.

Resultados

Durante a busca na BVS, foram encontrados, com as palavras-chave pesquisadas, 29 artigos. Com a utilização do filtro de data, restaram 12. Já na busca do Pubmed/Medline, foram encontrados 96 artigos. Com o filtro de data, restaram 10. Com o intuito de responder os objetivos propostos, foram selecionados 10 artigos, apresentados no quadro sinóptico (**Quadro 1**).

QUADRO 1 – SINOPSE DOS ARTIGOS SELECIONADOS APÓS A BUSCA NA BVS ENTRE OS ANOS DE 2010-2019. GOIÂNIA, 2019.

ARTIGO 1	
Título	Islam, Assisted Reproduction, and the Bioethical Aftermath
Ano de publicação	2016
Nome da revista	J Relig Health.
Autores	Inhorn; Tremayne ⁹ .
Objetivos	Explorar as consequências bioéticas das tecnologias dos doadores no Oriente Médio muçulmano.
Metodologia	Revisão
Resultados	Recentes decisões religiosas que emanam do Irã xiita e dominam os muçulmanos criaram caminhos únicos para casais muçulmanos inférteis obterem gametas de doadores através de assistência reprodutiva de terceiros. A abertura do Irã à doação de gametas teve grande impactos no Líbano dominante entre os xiitas e levou ao chamado turismo reprodutivo dos sunitas - casais muçulmanos que estão em busca de gametas de doadores em todo o território nacional e internacional. Outros resultados inesperados incluem novas formas de seleção de sexo e redução "fetal".
Conclusão	Em geral, a reprodução assistida no mundo muçulmano tem sido um local chave para entender como as tecnologias biomédicas emergentes estão gerando novos discursos bioéticos e respostas morais locais, como as tecnologias de reprodução assistida são usadas em novas e inesperadas maneiras.
ARTIGO 2	
Título	Women With Mental Illness Seeking Assisted Reproduction Considerations in Ethical Candidate Selection
Ano de publicação	2018
Nome da revista	Curr Psychiatry Rep.
Autores	Siegel; Ravitsky ¹⁰
Objetivos	Fornecer orientação aos médicos que enfrentam pedidos de reprodução assistida de mulheres com doença mental.
Metodologia	Revisão
Resultados	Os clínicos devem ser informados sobre as evidências recentes relacionadas à segurança e à eficácia das drogas psicofarmacológicas. O tratamento de mulheres durante a gravidez e no pós-parto. Eles também devem realizar uma análise ética ponderada para garantir violação mínima da autonomia reprodutiva das mulheres.
Conclusão	Após uma discussão aprofundada com o paciente sobre o substancial risco de recidiva com a descontinuação do lítio no contexto de baixo risco absoluto de doença cardíaca fetal grave induzida por lítio malformação, o lítio é acordado para a continuação da terapia, e os serviços de TAR são fornecidos.

ARTIGO 3	
Título	Genome editing and assisted reproduction: curing embryos, society or prospective parents?
Ano de publicação	2018
Nome da revista	Med Health Care Philos.,
Autor	Cavaliere ¹¹
Objetivos	Explorar a ética da introdução de tecnologias de edição de genoma como uma nova opção reprodutiva.
Metodologia	Revisão
Resultados	Em particular, concentra-se em saber se a edição do genoma pode ser considerada uma alternativa moralmente valiosa ao diagnóstico genético pré-implantacional (PGD). Dois argumentos contra o uso da edição do genoma na reprodução são analisados, e preocupações de segurança e modificação germinal. Esses argumentos são, então, contrastados com argumentos em favor da edição do genoma, em particular com o argumento do bem-estar da criança e o argumento da autonomia reprodutiva dos pais. Além desses dois argumentos, a edição do genoma poderia ser considerada uma alternativa valiosa ao PGD, uma vez que pode não estar sujeita a algumas das críticas morais movidas contra essa tecnologia. Mesmo que esses argumentos ofereçam razões sólidas em favor da introdução da edição do genoma como uma nova opção reprodutiva, concluímos que esses benefícios devem ser equilibrados em relação a outras considerações.
Conclusão	As preocupações com relação à igualdade de acesso à reprodução assistida e à alocação de recursos escassos devem ser abordadas antes da adoção da edição do genoma como uma nova opção reprodutiva.
ARTIGO 4	
Título	Aconselhamento genético: deliberações bioéticas vivenciadas por médicos geneticistas brasileiros.
Ano de publicação	2014
Nome da revista	Rev. Bioethikos
Autores	Heck; Gonzalez; Hossne ¹²
Objetivos	Proporcionar a abertura ampla de discussão dos especialistas com os pacientes e suas famílias, bem como demais protagonistas da sociedade.
Metodologia	Estudo Transversal
Resultados	Os casos clínicos foram selecionados a partir de casos já descritos e comentados na literatura especializada: (1) Quando uma mulher grávida coloca seu feto em perigo; (2) Acolhendo um recém-nascido sindrômico; (3) Esterilizando a criança deficiente mental; (4) Casal surdo escolhe de modo voluntário um filho surdo, e a interpretação da; (5) Resolução CFM 1.957/2010 sobre reprodução assistida e, finalmente; (6) a interpretação do artigo "A decisão quanto a ter ou não uma criança cabe fundamentalmente à mãe", sobre o tema do aborto. Os dados qualitativos foram analisados pelo procedimento de análise de conteúdo. Os principais critérios de deliberação e os referenciais bioéticos identificados foram: a autonomia do paciente e do casal e a postura não diretiva dos médicos.
Conclusão	Não há dúvidas da importância da participação do médico geneticista no estudo das questões de ética, como aponta a revisão da Organização Mundial da Saúde em seu programa de genética humana. Quanto à autonomia da gestante, a maioria dos entrevistados (62,5%) foi contra a decisão do médico de interná-la de forma compulsória. Quanto a ressuscitar um recém-nascido portador de uma síndrome genética com grave prognóstico de sobrevivência, 40,6% foram a favor de acatar a decisão da família. Sobre o destino dos embriões supranumerários, 28,1% dos entrevistados apoiaram a decisão do casal; e 81,3% concordaram com o aborto terapêutico com base na autonomia do casal. Cerca de 70% dos entrevistados foram contra a esterilização definitiva da jovem deficiente. No entanto, em casos extremos de autonomia, como na decisão do casal surdo, 65,6% dos entrevistados foram contrários à decisão deles.

Autonomia do casal sem filhos

ARTIGO 5	
Título	Balancing procreative autonomy and parental responsibility.
Ano de publicação	2011
Nome da revista	Camb Q Healthc Ethics
Autores	Buller; Bauer ¹³
Objetivos	Avaliar a visão permissiva, segundo a qual a genética, a seleção de um embrião em particular pelos pais, é moralmente necessária.
Metodologia	Revisão
Resultados	A seleção de um embrião, em particular pelos pais, é moralmente necessária. Especificamente, se considerarmos os principais argumentos e a noção de racionalidade proposta em favor da versão da visão permissiva discutida por HaYry, a "beneficência procriadora" e se esses argumentos fornecem suporte apenas para essa visualização. A posição que defendemos no artigo é que os argumentos apoiam igualmente um rival versão da visão permissiva, ou seja, a visão "limite mínimo", e que existem outras razões independentes para apoiar esta última visão, que dizem respeito à natureza da tomada de decisão parental e aos modelos de doença.
Conclusão	A conclusão que nós desenhamos é que a visão de limiar mínimo fornece um equilíbrio mais coerente entre a autonomia procriativa e a obrigação parental.
ARTIGO 6	
Título	La Bioética y el destino de los de embriones congelados
Ano de publicação	2011
Nome da revista	Biophronesis
Autor	Theas ¹⁴
Objetivos	Analisar os problemas morais envolvidos no destino de embriões congelados para, à luz dos princípios da bioética - autonomia, beneficência, não maleficência e justiça -, levando em consideração o casal infértil, o médico, bem como o embrião em questão.
Metodologia	Revisão
Resultados	Dependendo da revolução biotecnológica, gerada por técnicas de fertilização assistida, os princípios gerais do direito, bem como os conceitos jurídicos, foram afetados. Os estados conscientes dessa afetação buscam alcançar a modificação dos princípios e conceitos com o objetivo de garantir o respeito e a proteção dos direitos humanos, que chamados direitos reprodutivos. Entre eles, o direito à integralidade, direito de saber sua própria origem biológica, à existência, à intimidade genética, direito de saber, não conhecer, a individualidade biológica, direito de ser fertilizado e gestado naturalmente, à investigação da paternidade, direitos reprodutivos, direito à sobrevivência e direito a uma identidade indiscutível.
Conclusão	Os problemas morais envolvidos no destino de embriões congelados são analisados. À luz dos princípios da bioética - autonomia, beneficência, não maleficência e justiça-, levando em consideração o casal infértil, o médico, bem como o embrião em questão.

