

Reflexões sobre a ética médica, a bioética e a realidade brasileira

Thiago Paes de Barros De Luccia

Resumo Este artigo busca retomar a reflexão sobre a ética de um ponto de vista universal e também discutir questões mais particulares condizentes à ética médica, à bioética e à realidade brasileira. No campo mais específico da ética da saúde ressalta alguns tópicos, como: modalidades de estudos científicos, políticas de saúde pública e propaganda de medicamentos. Relacionando a ética filosófica à ética da saúde, há mais fundamentos para ações reflexivas e criativas que têm importante papel no processo social.

Palavras-chave: Ética médica. Bioética. Filosofia. Política.



Thiago Paes de Barros De Luccia

Bacharel em Filosofia e médico residente pelo programa de pós-graduação de Medicina de Família e Comunidade, Universidade de São Paulo (USP)

Conheci o bem e o mal, o pecado e a virtude, o certo e o errado; julguei e fui julgado; passei pelo nascimento e pela morte, pela alegria e pelo sofrimento, pelo céu e pelo inferno; e no final reconheci que estou em tudo e que tudo vive em mim.

Thorwald Dethlefsen e Rudiger Dahlke¹

Sobre a ética

De forma simplista, podemos entender por ética a área do conhecimento que diz respeito à conduta humana dividida entre o *bem* e o *mal*. É um campo do conhecimento que, por ser *humano, demasiado humano*, abarca criticamente nossa atuação mundana sob diversos aspectos. A alusão à obra de Nietzsche deixa claro que não nos cabe ponderar sobre a eticidade de um leão prestes a atacar sua presa na savana.

Até onde sabemos, nos cabe, como humanos, tal ponderação.

A reflexão sobre o *bem* e o *mal*, que a princípio parece reflexão dicotômica obsoleta, não nos pode fugir porque o processo social tem nas ações humanas seus elementos básicos. Os atos humanos compreendem o valor da escolha, as necessidades e possibilidades historicamente construídas. É da relação entre os atos particulares dos indivíduos e a sociedade que surge a exigência de avaliação, a preocupação tanto com as escolhas quanto com as consequências das condutas humanas. Esta necessidade de apreciação é o terreno da ética.

Haja vista que se entende a ética na dimensão da inter-relação humana, uma pergunta inicial pode ser feita: que tipos de relações sociais estão sendo produzidas em nossa realidade político-econômica capitalista? Quais são as consequências de tais relações na área da saúde, por exemplo?

Sartre, em seu texto *Determinação e liberdade*², colocou a seguinte questão: *o que é a experiência ética na sua objetividade?* Para respondê-la, começa por *eliminar as morais imperativas, que seriam, em conjunto, tentativas de unificar as prescrições empíricas de seu próprio tempo, tentativas de reconstruir as “tábuas de valores” ou os imperativos, objetivando sob forma ética (portanto universal) impulsos subjetivos e singulares.* Uma vez afastadas tais morais imperativas, o que sobraría? E o próprio Sartre responde: *sobram os objetivos sociais que têm em comum uma certa estrutura ontológica a qual chamaremos de norma. Tais*

*objetos são diversos: há as instituições, em particular as leis que prescrevem a conduta e definem as sanções; há os costumes não codificados e sim difusos que se manifestam, objetivamente, como imperativos sem sanção institucional ou como sanção difusa (escândalo); há, enfim, os valores, qualidades normativas que se referem à conduta ou aos resultados desta e que constituem o objeto do julgamento axiológico*³.

O autor também observa que às vezes a lei e o costume se identificam. Por exemplo: não matar é imperativo do Código Penal e, ao mesmo tempo, uma interdição moral difusa. Assim, Sartre chama de moral o conjunto de valores, imperativos e critérios axiológicos *que constituem os lugares comuns de uma classe, de um ambiente social ou de uma inteira sociedade*⁴. Ressalta, por outro lado, que os indivíduos do grupo agem de forma contraditória quanto ao caráter objetivo das prescrições. São eles que, por um lado, mantêm firmes as prescrições morais e ao mesmo tempo não hesitam em infringi-las. Como exemplo, cita pesquisa feita em um liceu para moças. Ao ser perguntado “*você mente?*”, 50% responderam: muitas vezes; 20%: frequentemente e 20%: algumas vezes; 10%: nunca. À pergunta “*deve-se condenar a mentira?*”, 95% responderam: sim; 5%: não⁴.

Sartre chama a atenção para a questão da possibilidade, como ponto de reflexão quando pensamos sobre as formas objetivas da ética relacionadas às instituições. Será a minha possibilidade de ação no mundo um simples cumprimento de normas? A norma representa a minha possibilidade de me mostrar como sujeito?

A partir dessas colocações iniciais, que apresentam certo caráter ambíguo da ética (que abarca um sentido no qual todos os dilemas éticos são únicos, dependentes dos sujeitos de ação, e não puramente uma submissão a regras morais universais), buscar-se-á, aqui, propor uma ética que se define em ato, que leva em consideração a reflexão de cada um, que agrega às ações individuais o valor universal das necessidades e possibilidades históricas. Pensando a ética nesses termos, e deixando de lado qualquer possível dogmatismo, esta pode ser encarada como referência central na busca por certa *zona de comunidade*⁵ entre os seres humanos, por um projeto histórico que negue a redução das relações sociais às relações entre mercadorias, que negue o exercício do poder do homem sobre o homem. Contudo, é mais precisamente na área da saúde que tais relações sociais problemáticas se evidenciam de forma marcante.

Tendo como base esta premissa, este texto apresentará alguns aspectos mais genéricos da ética, e outros mais voltados às práticas de saúde e relacionados à própria deontologia médica.

Bioética

Na pesquisa científica podemos dizer que a questão da ética é primordial. Como exemplo, a decisão sobre o aproveitamento de células-tronco embrionárias em estudos de embriões congelados em clínicas de fertilização, cuja discussão foi importante por suscitar, em muitas pessoas, posição crítica sobre o assunto. De certa forma, a sociedade mobilizou-se tentando assumir o que era melhor ou pior. Muitas questões foram colocadas: quando começa

a vida? É certo usarmos embriões em pesquisas? Cabem aos homens tais manipulações?

