

Edmund Pellegrino: moralidade médica e a teoria do consenso moral

Ivan Dieb Miziara¹, Carmen Silvia Molleis Galego Miziara²

Resumo

Os autores apresentam e comentam as ideias de Edmund Pellegrino, bioeticista nascido em New Jersey, Estados Unidos, acerca da existência de moralidade interna à medicina, relacionada ao fim inerente à arte médica, ou seja, a cura do paciente, assim como a moralidade externa à medicina, que diz respeito a todos os outros aspectos da atividade médica cujo propósito final não seja a cura do paciente. Apresentam também os comentários de outros eticistas, contra ou a favor dos argumentos apresentados por Pellegrino, e comparam aspectos da referida moralidade externa à teoria do consenso moral desenvolvida anteriormente pelos autores.

Palavras-chave: Ética médica. Consenso. Princípios morais. Medicina. Bioética. Eticistas.

Resumen

Edmund Pellegrino: moralidad médica y la teoría del consenso moral

Los autores presentan y comentan las ideas de Edmund Pellegrino, bioeticista nacido en New Jersey, Estados Unidos, acerca de la existencia de una moralidad interna de la medicina, relacionada con el fin inherente al arte médico, es decir, la cura del paciente, así como sobre la existencia de una moralidad externa a la medicina, que se relaciona con todos los demás aspectos de la actividad médica, cuyo propósito final no sea la cura del paciente. Presentan también los comentarios de otros eticistas, en contra o a favor de los argumentos presentados por Pellegrino, y comparan aspectos de la mencionada moralidad externa con la teoría del consenso moral desarrollada anteriormente por los autores.

Palabras clave: Ética médica. Consenso. Principios morales. Medicina. Bioética. Eticistas.

Abstract

Edmund Pellegrino: medical morality and moral consensus theory

The authors present and comment on the ideas of Edmund Pellegrino, a bioethics specialist born in New Jersey, USA, regarding the existence of a morality intrinsic to medicine, related to the inherent goal of the medical art, that is, the cure of the patient, as well as the existence of a morality external to medicine, which concerns all other aspects of medical activity whose ultimate purpose is not the cure of the patient. The authors also present the comments of other ethicists, for or against the arguments presented by Pellegrino, and compare aspects of this external morality to the moral consensus theory previously developed by the authors.

Keywords: Ethics medical. Consensus. Morals. Medicine. Bioethics. Ethicists.

1. **Doutor** miz@uol.com.br – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP 2. **Doutora** carmen.miziara@hc.fm.usp.br – Faculdade de Medicina do ABC, Santo André/SP, Brasil.

Correspondência

Ivan Dieb Miziara – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César CEP 01246-903. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Edmund Pellegrino, bioeticista cujos escritos foram muito influenciados pelos filósofos gregos Aristóteles e Platão, sempre foi um pensador da ética e, notadamente, da ética inerente à prática médica. Em verdade, sua grande busca – no decorrer de uma carreira dedicada a esmiuçar os diversos níveis de moralidade presentes nas relações entre médicos e pacientes –, foi lançar alicerces para a existência da hipotética filosofia da medicina. Além disso, Pellegrino sempre foi interessado na resolução de conflitos morais. Em suas palavras: *O discurso ético foi alterado por Kant, Mill, Hume e Bentham, que modificaram o foco primário de como uma pessoa boa deve agir para um foco em como resolver conflitos morais expressos em escolhas morais difíceis*¹.

Moralidades

No terreno da moralidade propriamente dita, Pellegrino lançou mão em alguns de seus estudos^{2,3} de uma construção teleológica (no sentido aristotélico-tomista) para estabelecer que a medicina possui duas formas de moralidade. A primeira delas é a que denominou “moralidade interna”, aquela que deriva dos próprios fins que o médico deve perseguir em relação ao paciente. Fundindo o conceito aristotélico de “bom” (ou seja, aquilo que qualquer forma de arte ou atividade prática deve perseguir) com o conceito platônico de que a saúde é inegavelmente um bem a ser perseguido pela prática médica, o autor propôs que a natureza da atividade médica, *suas virtudes e benefícios são definidos como fins da medicina em si mesmo*⁴.

