

EDSON JOAQUIM MAYER ALFREDO

A Bioética no Ensino Médico de Angola

BRASÍLIA-DF

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

EDSON JOAQUIM MAYER ALFREDO

A Bioética no Ensino Médico de Angola

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Natan Monsores de Sá.

BRASÍLIA-DF

2019

EDSON JOAQUIM MAYER ALFREDO

A Bioética no Ensino Médico de Angola

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovado no 2º período de 2019

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Natan Monsores de Sá (Presidente)
PPG em Bioética - Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria da Gloria Lima (Membro Interno)
PPG em Bioética - Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Paula do Amaral Zaitune
Departamento de Saúde Coletiva - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Fabiano Maluf
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento (Membro Suplente)
PPG em Bioética - Universidade de Brasília

Dedico esta tese:

Aos meus pais, João Manuel Alfredo e Francisca da Conceição Alfredo, pela confiança que sempre me souberam transmitir.

À minha esposa e companheira Ivanilda Lourenço Alfredo e meus filhos Daiani Alfredo e Denzel Alfredo, pelos longos momentos de ausência consentidos.

Aos meus irmãos Sílvia, Paizinho, Telma, Kinito, Zé, Tunicha e Joaninha por acreditarem em mim em quase todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia e Inovação de Angola, pela oportunidade cedida para dar continuidade em minha formação até este nível, na pessoa do então Ministro Prof. Doutor Adão do Nascimento e, atualmente, da Ministra sua Excelência. Profa. Doutora Maria Antónia de Bragança de Barros Sambo.

Ao Prof. Doutor Carlos Pedro Claver Yoba, Magnífico Reitor da Universidade Lueji À Nkonde, enquanto Vice Decano para Área Acadêmica e Vida Estudantil, por ter permitido conciliar as minhas obrigações laborais na Faculdade de Medicina de Malanje com os meus estudos na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Aproveito para endereçar meus profundos agradecimentos à Reitoria desta Universidade, por ocasião do estabelecimento do acordo de cooperação, permitindo que minha formação fosse possível nesta Instituição tão prestigiada e que constitui um modelo a ser seguido em Angola.

Ao Prof. Doutor Santos Morais Nicolau, Decano da Faculdade de Medicina da Universidade de Luanda, pelo apoio Institucional e moral concedido.

À Capes, por ter financiado a minha Bolsa de estudo, enquanto estudante de Doutorado da Universidade de Brasília.

Ao Prof. Doutor Volnei Garrafa, coordenador da Cátedra UNESCO da Universidade de Brasília, por contribuído positivamente em todos os passos da minha formação doutoral, como a recepção e acomodação social (Bolsa de estudo), apoio acadêmico e científico.

Ao Meu orientador Prof. Doutor Natan Monsores de Sá, por ter sido para mim muito mais que orientador, porque em vários momentos de minha ansiedade foi um verdadeiro psicólogo, ajudando-me a superá-los.

Às Direções das Faculdades de Medicina de Universidades de Angola, a saber: Lueji A'Nkonde, localizada em Malanje; Mandume Ya Ndemufayo, em Huila; Katyavala Bwila, situada em Benguela; e 11 de Novembro, em Cabinda, por terem respondido positivamente a minha solicitação para coleta de dados junto aos estudantes.

À Profa. Dra. Ana Silva Geraldo, Decana da Faculdade de Medicina da Huila, e por ter aceito prontamente o meu pedido para aplicação do questionário na Instituição que dirige.

À Profa. Dra. Paula de Oliveira, Decana da Faculdade de Medicina de Benguela, pela solidariedade institucional e por aceitar rapidamente o meu requerimento para aplicação do questionário na Instituição que dirige.

Ao Vice Decano para Área Acadêmica e Vida Estudantil da Faculdade de Medicina de Cabinda, pela amizade e por ter aceitado prontamente a minha solicitação para aplicação do questionário juntos dos Estudantes.

Ao Dr. Gilberto Isodoro António Raimundo, Vice Decano para Área Científica e Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Huíla, pelo nosso laço de irmandade afetiva e por contribuir para recolha de dados na mesma Instituição.

Ao Prof. Doutor José Acosta Sariego, por ter sido o grande mentor do projeto da Bioética em Malanje.

A falecida Professora Daisy Bisset Valente, por ter lido o texto, o que me ajudou a manter firme quando eu queria desistir do Projeto.

Ao Dr. Marcos António dos Santos, pela simplicidade e amizade, que nunca colocou barreiras para nossa interação, principalmente enquanto Diretor do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília.

Ao Prof. Doutor Samuel Vitorino, por ter acreditado e apostado em mim para que pudesse assumir o cargo de Vice Decano na Faculdade de Medicina de Malanje.

Ao Prof. Doutor Alfredo Armando Manuel, pelo respeito e amizade que sempre nutriu por mim em todos momentos.

À Profa. Selma Alves Pantoja, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional e Professora Titular do Departamento de História da Universidade de Brasília, por me ter alojada em sua no período da qualificação.

Ao Dr. Nilceu de Oliveira, por ter sido verdadeiro representante dos estudantes no processo de recepção, acomodação e adaptação em Brasília.

À discente de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional da Universidade de Brasília, Clarissa de Carvalho, pela disponibilidade prestada para conclusão da escrita do capítulo do livro.

A Colina UnB, na pessoa do seu servidor Nonato, por ter se mostrado solidário para atender a minha solicitação de estadia.

Aos docentes e não docentes da Faculdade de Medicina de Malanje, que contribuíram positivamente por todos os momentos mais difíceis do processo acadêmico, científico e social da minha formação.

A todos os estudantes que aceitaram participar do meu estudo, nas faculdades supracitadas.

“Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina”.

- Paulo Freire -

RESUMO

Introdução: Em Angola, a Bioética, enquanto disciplina, não consta nas grades curriculares da Educação Médica, por isso, há necessidade de se realizar um diagnóstico situacional a fim de verificar o nível de conhecimento dos futuros profissionais de saúde acerca da bioética e de alguns dilemas éticos. **Objetivo:** realizar um diagnóstico situacional acerca da inserção do ensino de Bioética nas escolas médicas em Angola, no período de março de 2016 a abril de 2019. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem mista, que avaliou perfil e nível de compreensão (em alguns temas de bioética) de estudantes do 4º ano das cinco unidades orgânicas e comparou grades curriculares de Angola com as Portugal, Brasil e Cuba. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 100 estudantes. Destes, três foram excluídos, com taxa de resposta de 97%. A média de idade foi de 24,74 ($\pm 6,73$), sendo 59 mulheres (61%), 89 solteiros (92%), 47 católicas (48%) e 18 Ovimbundos (19%). Os conceitos de Bioética e ética estiveram incompletos e errados nas duas escolas, a maioria foram contra ao aborto 57 (72%) e 14 (78%), quer na escola Cubana como portuguesa, 10 (13%) das testemunhas de Jeová não aceitariam a transfusão sanguínea, menos 1/3 dos estudantes seriam a favor da eutanásia, 40 (51%) na escola cubana mostraram-se tendencialmente a ter uma atitude mais paternalista, a quebra do sigilo é desconhecida por 56 (71%) e 11 (61%) da escola cubana e da Portuguesa, respetivamente, 63 (80%) das faculdades cubanas e 12 (67%) da Portuguesa optaria pela vacinação, argumentada na base na teoria utilitarista, 46 (58%) das faculdades cubanas responderam acertadamente o conceito de vulnerabilidade humana. **Considerações Finais:** Depreendemos que a moralidade de base religiosa (igreja católica) pode ter influenciado o posicionamento ético dos estudantes. Mas estudos são necessários com tamanho amostral maiores, com provável inclusão de outros anos, e a auscultação dos professores para se determinar com precisão, como a Bioética está inserida no Ensino médico de Angola. Em função da falta de um programa de credenciamento internacional, que regule o ensino da Bioética, propomos as autoridades acadêmicas angolanas a adoptar a incorporação do tema de forma transversal na carreira, baseada na lógica do Core Curriculum da UNESCO, adaptado ao contexto sócio cultural de Angola.

Palavras-chaves: Ética em pesquisa; Bioética; Posicionamento ético; Graduação Médica; Angola; Core Curriculum.