As pesquisas com células-tronco de embriões humanos foram aprovadas em março de 2005, com a Lei da Biossegurança, cuja constitucionalidade foi questionada pelo então procurador-geral da República, dois meses após aprovada pelo Congresso Nacional. Em 2008, Celso Lafer⁶, em ofício enviado ao Supremo Tribunal Federal (STF) em nome da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), ressaltou a importância de tais pesquisas no tocante aos avanços da ciência em defesa da vida, bem como o respeito da Lei 11.105/05 aos padrões éticos de nossa sociedade: *reitera, portanto, a Fapesp sua confiança no prudente julgamento desse Tribunal, em defesa dos valores acolhidos em nossa Constituição e da aplicação do Direito segundo os critérios e conceitos próprios de uma ética laica da ciência e do Estado*⁶.

Em discussão encontrada na internet, em março de 2008, Adilson Jesus Aparecido de Oliveira⁷ afirmou que os defensores da Igreja e da ciência estariam *discutindo de maneira muito emocional* a questão. Afirma que *do lado da Igreja Católica, há a defesa da vida, pois consideram que a vida começa com a fecundação e, portanto, segundo os seus dogmas, já existiria uma alma ligada àquele corpo. Dessa forma, utilizar esses embriões seria o mesmo que fazer pesquisas com seres humanos, chegando a ser similar, nessa linha de raciocínio, àquela que os nazistas faziam com prisioneiros de guerra. Do lado da Ciência, muitos defendem que esse tipo de pesquisa pode salvar milhões de vidas*⁷. Argumenta ainda: *sem dúvida existe uma enor-*

me diferença entre um punhado de células e um ser humano. Sobre esse ponto, os advogados que defendem que a lei permaneça na forma presente (...) colocam que, se aqueles embriões têm direito à vida, o Estado deveria garantir isso, ou seja, que um embrião formado deveria ser necessariamente implantado em um útero feminino para poder se desenvolver ⁷.

Em maio de 2008, enfim, o Supremo Tribunal Federal julgou constitucional o art. 5º da Lei de Biossegurança, permitindo, assim, as pesquisas com células-tronco embrionárias. Entendeu-se que as mesmas têm importância social e, apesar das controvérsias pertinentes ao tema, valem-se do ponto de vista bioético. Também naquele ano veio a público o documento do corpo doutrinal do Vaticano sobre bioética, que considera a vida sagrada em qualquer estágio de sua existência e condena a fertilização artificial, a pesquisa com células-tronco embrionárias, a clonagem humana e as pílulas anticoncepcionais ⁸.

Vemos aqui uma *ética* ditada por instituições maiores, como o STF e a Igreja; e uma *ética* do raciocínio crítico de cada um, que povoa o ciberespaço e rearranja os modos de pensar determinado problema. Neste exercício de assumir posição no mundo, pessoas produzem incessantemente um novo *meio*, uma nova rede de conversas, e podem colocar em cheque as leis, a política e as éticas estáticas.

Ética filosófica

Renato Janine Ribeiro ⁹ mostra que no século XVIII a ética passou por uma reviravolta

especialmente devida à reflexão de Kant. O filósofo alemão coloca em questão uma ética isenta de um Deus punitivo para determiná-la: seus fundamentos poderiam ser cunhados pelo homem. De forma sucinta, argumenta que quando agimos estamos anunciando que nossos atos possuem a validade de regra universal. Assim, cada ação é uma escolha para a humanidade inteira.

Franklin Leopoldo e Silva salienta que Kant se esforça para *encontrar o critério universal que deveria pautar o juízo moral*. Comenta que a radicalidade com que ele concebe este critério o faz encontrá-lo somente na esfera do formal. Tal norma universal estaria no mundo do inteligível: *Kant nos diz que, dentro de tais parâmetros, jamais houve um só ato moral praticado pela humanidade. Porém isto não o impede de formular o que o ato moral deve ser, na coerência lógica que teria de caracterizá-lo, independentemente das condições concretas de realização* ¹⁰.

Mais tarde, conforme observa Ribeiro, Marx ¹¹ e Freud ¹² encontram problemas nesta formulação ética. Questionam as motivações humanas como elemento essencial para anunciarmos *juízos morais* (não distinguindo moral e ética). Por serem as questões éticas basicamente *questões de consciência*, como saber se justamente esta consciência não é demasiado limitada, salienta o autor? Marx aponta como a economia estaria por trás da tomada de decisão e argumenta que o *status* de classe social influenciaria a formação do sujeito deliberante. O sujeito seria o reflexo das condições objetivas. Freud aponta a relação com o inconsciente e a importância do

sexo implícita em nossas escolhas. Para ambos, a consciência seria uma dimensão muito limitada da vida ⁹.

No que diz respeito à motivação para a ação, depreende-se que, por um lado, tem-se o *mundo objetivo*, real, das condições econômicas, tangenciando as escolhas. Por outro, o mundo subjetivo, misterioso, relacionado aos instintos primordiais, influenciando o agir. Desse jogo de forças primordiais emerge a grande problemática para a ética desde o século XIX, que, conforme Ribeiro, seria a de como discernir se nossos julgamentos são válidos ou se apenas refletem nossos preconceitos ⁹. Nessa linha de argumentação poder-se-ia perguntar: quando se critica o direito de a mulher abortar, por exemplo, em vez de se defender o direito à vida está se recriminando a sexualidade feminina? Mesmo que a resposta não seja positiva para tal indagação, uma discussão profunda do assunto não pode se deixar levar por posições preconceituosas.