Pellegrino sustenta que a finalidade da medicina – curar – determina as virtudes e as obrigações do profissional de saúde (ou seja, o fim mesmo da medicina é que determina internamente toda a ética que norteia a prática médica). Afirma que converter ou assimilar a medicina para outros fins – por exemplo, econômico – é transformá-la e pervertê-la. Qualquer outra finalidade além da cura é externa à medicina⁴. Do ponto de vista ortodoxo, poder-se-ia dizer que esse é o conceito hipocrático clássico das obrigações a que o médico está sujeito no exercício de sua arte.

O conceito de que a moralidade interna à medicina seja aceitável apenas pelo fato de assimilar a tradição ou os costumes durante séculos ou de ser sancionada pelas associações médicas é renegado por Pellegrino⁵. Ele insiste que qualquer moralidade interna à prática médica deve ser fiel à

finalidade verdadeira da arte – curar – e sugere a *reconstrução da moralidade médica como a interação de três facetas do relacionamento médico-paciente – o fato da doença; a ação do profissional; e a ação boa ou má para um paciente*¹.

Conforme afirma Tom Beauchamp⁶, para Pellegrino o médico pode igualmente ter objetivos e propósitos na prática médica que não estejam formalmente atrelados ao “propósito final” da profissão. No entanto, considera esses objetivos como *externos*, sendo que ordens de não ressuscitar, aborto, avaliações psiquiátricas com fins forenses, autopsias, circuncisão e racionalização do uso de sistemas de suporte à vida em unidade de terapia intensiva poderiam ser exemplos de seu pensamento. Ou seja, como os exemplos dados – e demais situações análogas – nem sempre estão atrelados à cura, objetivo final da medicina, seriam então fins “externos” à prática médica.

No entanto, Pellegrino⁵ vez por outra parece acreditar, talvez forçado pelas circunstâncias que condicionam a evolução dos conceitos éticos, que pelo menos um paradigma externo à medicina – a beneficência – também faça parte de todos os paradigmas internos à profissão. Para o autor, os médicos modernos têm certa dificuldade em relação ao princípio de respeito à autonomia do paciente, pois “erroneamente interpretam como sendo em oposição à beneficência”⁷.

Beneficência: paradigma externo ou interno à medicina?

Para Beauchamp, a beneficência é paradigma externo à medicina⁸, enquanto na visão de Pellegrino ela é paradigma *interno* [destaque nosso] à prática médica, exclusivamente orientada para a cura do paciente. Obviamente, trata-se de simplificação do conceito de beneficência, limitando o que se possa considerar realmente benéfico para o paciente – que, na concepção de Pellegrino, não incluiria, para citar apenas dois exemplos levantados por Beauchamp⁶, ações médicas como controle da reprodução ou eutanásia.

Essa simplificação é a parte mais importante do conceito ético de Pellegrino. Porém, como se vê, é também seu “calcanhar de aquiles”. Tomando a beneficência como princípio moral central à prática médica e assumindo que os médicos tenham a obrigação de prover as diversas formas de benefício a seus pacientes, não existe outra razão moral para que sejam impedidos de realizar ações cujo único

fim seja beneficiar o paciente. Dessa forma, tanto pacientes como a sociedade podem encarar controle da reprodução, suicídio assistido, abortamento, esterilização e outras áreas da prática médica como benefícios importantes aos pacientes que os médicos têm o dever de proporcionar.

Note-se que nenhuma das práticas citadas pode se encaixar no conceito pellegriniano de cura do paciente. Além disso, existem fatores culturais e religiosos envolvidos nessas questões – o que alguns podem encarar como “cura” pode ser para outros terminantemente proibido ou inaceitável por motivos religiosos ou morais. Todavia, voltamos a frisar, a questão central nessa contradição reside no fato de Pellegrino encarar a cura como essência da arte médica. Como afirma Beauchamp, *não acredito ser possível precisar nesse modelo, ou em qualquer modelo, onde a medicina termina e onde as atividades não médicas começam*⁸.