ABSTRACT

Introduction: In Angola, Bioethics, as a discipline, is not included in the medical education curriculum, so there is a need to carry out a situational diagnosis in order to verify the level of knowledge of future health professionals about bioethics and some ethical dilemmas. **Objective:** carry out a situational diagnosis about the insertion of Bioethics teaching in medical schools in Angola, from March 2016 to April 2019. **Method:** Descriptive study, with a mixed approach, which evaluated profile and level of understanding (in some themes of bioethics) of 4th year students from the five organic units and compared curricular grades in Angola with Portugal, Brazil and Cuba. **Results:** 100 students were included in the study. Of these, three were excluded, with a 97% response rate. The average age was 24.74 (\pm 6.73), with 59 women (61%), 89 singles (92%), 47 Catholics (48%) and 18 Ovimbundos (19%). The concepts of Bioethics and ethics were incomplete and wrong in the two schools, the majority were against abortion 57 (72%) and 14 (78%), both in Cuban and Portuguese schools, 10 (13%) of Jehovah's witnesses would not accept blood transfusion, 1/3 less of the students would be in favor of euthanasia, 40 (51%) in the Cuban school tended to have a more paternalistic attitude, the breach of confidentiality is unknown by 56 (71%) and 11 (61%) of the Cuban and Portuguese schools, respectively, 63 (80%) of the Cuban colleges and 12 (67%) of the Portuguese schools would opt for vaccination, argued based on the utilitarian theory, 46 (58%) of the Cuban colleges answered correctly the concept of human vulnerability. **Final Considerations:** We understand that the religious-based morality (Catholic church) may have influenced the students' ethical position. But studies are needed with a larger sample size, with the probable inclusion of other years, and the consultation of teachers to determine precisely, how Bioethics is inserted in the Medical Education of Angola. Due to the lack of an international accreditation program, which regulates the teaching of Bioethics, we propose the Angolan academic authorities to adopt the theme in a transversal way in their careers, based on the logic of UNESCO's Core Curriculum, adapted to the socio-cultural context of Angola.

Keywords: Ethics in Research; Bioethics; Ethical Positioning; Medical Graduation; Angola; Core Curriculum.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Participantes de acordo a Idade por Faculdades de Medicina....	60
Tabela 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo as variáveis sociodemográfica	61
Tabela 3: Distribuição dos estudantes da Faculdade de Origem Cubana e Portuguesa segundo percepção acerca de conceitos e possíveis escolhas em algumas situações de dilemas bioéticos.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da república de Angola, por províncias.	41
Figura 2: Mapa da república de Angola, por grupos etnolinguísticos.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	Artigo
CFM	Constituição Federal de Medicina
CNIC	Centro Nacional de Investigação Científica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CTNBIO	Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
FMM	Faculdade de Medicina de Malanje
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MESCTI	Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação
MINSÁ	Ministério da Saúde de Angola
MS	Ministério da Saúde
NEPeB	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
OVA	Aprendizagem Virtual de Acordo aos Objetivos
PALOP	Países de Língua Oficial Portuguesa
PEPB	Programa de Educação Permanente em Bioética
PEPB	Programa de Educação Permanente em Bioética
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
RCP	Responsável de Conduta de Pesquisa
SBB	Sociedade Brasileira de Bioética
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Comunicação e Informação
EU	União Europeia
ULAN	Universidade Lueji A`Nkonde
UnB	Universidade de Brasília
FMUAN	Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto
ICCT	Instituto de Controlo e Combate da Tripanossomose
CF	Constituição Federal
UNESCO	<i>United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
RedLac	Rede Bioética da América Latina e Caribe
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
BI	Bioética de Intervenção
CEIC	Comite Nacional de Ética para a Investigação Clínica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
LGBT	Lesbicas, Gays, Bixuais, Travestis e Transexuais
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

EDCTP	Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
CEDUMED	Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica
UNO	Organização das Nações Unidas
rFVIIa	Factor VII recombinante activo
TESS	Teste de avaliação da sensibilidade em ciências
SI	Sem Informação

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1. BIOÉTICA: DIÁLOGOS HISTÓRICOS	19
2.2. PERSPECTIVAS DA BIOÉTICA NO BRASIL	27
2.3. PERSPECTIVA DA BIOÉTICA NA ÁFRICA	32
2.4. COOPERAÇÃO EM BIOÉTICA ENTRE PAÍSES LUSOFONOS	39
2.5. CONTEXTOS GEOGRÁFICO, ÉTNICO E CULTURAL DE ANGOLA	41
2.6. SISTEMA SANITÁRIO DE ANGOLA	46
2.7. EDUCAÇÃO MÉDICA EM ANGOLA	49
3. OBJETIVOS	56
3.1. OBJETIVO GERAL	56
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
4. MÉTODOS	57
4.1. DESENHO DO ESTUDO	57
4.3. CATEGORIZAÇÕES DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO	58
4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	58
4.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	59
4.6. ASPETOS ÉTICOS	59
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL O SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	60
5.2. PERCEÇÃO DE UMA AMOSTRA DOS ESTUDANTES DE CURSOS DE MEDICINA ACERCA DE CONCEITOS E POSSÍVEIS ESCOLHAS EM ALGUMAS SITUAÇÕES DE DILEMAS BIOÉTICOS	65
5.3. COMPARAÇÃO DAS GRADES CURRICULARES DE FORMAÇÃO MÉDICA DE ANGOLA (ESCOLA CUBANA E PORTUGUESA) COM AS DE CUBA, BRASIL (USP) E PORTUGAL (LISBOA).	89
5.4. MÉTODOS DE ENSINO EM BIOÉTICA NA SALA DE AULA	93
5.5. DIAGNÓSTICO OBTIDO COM RESULTANTE DA APLICAÇÃO DO INQUÉRITO	104
5.6. POSSÍVEIS CAMINHOS A SEREM TRILHADOS COM BASE NO DIAGNÓSTICO INICIAL	106
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	107
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
8. REFERÊNCIAS	109

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA **Erro! Indicador não definido.**

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA **Erro! Indicador não definido.**

ANEXO C – GRELHAS CURRICULARES **Erro! Indicador não definido.**

ANEXO D – NORMAS CURRICULARES DE ANGOLA..... **Erro! Indicador não definido.**

APÊNDICES **Erro! Indicador não definido.**

APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 118

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO PARA A COLETA DE DADOS 121

1. INTRODUÇÃO

Em Angola, a Bioética, enquanto disciplina, não consta nas grades curriculares da educação médica, isto é, não é ministrada como disciplina horizontal ou como tema transversal na carreira, e seus conteúdos carecem de sistematização. Neste sentido, tem-se aí uma lacuna que necessita ser preenchida, a fim de fomentar uma cultura de valorização dos direitos humanos que permita a coexistência de saberes tecnocientíficos biomédicos e das culturas locais tradicionais ⁽¹⁾.

As questões bioéticas que surgem no contexto da educação médica angolana são decorrentes, principalmente, de seus problemas sanitários e epidemiológicos, adquirindo características culturais próprias, resultantes de sua história colonial e da introdução de valores europeus ou americanos, que precisam ser alvo de uma reflexão crítica ⁽¹⁾. Na África, a Bioética ainda dá seus primeiros passos, mas o interesse público nesses temas tem crescido. Há tímido desenvolvimento autóctone, no que se refere a novas abordagens teóricas e a introdução o estabelecimento do campo da Bioética tem ocorrido quase exclusivamente em função de iniciativas aportadas por outros países ⁽²⁾, o que deve ser ponderado criticamente.

Andoh ⁽³⁾, por exemplo, refere que diversos programas de formação em ética de pesquisa em países subsaarianos, como África do Sul, Nigéria, Quênia, Tanzânia, funcionam através de financiamentos de países desenvolvidos. Particularmente, há entradas da *Fogarty International*, ligada ao Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (EUA). Os planos curriculares restringem-se a aspectos biomédicos e biotecnológicos de ensaios clínicos, e não necessariamente são abordagens amplas da bioética ⁽³⁾. Este tipo de formação tem sido alvo de críticas por bioeticistas de países do Sul, por reforçarem padrões éticos estranhos aos países africanos (ou sul-americanos) e por dimensionar ações de pesquisa conforme os interesses da indústria farmacêutica e não aqueles da população ^(2,3), numa espécie de colonialismo ético.

A fim de estabelecer as motivações para se pensar no ensino angolano de Bioética, torna-se necessário fazer uma breve remissão às origens da Bioética.