ARTIGO 7	
Título	Parental wisdom, empirical blindness, and normative evaluation of prenatal genetic enhancement
Ano de publicação	2011
Nome da revista	J Med Philos.
Autor	Tonkens R ¹⁵
Objetivos	Desvendar um problema que envolve o debate sobre a posição moral do aprimoramento genético pré-natal (PGE) e delinear uma solução para isso.
Metodologia	Revisão
Resultados	O problema é que não temos como testar nossas especulações sobre as consequências do aprimoramento pré-natal sem questionar a permissibilidade moral de melhorar o feto. A única maneira de apoiar empiricamente nossas especulações sobre as consequências do aprimoramento pré-natal é recorrer a pesquisas genéticas experimentais eticamente preocupantes (e radicais). A solução sugerida para esse problema é focar no caráter de bons pais. A virtude da sabedoria dos pais é introduzida e usada como base para avaliar a PGE.
Conclusão	Argumenta-se que bons pais têm boas razões para não tolerar PGE para seus filhos (em muitos casos), especialmente como parte da primeira onda de seres humanos geneticamente alterados.
ARTIGO 8	
Título	Ethical issues in human reproduction: Islamic perspectives
Ano de publicação	2013
Nome da revista	Gynecol Endocrinol.
Autor	Serour ¹⁶
Objetivos	Analisar a abordagem ética da reprodução humana na religião Islâmica.
Metodologia	Revisão
Resultados	Os prestadores de cuidados de saúde devem garantir o acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade aceitável na reprodução humana, saúde das mulheres em uma facilidade amigável que garanta confidencialidade e satisfação do paciente. A prestação de cuidados deve ser centrada no paciente, sensível à capacidade do paciente de consentir, particularmente adolescentes, e leva em conta a questão da objeção de consciência ao tratamento.
Conclusão	Os princípios éticos aplicados hoje em reprodução humana foram delineados em instruções da Sharia'a islâmica. A violação desses princípios é devido ao equívoco e à má interpretação de alguns muçulmanos e comunidades muçulmanas da Sharia'a islâmica.

Foram selecionados oito artigos, sendo sete de revisão bibliográfica e apenas um estudo transversal. Apenas um foi realizado no Brasil e se apresenta em português, outro estudo em espanhol e os seis restantes em inglês. Não teve nenhum periódico predominante, tendo um equilíbrio e um representante de cada.

Discussão

Para Cavaliere¹¹, há razões históricas pelas quais as intervenções de terceiros na procriação são vistas com suspeita, e a sombra da eugenia parece se estender a qualquer discussão sobre tecnologias reprodutivas. Apesar dessas preocupações, a regulamentação de novas tecnologias reprodutivas será influenciada pelas políticas dos governos, que, por sua vez, refletirão os interesses da sociedade. Quase toda nova tecnologia introduzida, ou discutida para uma possível introdução, na reprodução humana, parece provocar controvérsias.

São questões tão importantes que não são aceitas em algumas religiões, conforme citado por Inhorn; Tremayne⁹, onde o islamismo xiita encontrado no Líbano, Iraque, Bahrein, Leste da Arábia Saudita, Síria, Turquia, assim como no Afeganistão, Paquistão e na Índia, é contrário à doação de óvulos. O Ayatollah Ali Khamene'i argumentou que a doação "não é, por si só, legalmente proibida". Mas afirmou que tanto o doador de óvulos quanto a mãe infértil devem respeitar os códigos religiosos relativos à paternidade. Então, o filho do doador de óvulos tem o direito de herdar dela, como a mulher infértil que recebeu os ovos é considerado como uma mãe adotiva. No que diz respeito ao esperma objeto de doação, o bebê nascido da doação desse esperma pertence ao seu pai biológico (ou seja, o doador de esperma) e, portanto, só pode herdar dele. Mas o pai infértil é considerado como um pai adotivo e, assim, a criança leva o nome dele.

Outra questão ética apresentada por Siegel; Ravitsky¹⁰ é o caso de uma paciente psiquiátrica que fazia uso de risperidona e de sertralina e que, ao desmamar, o lítio resultou em recidiva da depressão, com pensamentos suicidas intrusivos, com o desejo consistente e bem informado de engravidar por reprodução assistida, gerando, assim, reflexões éticas em oferecer ou não a chance dessa mulher se tornar mãe. Essas considerações não levam à conclusão de que o interesse público seja priorizado sobre a autonomia reprodutiva dos futuros pais e o futuro bem-estar da prole.

E quanto ao bem-estar do futuro filho? A questão empírica sobre se as preocupações com a segurança serão colocadas em repouso é fortemente influenciada pelos juízos de valor de cientistas, eticistas, formuladores de políticas e do público sobre o grau de certeza necessário para avançar. Existem diferentes maneiras pelas quais as tecnologias reprodutivas assistidas e as decisões de procriação afetam a sociedade. Decisões procriativas influenciam o tipo e o número de pessoas que serão criadas. Elas permitem que novos consumidores, produtores, trabalhadores, mães, pais etc. sejam criados. Vivemos em um mundo cada vez mais interligado, e os efeitos agregados das decisões individuais afetam um número maior de pessoas do que nunca antes. Theas¹⁴ revela que o princípio da não maleficência nos leva a reconhecer que não é o mesmo fazer o bem que evitar o mal, nesse sentido.

Heck; Gonzalez; Hossne¹², ao perguntar a um grupo de geneticistas no Brasil, se um casal de surdos que querem um filho surdo podem tomar essa decisão, os resultados foram que 71% opinaram que procurariam dissuadir o casal, e 72% se recusariam a realizar o procedimento e/ou encaminhá-lo para o teste pré-natal. Geneticistas de outros países também são contrários à decisão do casal em 65,6% dos entrevistados. Esse resultado sugere que os casos extremos de autonomia ainda não são plenamente aceitos em nossa comunidade médica. Quanto à ética, a essência do aconselhamento genético baseia-se nos referenciais da voluntariedade e da colaboração. Os consulentes decidem entrar na relação que leva voluntariamente ao aconselhamento e consentem que sejam executados os processos indicados, após receberem esclarecimento a respeito. Os consulentes têm o direito à privacidade e à confidencialidade dos dados que a eles se referem, porém a autonomia ainda é do médico.

Um dos principais assuntos emergidos com esse estudo foi o apresentado por Buller, Bauer¹³, onde indaga-se que se os pais estão preocupados com o bem-estar de seus filhos, então, eles devem se preocupar em selecionar a criança que está prevista que tenha a melhor vida possível daqueles embriões disponíveis. Os pais devem selecionar esta criança porque, para simplificar, seria irracional fazer o contrário. Pois se alguém tem uma escolha entre dois embriões, A e B, e há boas razões para acreditar que B é melhor do que A com base no fato de que o bem-estar predito de B será maior, então seria difícil fornecer uma justificativa para a escolha de A. Por exemplo, pode-se imaginar que

dois embriões são diferenciados apenas pelo fato de que um tem o gene para olhos azuis, enquanto o outro tem o gene para olhos castanhos. Para embriões que tenham atendido a exigência de limiar, os pais têm a liberdade de escolher como o “bem-estar” a comparação com os seus outros valores. Por exemplo, os pais podem acreditar que a seleção com base nas melhores características instrumentaliza ao futuro a criança.

Tonkens¹⁵ diz que a reprodução assistida com as novas tecnologias pode melhorar certos traços genéticos e capacidades (por exemplo, inteligência, altura, capacidade de memória, criatividade, funcionamento do sistema, capacidade atlética etc), porém questiona-se que, em vez de melhorar as características ou capacidades existentes, a reprodução assistida poderia assumir a forma de procedimentos mais medicamente orientados, sob a forma de corrigir em vez de melhorar. Porque, assim, a autonomia estaria em ser um bom pai, uma vez que aprimoramentos são, por definição, destinados a expandir o bem-estar de uma criança e sua capacidade. A promessa da biotecnologia, em geral, reside no seu potencial para curar doenças e para o melhoramento humano.

Serour¹⁶ postula que o princípio da autonomia deve ser preservado. Na reprodução assistida, é necessário que os riscos, benefícios e alternativas sejam claramente explicados antes do consentimento informado livre. A justiça exige que todos sejam tratados com igual padrão e tenham igual acesso às suas necessidades de saúde sem discriminação ou coerção, e o tratamento não deve absolver o médico do dever de fazer o encaminhamento adequado.