Esse conceito de “cura” baseado na visão da doença, muito em voga entre leigos e mesmo em escolas médicas, não fornece limites precisos para o que seja a medicina. Desde os tempos de Hipócrates, que enunciou “curar às vezes, consolar sempre”, o conceito é vago, o que subjugava essa visão limitadora de beneficência apenas como cura – principalmente em sociedade plural como a que vivemos nesta era de globalização cultural.

É uma visão limitadora também porque não leva em conta muitas atividades da prática médica que podem trazer benefícios aos pacientes, enquanto indivíduos, e à sociedade como um todo. Como exemplos, pode-se citar a suspensão de tratamentos fúteis e danosos, execução de decisões prévias à internação (como o direito de não ser reanimado), alívio da dor e do sofrimento em situações de cuidados paliativos etc.⁹.

Medicina como atividade neutra

Brody e Miller¹⁰ também criticam a postura de Pellegrino e postulam que a medicina não é atividade neutra, mas, sim, comprometida moralmente com regras próprias, as quais derivam dos objetivos específicos da arte, de deveres e das virtudes próprias dos profissionais que a praticam. Em outras palavras, derivam da *moralidade interna da medicina, à qual os médicos devem aderir*, como afirma Beauchamp¹¹.

Assim, a integridade, por exemplo, é virtude característica da profissão, enfatizada pelo convívio social, que, no dizer de Brody e Miller¹⁰, baliza

a expressão individual do médico. Em nosso meio, ainda no século XX, Flaminio Fávero explicitava essa questão com sábia propriedade:

*O médico, no seio da coletividade, deve ser orientado pelos princípios da ética geral e particular, como homem, (...) mas, pelo fato de sua investidura profissional é forçado a subordinar-se igualmente a um conjunto de preceitos moldados pela feição especial do próprio exercício de sua atividade e instituídos tácita ou expressamente, à sombra do senso comum ou, melhor, do bom senso, da razão e da ordem. Estes preceitos dizem com as relações do médico consigo mesmo, com os clientes, com os colegas e com a sociedade*¹².

Entretanto, apesar de reconhecer a incorporação dessas virtudes à prática médica, Beauchamp contrapõe que *uma moralidade interna à medicina notoriamente pode não ser ampla, coerente ou mesmo moralmente aceitável. Tradição e paradigmas profissionais não são garantia de adequação moral mínima*¹¹, afirma. Por isso mesmo, Brody e Miller¹⁰ distinguem as normas morais apropriadas à medicina daquelas recomendações dogmáticas e não sistemáticas encontradas em muitos códigos profissionais de ética médica.

Esses autores¹⁰ argumentam que, em linhas gerais, a prática médica apresenta contornos nem sempre bem definidos e que pode ser socialmente controversa em muitas oportunidades. Isso implica que a moralidade interna da medicina não é ampla o bastante para abrigar a evolução social: *mesmo o cerne da moralidade médica deve ser cuidadosamente reavaliado e reconstruído de tempos em tempos, e essa reconstrução deve ser feita por personagens que vivem na sociedade moderna, que são inevitavelmente influenciados pelos valores sociais vigentes e pelo modo como a história é interpretada*¹³.

Além disso, essa própria moralidade interna muitas vezes é questionada em sua origem. Robert Veatch¹⁴ afirma a necessidade de revisar velhos conceitos hipocráticos e códigos escritos por organizações médicas profissionais para se verificar a autoridade dos profissionais em estabelecer normas morais legítimas para seu grupo. A isso adicionamos nossa interpretação¹⁵ de que a moralidade interna da medicina é mesmo reavaliada e modificada de tempos em tempos. No entanto, a forma como essa reavaliação e reestruturação são feitas depende de “consenso moral” estabelecido pelos vários componentes da sociedade em que os médicos vivem e da correlação de forças políticas entre eles. Tanto a tese de Brody e Miller¹⁰ como nossa teoria¹⁵ do

“consenso moral” (termo que já poderia ter sido visto na obra de Jonsen, Siegler e Winslade¹⁶) levam à legitimação da influência de paradigmas externos sobre a moralidade médica.