Rememora-se Potter, que define a Bioética como um novo saber de integração - uma ponte - que reaproxima valores biológicos e humanísticos, ou seja, é uma:

"Ética aplicada à vida (Bioética), como uma maneira de enfatizar a importância de mais um novo componente da sabedoria que é peremptório atingir"⁽⁵⁾ p.3.

A Bioética, sendo área transdisciplinar, permite o desenvolvimento de uma visão a partir de diferentes olhares acerca de problemas, quando estes exigem uma reflexão ampliada e plural ⁽⁴⁾. Trata-se de um novo saber de integração, tendo surgido no contexto do desenvolvimento das críticas aos impactos da tecnociência, no último terço do Século XX. A expansão das experimentações com seres humanos e animais não-humanos, a preocupação com os impactos das tecnologias sobre o meio ambiente, os avanços biotecnológicos e uma série de questões ligadas ao âmbito da saúde repercutiram diretamente nas relações éticas, ameaçando a permanência da vida (humana e não humana) na Terra, são questões que carecem de fóruns para permanente reflexão crítica ^(4,6).

O desequilíbrio entre o avanço tecnocientífico e a garantia de bem-estar das populações, teve como resultados o recrudescimento de desigualdades, da exploração mercantil e da exclusão social no acesso às fontes de bem-estar, quadro que impactou as relações humanas nos diferentes setores da sociedade. Quando se observa as relações médico-paciente, bem como as investigações biomédicas, constata-se que o conhecimento científico foi usado, diversas vezes, sem as devidas precauções éticas ⁽⁴⁾.

Hellegers⁽⁴⁾, constata que nos anos iniciais da bioética já existia certa perspectiva interdisciplinar, com o aproximação da filosofia moral (e não somente a deontologia médica clássica) aos dilemas biomédicos concretos, com enfoque em três áreas: (a) direitos e deveres do paciente e dos profissionais da saúde; (b) direitos e deveres na pesquisa envolvendo seres humanos; e, (c) a formulação de diretrizes para as políticas públicas e para o cuidado médico, bem como para a pesquisa biomédica. Essa visão está centrada em aspectos biomédicos, contrariando a concepção inicial de Potter, que associava a biologia aos valores morais, e tornou-se a perspectiva mais expandida a nível mundial ⁽⁴⁾.

Callahan⁽⁷⁾ salienta que começa a ocorrer a participação de profissionais não-médicos nos espaços assistenciais, nos quais se discutia problemas relacionados à

prática biomédica, assuntos que até então eram tratados apenas por médicos. Nos hospitais são organizados comitês de ética e normativas de condução ética de pesquisa com seres humanos começam a ser elaboradas, contando com a participação de profissionais das ciências sociais e humanas, bem como de representantes da população em geral.

Nas décadas de 1970-1980, as faculdades de medicina começam a adotar a bioética como disciplina acadêmica nos seus currículos, dentro da lógica proposta por Hellegers, voltada a aspetos biomédicos e biotecnológicos ⁽⁴⁾. Várias escolas médicas de universidades estadunidenses começaram a introduzir, nos cursos da graduação e pós-graduação, os conteúdos de Bioética. Todavia, a maioria não a definia como disciplina, e em apenas cinco faculdades (11%), o termo interdisciplinaridade é usado como referencial pedagógico ^(5, 7,8,9,10,13,14,15).

De modo geral, o intuito desta nova área do saber era avaliar pesquisas, regular práticas e desenvolver métodos de análise para tomadas de decisão de problemas complexos, relacionados a atividades assistenciais que envolviam seleção de pacientes para uso de recursos médicos escassos ou para participação em pesquisas ⁽⁷⁾.

Dez anos depois, propriamente na década de 1980, ocorreram situações similares em universidades europeias ^(63,64). Na América Latina, em 1987, Mainetti e Tealdi fundaram a escola latino-americana de Bioética na Universidade de La Plata, Argentina, e introduziram o primeiro curso de Pós-Graduação realizado na região, com nome de Introdução à Bioética. O curso foi oferecido, em 1994, na sede da Escola de Saúde Pública ^(9,10).

Em Cuba, o primeiro programa de Bioética foi implementado, na graduação, desde os anos 1989-1990, sendo, possivelmente, o primeiro na América Latina a utilizar as bases didáticas da interdisciplinaridade, com enfoque na ética clínica representada pelo sistema de princípios de Beauchamp e Childress ^(9,10).

No Brasil, Garrafa incluiu a disciplina “Introdução à Bioética” na graduação da Universidade de Brasília (UnB) e criou, em 1994, o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética (NEPeB) na UnB, o primeiro cadastrado no país pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). Em 1998, foi introduzido o curso de especialização que, com o tempo, deu origem ao programa de mestrado e doutorado vigente até a

data atual, que compreende, de igual modo, o estágio pós-doutoral. O programa tem apoiado a formação de bioeticistas em Angola e Moçambique, além de diversos países latino-americanos ^(11,12,16,17,18).

Há esforço, por parte de países do Sul, em estabelecer o ensino de Bioética na formação de seus profissionais em saúde, mediante redes de apoio para adoção de disciplinas e programas consistentes. Mas há dificuldades em se definir a forma mais efetiva de inserção: disciplina, conteúdo transversal ou outro tipo de componente curricular. Esta dificuldade pode se repetir nas faculdades de medicina em Angola, uma vez que os cursos apresentam grades (ou grelhas, em português angolano) curriculares diferentes, justificadas pelo contexto sociopolítico em que surgiram ^(16,17).

Por exemplo, a Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), a mais antiga e primeira a ser implementada em Angola tem perfil de saída para formação médico-cirúrgica, com visão hospitalocêntrica e vocacionada a oferta de tratamento ^(16,17), isto é, se inscreve no paradigma tradicional de formação médica. Ainda avaliando o contexto angolano, as demais faculdades públicas, resultaram do acordo de cooperação e solidariedade entre Angola e Cuba, em que a formação está direcionada para a medicina geral e integral, numa lógica de medicina preventiva. As duas escolas têm em comum a ausência, em suas grades curriculares, do ensino formal de Bioética como disciplina isolada ou como curso eletivo, ainda que temas sensíveis sejam tratados em cadeiras de medicina legal. Mas alguns esforços têm sido direcionados para corrigir esta lacuna na educação dos futuros médicos angolanos ^(16,17).

Por exemplo, na primeira edição do Curso de Mestrado em Educação Médica (2004-2006) na UAN, realizado com a colaboração da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, foi incluído um módulo de formação sobre “Ética médica, Bioética e Ética da investigação em seres humanos”. Mas foi ministrado por docentes nacionais sem formação específica em bioética, e cujo conhecimento foi adquirido por iniciativa própria, o que demonstra um esforço e a carência em termos de recursos humanos especializados no campo ^(16,17).

Mais recentemente, foi organizada a Conferência Internacional Sub-regional sobre “Ética da Investigação Científica: Primeiro passo para a Cooperação Sul-Sul

na Bioética”, fomentada pela UNESCO e que permitiu a formulação da Declaração de Malanje, assinada pelos membros de diferentes organizações do campo da Bioética, particularmente, os representantes da Universidade de Brasília e da Universidade Lueji A’nkonde ^(16,17,18).

Em Angola, muitas instituições carecem de Comitês de Bioética Clínica e de Investigação. Não há um Conselho Nacional de Bioética para análise de protocolos de pesquisa ou de incorporação de tecnologias de saúde, apesar de existir um Comitê Nacional de Ética, que funciona sob coordenação do Instituto Nacional de Saúde Pública, fundado em abril do ano 2000, em função da necessidade de aprovação do primeiro ensaio clínico para avaliação de fármaco para tratamento da Tripanossomíase Humana Africana, no Instituto de Combate e Controlo de Tripanossomose (ICCT)¹⁶.

Tendo como mote estes esforços iniciais, torna-se necessário **realizar um diagnóstico situacional acerca da inserção do ensino de Bioética nas escolas médicas em Angola**. No presente estudo, avaliou-se presença de disciplinas ou conteúdos de bioética nas grelhas curriculares das faculdades de medicina e, a fim de estabelecer um marco inicial, recrutou-se estudantes do 4º ano das cinco Faculdades de Medicina de Universidades de Angola para responderem a um questionário com dados biográficos e questões relacionadas a compreensão geral de alguns problemas bioéticos. O recorte se justifica devido à prática que os académicos trazem de anos anteriores, referente à vivência em ambiente hospitalar, em época de estágio, e que proporcionam o contato com pacientes. Nestas vivências estão propensos a deparar-se com situações que envolvem conflitos éticos. Por outro lado, não frequentaram a disciplina de “Medicina Legal, ética médica e deontologia”, que é ministrada no 5º ano, onde são fornecidos conteúdos que facilmente podem ser confundidos com a Bioética.