Considerações finais

As novas tecnologias sempre provocam profundas controvérsias e inquietações. A primeira inquietação é no campo religioso, onde são consideradas, muitas vezes, como não aceitáveis, colocando, assim, como um tabu, não deixando a autonomia reprodutiva com os futuros pais. A segunda inquietação é na escolha do filho perfeito através das tecnologias disponíveis, sejam por exames de DNA para aconselhamento genético ou mesmo apenas na escolha do sexo, visto que, em alguns países, um gênero de filho é mais aceitável que outro. Com essa revisão, percebe-se que a autonomia fica na mão do médico ou na liderança religiosa. E que os futuros pais são apenas coadjuvantes de todo o processo. Por isso, é fundamental que esse tipo de discussão seja realizado para que se encontre um ponto de equilíbrio entre a autonomia do casal em reprodução assistida, levando em consideração os seus anseios e suas vontades, e o equilíbrio bioético.

Referências

1. Ramírez-Gálvez M. Reprodução assistida, consumo de tecnologia e deslocamentos e exclusões. *Cienc. Cult.* vol.60, nº1, São Paulo 2008. Disponível: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252008000100016
2. Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da Biologia ou Biologia sem limites.* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
3. Roberto LMP. *Responsabilidade civil do profissional de saúde e consentimento informado.* Curitiba: Editora Juruá, 2º edição Revista Atualizada, p. 88, 2005.
4. BRASIL. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados. *Diário Oficial da União.* Brasília, 26 de mar 2005. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm
5. BRASIL. Resolução nº 2.168/2017, de 21 de setembro de 2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p.117 e demais disposições em contrário. Disponível: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19405123/do1-2017-11-10-resolucao-n-2-168-de-21-de-setembro-de-2017-19405026
6. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, 1994; (2): 129-35.

Autonomia do casal sem filhos

7. Beauchamp TL, Childress J.F. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.
8. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm.*, v. 3, n. 2, p:109-12, 1998. Disponível: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358>
9. Inhorn MC, Tremayne S. Islam Assisted Reproduction, and the Bioethical. Aftermath. *J Relig Health.*, v. 55, n. 2, p:422-30, 2016.. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26602421>.
10. Siegel AM, Ravitsky V. Women With Mental Illness Seeking Assisted Reproduction Considerations in Ethical Candidate Selection. *Curr Psychiatry Rep.*, v. 20, n. 9, p:70, 2018. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30094584>
11. Cavaliere M. Genome editing and assisted reproduction: curing embryos, society or prospective parents? *Med Health Care Philos.*, v. 21, n. 2, p:215-225, 2018. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28725950>
12. Heck B., Gonzalez CH, Hossne WS. Aconselhamento genético: deliberações bioéticas vivenciadas por médicos geneticistas brasileiros. *Rev. Bioethikos*, v. 8, n. 2, p: 131-137, 2014. Disponível: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/155563/A01.pdf>
13. Buller T, Bauer S. Balancing procreative autonomy and parental responsibility. *Camb Q Healthc Ethics*, v. 20, n. 2, p: 268-76, 2011. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21435301>
14. Theas MS. La Bioética y el destino de los de embriones congelados. *Biophronesis*, v. 6, n. 2, p: 1-14, 2011. Disponível: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/15322>
15. Tonkens R. Parental wisdom, empirical blindness, and normative evaluation of prenatal genetic enhancement. *J Med Philos.*, v. 36, n. 3, p:274-95, 2011. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21597084>
16. Serour GI. Ethical issues in human reproduction: Islamic perspectives. *Gynecol Endocrinol.*, v. 29, n. 11, p:949-52, 2013. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24004295>

Recebido em: 19/9/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

Telemedicina e bioética: o futuro é agora

Júlia Português Almeida¹, Lorena Tassara Quirino Vieira², Lucas Tadeu Gonzaga Diniz³,
Mercielle Ferreira Silva Martinelle⁴

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo compreender os aspectos positivos e negativos da telemedicina para a relação médico-paciente e os reflexos desse cenário para a manutenção da ética médica. Sabe-se que, quando se trata de telemedicina, deve ser levado em consideração se a atuação trará mais benefícios que danos para o paciente. O profissional deve concordar em se capacitar para fazer o uso desse artifício, e o paciente tem que ser orientado quanto ao método, além de dar seu consentimento para que seus dados sejam repassados a outro profissional e seja discutido o seu problema. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em que se realizou uma busca pelos descritores “telemedicine” e “bioethics”, utilizando-se o operador booleano “AND” no PubMed, publicada nos últimos cinco anos, para análise de aspectos tangentes à telemedicina e à bioética. A busca bibliográfica resultou em 63 artigos. Com o uso do filtro de cinco anos de publicação, chegou-se ao resultado de 26 artigos. E, após a implementação do tipo de artigo ser estudos clínicos, revisões, revisão sistemática e meta-análise, o montante resumiu-se a quatro artigos, sendo que dois foram excluídos por não estarem dentro do tema proposto. Na segunda forma de pesquisa, também foram encontrados inicialmente 26 artigos e, deles, foram selecionados os que possuíam os termos “telemedicine” e “bioethics” no título e/ou resumo, resultando em quatro artigos. Desses, três foram excluídos por não abordarem o tema proposto. Foram, portanto, incluídos três artigos após as duas formas de busca. A relação médico-paciente física necessita ser mais bem regulada, compreendendo que, entre eles, vai existir a presença da máquina e que o sigilo das informações deve ser mantido com total segurança, tendo em vista o respeito e a garantia da privacidade que todo homem e toda mulher têm direito. Ademais, inúmeras vezes o sistema de informações criptografadas é mais inseguro que os baseados nas velhas fichas e papéis. Não se sabe se a velha medicina tradicional virá a ser superada, mas, com certeza, a teleassistência será uma ferramenta que auxiliará o médico, no futuro, a vencer obstáculos em procedimentos de alta complexidade a favor de comunidades que, hoje, ainda são muito desassistidas.

Palavras-chave: Telemedicina. Telessaúde. Ética.

ABSTRACT

Telemedicine and bioethics: the future is now

This article aims to understand the positive and negative aspects of telemedicine for the doctor-patient relationship and the reflexes of this scenario for the maintenance of the medical ethics. It is known that when we talk about telemedicine, consideration should be given to whether more benefits than harm to

1. **Acadêmica** do curso de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG) – lorenatassara4@hotmail.com

2. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – lorenatassara4@hotmail.com

3. **Acadêmico** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – lorenatassara4@hotmail.com

4. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – mercielle10@hotmail.com

Correspondência:

Lorena Tassara Quirino Vieira – lorenatassara4@hotmail.com

Declararam não haver conflito de interesse.

the patient. The practitioner must agree to be able to make use of this device, and the patient has to be advised as to the method, and also consent for your data to be passed on to another professional and to discuss their problem. This is a systematic review of the literature, in which a search was made for the “telemedicine” and “bioethics” descriptors using the Boolean operator “AND” in PubMed, published over the past five years, to analyze aspects related to telemedicine and bioethics.

Keywords: Telemedicine. Telehealth. Ethics.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo telemedicina como “a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico. Tais serviços são providos por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação”. Um dos primeiros projetos no Brasil desse tipo de modelo de assistência foi realizado em 1985, para tratamento de pacientes vítimas da contaminação por césio radioativo (césio-137), na cidade de Goiânia.

Diante do avanço tecnológico mundial, a área da saúde passa por alterações que acompanham esse cenário. Dessa forma, a utilização da telemedicina tem se tornado cada vez mais frequente, levantando uma série de questionamentos quanto a suas repercussões, principalmente no que diz respeito ao dever do médico em obter o consentimento esclarecido do paciente.¹

A despeito das consequências positivas da telemedicina, existem muitos problemas éticos e legais que se apresentam com sua utilização, reconhecidos pela Associação Médica Mundial. Princípios tradicionais que regulam a relação médico-paciente são alterados nessa prática, refletindo em certas normas e princípios éticos que devem ser observados pelo profissional que utiliza a telemedicina. Sendo assim, há um aumento da responsabilidade médica e é imprescindível que a ética acompanhe esse avanço para auxiliar em condutas, garantindo que os benefícios para o paciente sejam maiores que os riscos.²

Devido à necessidade de esclarecimentos quanto a dúvidas levantadas quanto ao uso da ciência e da tecnologia, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) foi adotada pela UNESCO. Assim, o Artigo 1º assinala que a DUBDH “trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais”. Nesta Declaração, está prevista a necessidade de consentimento para qualquer intervenção na área da saúde, assim como a proteção àqueles sem capacidade para consentir. Além disso, o documento preconiza o respeito à privacidade dos indivíduos e à confidencialidade de suas informações, que só devem ser utilizadas com a finalidade para a qual foram fornecidas. Outro ponto é que os dados não podem ser divulgados a quem não tem necessidade de conhecê-los.³