Brody e Miller¹⁰ defendem que a moralidade interna da medicina deve ser reavaliada ou reconstruída de acordo com as demandas da sociedade moderna. Os autores especulam que mesmo a prática do suicídio assistido pelo médico pode ser compatível com a moralidade interna da medicina, ainda que a tradição médica condene essa atividade de forma enfática. Afirmam eles: *médicos de hoje (legitimamente) concluem que muita coisa mudou desde o tempo de Hipócrates (...) e na reconstrução da moralidade interna da medicina, em certas circunstâncias definidas, pode ser permitida*¹³.

Beneficência de acordo com a perspectiva analisada

Essa é questão que, em última análise, coloca novamente em xeque a certeza do princípio da beneficência como pedra de toque da moralidade interna da prática médica, ou, simplificando, daquilo que se acredita ser benéfico ao paciente. Como diz Robert Veatch¹⁷, o entendimento do benefício pode mudar conforme a perspectiva analisada. O benefício objetivo, para o autor, é aquele verdadeiro, independentemente de quem realiza o ato, enquanto o subjetivo seria variável e baseado no entendimento de quem pratica a ação. Portanto, há divergência de opiniões acerca do juízo de valor entre o que venha a ser ato bom ou causador de dano. Na visão de Veatch¹⁷, a subjetividade deve ser levada em consideração e ato bom pode ser definido como *aquilo desejado por quem realiza o ato ou preferido por quem realiza esse ato*¹⁸.

Do ponto de vista utilitarista é necessário entender o que é bom resultado. *Devemos fazê-lo tentando eliminar, ou ao menos neutralizar, vieses e perspectivas especiais ao decidirmos o que um bom resultado poderia ser*¹⁹. Uma possibilidade, para Veatch¹⁷, seria o consenso estabelecido por várias pessoas e não a opinião de um único médico sobre o que seria bom resultado. Assim, a consideração médica deve estar integrada à participação do paciente e/ou de outras partes envolvidas no processo¹⁴.

De modo geral, tanto as teses de Brody e Miller¹⁰ como os conceitos de Veatch^{14,17} e suas linhas argumentativas mais excluem do que criam suporte à existência da moralidade interna da medicina. Efetivamente, esses autores admitem que

paradigmas internos da moralidade médica podem ser voláteis e subjetivos, enquanto alguns paradigmas externos podem ser, como afirma Beauchamp, *profundos e essenciais*²⁰. É de se notar que, como querem Brody e Miller¹⁰, a reconstrução da moralidade médica para acomodar o suicídio assistido não deverá contar com o apoio dos paradigmas internos da moralidade médica.

Embora seja situação bastante complexa, a assistência do médico ao suicídio de paciente em fase terminal não deveria ser ajuizada como imoral, mas entendida como algo que vai de encontro ao que se espera do cuidado médico. Essa decisão deve, portanto, ser considerada alternativa flexível aos cuidados recomendados e amplamente discutida em todos os seus aspectos²¹.

Teoria do consenso moral

A visão de Wanzer e colaboradores²¹ se aproxima bastante de nossa teoria do consenso moral, desenvolvida inicialmente para pensar questões relativas à legalização do abortamento e da eutanásia em nosso meio. Assim como afirmamos em relação ao consenso moral, as maiores mudanças nos aspectos morais da prática médica (no Brasil e no mundo) ocorridas no último quarto do século XX resultaram de pressões realizadas pela sociedade ou por grupos sociais majoritários presentes no debate ético¹⁵. Para Wanzer e colaboradores, alterações no comportamento social em relação ao direito de morrer do paciente muitas vezes se antecipam às atitudes dos legisladores e dos tribunais, assim como dos prestadores de saúde²¹.

Necessidades específicas da comunidade, e, portanto, extrínsecas à moralidade médica tradicional, motivaram mudanças nas normas de conduta dirigidas aos médicos (como o respeito à autonomia e à dignidade das pessoas, a não utilização de meios fúteis de prolongamento da vida, a obtenção de consentimento dos participantes de pesquisas etc.). Em outras palavras, consenso moral desenvolvido no seio de determinado grupo social, motivado por necessidades específicas daquela comunidade, é capaz de alterar de forma dinâmica a moralidade interna da prática médica naquela sociedade.