Propusemo-nos em realizar este trabalho, devido à relevância que se configura o tema Bioético em Angola, na formação dos futuros médicos, para promover a mudança de atitudes na atuação destes profissionais, ao serem confrontados com situações que geram conflitos éticos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. BIOÉTICA: DIÁLOGOS HISTÓRICOS

Antes de entrar propriamente no tema em análise, trataremos de fazer uma diferenciação entre moral e ética, não obstante ser considerada por muitos autores como palavras sinônimas, que na verdade apresentam significado diferente. Moral (do latim, mores = costumes) lida com valores estabelecidos por uma sociedade, em determina época. Ela pode variar de uma sociedade para outra ou mesma sociedade em épocas diferentes. Ao passo que a ética (do grego Éthos = uso, hábito, costume, caráter ou maneira de ser) se caracteriza pela liberdade da pessoa em fazer reflexão e juízo críticos dos valores humanos, analisando possíveis conflitos neles envolvidos. Sendo que muitas vezes, a análise crítica chega a verdadeiros dilemas, levando o cidadão a ter que fazer uma opção entre os valores (130).

No entanto à Bioética, trata-se de uma palavra de origem grega, dividida em “bio” que significa vida, aplicada a todos os seres vivos, humanos e não humanos; foi inicialmente compreendida como “a nova ciência ética”, que combina humildade, responsabilidade e competência interdisciplinar, intercultural, que potencializa o senso de humanidade, que significa ética aplicada à vida (28, 29,30).

A terminologia Bioética trata-se de uma palavra recente na literatura acadêmica, criado pelo bioquímico e oncologista norte-americano Potter em 1970, que publicou pela primeira vez no seu artigo *The Science of survival* (ciência da sobrevivência). Um ano mais tarde (1971) ele publicou o livro *Bioethics: bridge to the future* (Bioética: ponte para o futuro), em que a sua visão conceitual estava focada na aplicação das ciências biológicas para melhoria da qualidade de vida, concretamente por uma perspectiva ecológica (28 29,30).

Quase que simultaneamente, André Hellegers em 1975, ginecologista e obstetra, de nacionalidade Holandesa, fundador do Instituto Kennedy, restringiu o termo às questões biomédicas e biotecnológicas, visão mais difundida a nível internacional, com enfoque em temas de conflito médico, como aborto, eutanásia, transplantes de órgãos, pesquisas com seres humanos (31,29,125). Deve-se recordar

que Kennedy, presidente dos EUA, iniciou um movimento de priorização de problemas sociais, como a pobreza, planos de saúde para garantir acesso à saúde para populações mais vulneráveis, fruto da pressão da incorporação de conceitos como de igualdade e justiça social, que começaram a ser aplicados em diversas instituições, ainda que dentro de uma perspectiva liberal ^(29,31).

A Bioética como campo, surgiu em um período que coincide com convulsões sociais na última metade do século XX, onde se registrava muitas inquietações, em relação aos avanços da ciência e os desafios de coexistência de visões plurais, com a necessidade de reconhecimento dos direitos individuais, devido às diferenças marcantes nas relações médico-paciente. Mas o avanço no campo biomédico foi acompanhado de abusos ético amplamente denunciados e de conflitos relativos à alocação de recursos para assistência médica ^(7,8).

Retomando Callahan⁽⁷⁾, um dos precursores da Bioética nos EUA, corrobora com Mainetti, ao afirmar que foi exatamente nesta época que começam a aparecer na medicina, pessoas de outros campos de conhecimento, que integraram as equipes que apoiavam a tomada de decisão acerca de quem devia ter acesso a tratamento ou de quem seria selecionado para participar em pesquisas.

Após ter o mundo tomado conhecimento das atrocidades cometidas em nome da ciência pelos nazistas, por ocasião da II Guerra Mundial, o que gerou uma “crise de consciência” na comunidade científica, diversas regulamentações foram sendo elaboradas com o objetivo de proteção aos direitos humanos, a fim de serem asseguradas a integridade e dignidade das pessoas, aí incluídos os casos de participação em pesquisas biomédicas. Vale lembrar que anos antes, em Nuremberg foi instituído um Tribunal para julgar os crimes de guerra e que desvelou os abusos em pesquisas com seres humanos, levadas a cabo por médicos nazistas nos campos de concentração alemães ^(8,13,28,29,32).

As denúncias aos abusos da medicina nazista ou estadunidense (entre tantas outras denúncias) culminou com a necessidade de busca por respostas para novas perguntas que surgiram por causa das mudanças sociais e políticas registradas na altura. De um lado, está o reconhecimento do pluralismo, o desenvolvimento das tecnociências, o clamor pela efetivação dos direitos individuais e as diferenças nas relações entre médicos e pacientes ocasionadas por estas transformações; de outro

lado, a exposição dos abusos em pesquisas biomédicas, principalmente por pesquisadores estadunidenses e as limitações na alocação de recursos públicos para a assistência à saúde ^(8,13,28,29,32).

A fim de solucionar parte desta crise, o Congresso estadunidense orientou a Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental a elaborar o Relatório de Belmont, que delineou os critérios norteadores para a pesquisa, assentes nos princípios de respeito pela autonomia, beneficência e justiça, sendo incluído posteriormente no referencial teórico do Princípio da não maleficência, na obra de Beauchamp e Childress, relacionada com conflitos da prática clínica ^(8,13,28,29,32).

De certa forma, o campo da Bioética acompanhou, no sentido de fornecer uma crítica construtiva, o crescimento do complexo industrial da saúde que, naquele período, foi se tornando um dos setores mais rentáveis da economia mundial ^(8,13,28,29,32). De forma resumida destacamos os documentos que marcaram a história da regulamentação ética ^(8,13,28,29,32):

- Código de Nuremberg – 1947 (Tribunal de Guerra);
- *Declaração Universal dos Direitos Humanos* – 1948 (Assembleia Geral das Nações Unidas);
- *Declaração de Helsinki* – 1964, com suas revisões em Tóquio (1975), Veneza (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996) e Edimburgo (2000), sendo documento da Associação Médica Mundial;
- *Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* – 1966 (Assembleia Geral das Nações Unidas);
- *Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos* – 1991 (CIOMS/OMS) e as *Diretrizes Éticas*

A perspectiva estadunidense tem uma profunda influência do pragmatismo filosófico anglo – saxão. Os princípios de respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são utilizados como um checklist, mas não como princípios no sentido estrito. Neste fala-se mais de procedimentos e de estabelecimentos de normas de regulamentação para, inicialmente, a pesquisa envolvendo seres humanos. Priorizam-se os microproblemas, cuja resolução imposta de forma imediatista e decisiva para um indivíduo, por oposição aos macroproblemas, em que os interesses morais de todo um grupo se encontram envolvidos. Um bom exemplo desta especificidade é a figura do Bioeticista em hospitais estadunidenses,

acompanhando o médico para assisti-lo e acompanhá-lo em situações limites que exigem tomada de decisão ⁽¹³³⁾.

A perspectiva europeia de Bioética privilegia dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido de justiça e de equidade, preferencialmente com foco nos direitos individuais. Avança a busca pelo fundamento do agir humano em que a preocupação ética ocorre, em parte, a partir de uma nova problematização da noção de subjetividade. Neste sentido, a ética aparece como perspectiva antropológica, na medida em que sua missão é acompanhar o processo de personalização do sujeito. Patrão Neves destaca a perspectiva europeia de Bioética não só levanta questões sobre a forma de utilização da tecnologia e seus efeitos, mas também faz uma problematização mais ampla da relação do homem com a técnica e sua essência, numa reflexão sobre a natureza humana, ultrapassando, assim, as peculiaridades do caso concreto. Neste aspeto, olha a técnica como poder que artificializa ou como forma de desvirtuar a humanidade do homem ⁽¹³³⁾.