Ademais, quando se trata de telemedicina, deve ser levado em consideração se a atuação trará mais benefícios que danos para o paciente. O profissional deve concordar em se capacitar para fazer o uso desse artifício, e o paciente tem que ser orientado quanto ao método, além de dar seu consentimento para que seus dados sejam repassados a outro profissional e seja discutido o seu problema.⁴

Ante o exposto e procurando oferecer subsídios que proporcionem reflexões quanto ao vínculo da bioética e a telemedicina, o presente artigo tem como objetivo compreender os aspectos positivos e negativos da telemedicina para a relação médico-paciente e os reflexos desse cenário para a manutenção da ética médica.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em que se realizou uma busca pelos descritores “telemedicine” e “bioethics”, utilizando-se o operador booleano “AND” no PubMed, publicada nos últimos cinco anos, para análise de aspectos tangentes à telemedicina e à bioética. A seleção de artigos a serem analisados foi realizada mediante determinados critérios: artigos científicos disponíveis gratuita e integralmente no referido banco de dados, considerados estudos clínicos, revisões, revisões sistemáticas e meta-análises, segundo ferramenta de filtro disponível no site, que possuíssem as palavras “telemedicine” e “bioethics” no título e/ou resumo, excluindo aqueles que não eram estudos clínicos, revisões, revisões sistemáticas ou meta-análises. Foram excluídos artigos que não abordavam o tema proposto, e os dados foram organizados de modo descritivo.

Resultados

A busca bibliográfica resultou em 63 artigos. Após a implantação do filtro da publicação ter sido nos últimos cinco anos, chegou-se ao resultado de 26 artigos. E, após a implementação do tipo de artigo ser estudos clínicos, revisões, revisão sistemática e meta-análise, o montante resumiu-se a quatro artigos, sendo que dois foram excluídos por não estarem dentro do tema proposto. Na segunda forma de pesquisa, também foram encontrados inicialmente 26 artigos e, deles, foram selecionados os que possuíam os termos “telemedicine” e “bioethics” no título e/ou resumo, resultando em quatro artigos. Desses, três foram excluídos por não abordarem o tema proposto. Foram, portanto, incluídos três artigos após as duas formas de busca.

O primeiro artigo apresenta um estudo para analisar se houve igual compreensão de informação sobre o consentimento livre esclarecido de participação da pesquisa por ferramentas da telemedicina e por meio padrão (face a face), em um departamento de emergência. A compreensão do consentimento foi medida por meio do QuIC (Quality of Informed Consent). Um escore QuIC mais alto indica maior qualidade do consentimento informado da pesquisa. Os resultados nas respostas objetivas e subjetivas não tiveram diferenças significativas, porém, por telemedicina, pode ter competência menor. Nos dados secundários, os pais não tiveram diferenças significativas de compreensão e não foram identificadas barreiras específicas. Conclui-se que a telemedicina tem papel importante em conectar departamentos médicos, além de contribuir para o aumento da participação de diferentes grupos em pesquisas, como populações rurais e remotas, melhorando, assim, o recrutamento. A preocupação em relação à ética no estudo foi a coerção que poderia existir pelo acesso fácil às próximas etapas, já que era usado o mesmo link do aplicativo.⁵

O segundo artigo fez uma pesquisa em pacientes do Quênia para analisar se os pacientes entendiam palavras relacionadas a telemedicina e ao termo de livre esclarecimento, perguntando se entendiam e se poderiam explicar os termos. Mais da metade dos entrevistados não entenderam o que era videoconferência, armazenamento e encaminhamento, fotografia digital, wireless, World Wide Web, antivírus ou e-mail, em qualquer idioma. Ninguém entendeu as palavras telemedicina, firewall, criptografia e telediagnóstico. Percebeu-se que os pacientes não tinham uma boa compreensão de telemedicina e do termo de livre consentimento. Concluiu-se que ainda existem desafios e barreiras para o tema, sendo uma delas a questão ética do consentimento livre esclarecido, com informações adequadas.⁶

O terceiro artigo analisou o uso de tecnologias de e-Health e aplicativos móveis em cuidados paliativos, por meio da busca e análise desses aplicativos de saúde e revisão da literatura. No estudo, foram analisados 25 artigos e quarenta aplicativos para dispositivos móveis. Teve-se como resultado que a teleconsulta é a principal tecnologia de e-Health. Os aplicativos móveis concentram-se em comunicação, medicamentos, ferramentas/diretrizes clínicas, cuidados paliativos, sintomas informações de gerenciamento e cuidados paliativos. Percebeu-se que as inovações tecnológicas vêm crescendo e, a cada dia, impactando a saúde dos indivíduos e que a teleconsulta contribui para o acesso à comunicação entre pacientes, equipe e família, melhorando as relações e a adesão e diminuindo o uso de serviços de emergência. São boas estratégias, porém há questões éticas relacionadas à proteção de dados. Deve-se também pensar no equilíbrio do uso da telemedicina em relação à humanização e aos princípios éticos.⁷

Discussão

A telemedicina, como exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, prevenção de doenças, pesquisa e promoção de saúde, fundamenta-se em comunicação e acesso seguro a dados intercambiados, trazendo diversas oportunidades de inovação. Nesse sentido, prontuários eletrônicos, exames de imagens e sinais digitais, sistemas de apoio ao diagnóstico de doenças e à decisão médica, sistemas para monitoramento em tempo real de sinais vitais, prescrição de medicamentos e acompanhamento médico⁴ têm se tornado cada vez mais comuns nas redes de atenção à saúde, revolucionando práticas médicas e hospitalares.

O emprego de tecnologias da informação e comunicação, por intermédio de uma rede de telemedicina, pode contribuir para universalidade e integralidade do sistema de saúde, em consonância com a Constituição Federal em seu Art. 196, que diz: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”.

Contudo, o novo fluxo de referências, que gera vantagens, como economia de tempo e rentabilidade, também apresenta desafios a serem explorados, dentre os quais a segurança da informação e a gestão da identidade. Outra preocupação é que os dados sobre os pacientes, continuamente gerados, utilizados e compartilhados por diversas instituições, membros da equipe de saúde, pacientes e familiares, permitindo identificação única⁵, devem se submeter a um mecanismo de autenticação seguro para permitir acesso integrado aos diversos sistemas de saúde. Ademais, é imprescindível que se especifiquem mecanismos de controle de acesso aos dados de saúde, a fim de obter maior controle no acesso a informações sensíveis.

Por seu caráter inovador, traz consigo um potencial de conflitos de natureza bioética, que impõe uma análise investigativa dos seus princípios, em virtude do choque entre a ética tradicional, que permeia a relação presencial entre o médico e o paciente, e a nova fronteira aberta pelo progresso da tecnologia da informação e da comunicação.

Entende-se, desse modo, importantes contribuições que sistemas jurídicos e de auditorias na área médica fornecerão – e receberão – no inovador cenário, uma vez que perícias buscam identificar todas as partes responsáveis pelo atendimento a um determinado paciente, incluindo todos os membros da equipe médica e hospitalar que realizaram atendimentos, fator a ser pleiteado, especialmente, em casos de violações de direitos de pacientes.

Ademais, vale ressaltar que as bases da Ética Médica não devem ser abandonadas em procedimentos relativos à telemedicina: esta deve ser considerada uma ferramenta adicional para a relação médico-paciente presencial, sem jamais substituí-la, isto é, os princípios de Autonomia, Não Maleficência, Beneficência e Justiça, além da empatia e da escuta terapêutica, não devem ser desprezados em função da tecnologia empregada; a aliança médico-paciente, em seus aspectos referentes à segurança e ao repasse de informações, seja numa consulta presencial ou numa teleconsulta, é fundamental.⁸

Por fim, os desafios na área de gestão segura de dados voltados a aplicações em saúde, que devem ser vencidos para que a telemedicina atinja seu potencial máximo, abrem espaço para novas discussões a respeito do tema, em virtude da exígua quantidade de estudos disponíveis em motores de busca, revelada como uma dificuldade neste trabalho.⁹

Conclusão

Diante da análise realizada, foi observado que as novas tecnologias que alimentam as teleconsultas possuem boas estratégias para revolucionar as práticas médicas e hospitalares, posto que facilitam a comunicação entre departamentos médicos e entre pacientes e médicos. Fica evidente que a telemedicina se encontra em uma fase de expansão e necessita ser estruturada e regulada, principalmente no que diz respeito às suas implicações éticas e à humanização nas relações médico-paciente.

As experiências com a telemedicina vêm demonstrando que, em certas especialidades, a contribuição será bem efetiva, porém, levando em consideração alguns obstáculos que ainda persistem, ligados à relação médico-paciente, -se que essas ferramentas são uma opção quando não se tem condições de exercer a medicina nos seus padrões habituais. Afinal, nem todas as comunidades e nem todo cidadão têm condições de adquirir os equipamentos de alta definição e as vias de transmissão de alta velocidade ou compreendem o funcionamento dessas tecnologias.