De acordo com Sergio Lessa, do ponto de vista do marxismo a política e a ética seriam dois complexos sociais inteiramente distintos. A política teria por função social o exercício do poder dos homens sobre os homens; algo próprio das sociedades de classe. Ressalte-se que o local por excelência da política é o Estado. A ética, por sua vez, atenderia a uma função distinta da política: levaria em consideração os atos humanos, quer universais ou particulares, como elementos básicos de todo processo social. Citando o autor: (...) *esta relação entre os atos singulares e a totalidade social requer, com necessidade absoluta, que sejam*

*avaliadas tanto as escolhas quanto as consequências da sua objetivação. E para atender a esta necessidade de avaliação surgem os complexos valorativos, entre eles a ética e a moral*¹³.

Com o surgimento das sociedades de classe e da política, os processos valorativos adquiriram nova qualidade, a saber: *o antagonismo entre as classes se reflete na gênese e desenvolvimento de valores também antagônicos* ¹³. Lessa observa que o capitalismo é o primeiro modo de produção que efetivamente constrói relações sociais, que inter-relaciona a vida de cada indivíduo com toda a humanidade (por exemplo, o mercado mundial). É que o modo de produção capitalista inaugura essas relações sociais genéricas, na maior parte das vezes mediada pelo capital, onde os seres humanos passam a ser *guardiões* ¹⁴ de mercadorias. Uma ética marxista só seria viável mediante a superação da regência do capital, processo de transição que indicaria as efetivas tendências históricas pelas quais a ética poderia vir a se converter em dimensão cotidiana da vida humana.

Com a filosofia existencialista a ética se torna espécie de fardo, pois se confunde com a própria noção de liberdade. Considerando que constantemente estamos diante de dilemas, como escolher caminhos, ter discernimento, sem basear-se em critérios absolutos como, por exemplo, os religiosos? A história de nossas vidas se fez e se faz mediante opções. Temos de inventar, para cada ação, o valor a partir do qual se escolhe. Leopoldo e Silva comenta que *a liberdade não é uma forma de Deus testar o homem, é a forma de o homem existir, é o dado*

primeiro, não há critérios anteriores de como utilizá-la, ela se faz na continuidade dos atos que a exprimem, cada vez que o homem se projeta na construção de si mesmo. Em outras palavras, segundo o autor, *é isto que significa dizer que a existência vem antes da essência e que o homem está condenado a ser livre* ¹⁰. Por esta visão, mesmo numa sociedade opressora, não há como abdicar da liberdade, e se abdicamos dela abdicamos do nosso ser. Temos, então, uma responsabilidade ética que deriva do reconhecimento do que somos ontologicamente. Mesmo com toda a dificuldade de a liberdade se exercer historicamente, seríamos livres para nos libertarmos ou ao menos tentarmos.

Medicalização da sociedade e ética na saúde

A definição de saúde constante no Relatório Final da VIII Conferência de Saúde, de 1986, é um exemplo da aplicação de certas premissas éticas num campo mais específico: *em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* ¹⁵. Vemos no trecho uma busca por valores mais concretos. Saímos de uma ética do mundo inteligível, buscando a realização prática de certos princípios. Mas surgem questões: que valores são esses? No que implicam?

Atualmente, período em que a expressão *medicalização da sociedade* tomou proporções sem precedentes, as pesquisas no campo farmacêutico são intensas. Tal fenômeno complexo diz

respeito tanto às profusas propagandas de medicamentos na mídia quanto às próprias estratégias governamentais de saúde pública.

A *medicalização* pode ser entendida como fato inerente ao próprio sistema econômico *liberal*, implicando que os produtos ligados à área da saúde estejam à disposição dos consumidores como num grande *supermercado*. Em paralelo, pode-se considerar esse fenômeno também como estratégia de controle do Estado sobre a sociedade. Basta ver o antigo interesse nos programas de assistência à gestante por parte dos governos, muito relacionados à manutenção de novas gerações saudáveis de indivíduos produtivos. Por muitos anos tais programas foram orientados principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil.

Segundo Arruda ¹⁶, no século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, o parto realizado nos hospitais passa a predominar. Estabelecem-se rotinas e normas que visam ao controle do corpo da mulher. Para Zampieri, tais rotinas relacionadas às mulheres *as despersonalizam, as separam da família e priorizam as atenções aos bebês, que precisam se desenvolver sadios para atender às necessidades de mão de obra exigida pela indústria em ascensão (...) o parto se constitui, historicamente, em uma luta de poder entre a mulher, poder de vida, e a ordem médica, poder de controle sobre o corpo, sexualidade e emoções* ¹⁷. Campos faz o seguinte comentário quanto às relações desumanas: *tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder, e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e*

desejos do outro, reduzindo-o à situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante ¹⁸.

O atual Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, desenvolvido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visa colocar em prática um novo modelo na atenção à saúde feminina, enfocando as gestantes como mulheres com direitos, e não meras reprodutoras. Contudo, no Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto continua um desafio para a assistência, tanto no que diz respeito à qualidade quanto aos preceitos filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo tecnocrático, hospitalocêntrico e medicalizante ¹⁹.

Nesse contexto de *medicalização* é importante indagar qual o papel da medicina em nossa sociedade. O que está por trás da prática médica, de cada prescrição medicamentosa ou verbal? Quanto dessa prática não se traduz num caráter policial da medicina, numa representação do poder do Estado? Donnan-gelo colocou, de maneira bastante geral, *que a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais* ²⁰.

A medicina não apenas criaria e recriaria condições materiais necessárias à produção econômica, mas participaria ainda da determina-

ção do valor histórico da força de trabalho. Tal perspectiva ressalta seu papel no processo de produção da mais-valia, mais especificamente da mais-valia relativa, por meio do aumento da produtividade do trabalho. Com a melhoria das condições de saúde do trabalhador é possível obter um máximo de produtos em menor tempo de trabalho, e a produção de mercadorias por custo mais reduzido. Dessa forma, a prática médica contribuiria *para o aumento da mais-valia através da redução do tempo de trabalho necessário para a obtenção do produto a que essa força de trabalho se aplica, e da consequente baixa de seu valor por relação ao produto* ²¹.