Para além da dicotomia das perspectivas apresentadas, de um lado a vertente estadunidense e do outro a perspectiva europeia, vários autores apontam para o diálogo entre elas, isto é, pergunta-se, a integração dessas duas correntes não seria algo a ser perseguido. Ressalta-se aqui, uma das características da Bioética que é a interdisciplinaridade e o diálogo como um dos métodos privilegiados desta disciplina. Esta Bioética surgida no contexto anglo-saxônico, após ganhar o continente europeu, foi replicada em outros continentes, incluindo – se a América Latina, descrita na secção seguinte ⁽¹³³⁾.

Na América Latina, registrou-se o início de uma série de movimento sociais contra hegemônicos, com destaque para os movimentos feministas e de lutas a favor dos direitos das populações mais vulneráveis. Esses movimentos começam a impor novas perspectivas na relação entre profissionais de saúde e pacientes. Até então, o juramento hipocrático era a baliza moral para ação médica, servindo de base para a deontologia médica, que se mostrou insuficiente para lidar com questões persistentes e emergente do exercício médico. Soma-se o fato de boa parte da formação de professores de ética médica estar assentada em medicina legal ou na teologia cristã, formatando as moralidades dos futuros profissionais de saúde aos dogmas desta fé ^(9,10,15).

Acosta ⁽⁹⁾, no seu livro intitulado *“la Bioética Desde una perspectiva cubana”* foi peremptório em afirmar que para muitos países da América Latina, a Bioética iniciou em períodos diferentes. Começando na década de 1980 com Mainetti citado por Acosta ⁽⁹⁾, que fundou o primeiro centro em La Plata (Argentina), na Escola Latino-Americana de Bioética (ELABE) e posteriormente em 1985 na Colômbia surge o Instituto Colombiano de Estudos em Bioéticos propriamente na Universidade Javeriana, tendo se expandido para todos os países da região ^(10,41).

Com a expansão dos ideais da Bioética, na América Latina surgiram outros autores interessados, como filósofos, juristas, teólogos, que produziram mudanças de atuação no campo tradicional da medicina, tal como afirmado por Mainetti, citado por Acosta ⁽¹⁰⁾. Estas iniciativas aconteceram com objetivo de pluralizar o campo de ação da ética na medicina ^(9,10). Acosta ⁽⁹⁾ considerou que em Cuba, a Bioética surge como ética biomédica e biotecnológica, de base principialista e que posteriormente expandiu-se para se estabelecer em um modelo de saúde baseado na responsabilidade, confiança e solidariedade, com contribuições concretas para a teoria do consentimento informado, colocando a definição de morte humana e a qualidade de vida como uma questão ética. Neste país, a primeira referência sobre a disciplina como conta o autor, foi trazida por António de Armas escreveu aquele que foi considerado como o primeiro de Bioética, publicado durante um simpósio, realizado em Rostock em 1985 e publicado anos depois, em Cuba, sob o título “em torno da orientação filosófica da Bioética ^(10,15)”.

Em 1986, pesquisadores cubanos na área de Bioética atualizaram a bibliografia de suporte do curso *Ética e Deontologia Médica*, com foco nos princípios do consentimento informado, respeito à autonomia e beneficência com o lançamento do livro acima referido, que serviu de suporte para o ensino da Bioética em Cuba. Neste livro, são encontrados aspectos mais abrangentes do pensamento bioético, o que garante aos leitores uma visão mais holística da inter-relação entre natureza humana e fatores econômicos e sociais no processo saúde doença ^(9,10,15).

Pode-se realçar que a Bioética, em Cuba, nasce de forma enraizada no modelo principialista, recebendo críticas internas, já que dava ênfase às questões relacionadas com a qualidade de vida individual, presente em eventos clínicos de início e de fim da vida humana. Como alternativa a este primeiro modelo, Araújo

propôs um sistema referencial alternativo ao principialismo anglo-saxão para a análise e solução dos problemas de uma macrobioética médica (acessibilidade, equidade e participação) ^(9,10,15).

Algumas propostas alternativas começaram a ser registradas, concomitantemente às propostas de reforma universitária, como as apresentadas por Francisco Arango e Parreño, com o intuito de incluir a educação da ética profissional nos estudos de medicina em Cuba. Em 1992, aconteceu em Cuba o Primeiro Simpósio Internacional sobre Morte Encefálica, que atraiu a participação de importantes personalidades da Bioética a nível internacional. Esta troca de ideias foi com vista a concretizar os dois primeiros cursos internacionais realizados naquele país ^(9,10,15).

Por conseguinte, na primeira metade da década de 1990, assistiu-se à criação de cátedras de Bioética nos Centros de Educação Médica Superior em Cuba, bem como o processo de discussão do projeto da Declaração Universal do Genoma e Direitos Humanos, que se tornou a base do Comitê Nacional de Bioética Cubana em 1996 ^(9,10,15).

Neste âmbito, a Bioética tem vindo a consagrar-se como campo teórico em diversas áreas do saber. Na sequência das diferentes regulamentações, destacamos a iniciativa da *United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e do Comitê Internacional de Bioética em outubro de 2003, na qual seus Estados-Membros foram convidados a participar da elaboração de uma declaração que estabelece princípios fundamentais no campo da ética aplicadas a vida. Em 19 de Outubro de 2005, a Conferência Geral da UNESCO, em sua 33ª reunião, aprovou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (doravante denominada DUBDH) ^(1,37,38).

A DUBDH consiste em uma série de princípios sobre a Bioética, acordados por representantes de 191 países, depois de um intenso processo de elaboração e consultas, no qual participaram especialistas governamentais e independentes. Este conjunto de princípios constitui uma plataforma global comum através da qual se pode introduzir e promover a Bioética em diferentes contextos sociopolíticos ^(1,11,12,37,38).

A DUBDH constitui um instrumento não vinculante, que serve de diretriz às necessidades dos países em desenvolvimento, lembrando a comunidade internacional do seu dever de solidariedade para com todos os países. A dimensão inovadora da Declaração é que constitui um compromisso dos governos para um conjunto de princípios com dimensões sociais, sanitárias, ecológicas e Bioéticas. Há um estímulo para sua adoção unânime pelos Estados-Membros, o que confere à Declaração autoridade e cria um compromisso moral, para todos os países que ratificaram a referida declaração ^(1,11,12,37,38).

A UNESCO ficou encarregada de promover, difundir e aprofundar os princípios, por razões práticas, apesar de permanecer em discussão a definição aceitável de Bioética entre os representantes de todos os Estados. Para alguns está relacionada principalmente com os problemas morais da ciência e tecnologia, em especial no contexto da medicina e dos cuidados de saúde ^(1,11,12,37,38).

Numa outra perspectiva, a Bioética surgiu em conexão com os direitos humanos e está relacionada às questões de justiça social e dignidade humana, incorporando preocupações com o meio ambiente e com o futuro do planeta ^(1,11,12,37,38). De certo modo, a Bioética pode ser considerada como a interação entre três domínios: disciplina, debate público, formulação de políticas públicas. Por causa dessa interação, a Bioética tem diferentes histórias e interpretações no seio dos que se propõem em estudar este ramo do saber científico ^(1,11,12,37,38).

Retomando o foco da educação, a DUBDH em seu art.º 23, aborda a questão da informação, formação e educação em Bioética, consagrando o seguinte ^(11,37,38):

De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em Bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimentos sobre Bioética. Os Estados devem estimular a participação de organizações intergovernamentais internacionais e regiões e de organizações não governamentais internacionais, regiões e nacionais neste esforço p.11.

Segundo Garrafa ⁽³³⁾, a adoção dos referenciais da Bioética pode contribuir para a mobilização social e pode ter impacto positivo na educação, nas mais diversas formas e em diferentes níveis da sociedade. Nesta mesma linha de pensamento existe quem admita ser a Bioética o protótipo do conhecimento interdisciplinar ^(32,33).

Por outro lado, alguns educadores compreendendo a complexidade do ensino da Bioética, reconhecem a possibilidade de adiar-se a definição de uma concepção didática, neste estágio, contanto que o objetivo do ensino cumpra sua finalidade de fazer com que os estudantes tenham a capacidade de articular as diferentes visões disciplinares ^(32,33).

A nível internacional, dispositivos legais e legítimos para a sua efetiva implementação já estão disponíveis, entre os quais se destacam o *Core Curriculum* de Bioética desenhado a partir dos princípios da DUBDH ^(1,11,12,34,35,36,37,38,39,40,41,42). Neste documento, que visa assegurar bases comuns de abordagem e disseminação dos conteúdos bioéticos, aplicável a diferentes níveis de ensino formal, é clara a proposta de inclusão da Bioética como tema transversal, em estreita articulação com a proposta pedagógica de compromisso social abarcando os diferentes campos onde a Bioética tem ação direta ^(1,11,12,34,35,36,37,38,39,40,41,42).