A relação médico-paciente física necessita ser mais bem regulada, compreendendo que, entre eles, vai existir a presença da máquina e que o sigilo das informações deve ser mantido com total segurança, tendo em vista o respeito e a garantia da privacidade a que todo homem e toda mulher têm direito. Ademais, inúmeras vezes, constata-se que o sistema de informações criptografadas é mais inseguro que os baseados nas velhas fichas e papéis.

Não se sabe se a velha medicina tradicional virá a ser superada, mas, com certeza, a teleassistência será uma ferramenta que auxiliará o médico no futuro a vencer obstáculos em procedimentos de alta complexidade a favor de comunidades que, hoje, ainda são muito desassistidas.

Referências

1. Meireles Araújo AT, Rechmann IL, Magalhães TA. O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho Federal de Medicina. *Cad IBERO-AMERICANOS DIREITO SANITÁRIO* [Internet]. 8 de maio de 2019;8(1):95. Available at: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/517>
2. Emim JA da S, Barchifontaine C de P de, Priel MR, Pessini L. Bioética: humanização em saúde, vulnerabilidade, tecnociência e ética na pesquisa. *O mundo da Saúde*. 2006.
3. Mourão NAL. Telessaúde à luz da bioética : subsídios para a universalidade de acesso à saúde [Internet]. Universidade de Brasília; 2016. Available at: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20920>
4. Sujansky W, Kunz D. A standard-based model for the sharing of patient-generated health information with electronic health records. *Pers Ubiquitous Comput* [Internet]. 19 de janeiro de 2015;19(1):9–25. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s00779-014-0806-z>
5. Bobb MR, Van Heukelom PG, Faine BA, Ahmed A, Messerly JT, Bell G et al. Telemedicine Provides Noninferior Research Informed Consent for Remote Study Enrollment: A Randomized Controlled Trial. Runyon MS, organizador. *Acad Emerg Med* [Internet]. julho de 2016;23(7):759–65. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/acem.12966>
6. Odhiambo R, Mars M. Patients' understanding of telemedicine terms required for informed consent when translated into Kiswahili. *BMC Public Health* [Internet]. 3 de dezembro de 2018;18(1):588. Available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5499-1>
7. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. e-Health in palliative care: review of literature, Google Play and App Store. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2 de agosto de 2017;23(8):394–401. Available at: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2017.23.8.394>
8. Lopes MACQ, Oliveira GMM de, Maia LM. Digital Health, Universal Right, Duty of the State? *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019; Available at: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20190161>
9. Saade DCM. Telemedicina no Brasil: Nova Regulamentação Incentiva Pesquisa e Inovação em Soluções Seguras para Saúde Digital. *J Heal Inf*. 2019;11(1).

Recebido em: 19/09/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

A vida humana em laboratório

Fernanda Rocha Couto Laureano¹, Waldemar Naves do Amaral²

RESUMO

INTRODUÇÃO: A busca por fertilização *in vitro* nas últimas décadas tem aumentado na sociedade moderna. Mas ainda é um assunto de muito contestação quando se relaciona aos valores culturais. **OBJETIVO:** Obter, por meio da revisão da literatura, a aplicação da bioética na fertilização *in vitro*. **METODOLOGIA:** Pesquisa de revisão bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. Os artigos selecionados foram os que continham os assuntos bioéticos e fertilização *in vitro*, referentes aos últimos cinco anos de publicação. **RESULTADOS:** Os artigos encontrados conforme as palavras determinadas foram no total de 30. Foram excluídos 27 por não se enquadrarem no critério temporal da pesquisa, logo, nesta revisão, foram abrangidos três periódicos. **CONCLUSÃO:** A bioética na fertilização *in vitro* impacta e define parâmetros na aceitação ética, cultural e religiosa da coletividade.

Palavras-chave: Bioética. Fertilização.

ABSTRACT

Human life in laboratory

INTRODUCTION: The search for *in vitro* fertilization in recent decades has increased in modern society. But it is still a matter of much debate when it comes to cultural values. **OBJECTIVE:** To obtain through the literature review the process of evolution of bioethics in *in vitro* fertilization. **METHODOLOGY:** Research of bibliographic review in the databases of the Virtual Health Library – VHL. The selected articles were those that dominated the bioethics and *in vitro* fertilization subjects referring to the last five years of publication. **RESULTS:** The articles found according to the words determined were a total of 30. They were excluded 27 for escaping the theme proposed in the objective, so in this review were covered 03 journals. **CONCLUSION:** Bioethics in *in vitro* fertilization impacts and defines parameters in the ethical, cultural and religious acceptance of the collectivity.

Keywords: Bioethics. Fertilization.

1. **Doutoranda** em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) – fernanda_rochacouto@hotmail.com

2. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG) – centroddeestudos@hmdi.com.br

Correspondência:

Fernanda Rocha Couto – Alameda Cel Joaquim Bastos, 243, St Marista. Goiania/GO, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

A bioética é contemplada como a análise metódica do comportamento humano na área das ciências biológicas e cuidados da saúde, no grau em que este comportamento acontece norteado de valores e princípios morais¹.

Os referenciais básicos da bioética abordados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil foram: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça².

As ações éticas da pesquisa abarcam os seres humanos e os dilemas éticos cultivados nas áreas da saúde, das tecnologias e das biotecnologias, que possuem consequências sobre a qualidade dos procedimentos ofertados. Logo, entende-se que a bioética é um estudo transdisciplinar que envolve a ciência biológica e da saúde; a filosofia e o direito; e possui como principal foco analisar uma administração responsável da vida humana. A bioética é o tema de debate em meio a assuntos em que não existe um consenso moral. Entre os temas abordados na bioética está à técnica de reprodução assistida^{2,3}.

As técnicas de reprodução assistida surgiram a partir de 1978, com o primeiro nascimento de um humano produzido fora do organismo materno e gerado no útero. Essas técnicas, desde então, têm permitido perpetrar o nascimento de milhares de crianças que, em condições naturais, nunca existiriam e, dessa forma, foram solucionadas situações de infertilidade conjugal. No entanto, originaram seres humanos cuja origem biológica é diferente da utilizada há milênios^{4,6}.

A fertilização *in vitro* é uma técnica de reprodução assistida. Esta técnica revolucionou a existência humana e a medicina e introduziu uma complexa discussão do papel da bioética na fertilização *in vitro*⁵.

Na maioria dos países, enfrenta-se o desafio de ampliar políticas ativas que respeitem o ponto de vista ético de diversos públicos e autorizem a exploração e a aplicação de tecnologias na saúde. Portanto, o objetivo deste estudo é descrever um entendimento melhor de todos os envolvidos para compreender as diretrizes regulares que regem o atual procedimento de fertilização *in vitro*, pois boas regras direcionam a uma boa ciência.

Metodologia

Esta análise é uma revisão bibliográfica dos periódicos científicos acerca da relação entre a bioética e a fertilização *in vitro*, realizada durante o mês de setembro de 2019.

A busca foi alcançada na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Bioética e Fertilização *in Vitro*. Nos critérios de seleção dos artigos, foram inclusos os escritos nos idiomas português, inglês, espanhol e os publicados nos últimos cinco anos. Foram excluídos os artigos que apresentaram fuga ao tema e os que tinham mais de cinco anos de publicação.

Através da BVS, foram encontradas publicações no Sistema Latino-Americano e do Caribe em Ciência da Saúde – LILACS, na Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE e na Scientific Electronic Library Online – SCIELO. Para compor a origem e a evolução da bioética e a fertilização *in vitro*, recorreremos a livros e revistas impressas.

A construção da organização das ideias foi realizada através do Quadro 1, compondo os autores, periódicos, título da obra, o ano de publicação e a ideia principal do texto.

Resultados

Inicialmente foram localizados 30 estudos contendo as palavras-chave bioética e fertilização *in vitro*. Após a seleção das publicações dos últimos cinco anos, 27 artigos foram excluídos por terem mais de cinco anos de publicação. Logo, foram incluídos neste estudo três artigos.

QUADRO 1 – PERIÓDICOS SOBRE BIOÉTICA E FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* EMPREGADOS NESTA REVISÃO

AUTORES	PERIÓDICO	TÍTULO DA OBRA	ANO	IDEIA PRINCIPAL DA ESCRITA
Trevizo AV	Acta Bioethica	Dilemas bioéticos na fertilização <i>in vitro</i> e a mulher gestante: rumo à figura de um conselheiro reprodutivo	2014	Propor uma figura bioética inovadora na prática da reprodução assistida: um conselheiro reprodutivo que ajude na tomada de decisões durante o processo de reprodução artificial do casal ou de apenas uma pessoa e seja um interlocutor entre eles e o especialista.
Alves et al.,	Rev. Bioética	Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas	2014	Descrever os avanços tecnológicos na reprodução medicamente assistida, investigando quais questões bioéticas se colocam quanto a essa questão.
Bazzaco et al.,	Rev. Bioética	Entendimento do consentimento livremente esclarecido na reprodução assistida	2014	Avaliar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado para a realização da FIV e sua compreensão pelas pacientes, incluindo a possibilidade de descarte de embriões.