Lessa, ao criticar o termo “*pela ética na política*”, diz que tal apelo se resume no convencimento do indivíduo de que sua vida de proprietário privado será melhor em uma sociedade onde as disparidades sociais não sejam tão intensas. E cita: *trata-se, sempre, de propostas políticas distributivas que esperam contar com o apoio de valores morais para colocarem um limite ao individualismo/egoísmo que, entendem, é o verdadeiro responsável pela miséria. Se todos fôssemos portadores de valores mais solidários a miséria poderia desaparecer!* ⁹

A questão do papel do Estado na sociedade sempre foi complexa, quer no ideário capitalista ou comunista. Hobbes, no século XVII, ao negar a concepção aristotélica de que o homem seria um ser político (*zoon politikon*) – ou seja, por sua natureza um ser social que tende a se agrupar – trouxe uma noção contratual de que em determinado momento ele doou sua liberdade (de um estado de natureza

primordial, que seria um estado de guerra generalizada) a um soberano que governaria. Assim, o homem cria o Estado, estabelecendo normas de convívio social e de obediência política para responder à questão elementar básica: como a paz pode ser possível? ²²

A posição crítica de Marx nos alerta que o próprio Estado representaria o domínio de uma classe dominante sobre outra explorada: os detentores dos meios de produção e os proletários. A Comuna de Paris e a Revolução Bolchevique são exemplos de respostas às péssimas condições de vida dos trabalhadores na indústria em ascensão e às atrocidades do sistema servil russo e do czarismo. É desta ideia que Marx entenderá o comunismo como um estágio em que o Estado não tem mais função. Outra forma de organização social seria necessária. A respeito do que se desenrolou após a revolução russa, porém, no que diz respeito a tal tentativa de supressão do Estado Trotsky comenta: *a burocracia não venceu unicamente a oposição de esquerda: venceu o programa de Lênin, que apontava como perigo principal a transformação dos órgãos do Estado “de servidores da sociedade em senhores da sociedade”* ²³. Trotsky aponta neste trecho o rumo tortuoso que o governo da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) tomou após a revolução de outubro de 1917, que teve seu desfecho com o regime totalitário stalinista, onde o Estado passa a oprimir qualquer participação popular e adquire caráter autoritário e sanguinário.

Na atualidade, vê-se que o Estado tem papel marcante no controle da economia em todo o

mundo e os gastos sociais são um dos fenômenos constitutivos das sociedades modernas. Rezende, ao analisar o papel do Estado na proteção social, comenta que *a despeito do argumento de que o welfare state estaria em erosão, e de um movimento em direção às sociedades de mercado em contextos de globalização e interdependência crescente, evidências comparativas mostram que os Estados continuam a exibir fortes padrões de intervenção nas políticas sociais* ²⁴. Segundo o autor, grande parte dos gastos governamentais são gastos sociais e, de forma contrária às teses sobre a possibilidade da saída do Estado da área social, o que se observa é a ampliação das políticas sociais.

Portanto, o dilema que as sociedades contemporâneas vivem é o de legitimar o discurso de redução e controle da expansão dos gastos públicos, ao mesmo tempo em que há muitos fatores que levam o Estado a continuar produzindo pesada intervenção nas políticas sociais. A questão é: *até que ponto seria razoável argumentar que processos de transformação estrutural, tais como a globalização, privatizações, liberalizações e desregulamentação econômica, estariam redefinindo um novo papel para o Estado na questão relativa à proteção social?* ²⁵

O debate da reforma no sistema de saúde dos Estados Unidos exemplifica o dilema referente aos gastos públicos. Em março de 2010 a maioria dos democratas aprovou um conjunto de mudanças para incluir 32 milhões de cidadãos americanos anteriormente sem seguro de saúde. Barack Obama, indo contra as posições republicanas no Congresso e às próprias pesquisas de opinião pública, assinou a

versão preliminar do pacote de mudanças no sistema de saúde americano. Nas discussões do processo observaram-se posições simbólicas conflitantes, representadas pela *nítida divisão entre um grande grupo de democratas claramente esquerdistas e um grupo menor e mais central, mais conservador em termos fiscais* ²⁶. De acordo com o *Congressional Budget Office*, a reforma legislativa emendada para a saúde irá, dentre outras metas, *cobrir até 2019 uma estimativa de 32 milhões de americanos que estavam sem seguro de saúde, restando aproximadamente 23 milhões de indivíduos não idosos sem seguro (dos quais cerca de um terço seriam imigrantes não autorizados)* ²⁷. Vê-se nesta reforma o Estado novamente tomando força no que diz respeito à proteção social, contrariamente à posição de um *Estado mínimo* e liberal.

Indústria farmacêutica

No tópico das pesquisas farmacêuticas são muitas as questões éticas relativas às modalidades de estudo, experimentação em animais, ensaios clínicos em seres humanos. Há, também, questões políticas, como a quebra de patentes e o desinteresse das empresas farmacêuticas no estudo de fármacos para doenças que afetam, sobretudo, países pobres.

Na maioria dos países os ensaios clínicos, estudos fundamentais para validação da eficácia de medicamentos, devem ser previamente avaliados por comissões de ética. Neles, um grupo, denominado *experimental*, é exposto a uma intervenção farmacológica que se acredita melhor do que alternativas atuais. Outro

grupo, chamado de *grupo controle*, é tratado da mesma maneira, exceto que seus membros não são expostos à intervenção experimental²⁸. Até recentemente, sob o amparo da *Declaração de Helsinki*, o uso do placebo nos grupos controle só poderia ser considerado alternativa viável quando não existisse qualquer terapêutica para a enfermidade tratada pelo medicamento em teste. As mudanças na Declaração introduziram a possibilidade de testar medicamentos frente ao placebo, o que pode gerar malefícios às pessoas envolvidas nos estudos.