Campos de ação da Bioética são definidos como aquelas áreas de conhecimento referentes às práticas sociais sobre as quais têm centralizado sua produção acadêmica, desenvolvendo um espaço reflexivo, crítico e dialético. O incremento de campos de ação não pretende fragmentar a Bioética em áreas de especialização, e sim direcionar um olhar aos diferentes campos na ciência da vida onde surgem os conflitos que a Bioética pretende problematizar e refletir ^(35,38).

Entendendo que a Bioética é uma área de conhecimento interdisciplinar e junto a outros conhecimentos onde surgem as possibilidades de atuar como uma ética aplicada. Neste trabalho, serão citados os diferentes campos de onde a Bioética intervém e, por não constituir nosso objeto de análise, serão tão somente mencionados:

Tomada da decisão clínica, b) Investigação com sujeitos humanos, c) Bioética e proteção animal, d) Bioética e Saúde Pública, e) Bioética e preservação ambiental, f) Regulamentação de novas tecnologias; cada uma delas apresenta sua própria epistemologia ⁽²⁹⁾p.34.

2.2. PERSPECTIVAS DA BIOÉTICA NO BRASIL

No Brasil, segundo Porto e Garrafa ⁽³²⁾, a incorporação formal da Bioética como um campo de estudo ocorreu há mais de vinte anos. E demorou mais outros tantos anos para começar a rever e adaptar, à realidade brasileira, as propostas discutidas mundialmente. Segundo Garrafa, “*a Bioética brasileira é tardia, tendo surgido de forma orgânica somente nos anos 1990*” ^(33,34).

A produção de conhecimento no campo pautou-se, inicialmente, no referencial principialista e de éticas religiosas, mas em meados dos anos 2000, começa a sofrer uma virada em direção à transdisciplinaridade, com questionamentos sobre o rumo do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e para a problemática da desigualdade de direito ao acesso aos bens e serviços ^(33,34).

O reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos quer sejam participantes de pesquisa ou usuários de sistemas de saúde, torna-se um ponto de chegada da justiça social, amparado no referencial dos Direitos Humanos, que se constituiu no passo que precede o reconhecimento da cidadania ^(32,33,34). De forma geral, pode-se dizer que esses esforços para contextualizar e sistematizar a Bioética no Brasil buscava uma aproximação entre a discussão voltada exclusivamente à atenção à saúde e o panorama socioeconômico do país, o qual condicionava o processo saúde e doença ^(32,33,34).

O momento de surgimento da Bioética no Brasil foi coincidente com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é fruto do ideário da Reforma Sanitária brasileira, da mesma forma que o campo da Saúde Coletiva. Neste cenário, a bioética tem se desenvolvido de forma crítica, incorporando definitivamente a dimensão social na análise do processo de saúde e doença da população ^(32,33,34).

O pensamento bioético brasileiro reflete essa preocupação, tendo como principal expressão o número significativo de trabalhos publicados, que relacionam os campos da Bioética e da saúde pública, processo que de certa maneira não difere ao de Cuba ^(32,33,34). A compreensão do papel do Estado e das políticas públicas de bem-estar social pauta a discussão de fundo sobre o direito à saúde e

às críticas ao modelo principialista. A argumentação contrária a essa visão desdobrou-se em diferentes expressões de pensamento sanitário e bioético ^(32,33,34).

A divergência com relação aos modelos de pensamento hegemônico acabou por fortalecer um movimento contra hegemônico na saúde brasileira. Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde formalizada pela proposta de construção de um modelo para a saúde, o qual serviu de base para as discussões da Assembleia Nacional Constituinte, respaldada, em conformidade com Art.º 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, promulgada no mesmo ano, que reconhece a saúde como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado, instaurando a base para a criação do SUS ^(32,33,34).

Por conseguinte, foi fundada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 1995, que pouco alterou esse quadro. Um ano depois, trabalhou-se no texto das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde RN-CNS196/1996, cujo preâmbulo especifica os quatro princípios, identificando-o como referenciais básicos da Bioética. Essa resolução foi produzida por um grupo de trabalho composto, na sua maioria, por membros da SBB ^(32,33,34).

Disso constatou-se também, tal como Cuba, a Bioética chega ao Brasil na corrente do principialismo, marcado pelos quatro princípios, designadamente, *“Beneficência, não maleficência, Respeito pela Autonomia e Justiça”*, conhecido por muitos como “os princípios” da Bioética”. E a aceitação acrítica desta perspectiva ainda é tão marcante que, mesmo quando se pretende não caracterizar um alinhamento total ao principialismo, pesquisadores brasileiros e de outros países da América Latina e África é possível verificar a abordagem da Bioética de forma restritiva aos quatro princípios ^(9,10,14,32,33,34).

A desconstrução do principialismo e a construção de uma relação politizada e crítica entre Bioética e saúde pública já vinham sendo trabalhadas por estudiosos desse campo, oriundos do movimento sanitário e que tinham produção científica comprometida com o campo social. Duas referências nesse contexto histórico são: A dimensão da ética em saúde pública, produzido na Universidade de Brasília e publicado em 1995; e a terceira margem da saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, editado em 1996 ^(32,33,34).

Segundo os autores, a partir desse período, a Bioética brasileira passou a ser identificada com uma óptica que parte da experiência de um grande país do hemisfério sul, rico em movimentos populares e experiências culturais, e atormentadas pela pobreza e pela injustiça, sem ficar aprisionada às fronteiras ou limites, mas, ao contrário, ligando-se às tradições filosóficas europeias e ao debate bioético internacional ^(32,33,34).

Os pesquisadores como Oliveira e Garrafa ⁽¹²⁸⁾ constataam certa unidade interna nas vertentes da própria Bioética brasileira ao contraporem a adoção restritiva da perspectiva principialista, para tal voltaram sua atenção ao resgate dos conceitos da saúde coletiva, buscando responder aos conflitos que emergiam da nova forma de atenção proposta pelo SUS ^(32,33,34). Suas visões estavam focadas nos sujeitos afetados por iniquidades, cujas condições sociais, econômicas e culturais têm especificidades que afetam seus direitos de cidadania. Esses sujeitos são respectivamente identificados por essas vertentes como excluídos, vulnerados, oprimidos, vítimas das relações assimétricas de gênero, do racismo por cor e etnia, ou, simplesmente, como os grupos e segmentos ou populações pobres, que no âmbito interno das nações ou na relação entre elas, são apartados das condições sociais e ambientais que caracterizam a qualidade de vida ^(32,33,34).

Para tal a implementação de políticas afirmativas, ou à busca de sua libertação, bem como o empoderamento e emancipação, seja de forma auto gestonária ou por medidas de compensação e proteção do Estado tornam-se vitais para garantia da cidadania dos direitos fundamentais. Entretanto, essa forma ampliada de definir e lidar com a saúde, proposta no SUS, não foi imediatamente absorvido no campo da Bioética, que nessa ocasião começava a ser introduzida no país ^(32,33,34).

A influência da perspectiva estadunidense, hegemônica em todo mundo naquele momento, condicionou fortemente a importação acrítica do modelo principialista de Bioética no país. Alinhado a uma visão de mundo reducionista e conservadora, que negava, inclusive, o ensinamento hipocrático, que “consiste, sobretudo em reconhecer que existe uma continuidade entre as doenças do indivíduo e as doenças da coletividade”, tal modelo apenas fortalecia a ideia de

saúde construída a partir dos interesses de mercado e das respostas individuais e medicalizadas ao adoecimento ^(32,33,34).

Outras correntes no sentido de opor-se ao paradigma principialista, no campo da Bioética Brasileira, serão desenvolvidas a seguir. Schramm e Kottow são bioeticistas que têm elaborado as ideias da Bioética de Proteção, cuja ação principal consiste na “proteção do vulnerado, opondo-se aos fatores que causam de adoecimento, criando premissas para a promoção da autonomia destes com vista, a aumentar a qualidade de vida das populações, que é que a tarefa primordial de cada estado” ⁽¹³⁴⁾.