Discussão

No intuito de equilibrar os procedimentos das tecnologias reprodutivas, a bioética propõe limites como parâmetro para proteger, principalmente, mulheres e nascidos. Mas também procura a segurança dos procedimentos e a regulamentação do Estado com responsabilidade ética, sem restringir o acesso e a liberdade de escolha dos cidadãos, que têm a opção de aceitar a realização da fertilização *in vitro*. Este estudo apontou que a presença de um conselheiro reprodutivo, tanto nas instituições públicas como privadas, pode fornecer uma melhor proteção, atenção e esclarecimento para todos os envolvidos no processo. Dessa forma, as clínicas e os hospitais especializados em reprodução assistida realizam um trabalho mais ético⁵.

Nos fundamentos da República Federativa do Brasil, no Artigo 1º da Constituição Federal de 1988, encontra-se o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, o qual permite a fertilização *in vitro*⁹.

Os direitos nem sempre são absolutos, e isto gera discordâncias. Assim, a paciente deveria abnegar de condutas que coloquem em perigo o embrião ou de sujeitar-se a intervenções que coloquem a sua vida em risco em benefício da vida deste. Os embriões vivos podem ser admitidos na utilização terapêutica com o objetivo de reconhecer, impedir ou eliminar uma doença, respeitando ao direito à vida, à saúde e à integridade física. Os tipos de procedimentos para o uso dos embriões são: a) experimentação terapêutica em prol do bem do próprio embrião; b) experimentação com embriões excedentários quando tal se mostre adequado e necessário para assegurar a vida e a saúde de terceiros e; c) embriões exclusivamente produzidos para fins de investigação^{4,6}.

O estudo aponta que a comunicação clara de informações é indispensável à escolha autônoma, porém ainda é falha, principalmente quanto ao destino dos embriões excedentes, ao esclarecimento e à associação aos valores morais e religiosos de cada paciente⁸.

A linguagem adequada aborda todos os aspectos necessários para a decisão quanto ao melhor tratamento a ser adotado, posto que, quanto ao destino a ser dado aos embriões excedentes, não há discussão escrita ou mesmo oral com a paciente. No esclarecimento sobre o procedimento, o médico deve se certificar de que a paciente está, de fato, bem informada e preparada tanto para enfrentar os benefícios e malefícios a que será exposta, quanto para justificar moralmente a si mesma a opção adotada. O esclarecimento com o profissional de saúde, de forma verdadeira e humanizada, não pode ser substituído pela simples assinatura de um termo de compromisso contratual⁸.

O entendimento do consentimento livremente esclarecido na reprodução assistida deve conter informações sobre aos embriões excedentes. A possibilidade de alterações na conduta durante o tratamento deve estar devidamente esclarecida. Faz-se também necessárias a confirmação da autorização dada pela paciente e a possibilidade de revogação das premissas assumidas a qualquer tempo, sem nenhum ônus para a paciente, seguidas da assinatura de testemunhas. No entanto, é imprescindível que a questão do destino dado aos embriões excedentes deva ser discutida com cada paciente individualmente e, se for o caso, com seu cônjuge, à luz de seus valores morais e crenças religiosas – haja vista que certos aspectos relevantes dessa discussão não são apresentados de maneira satisfatória às pacientes, induzindo-as, pelo desejo de se tornarem mães, a tomar decisões que possam contrariar essas crenças e valores⁸.

Conclusão

O conhecimento humano referente à fisiologia completa da reprodução dos seres racionais passou a ter grande relevância com a fertilização *in vitro* (FIV). Na FIV, todas as conotações teóricas passaram a ter referência na prática, onde a vida humana em laboratório tornou-se uma realidade de aplicação populacional extraordinária.

Os conceitos de ética e bioética são aplicados na reprodução assistida para a boa proteção do embrião/feto e do casal portador de esterilidade conjugal.

No Brasil, essas disposições têm sido regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Câmara Técnica de Reprodução Assistida, onde resoluções são construídas bioeticamente permitindo que o avanço tecnológico seja aplicado à comunidade com plenitude, segurança e felicidade social.

Referências

1. Clotet J. Por que bioética?. Revista Bioética. (Impr.) [Internet]. 1993; 1(1):14-9 . Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/474/291
2. Brasil. Resoluções. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. [acesso 13 ago 2019]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br>
3. Cordeiro F. Aspectos éticos na fertilização in vitro. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 1993.
4. Santos AA, Renaud M, Cabral RA. Relatório procriação medicamente assistida. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 2004 [acesso 13 ago 2019]. Disponível: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273057205_P044_RelatorioPMA.pdf
5. Trevizo AV. Dilemas bioéticos en torno a la fertilización in vitro (FIV) y la mujer gestante: hacia la figura de un consejero reproductivo. Acta bioeth, 2014 [acesso x mês ano]. Disponível: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2014000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
6. Alves SMAL et al. Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas. Revista Bioética. 2014 [acesso x mês ano]; 22(1). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a08v22n1.pdf>
7. Kirby MD. Bioethics of IVF - the state of the debate. J. Med. Ethics. 1984 [acesso x mês ano]. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374928/>

A vida humana em laboratório

8. Bazzaco AA et al. Entendimento do consentimento livremente esclarecido na reprodução assistida. Revista Bioética. 2014 [acesso]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF.

Recebido em: 19/09/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

Recorte histórico da bioética

Patrícia Gonçalves Evangelista¹, Bruna Abreu Ramos², Tárík Kassem Saidah³, Waldemar Naves do Amaral⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo é, através de uma revisão bibliográfica, fazer um recorte histórico da bioética com a pesquisa científica. O debate relacionado às pesquisas envolvendo seres humanos é um tema presente e vivenciado por profissionais da saúde. Os avanços científicos e tecnológicos exigem a realização de estudos clínicos, sejam para fármacos, equipamentos e materiais. Ao analisarmos os preceitos históricos, percebe-se que, mesmo com a implantação de leis e diretrizes que regulamentam as pesquisas em seres humanos, estas ainda não conseguem ser instrumentos totalmente eficazes na garantia de segurança, integridade e respeito aos participantes das pesquisas. Novos mecanismos devem ser implementados e deve haver uma participação maior da sociedade, do meio fiscalizador e das leis, estimulados para andarem em conjunto, garantindo a soberania do participante. É preciso avançar respeitando os preceitos da bioética.

Palavras-chave: Bioética, Histórico, Atrocidades.

ABSTRACT

Bioethics background

The aim of this study is through a bibliographic review to make a historical cut of bioethics with scientific research. The debate related to research involving human beings is a theme present and experienced by health professionals. Scientific and technological advances require clinical studies, whether for drugs, equipment and materials. Analyzing the historical precepts, it is clear that even with the implementation of laws and guidelines that regulate research on human beings, they still cannot be fully effective instruments in ensuring the safety, integrity and respect of research participants. New mechanisms must be put in place and greater participation between society, enforcement and stimulated laws to go hand in hand ensuring the participant's sovereignty. It is necessary to move forward respecting the precepts of bioethics.

Keywords: Bioethics, Historical, Atrocities.

-
1. **Doutoranda** em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) – patriciaevange@gmail.com
 2. **Doutoranda** em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) – brunaa_ramos@hotmail.com
 3. **Doutorando** em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) – tsaidah@hotmail.com
 4. **Professor Livre** Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG) – dr@waldemar.med.br

Correspondência:

Patrícia Gonçalves Evangelista – Alameda Emílio Póvoa, 151, Vila Redencao, CEP: 74845-250. Goiânia/GO, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

A moralidade das práticas de pesquisa científica tornou-se um dos assuntos principais nas sociedades democráticas e pluralistas contemporâneas, por isso é importante debater tais práticas, trazendo uma reflexão sobre a moralidade das mesmas. Ela constitui um novo campo de estudo multi, inter e transdisciplinar no qual se confrontam e dialogam vários tipos de saberes específicos preocupados em estabelecer quais práticas podem ser consideradas moralmente corretas ou não¹.

Toda pesquisa deve ser fundamentada em recomendações universais como o *Código de Nuremberg* (1947); a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948); a *Declaração de Helsinque* (1964) e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, (1966); o *Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos* (1966); a *Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos* (1997); a *Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos* (2003); a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (2004); e a *Declaração Nacional de Bioética e Direitos Humanos* (2005).