Tal afirmação encontra respaldo em artigo publicado em 2003, que analisou de forma caricata o argumento do uso de placebo, mostrando não haver ensaio clínico que aponte a eficácia do uso de paraquedas nos saltos humanos a altura maior do que cem metros²⁹. Claro que não é eticamente viável promover um estudo em que se compare um grupo que salte de aviões usando paraquedas com outro que salte usando *paraquedas placebo*. Aplicando o raciocínio à área da saúde podemos citar os estudos de terapia profilática voltada à transmissão do HIV de mãe para filho, controlada por placebo, realizados em alguns países em *desenvolvimento*. A zidovudina (AZT) já era utilizada para diminuir os riscos de transmissão vertical do HIV desde 1994. Em certos experimentos com o AZT foram utilizados estudos contra o placebo, nos quais metade da população das pesquisas permaneceu sem tratamento. Tais estudos, realizados principalmente em países africanos, foram posteriormente criticados pois violavam os princípios hipocráticos que orientam a prática clínica, bem como os preceitos então vigentes

na *Declaração de Helsinki*, que na ocasião orientava as normas éticas em pesquisa envolvendo seres humanos.³⁰

As questões éticas relacionadas à pesquisa de medicamentos são demasiado polêmicas por envolverem os pilares conjunturais da sociedade: o sistema político-econômico e as ideologias a ele subjacentes. Não há como abordá-las sem tocar em termos como *lucro*, *interesse privado* e *interesse público*. Será que a pesquisa de medicamentos, que pode ter como fim louvável o apaziguamento do sofrimento humano, deve dar-se sob a lógica de interesses financeiros? É certo garantir proteções a indivíduos e empresas quanto a conhecimentos e tecnologias que podem ajudar a humanidade? Antes mesmo de falar em *quebras de patente* tais indagações se fazem necessárias.

Angell³¹ descreve bem a face da indústria farmacêutica que ao longo dos últimos vinte anos *afastou-se enormemente do seu nobre propósito original de descobrir e produzir novos medicamentos úteis*, tornando-se *essencialmente uma máquina de marketing para vender medicamentos de benefício duvidoso*³². Com lucros gigantescos, tal indústria, das mais lucrativas nos Estados Unidos, tem, segundo a autora, o *poder de cooptar cada instituição que possa se interpor em seu caminho, aí incluídos o Congresso americano, a Food and Drug Administration, os centros médicos acadêmicos e a própria profissão médica*³².

Além de lucrativa, a indústria deve grande parte de seu êxito às pesquisas financiadas com recursos públicos – no caso dos EUA,

quase todas patrocinadas pelo *National Institute of Health*. Diversos trabalhos financiados por órgãos governamentais foram *patenteados e licenciados com exclusividade para laboratórios farmacêuticos em troca de royalties*³³. Diante disso, a autora defende que os grandes laboratórios farmacêuticos gastam pouco em pesquisa e desenvolvimento e muito em propaganda. Assim, a indústria não seria de fato *inovadora*, mas *ardilosa*, pois a maioria dos ditos novos medicamentos não passa de variações de fármacos mais antigos, muitas vezes desenvolvidos por universidades, pequenas empresas de biotecnologia e instituições públicas. Os laboratórios, por meio de ensaios clínicos, tratam de viabilizar as patentes de novas drogas o mais rápido possível, para que não se perca o tempo de exclusividade sobre seus produtos.

No Brasil, a Lei 9.279/96 dispõe sobre garantias para evitar abuso por parte dos produtores, o que implica na quebra de patente ou licenciamento compulsório. Foi exatamente o que ocorreu no programa de combate à aids, que depende de coquetéis de medicamentos muito caros, valores muitas vezes justificados por suas patentes. Por meio de licenças compulsórias combatem-se situações como essas, em que a vida é desprezada em detrimento de interesses privados. Por um lado, esse é um mecanismo em prol da sociedade, que pode gerar preços mais acessíveis para os medicamentos, mediante concorrência de empresas farmacêuticas; por outro, como alega a indústria, é um mecanismo que pode influenciar negativamente os rumos das pesquisas na área, haja vista que muitos fármacos são desenvol-

vidos por empresas privadas, que priorizam o lucro. De qualquer forma, deve-se lembrar que o licenciamento não implica supressão do pagamento de *royalties* à indústria.

A questão do lucro no desenvolvimento de um medicamento parece ser crucial quando se pensa nos rumos e prioridades da pesquisa. É o que se constata no caso dos antibióticos, classe de medicamento utilizada por breves períodos de tempo e com indicações limitadas em contraste com certos fármacos (como os para diabetes, colesterol, depressão, dentre outros) administrados por longos períodos, em diversos indivíduos. Adicionalmente, estes últimos medicamentos não apresentam problemas como o da resistência bacteriana. Numa realidade em que apenas um em cada oito medicamentos desenvolvidos paga o investimento realizado pela empresa, o estudo de novos antibióticos fica prejudicado^{34,35}. A questão bioética aqui suscitada é a contradição existente entre a pesquisa que visa ao *bem da sociedade* e a pesquisa que visa ganhos particulares.

Propaganda

Na mesma lógica dos interesses financeiros vemos que, por vezes, a propaganda de medicamentos supera a literatura médica baseada em evidências no que diz respeito à construção de *verdades*. Exemplo disso são as propagandas dos vários tipos de anticoncepcional oral.

Numa primeira fase de estudos, os anticoncepcionais mais antigos, com maior quantidade de hormônios, foram associados a complicações diversas, como as tromboembolias³⁶.

Anticoncepcionais com menor quantidade de hormônios foram então desenvolvidos para proporcionar maior segurança às usuárias. A partir de certa geração de anticoncepcionais, não mais ficou tão evidente o aumento da segurança relacionado a doses hormonais cada vez menores. Teoricamente, supõe-se que o risco de trombose deva ser menor com contraceptivos orais mais modernos, o que ainda não foi demonstrado³⁷. Hoje há intensa propaganda a favor de anticoncepcionais de última geração e apesar de não haver literatura científica consensual a respeito de sua maior segurança, estão no mercado com preços mais elevados do que os anticoncepcionais anteriores. Tem-se, então, a situação curiosa em que um comprimido que contém menor dose de certos princípios ativos é mais dispendioso do que um comprimido que contém dose maior.