Para Charlotte Paul²², a moralidade interna tem por base o comportamento esperado do profissional médico durante suas atividades diárias. Essa adequação de comportamento profissional é aprendida e compartilhada com outros profissionais, nem sempre de forma escrita. Por outro lado,

a moral externa seria o reflexo do *ethos* da sociedade em geral²³.

Para Beauchamp, a moralidade externa tem papel primordial nessa dinâmica: *a conclusão desse fato não é que um conjunto de normas da moralidade interna desenvolvida por e para os médicos seja inconsequente, mas apenas que esta moralidade não é autojustificada por suas normas internas*²³. O autor complementa indagando: *quais paradigmas externos, se é que existem, explicam e justificam modificações na moralidade médica?*²³. Segundo essa perspectiva, e reforçando a tese de Paul²², a influência da sociedade quanto ao aspecto de opinião pública, de leis, de instituições religiosas e da própria ética filosófica é incontestável fonte de moralidade externa⁶. Ou mesmo, acrescentamos, refletem questões ainda não contempladas por análise moral consensual, como os já referidos casos de abortamento e eutanásia¹⁵.

Nesse aspecto, Beauchamp⁶ reforça a ideia de que existe uma terceira forma de abordagem que incorpora elementos tanto do que ele denomina “internalismo” quanto do “externalismo”. Dessa forma, existe flexibilidade entre compromissos morais tradicionais e modernos, adaptados de acordo com as diversas culturas, pessoas e grupos. Considera que um pluralismo moral secular intratável permeia o mundo moderno, fazendo com que compromissos morais sejam implementados de diferentes formas em diversas culturas e grupos (e até em decisões individuais).

Assim, cada comunidade ou grupo fornece à medicina padrões externos que podem influenciar sua finalidade universal e como servirá a pacientes e público. *Esses padrões externos são incorporados à moralidade interna da medicina em determinada cultura*, afirma Beauchamp²⁴. Em outras palavras, pode-se deduzir que os padrões morais de determinada cultura são incorporados gradativamente à moralidade interna da medicina, modificando-a com a evolução do pensamento inerente àquele *corpus* social.

Esse conceito, também muito semelhante ao nosso de consenso moral¹⁵, foi mais bem desenvolvido por Engelhardt e Wildes²³. Na visão de Beauchamp⁶, entretanto, as ideias desses autores (assim como as nossas) falham ao não reconhecer que mesmo em culturas diferentes (como o judaísmo ortodoxo, o catolicismo romano ou o hinduísmo) os fins de beneficência da arte médica permanecem os mesmos. Outros críticos acusaram ao mesmo autores de terem elaborado uma teoria

política, e não filosófica/moral. Essa acusação, que também sofremos, a nosso ver é feita de forma errônea. Isso porque o fato de incorporar elementos culturais às influências sofridas pela moralidade externa da medicina é conclusão óbvia do processo de assimilação e não diminui em nada sua concepção inicial de como se dá essa “internalização” de padrões externos da moralidade médica.

Reconhecemos, enfim, que a primeira crítica formulada por Beauchamp (isto é, de que mesmo em diferentes culturas e grupos sociais os fins da medicina permanecem bastante similares) traz questionamento importante acerca da verdadeira força da “moralidade externa” sobre a “moralidade interna” da medicina, e demonstra apenas certa contradição latente nas ideias de Engelhardt e Wildes²³ e em nossa teoria do consenso moral¹⁵. Afinal, se diferentes grupos socioculturais, de um modo ou outro, mantêm visão similar dos fins da medicina, seria possível deduzir que talvez essas influências externas não sejam assim tão importantes, porém meramente pontuais e específicas em determinados casos e situações.

Por outro lado, consideramos que de modo algum essa crítica invalida as ideias de Engelhardt e Wildes²³ ou as nossas¹⁵. Ao contrário, apenas reforça, uma vez que não estamos tratando específica e isoladamente da moralidade interna à medicina, e sim de como fatores que forjam a moralidade externa à prática médica acabam sendo incorporados à sua moralidade interna, assumindo assim o caráter de beneficência ao paciente, ou, em outras palavras, de ato bom – tendo em vista o resultado favorável esperado e obtido pelo paciente.