Estes códigos incorporam os referenciais de bioética já conhecidos e consagrados como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e isso é o que vem garantir e assegurar os direitos e deveres dos participantes de pesquisa, que devem ser considerados soberanos em suas decisões.

O objetivo deste estudo é, através de uma revisão bibliográfica, fazer um recorte histórico da bioética com a pesquisa científica.

Recorte histórico

Os primeiros relatos sobre punição a pessoas que, durante o exercício terapêutico, causaram mal a seus pacientes são do Código de Hamurabi, 2000 a.C. No capítulo XII, esse conjunto de leis trata de honorários e penalidades profissionais de médicos, veterinários, barbeiros etc., assim como a Pena de Talião (cujo lema era “olho por olho, dente por dente”), quando ocorria erro médico².

Hipócrates, que nasceu na Grécia, em 460 a.C. é, ainda hoje, considerado o “Pai da Medicina”. Ele estabeleceu em seu juramento o *primun non nocere*, que significa “em primeiro lugar não causar o mal”. Ao analisarmos o Juramento de Hipócrates, à luz dos princípios bioéticos, (Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça) é possível encontrar quase todos, menos a autonomia do paciente³.

Andreas Vesalius (1514-1564) vem quebrar o tabu teológico e moral com o estudo da anatomia humana por meio de cadáveres. A dissecação anatômica do cadáver humano só foi oficialmente autorizada por Clemente VII, em 1537, uma vez que fazê-lo anteriormente era considerado um sacrilégio⁴.

A ciência moderna é iniciada por Galileu (1564-1642) e Francis Bacon (1561-1626), sob a perspectiva de que os avanços científicos trariam benefícios à humanidade através de uma ciência objetiva, benéfica para a sociedade e eticamente neutra⁵.

Thomas Percival, em 1803, baseado na independência e autoridade moral do médico e no cuidado e respeito a seus pacientes, publicou a obra *Medical Ethics: A code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*, sendo reconhecido como o primeiro código de ética médica, por ser a obra que motivou outros países a estabelecerem seus próprios códigos de conduta para os médicos⁶.

Francis Galton, em 1869, com o propósito de aplicar os pressupostos da teoria da seleção natural ao ser humano, reuniu duas expressões gregas, cunhou o termo “eugenia” ou “bem nascido”. A proposta era trazer a ciência genuína sobre a hereditariedade humana, que pudesse, através de instrumentação matemática e biológica, identificar os melhores membros - como se fazia com cavalos, porcos, cães ou qualquer animal -, portadores das melhores características, e estimular a sua reprodução, bem como encontrar os que representavam características degenerativas e, da mesma forma, evitar que se reproduzissem⁷.

Max Weber (1864-1920) defendeu a ideia de que a ciência recebe da sociedade o encargo de solucionar determinados problemas. Weber insistia que era necessário afastar o método científico propriamente dito de toda influência subjetiva, a fim de pesquisar de forma moralmente neutra, sem vieses nem distorções⁵.

Em 1900, Albert Neisser, autor do mais abrangente trabalho experimental sobre sífilis publicado na história, é citado também como uma das mais graves infrações à bioética. Ele injetou, via subcutânea, o soro de um paciente em estágios precoces de sífilis em quatro pacientes do gênero feminino com idade entre 10 a 24 anos. A seguir, injetou, por via endovenosa, 30 ml de amostras de soro de pacientes em várias fases de sífilis em quatro pacientes do gênero feminino, prostitutas, com idade de 17 a 20 anos de idade. Todas desenvolveram sífilis⁸.

Em 1900, o governo da Prússia publicou o Guia para Novas Terapias e Experimentação em Humanos, baseado nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e consentimento, nascendo, assim, a obrigatoriedade de obter o consentimento dos seres humanos objetos da prática de pesquisa e proibindo experimentos em pessoas vulneráveis⁹.

A Escola Estadual Willowbrook foi construída para crianças e adultos com deficiência de desenvolvimento na década de 1930, porém a escola tornou-se uma instituição em que os moradores mais vulneráveis do bairro eram vítimas de abuso, fome e negligência - o oposto de sua intenção. Vários surtos de hepatite foram relatados logo após Willowbrook abrir suas portas e esse cenário continuou por quase uma década. Os surtos deveriam ter levado a um aumento dos cuidados médicos para os residentes, mas, em vez disso, os moradores se tornaram sujeitos de um experimento médico controverso. Adultos e crianças foram conscientemente injetados com o vírus que causa hepatite para um estudo médico. Alguns foram forçados a comer fezes de outros residentes infectados com a doença.

Ainda na Alemanha, foi realizado, em 1930, um teste com vacina BCG em 100 crianças sem a obtenção do consentimento de seus responsáveis para a participação na pesquisa. Esse teste levou à morte de 75 das crianças no transcurso do projeto, sendo este fato conhecido como o Desastre de Lubeck¹⁰.

Em 1933, com a ascensão de Hitler e a Alemanha sob a influência da ideologia nazista, a ciência racial ganha espaço, dando início a uma onda de extermínio generalizado. A medicina abraça a eugenia, o movimento de higiene social e antissemitismo onde 44,8% dos médicos eram afiliados do partido nazista. As atrocidades eram legitimadas pelas conhecidas Leis de Nuremberg, de 1935, que eram, respectivamente: Lei de Proteção do Sangue e da Honra Alemã - âmbito privado. Proibia o casamento, bem como relações sexuais entre alemães e judeus. Os judeus ficavam proibidos de contratar empregadas alemães com idade inferior a 45 anos; Lei da Cidadania do Reich - definia quem seria considerado cidadão alemão; Lei da Bandeira do Reich - tornava a suástica como símbolo integrante da bandeira da Alemanha. As cores alemãs seriam vermelho, branco e preto. Os experimentos eram realizados dentro dos campos de concentração (e o principal nome à frente desses estudos era Josef Mengele, em Auschwitz, na Polônia), tais como:

- **Congelamento:** as vítimas eram submersas em água semicongelada ou expostas nuas no gelo para calcular a resistência máxima do ser humano ao frio. Mesmo após a morte por hipotermia, os experimentos continuavam: eram testados métodos de reanimação.
- **Aquecimento:** assim como os testes de congelamento, os de aquecimento previam determinar o limite do corpo humano diante do aumento de temperatura. Os prisioneiros foram submetidos a luzes incandescentes ou caldeirões com água fervente, muitas vezes, logo após quase terem sido congelados (para tentativa de reanimação no quase-morte). Morriam queimados ou com o sangue fervido irrigando todo o corpo e matando as células.
- **Estilhaços:** Herta Oberheuser inseria nas vítimas pregos, cacos de vidro, serragem e lascas de madeira para simular as condições de luta dos soldados. Utilizou injeções de óleo e evipan para assassinar crianças, removendo, em seguida, os seus órgãos para análise. O intervalo entre a injeção e a morte variava entre 3 e 5 minutos, estando a pessoa perfeitamente consciente até o último momento.
- **Água do mar:** um grupo de 90 ciganos foi deixado em uma câmara, recebendo apenas

pouco alimento e água do mar. De tão desidratados, eles eram vistos lambendo os azulejos recém-lavados no desespero de absorver qualquer resquício de água potável.

- **Pressão:** a fim de saber a altitude segura para os soldados, os médicos nazistas submetiam os presos a testes de pressão onde, geralmente, eles perdiam a consciência ou morriam com convulsões por excessiva pressão intracraniana. A maioria morria durante os experimentos, e os demais foram executados logo depois.
- **Dissecação de vivos:** para tentar identificar alterações físicas, pessoas mestiças foram dissecadas ainda com vida.
- **Diferença “racial”:** pessoas de diferentes etnias foram infectadas com as mesmas doenças para que os médicos analisassem a evolução da enfermidade em cada “raça”.
- **Fome:** milhares de prisioneiros, inclusive muitas crianças, foram deixados sem alimento em testes de subnutrição.
- **Doenças:** com a finalidade de se encontrar a cura da malária, tifo, tuberculose, febre amarela, febre tifoide e hepatite, milhares de presos foram deliberadamente infectados com as doenças. A maioria faleceu, e outros ainda eram dissecados vivos para que os médicos pudessem estudar a doença se espalhando pelo corpo.
- **Regeneração:** os médicos nazistas causavam propositalmente nos prisioneiros fraturas, infecções, executavam enxertos ósseos ou amputações (tudo sem anestesia) seguidas de tentativas de reimplantes para registrar como o corpo se regenerava.
- **Venenos:** para registrar a reação do corpo humano a alguns compostos, assim como tentar achar o antídoto, prisioneiros foram envenenados. Os que não morreram após convulsões e outros efeitos foram mortos para análise. O mesmo foi feito com o gás mostarda, que causa queimaduras horríveis, e injeções de óleo em crianças, que, posteriormente, tinham os órgãos levados para análise.
- **Gêmeos:** 3.000 gêmeos foram utilizados em pesquisas. Apenas 180 sobreviveram¹¹.