Em relação à propaganda em geral, o Conselho de Autorregulamentação Publicitária (Conar) tem a função de fiscalizar as normas éticas da propaganda comercial. Já a opinião de especialistas deve gozar da mais ampla liberdade de expressão, garantida pelo art. 5º, inciso IX da Constituição brasileira: *é livre a expressão da atividade artística, intelectual, científica e de comunicação, independente de censura ou licença*³⁸. Entretanto, especificamente no tocante à publicidade de medicamentos, o órgão responsável pela regulamentação da propaganda é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 96, de 17 de dezembro de 2008, dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção

comercial de medicamentos. A RDC 96/08 cria critérios para a propaganda, definindo, por exemplo, que as informações sobre medicamentos devem ser comprovadas cientificamente, entre várias outras determinações³⁹.

Apesar dos critérios instituídos pela Anvisa para a publicidade de medicamentos, o que se vê é a tentativa desenfreada de a indústria obter lucro, impulsionada pela propaganda que, em geral, gera uma necessidade a mais para as pessoas. Com benefícios muitas vezes duvidosos, para não falar nos malefícios, tais práticas publicitárias tocam em questões bioéticas delicadas.

Frente às restrições promovidas pela RDC no Brasil, assim como fazem também as normas e leis de outros países, as indústrias farmacêuticas responderam intensificando a perspicaz estratégia de divulgação e de venda de medicamentos baseada, principalmente, na visita de representantes aos consultórios médicos. Como os médicos são os agentes que prescrevem o remédio, em especial aquele cuja venda é controlada por receitas carimbadas e numeradas pelo Ministério da Saúde, o contato entre o representante da indústria e o profissional médico propiciaria a divulgação da informação sobre as novidades terapêuticas. Então, surge a questão ética: qual deve ser a função do médico ante tal lógica de interesses? Deve ter um papel contestador, suscitador de reflexões, *esclarecedor* ou jogar o jogo das aparências, muito próprio da publicidade?

Bolguese⁴⁰ mostra que, de forma geral, o desenvolvimento da indústria farmacêutica desde a década de 50 foi *sustentado pelo desen-*

volvimento científico do pós-guerra (Segunda Guerra Mundial). Argumenta que *não há como dissociar os avanços obtidos na área da farmacologia (...) da estruturação e do desenvolvimento da indústria farmacêutica, que necessitava dos avanços científicos para atender às suas óbvias exigências capitalistas*⁴¹. Em texto que analisa as propagandas publicitárias de antidepressivos, destinadas principalmente aos médicos, a autora observa que *em relação às indústrias farmacêuticas o uso da publicidade intensificou-se de modo a transformar a saúde e os remédios em produtos a serem consumidos*⁴². Conclui afirmando que, no caso específico da depressão, *o objetivo flagrado nos materiais publicitários não é oferecer a cura, mas garantir, imaginariamente, o bem-estar que o uso contínuo da medicação pode proporcionar*⁴³.

Por fim, no que diz respeito à propaganda ou a simples divulgação de medicamentos e terapêuticas, há que se considerar o surgimento da internet, que passou a ter grande influência na relação médico-paciente. Atualmente, é comum que as pessoas estudem suas doenças e os fármacos que consomem por meio da rede, buscando esclarecimentos que, muitas vezes, não conseguem com os próprios médicos. A internet, porém, também pode causar confusão, já que possui milhares de informações sobre um mesmo assunto, muitas delas duvidosas, sem fundamentos ou comprovação científica.

Sistema público e privado de saúde

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve seu marco com a Constituição de 1988.

Tendo como exemplo os sistemas de saúde de países europeus, garantiu-se a universalidade no acesso à saúde a partir da atribuição de saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Este foi um momento histórico importante, uma vez que o país passou de um modelo previdencialista – no qual a saúde não era um direito para todos, apenas para os que contribuía por meio de programas de previdência – para um modelo *universalista*.

Assim, o acesso à saúde passou a ser oferecido pelos serviços públicos. É importante lembrar que a saúde não se tornou gratuita, e sim de *acesso universal*. Logicamente, o financiamento de tal modelo precisaria vir de algum lugar: impostos. Sobre tal processo Elias e Viana ⁴⁴ afirmam que *o fenômeno mais marcante na área da saúde, nos últimos sessenta anos, foi o processo que gerou, por um lado, a desmercantilização do acesso à saúde e, por outro, a mercantilização da oferta/provisão e, ao mesmo tempo, criou um enorme parque industrial ligado à área, representado pelas indústrias de base química e biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais*. Ou seja, o sistema de saúde público brasileiro passou a ser comprador de produtos do denominado complexo industrial da saúde, tendo enormes gastos para garantir o direito à saúde. Ao lado deste sistema público atuam as instituições integrantes do segmento de assistência securitária médico-hospitalar privada.

A interação entre saúde pública e privada no Brasil é complexa e abre campo para muitas críticas e questões éticas. Como exemplo prático de tal complexidade podemos citar a medida

que exige acerto de contas das operadoras privadas de planos de saúde com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quando seus clientes são atendidos na rede pública. A cobrança do ressarcimento ao SUS pela ANS não é pacífica. Desde 2000, quando foi iniciada a cobrança, as empresas de medicina de grupo contestam o pagamento mediante ações de inconstitucionalidade. A lei que regulamenta esse processo ficou parada por oito anos no Congresso Nacional até ser aprovada em 1998, abrindo brechas para que as empresas recorram das multas aplicadas pelo não ressarcimento ao SUS. Hoje, a dívida das empresas com o SUS alcança cifras milionárias.