Os autores consideram que as características do princípio da proteção consistem na gratuidade, com o compromisso prévio de assumir uma atitude protetora; onde após a vinculação, a atitude, uma vez acordada, passa ser um dever assegurar do ponto de vista de segurança os mais afetados, tendo como objetivo alcançar a segurança social, proteção física, moral e bens patrimoniais, em cada território ⁽¹³⁴⁾.

Os Professores Volnei Garrafa e Dora Porto ⁽³³⁾ criaram as bases da Bioética de Intervenção, cujo foco principal tem muito ver com olhar atento para o âmbito público com ênfase na responsabilidade do Estado, com vista à garantia de soluções exequíveis diante dos problemas persistentes em saúde pública, protegendo os mais vulneráveis, apoiando-se da teoria utilitarista e no princípio da solidariedade crítica, em prol de uma sociedade cada vez mais justa, diante da escassez dos recursos naturais, respeitando a dignidade da pessoa humana com seu olhar na corporeidade, fortemente atrelado nas sensações de prazer, dor, com a inclusão recente do conceito da colonialidade, incorporando Paulo Freire, para promover a emancipação, empoderamento no âmbito privado, contextualizando os conflitos éticos para inclusão social dos oprimidos e injustiçados pelo estado, que tem o dever de proteger as minorias ⁽³²⁾.

Marcio Fabri dos Anjos ⁽¹³⁵⁾ idealizou a Bioética associada a ética e a teologia da Libertação, onde o autor considera haver uma “mística”, entendida como estímulos ocultos, que servem de base para dar suporte aos critérios, argumentações bem como atitude e normas no campo Bioético. Esta proposta tem como finalidade garantir o diálogo entre a ciência e religião, através da proposta de

interface entre os conceitos teológicos ocidentais do catolicismo com as várias correntes da Bioética. “Para tal apresentaram a proposta de divisão das questões Bioéticas em três dimensões inter-relacionadas, designadamente minisociais, midisociais e macrossociais ”⁽¹³⁵⁾.

Estas iniciativas dos bioeticistas brasileiros ainda se encontram em construção, mas que podemos dizer que neste país a Bioética já está consolidada, apesar da sua implementação tardia, e que alguns programas de formação persistem com os ensinamentos em Bioética atrelada ao principlalismo.

Assim, aumentando o insuficiente e diminuindo o excedente, se completa o ciclo da equidade, garantindo a sustentabilidade social e ambiental e a vida de todos. Isso é, pura e simplesmente, justiça, como afirmado por Porto e Garrafa ⁽³²⁾, que ao concluírem a sua narrativa olhando ao discurso sanitário da Bioética brasileira consolidada na prática através da homologação, em 2005, da DUBDH, no qual a representação do Brasil, seguindo a linha dos bioeticistas/sanitaristas brasileiros, exerceu papel decisivo na ampliação do debate Bioético da pauta de discussão biomédica restritiva para uma visão mais alargada, como as questões sociais, sanitárias e ambientais, que afetam os países periféricos, todas estas ações contribuíram para consolidação da Bioética brasileira ^(32,33,34).

A realidade do desenvolvimento da bioética em alguns países africanos, se assemelha às suas origens no Brasil, como passaremos a descrever na seção seguinte.

2.3. PERSPECTIVA DA BIOÉTICA NA ÁFRICA

Andoh ⁽³⁾, afirmou que os valores éticos tradicionais africanos não podem ser tidos como irrelevantes pela sociedade contemporânea assim como pelos pesquisadores. Desta urge à necessidade do resgate das raízes do pensamento africano para garantia autenticidade africana. Para isso os africanos devem esforçar-se para reconhecer e mantê-la em função dos hábitos, costumes e crenças da cultura local. Para tal nós africanos devemos recuperar a nossa visão de mundo, através da busca constante pela manutenção da nossa identidade diante das várias mudanças que se registram diariamente ^(1,2).

O autor considera ainda, fundamental a restauração da dignidade humana que se tem estado a perder por razões de várias ordens ligadas à sua idiosincrasia. As pessoas também estão mais inclinadas a aceitar ideias éticas com as quais estão familiarizadas. Para ter um impacto na sociedade e influenciar positivamente a qualidade de vida moral, a Bioética deve ser capaz de formação moral ^(1,2).

Os profissionais são mais propensos a responder positivamente a noções Bioéticas que ressoam com seus valores preexistentes e suas convicções morais. E que para manter os princípios éticos cultivados a partir do solo africano as pessoas deverão agir de maneira mais consistente de acordo com os valores que possuem. Logo, os bioeticistas africanos devem refletir sobre o pensamento autóctone, na medida em que este tipo de raciocínio pode enriquecer profundamente nosso discurso ético africano ^(1,2,3).

Em 1979, Makalela e Biko ⁽¹²⁶⁾, já chamavam atenção aos pesquisadores da sua época, que devemos extrair das nossas culturas muitas virtudes que podem ser ensinadas ao ocidente, de maneira que povo africano não precisa estar submisso aos processos neocolonialistas dos países ocidentais ^(1,2,3).

Todavia Tangwa ⁽⁵⁵⁾ referiu que cabe claramente aos estudiosos do pensamento Bioético ocidental permitir que a Bioética e a cultura africana as possa influenciar, deixando de parte o imperativo moral que o ocidente tem imposto persistentemente sobre os povos africanos, garantindo desta forma à reciprocidade e respeito mútuo entre as culturas ocidentais e Africanas ^(2,3).

A título de exemplo do que acabamos de referir, cabe ressaltar que são os vários eventos formativos ou cursos que têm sido realizados por bioeticistas africanos, financiados pelo ocidente, que de certa forma têm contribuído para essa (mal) concepção de Bioética na África. A primeira área identificável de confusão é com a origem ou nascimento da Bioética. É um campo nascido do escândalo e devido às inovações e transformações no campo das tecnologias médicas produzidas pelo Ocidente ^(2,3).

Mbugua ⁽⁵⁷⁾ deixa isso claro quando escreve que, tradicionalmente, a Bioética sempre esteve associada a biotecnologias de vanguarda, como a fertilização *in vitro*, o transplante de órgãos e a terapia gênica. Essas tecnologias são praticamente inexistentes na maior parte dos países africanos.

Os princípios da Bioética importados do Estados Unidos da América foram formulados para abordar questões éticas decorrentes desses avanços na medicina não podem ser impostos na pauta de discussão da Bioética africana, uma vez que os nossos problemas africanos divergem destes de forma abismal ^(3,57).

Andoh ⁽³⁾ caracteriza os problemas vivenciados pelos povos africanos, referindo que são enormes os desafios econômicos e sociais, especialmente no campo da saúde. A África é fortemente impactada pela pobreza e pela enorme carga de doenças, como HIV-AIDS e doenças tropicais, como a malária e a doença do sono, que matam milhões de africanos anualmente.

Elas representam sérios desafios morais para os bioeticistas focalizarem a partir de um contexto africano. A exploração em face da pesquisa multinacional cria a necessidade de uma orientação robusta, pois há falta de meios e mecanismos para melhorar o ensino da Bioética na África focada neste contexto ^(3,49,51,52,55).

Além disso, embora a Bioética tenha atingido a maioria nos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento, ainda é em grande parte "estrangeira" para a maioria dos países africanos. Portanto é hora de a África juntar-se ao movimento da Bioética porque a relevância e aplicações à ciência e à pesquisa são vitais e não devem ser negligenciadas ^(2,3,49,51,52,55).

No entanto, a Bioética não é exclusivamente do domínio ocidental e muitos argumentos acusam essa abordagem dominada pelo Ocidente como uma forma de

imperialismo moral, e uma tentativa das agências do mundo desenvolvido de avançar sua agenda de pesquisa biomédica à custa dos países em desenvolvimento ^(2,3,49,51,52,55).

A maioria das alegações de que a Bioética é ocidental é sinal da grande negligência ao desenvolvimento da Bioética e suas questões fora do mundo ocidental. É o que algumas pessoas chamam de deficiências e pontos cegos do campo, que são identificados como fórmulas de ensino, uma insensibilidade às diferenças culturais e a tendência dos bioéticos norte-americanos de enfatizar "direitos individuais e racionalidade" em vez de "comunidade e bem comum". Isso levanta a questão do legado das abordagens africanas à Bioética, enquanto se depara com o futuro, o propósito e o lugar que o pensamento africano ocupa no grande discurso da Bioética ^(2,3,49,51,52,55,57).