Explicando melhor: supondo-se que o abortamento ou a eutanásia sejam incorporados, em determinado grupo social, à moralidade externa da medicina, e, por conseguinte, à moralidade interna da prática médica nesse mesmo grupo social, de imediato essas ações passarão a ser vistas como atos bons executados em benefício dos pacientes.

Este é ponto nevrálgico que surge no seio das questões morais de nosso tempo. A implementação de práticas médicas abolidas durante muito tempo em grupos sociais depende de alterações na moralidade externa à medicina. E as alterações nessa moralidade externa, e mesmo no conceito que se possa fazer de “beneficência”, ou do que seja agir em benefício de paciente, ou do que seja ato bom, depende de correlação de forças morais que se embatem no interior de uma sociedade culturalmente heterogênea, em que a visão predominante é influente.

Considerações finais

Desse modo, talvez sejamos, ao fim e ao cabo, obrigados a concordar com a visão aristotélica de Pellegrino de que a medicina, por ser arte eminentemente prática, carregue seus fins em si mesma, exigindo de seu praticante tão somente a virtude kantiana essencial de agir sempre colocando o paciente como fim e jamais como meio. Isso implica praticar a medicina visando tão somente o benefício daquele

que sofre, e, nunca é demais repetir, com seu consentimento prévio²⁵. Visto por esse ângulo, concluímos que a ótica pellegriniana, apesar de diversas críticas, como aquelas que citamos anteriormente, mostrou-se sempre mais dinâmica do que sugeria de início, e mais complexo do que muitos poderiam supor. Ademais, parece claro que há pontos coincidentes entre a visão de Engelhardt e Wildes, a nossa teoria do consenso moral e aquilo que Pellegrino define como moralidade externa à medicina.

Referências

1. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Washington: Georgetown University Press; 1996. p. 8-9.
2. Pellegrino ED. The healing relationship: the architectonics of clinical medicine. In: Shelp EE, editor. The clinical encounter: the moral fabric of the patient-physician relationship. Dordrecht: Springer; 1983. p. 153-72.
3. Pellegrino ED. The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2008. p. 63
4. Pellegrino ED. Op. cit. 2008. p. 66.
5. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: a 30-year retrospective. *Jama*. 1993;269(9):1158-62.
6. Beauchamp TL. Internal and external standards for medical morality. *J Med Philos*. 2001;26(6):601-19.
7. Pellegrino ED. Op. cit. 1993. p. 1160.
8. Beauchamp TL. Op. cit. p. 603.
9. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988. p. 7-8.
10. Brody H, Miller FG. The internal morality of medicine: explication and application to managed care. *J Med Philos*. 1998;23(4):384-410.
11. Beauchamp TL. Op. cit. p. 605.
12. Fávero F. Medicina legal. 9ª ed. São Paulo: Livraria Martins; 1973. p. 5.
13. Brody H, Miller FG. Op. cit. p. 397.
14. Veatch RM. Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict. Washington: Georgetown University Press; 2012. p. 4.
15. Miziara ID, Miziara CS. Moral consensus theory: paradigm cases of abortion and orthothanasia in Brazil. *Indian J Med Ethics*. 2013;10(1):58-61.
16. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 7ª ed. New York: McGraw Hill; 2010.
17. Veatch RM. The basics of bioethics. 3ª ed. New York: Routledge; 2012. p. 47.
18. Veatch RM. Op. cit. p. 48.
19. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Op. cit. p. 17.
20. Beauchamp TL. Op. cit. p. 606.
21. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, Cassel CK, Cassem EH, Cranford RE *et al*. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients: a second look. *N Engl J Med*. 1989;320(13):844-9.
22. Paul C. Internal and external morality of medicine: lessons from New Zealand. *BMJ*. 2000;320:499.
23. Engelhardt HT, Wildes KW. The four principles of health care ethics and post-modernity: why a libertarian interpretation is unavoidable. In: Gillon R, editor. Principles of health care ethics. London: Wiley; 1994. p. 135-48.
24. Beauchamp TL. Op. cit. p. 609.
25. Miziara ID. Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(4):312-5.

Participação dos autores

Ambos os autores participaram da idealização do projeto, desenho do estudo, levantamento bibliográfico, elaboração do texto e formatação.