No Brasil, a parcela mais rica da população é a que geralmente conta com os serviços das operadoras privadas de planos de saúde. Nas deduções possíveis do imposto de renda está incluída a relativa à despesa médica ⁴⁵. Dessa forma, quando os usuários do sistema privado de saúde (que também podem utilizar o sistema público, que é de assistência universal) deduzem seus desembolsos relativos à despesa médica da base do cálculo do imposto de renda, estão contribuindo menos para o Tesouro Nacional e, conseqüentemente, para o financiamento do sistema público de saúde.

Vale ressaltar, ainda, os estudos que estimam a carga tributária por faixa de renda a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indivíduos que ganham até dois salários mínimos pagariam 26% de sua renda em impostos indiretos, ao passo que os que ganham mais de trinta salários mínimos, ape-

nas 8%. Mesmo quando se somam impostos diretos e indiretos, os que ganham mais de trinta salários mínimos têm carga tributária de 18%, sendo de 27% para os que ganham até dois salários mínimos ⁴⁶. Este é o chamado sistema tributário concentrador de renda vigente no Brasil, que aguçava mais a contenda sobre o financiamento da saúde. Os mais ricos têm carga tributária relativa menor, planos de saúde privados e, quando se tenta um ajuste de contas entre tais planos e a ANS, o mesmo não se efetiva plenamente.

A própria Constituição traz o argumento de que não se pode restringir o uso dos serviços públicos de saúde apenas para os destituídos de planos privados, já que um dos princípios do sistema é a universalidade do acesso. Contudo, as operadoras de saúde, ao terem seus seguros utilizando o sistema público, podem obter maior rendimento, pois não mais têm que arcar com os serviços prestados pelo SUS – que, muitas vezes, são de alta complexidade.

Dain comenta que *a marca da universalização do Sistema de Saúde no Brasil é que ela não configurou uma relação de complementaridade entre o setor público e o setor privado, havendo, ao contrário, concorrência entre os dois segmentos*. Para o autor, os planos privados de assistência à saúde atuam no sistema de saúde brasileiro *comprometendo sua universalidade e configurando-se como mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, dado que cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira, de maior renda familiar inserida no mercado de trabalho formal, nas capitais/regiões*

metropolitanas, em cidades de mais de 80.000 habitantes ⁴⁶.

É comum nas unidades básicas de saúde (UBS) observar tal concorrência entre os segmentos privado e público. Usuários que também podem contar com planos particulares muitas vezes aparentam enxergar a UBS mais como local onde é possível conseguir remédios “de graça”, financiados pelo SUS, do que como porta de entrada do Sistema, que poderia conduzir ao *cuidado* de forma mais *integral*.

Como devem proceder os profissionais de saúde e os usuários mediante tal interação entre o serviço privado e o público? Em meio a essa interação, estão os profissionais e os usuários cientes da responsabilidade que têm em mãos? Trata-se, aqui, apenas de questão de melhor regulação de tal interação?

Considerações finais

As questões pontuais discutidas neste texto servem para ilustrar que a reflexão ética não é mera elucubração teórica, mas também ação prática. No que concerne à área da saúde de forma geral, as questões éticas têm se multiplicado com o tempo. Quando se fala da indústria farmacêutica imersa na lógica do capital, e da propaganda de medicamentos ou das contradições da interação entre saúde pública e privada no Brasil e no mundo, quer-se mostrar que tais temas fazem parte da discussão sobre a ética, bioética e ética médica.

No tocante à matéria moral, há duas posições importantes: uma tem como embasamento os

costumes da maioria. Ressalte-se que o termo latino *more* quer dizer *costumes*. Muitos afirmam que a moral refere-se aos costumes valorizados pela sociedade. Outra posição diz respeito ao termo *ethos*, palavra grega que designa *caráter*. Os termos moral e ética são geralmente tidos como semelhantes, haja vista que a ética pode remeter às escolhas morais de cada indivíduo, mediante seu caráter, sem contar com a opinião da maioria. Em determinada perspectiva a moral pertenceria ao grupo; a ética, ao indivíduo que raciocina por si próprio. Ribeiro nos mostra que *o desafio ético* (ou moral) é justamente poder sair dos pensamentos arraigados nos costumes, no grupo, para construir pensamentos próprios⁷. Quando deficientes físicos reivindicam a legalidade da pesquisa de células-tronco embrionárias no Senado, em Brasília, ou quando mulheres argumentam sobre o direito de abortar, vemos

exemplos práticos dessa reflexão ética que desafia os conceitos preestabelecidos.

Para finalizar, faz-se necessário dizer que este texto buscou expor ideias, contrapor posições divergentes e estimular a polêmica, sem o artifício de ocultar o embate de pensamentos. Não se tratou, aqui, de estabelecer uma visão única nem uma dicotomia maniqueísta da ética. Buscou-se, sobretudo, gerar algum incômodo e mostrar que as respostas não estão dadas. Quem sabe não se deva ir *além do bem e do mal*⁴⁷ numa busca dialética de melhor posição possível? Será que devemos nos contentar com as posições que alcançamos? Tais ponderações sobre as potencialidades de ação, criação e transformação social individual fazem parte da ética e do processo de constante reinvenção do ser humano em sociedade.

Resumen

Reflexiones sobre la ética médica, la bioética y la realidad brasileña

En este artículo tratamos de reanudar la reflexión sobre la ética desde un punto de vista universal y discutir también situaciones referentes a la ética médica, bioética y la realidad brasileña. En el ámbito más específico de la ética de la salud hacemos hincapié en algunos temas como: métodos de estudios científicos, las políticas de salud pública y las propagandas médicas. Asociando ética filosófica y ética de la salud, tenemos más bases para reflexión y acciones creativas que tienen un importante papel en el proceso social.

Palabras-clave: Ética médica. Bioética. Filosofía. Política.

Abstract

Reflections about medical ethics, bioethics and Brazilian reality

In this article we tried to resume the reflection about ethics from a universal point of view and also to discuss more particular questions, referring to medical ethics, bioethics and the Brazilian reality. In the more specific field of health ethics we emphasized topics as: modalities of scientific studies, public health policies and medicines advertising. Relating philosophical ethics and health ethics, we have a wider basis for reflective and creative actions that have an important role in the social process.