Sob o patrocínio do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, iniciou-se, em 1932-1972, o estudo do curso natural da sífilis em uma população afro-americana em Tuskegee. A pesquisa foi realizada com 600 homens sífilíticos como cobaias. Os doentes envolvidos não foram informados sobre seu diagnóstico e jamais deram seu consentimento para participar da experiência. Ao final do experimento Tuskegee, apenas 74 pacientes ainda estavam vivos; outros 25 tinham morrido diretamente de sífilis; 100 morreram de complicações relacionadas com a doença¹².

Em 1960, um estudo injetou células cancerosas sem conhecimento em pacientes e foi título de primeira página do New York World em 20 de janeiro de 1964, chocando os leitores. A acusação impressionante era que o hospital judaico da doença crônica de Brooklyn, conhecido por servir uma população idosa e aqueles que necessitavam de cuidados físicos a longo prazo, foi “conduzindo experimentos de câncer em pacientes não cancerosos desavisados.” Esperava-se, com o experimento, iniciar uma “avaliação do estado imunológico de pacientes com doenças crônicas não neoplásicas, como revelado pela rapidez de rejeição do câncer de células subcutâneas homoenxertos”, ou seja, avaliar se os sistemas imunológicos de indivíduos debilitados reagiriam diferentemente da introdução de células cancerosas em pessoas saudáveis. O projeto estava propondo uma continuação dos estudos de câncer já realizados pelo autor, que já havia trabalhado na África injetando uma variedade de vírus raros e comuns, incluindo os de caxumba, dengue, Nilo Ocidental e o vírus da floresta Semliki, em doentes gravemente afetados pelo câncer. Southam também realizou experimentos de células cancerosas em mais de 100 prisioneiros saudáveis em uma penitenciária estadual de Ohio. Em seu estudo no Brooklyn, Southam e seus parceiros JCDH decidiram evitar “a fobia e ignorância que rodeiam a palavra câncer” dizendo aos pacientes que “eles estavam recebendo células humanas crescendo em tubos de ensaio”. Ao longo das décadas, houve inúmeros exemplos de pesquisadores igualmente envolvidos na experimentação antiética, colocando em risco as vidas de indivíduos mal informados e vulneráveis¹³.

Também houve um estudo iniciado em 1991, com 1691 mulheres com eclampsia, comparando o uso do sulfato de magnésio versus Diazepam, incluindo mulheres na Argentina, Brasil, Colômbia, Gana, Índia, Uganda, Venezuela e Zimbábue. E outro, em 1992, comparando sulfato de magnésio versus fenitoína, com 777 mulheres na África do Sul e na Índia¹⁴, mesmo sabendo que o sulfato de magnésio é superior.

Três importantes instituições norte-americanas - Fundação Bill & Melinda Gates, Instituto Nacional de Saúde (NIH) e Centro de Controle de Doenças (CDC) - iniciaram, de forma independente, três estudos para avaliar a eficácia do tenofovir (TDF) na prevenção da transmissão sexual do vírus HIV, utilizando uma polêmica estratégia chamada de profilaxia pré-exposição, que consiste em receber doses diárias do antiretroviral para prevenir a infecção em caso de um possível contato com o vírus. Pacientes foram recrutados com notícias incorretas que era um teste de vacina contra o HIV. O estudo foi descontinuado¹⁵.

Considerações finais

Os avanços científicos e tecnológicos exigem a realização de estudos clínicos, sejam para fármacos, equipamentos e materiais. Ao analisarmos os preceitos históricos, percebe-se que, mesmo com a implantação de leis e diretrizes que regulamentam as pesquisas em seres humanos, estas ainda não conseguem ser instrumentos totalmente eficazes na garantia de segurança, integridade e respeito aos participantes das pesquisas. Novos mecanismos devem ser implementados e deve haver uma participação maior da sociedade, do meio fiscalizador e das leis, estimulados para andarem em conjunto, garantindo a soberania do participante. É preciso avançar respeitando os preceitos da bioética.

Referências

- Schramm FR. A Moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2004; 9 (3): 773-784. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320040003&lng=pt&nrm=iso
- Neves NMBC. Códigos de conduta: abordagem histórica da sistematização do pensar ético. *Revista Bioética* [Internet]. 2008; 16 (1): 109-15. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/59
- Machado Filho C. O juramento de Hipócrates e o Código de Ética Médica. *Residência pediátrica* [Internet]. 2016; 6 (1): 45-46. Disponível: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/194/o-juramento-de-hipocrates-e-o-codigo-de-etica-medica>
- Gomes MM, Moscovici M, Engelhardt E. Andreas Vesalius como neuroanatomista inovador renascentista: seu 5º centenário de nascimento. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* [Internet], 2015; 73 (2): 155-158. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2015000200155&script=sci_abstract&tlng=pt
- Kottow, M. História da ética em pesquisa com seres humanos. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde* [Internet]. Rio de Janeiro. 2008 dez; 2 (supl. Ética em Pesquisa). Disponível: https://www.academia.edu/33120237/Hist%C3%B3ria_da_%C3%A9tica_em_pesquisa_com_seres_humanos
- D'Ávila RL. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2010; 10 (supl. 2): s399-s408. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600019
- Del Cont V. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. *Scientiae Studia* [Internet]. São Paulo. 2008 jun; 6 (2): 201-218. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-31662008000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Ligon BL. Albert Ludwig Sigismund Neisser: discoverer of the cause of gonorrhoea. In: *Seminars in pediatric infectious diseases*. WB Saunders; 2005. p. 336-341.
- Vollmann J, Winau R. Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *BMJ*. 1996; 313 (7070):1445-9.
- The Lubeck Disaster. *Science*. 1930; 72 (1860): 198-9.

Recorte histórico da bioética

11. Cornwell J. Os Cientistas de Hitler. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
12. Caplan AL. Quando a medicina enlouqueceu. A bioética e o holocausto. Lisboa: Instituto Piaget; 1992. p. 365.
13. Hornblum AM, Newman J, Dober G. Against Their Will: The Secret History of Medical Experimentation on Children in Cold War America. Estados Unidos: St. Martin's Press. December, 2013.
14. The Eclampsia Trial Collaborative. Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. The Lancet [Internet]. 1995 jun; 345 (8963): 1455-1463. Disponível: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(95\)91034-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(95)91034-4/fulltext)
15. Rachlis B et. al. Media reporting of tenofovir trials in Cambodia and Cameroon. BMC International Health and Human Rights [Internet]. 2005; 5 (6): 1472-698X-5-6. Disponível: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-5-6>

Recebido em: 19/9/2019

Revisões requeridas: 27/09/2019

Aprovado em: 08/10/2019

Editorial.....	1
-----------------------	----------

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

Prontuário médico: uma revisão bibliográfica.....	2
--	----------

Medical record: a bibliographic review

Rui Gilberto Ferreira, Matheus Ferreira Gonçalves, Thaynara de Moraes Pacheco, Sarah Hasimyan Ferreira, Luisa Hasimyan Ferreira, Breno Hermann Ferreira Gondim, Bruno Oliveira Araujo Rosas

Considerações éticas e bioéticas em reprodução humana assistida	9
--	----------

Ethical and bioethical considerations in assisted human reproduction techniques

Rafaela Paula Marciano, Geórgia Dias dos Santos, Giovanna Karla da Silva Santos, Nara Siqueira Damaceno, Waldemar Naves do Amaral

Bioética – A medicina como prática da bioeducação – O ver Aristotélico da vida para a vida	19
---	-----------

Bioethics - Medicine as a bioeducation practice - Aristotelian seeing from life to life

Clecio Paulo Carneiro Filho

Autonomia do casal sem filhos	31
--	-----------

Autonomy of the childless couple

Fernanda Machado Brandão, Rafaela Rodrigues Milhomens, Patrícia Gonçalves Evangelista, Selma Montefusco

Telemedicina e bioética: o futuro é agora	41
--	-----------

Telemedicine and bioethics: the future is now

Júlia Português Almeida, Lorena Tassara Quirino Vieira, Lucas Tadeu Gonzaga Diniz, Mercielle Ferreira Silva Martinelle

A vida humana em laboratório	46
---	-----------

Human life in laboratory

Fernanda Rocha Couto Laureano, Waldemar Naves do Amaral

Recorte histórico da bioética	51
--	-----------

Bioethics background

Patrícia Gonçalves Evangelista, Bruna Abreu Ramos, Tárík Kassem Saidah, Waldemar Naves do Amaral