Key words: Medical ethics. Bioethics. Philosophy. Politics.

Referências

1. Dethlefsen T, Dahlke R. A doença como caminho. São Paulo: Cutrix; 2007. p.30.
2. Sartre JP. Determinação e liberdade. In: Della Volpe G. Moral e sociedade: atas do convênio promovido pelo Instituto Gramsci. 2ª ed. Nice Rissone, tradutora. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982. p.33-45.
3. _____. Op.cit. p.33.
4. _____. Op.cit. p.34.
5. Rolnik S. Subjetividade e história. In: Revista Rua 1995;(1).
6. Lafer C. Pela lei da biossegurança [Internet]. São Paulo: Fapesp; 2008 [acesso 14 de out de 2009]. Disponível: <http://www.fapesp.br/materia/3138/noticias/pela-lei-da-biosseguranca.htm>
7. Oliveira AJA. Por Dentro da Ciência [Internet]. São Carlos, Brasil: Adilson J.A. Oliveira; dez 2004. A discussão sobre o uso das células-tronco no STF; 6 mar 2008 [acesso 14 out 2009]. Disponível: <http://pordentrodaciencia.blogspot.com/2008/03/discusso-sobre-o-uso-das-celulas-tronco.html>.
8. Vaticano. Congregação para a doutrina da fé. Instrução dignitas personae sobre algumas questões de bioética [Internet]. Roma: Congregação da Doutrina da Fé; 8 set 2008 [acesso 14 out 2009]. Disponível: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_po.html.
9. Ribeiro RJ. Renato Janine Ribeiro [Internet]. São Paulo: Renato Janine Ribeiro; [data desconhecida]. Desafios para a ética [acesso 14 out 2009]. Disponível: <http://www.renatojanine.pro.br/Etica/desafios.html>.
10. Silva FL. Da ética filosófica à ética em saúde. In: Ibiapina SF, Oselka G, Garrafa V, editores. Iniciação a bioética. Brasília: CFM; 1998. p.28-30.

11. Marx K. O capital. 2ª ed. Vol. 1, Crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural; 1985.
12. Freud S. Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago; 1996. (edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud).
13. Lessa S. Marxismo e ética [Internet]. Revista Crítica Marxista 2002 [acesso 24 maio 2010];(14):109–10. Disponível: http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/D_Slessa.pdf.
14. Marx K. Op.cit. T.1, p.79.
15. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 mar 1986; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
16. Arruda A. Um atendimento ao parto para fazer e nascer. In: Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado; 1989; Brasília. Quando a paciente é mulher. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; 1989. p.35-41.
17. Zampieri MFM. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
18. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? [Internet]. Interface (Botucatu) 2005 [acesso 29 maio 2010];9(17):398-400. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016&lng=en&nrm=iso.
19. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública 2004;20(5):1281-9.
20. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976. p.4.
21. _____. Op.cit. p.35.
22. Weffort FC. Os clássicos da política 1. 5ª ed. São Paulo: Ática; 1995.
23. Trotsky L. A revolução traída. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann; 2005. p.111.
24. Rezende FC. Visões "rivais" sobre mudança estrutural e proteção social. Nova Economia 2008;18(1):2.
25. _____. Op. cit. p. 2.
26. Dentzer S. Reforma no sistema de saúde americano: finalmente uma realidade? BMJ maio 2010;3(24):215.
27. _____. Op.cit. p.216.
28. Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre: Artmed; 2006.
29. Smith GC, JP Pell. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials. BMJ 2003;327:1459-61.
30. Selgelid M. Padrões de tratamento e ensaios clínicos. In: Diniz D, Guilhem D, Schuklenk U, organizadores. Ética na pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos. Brasília: Letras Livres; 2005. p.105-28.
31. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2008.

32. _____. Op.cit. p. 16.
33. _____. Op.cit. p. 24.
34. Quebra de patentes de medicamentos agita indústria farmacêutica. Revista do Farmacêutico jun/jul 2001:12-3.
35. Charles PGP. Lindsay GL. The dearth of new antibiotic development: why we should be worried and what we can do about it. MJA 2004;181(10):549-53.
36. Gerstman BB, Piper JM, Tomita DK, Ferguson WJ, Stadel BV, Lundin FE. Oral contraceptive dose and risk of deep venous thromboembolic disease. Am J Epidemiol 1995;133:32-7.
37. Berek JS. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
38. Brasil. Constituição. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. p.3.
39. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 96, de 17 de dezembro de 2008 [Internet]. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. Brasília: Anvisa; [acesso 30 jul 2010]. Disponível: http://www.anvisa.gov.br/propaganda/rdc/rdc_96_2008_consolidada.pdf.
40. Bolguese MS. Depressão e doença nervosa moderna. São Paulo: Via Lettera, Fapesp; 2004. p.113.
41. _____. Op.cit. p.113.
42. _____. Op.cit. p.114.
43. _____. Op.cit. p.159.
44. Elias PEM, Viana ALDA. Saúde e desenvolvimento. Ciênc Saúde Colet 2007;12 (sup):1765-77.
45. Brasil. Ministério da Fazenda. IRPF2009 Perguntas e respostas. Deduções despesas médicas. Brasília: Secretaria da Receita Federal; [acesso 29 maio 2010]. Disponível: <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaFisica/IRPF/2009/Perguntas/DeducoesDespesasMedicas.htm>.
46. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc Saúde Colet 2007;12(sup):1851-64.
47. _____. Op.cit. p.1860.
48. Nietzsche F. Além do bem e do mal. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.

Recebido: 23.8.2009

Aprovado: 24.5.2010

Aprovação final: 16.6.2010

Contato

Thiago Paes de Barros De Luccia - tpbl78@yahoo.com.br

Rua Gustavo Berthier, 155, UBS Vila Dalva CEP 05386-110. São Paulo/SP, Brasil.