Apesar do exposto, o campo da Bioética tem conhecido na última década determinados avanços em alguns países africanos, especialmente na África anglófona, onde a disciplina está experimentando o crescimento. Centros de Bioética podem ser encontrados em países como a África do Sul, Nigéria, Quênia, Tanzânia, e República de Democrática do Congo.

A inserção da Bioética em países africanos lusófonos tem se dado no âmbito da cooperação internacional. Que de acordo com Schwalbach e cols. ⁽¹⁸⁾, os representantes de instituições de Angola, Moçambique e Cabo Verde, e membros de comitês de ética de Portugal e Brasil, têm partilhado a realização de atividades, para o fomento de boas práticas clínicas, revisão de protocolos e normas/ legislação nacionais e internacionais, bem como atividades de ensino no campo da Bioética.

Para tais atividades conjuntas, têm contado com objetivos estratégicos, como na iniciativa caboverdiana (Fortalecimento dos Comitês de Bioética nos Países Africanos de Língua Portuguesa). A abordagem compreende cinco grandes etapas:

- (i) avaliação das principais necessidades subjacentes aos comitês de ética e promoção do estabelecimento dos comitês de ética; (ii) reforço das capacidades através de workshops presenciais e produção de materiais de apoio ao funcionamento dos comitês de ética em língua portuguesa e aquisição de infraestrutura tecnológica; (iii) oferta de cursos on line em língua portuguesa e disponibilização de um websites; (iv) implementação de processo de submissão de protocolos de pesquisa on line e (v) avaliação da melhoria do funcionamento dos comitês de ética no final do projeto p.3.

Nestes termos, em países africanos de língua portuguesa têm sido realizados diferentes tipos de atividades para fortalecer as capacidades de revisão de protocolos de investigação clínica nestes países e reforçar as colaborações transnacionais. O sucesso deste tipo de iniciativa poderá adicionar nova dimensão à área da Bioética africana lusófona. Os resultados esperados permitirão reduzir as lacunas existentes nesta área, estimular tanto o diálogo norte-sul como Sul-Sul, e criar redes de conhecimento em Bioética ⁽¹⁸⁾.

Ao abordar as iniciativas do surgimento da Bioética em Angola, cabe destacar a primeira edição do Curso de Mestrado em Educação Médica realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN) entre anos de 2004 a 2006, que contou a parceria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, onde foi ministrado o módulo de Bioética e ética da investigação em seres humanos, por docentes da Universidade de Lisboa especialistas em Bioética e por docentes angolanos sem formação acadêmica neste campo de estudo, mas cujo conhecimento foi sendo adquirido de forma autodidata e com dedicação aos temas ⁽¹⁷⁾.

Os docentes nacionais por se configurarem em autoridades morais pelos longos anos de exercício da profissão médica foram reconhecidos a possibilidade de lecionar tais matérias, pela escassez de profissionais com formação acadêmica no campo ético e bioético. Foi precisamente neste período em que se começa a notar as primeiras ações voltadas para a implementação da Bioética na educação médica em Angola que até então não terá surtido o efeito desejado.

Lima ⁽¹⁶⁾ reconheceu que o surgimento de comitês de ética e da Bioética no sistema de saúde em Angola é recente. Onde de modo geral há carência de Comitês de Ética e ou Bioética Clínica e de Investigação em muitas instituições tanto públicas quanto as privadas configura-se como principal desafio. Assim sendo, cabe destacar que o primeiro comité de ética Nacional funcional até os dias atuais, fundado no dia 24 de abril de 2000, para responder à necessidade de aprovação ética de um ensaio clínico, na perspectiva de incorporar o fármaco para tratamento da Tripanossomíase Humana Africana, desenvolvido no Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomíases (ICCT) ⁽¹⁶⁾.

Neste sentido cabe ressaltar a experiência vivenciada na Faculdade de Medicina de Malanje (FMM), que justifica a nossa presença no programa de pós-graduação da UnB. Que busco materializar o objetivo traçado na primeira Conferência Internacional de Bioética em Angola, que era nada mais e nada menos que contribuir para enriquecer o conhecimento mútuo entre os profissionais de saúde e a busca comum de vias de soluções aos problemas compartilhados.

A nossa experiência na FMM, no campo da Bioética parte da realização de dois cursos, Ética Clínica e Ética da Investigação Científica que serviram de antecâmara à para realização da Primeira Conferência referenciada acima no parágrafo anterior. Os referidos cursos ocorreram, no período compreendido entre os dias 3 de novembro a 17 de dezembro de 2015, com apoio técnico da Rede Bioética da UNESCO para América Latina e Caribe e da Antex S.A (que é uma empresa cubana privada, responsável pela gestão e distribuição de profissionais de diferentes áreas do saber, para apoio dos sistemas de saúde e de educação dos países carentes em termo de recursos humanos qualificados, como Angola) ^(16,129).

Os grupos alvos foram estudantes do 5º ano de medicina e enfermeiros de nível médio, tendo contado com um total de onze participantes inscritos, sendo que destes apenas dez concluíram o curso de curta duração. E no curso de pós-graduação participaram médicos generalistas e outros profissionais de saúde com educação superior, que contou com vinte inscritos, sendo que somente quinze 15 concluíram satisfatoriamente. Assim sendo, no total, 25 certificados foram ofertados aos finalistas que cumpriram a carga horária de 44 horas letivas. Os cursos foram coordenados pelo professor Acosta Sariago, Diretor Acadêmico do Mestrado na Bioética da Universidade de Havana, em Cuba, e membro da Rede Latino Americana e do Caribe de Bioética da UNESCO ⁽¹²⁹⁾.

Realizamos também dois *workshops* de nível Nacional, em Luanda, sobre Ética da Investigação Científica organizado pelo Centro Nacional de Investigação Científica (CNIC) e Faculdade de Medicina de Malanje e da Antex, SA. Um deles ocorreu antes da Conferência Internacional de Bioética e outro depois, e ambos contaram com a participação de mais de 60 acadêmicos, investigadores e diretores de diferentes Instituições do país. No final do mês de dezembro de 2015,

decorreram as atividades preparatórias da Conferência com a assessoria metodológica da RedBioética UNESCO para a América Latina e o Caribe ⁽¹²⁹⁾.

No período de 29 de fevereiro a 02 de março de 2016, foi realizada a primeira Conferência Internacional Sub-regional sobre Ética da Investigação Científica em Angola, que aconteceu no anfiteatro da Faculdade de Medicina de Malanje da Universidade Lueji A'nkonde, situada na quarta região acadêmica ⁽¹²⁹⁾. A conferência foi considerada pelos organizadores do evento como o primeiro passo para a Cooperação Sul-Sul. Teve como objetivo geral criar uma rede sub-regional de peritos em Bioética nos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOPS), aproveitando a experiência e o apoio da RedBioética UNESCO para a América Latina e o Caribe. Ao longo prazo se pretende estimular o intercâmbio e a colaboração futura no campo da Bioética entre a América Latina e os PALOPS. O evento propôs especificamente ⁽¹²⁹⁾:

- Promover os intercâmbios multidisciplinares de experiências na Bioética e Ética da Investigação Científica entre acadêmicos e investigadores da América Latina e do Caribe, com colegas dos PALOPS;
- Dar visibilidade pública às melhores experiências na sub-região da Bioética e Ética da Investigação Científica;
- Abordar os temas mais relevantes do debate internacional sobre Ética da Investigação Científica.

Como eixos temáticos foram definidos os seguintes:

- Significado da Cooperação Sul-Sul no campo da Bioética;
- Fundamentos de Bioética – contexto histórico;
- A Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO;
- Ética da investigação em sujeitos humanos;
- Situações emergentes e situações persistentes na Bioética;
- Experiências Bioéticas em Angola, Cabo Verde e Moçambique;
- Perspectivas da cooperação África – América Latina e Caribe em Bioética.

A par de todos os temas abordados, ficou explícito entre os participantes da Conferência que a Bioética focada nos problemas autóctone dos países do Sul teve

maior aceitação e sensibilidade da parte dos participantes, como referencial a ser seguido e promovido na Faculdade de Medicina de Malanje ^(16,18,129).

Os aspetos sociais, sanitários e ambientais devem merecer maior atenção de todos, posição que foi influenciada por Cunha e Garrafa ⁽¹³⁰⁾, durante as suas preleções, por terem elucidado esse papel preponderante, tido pelos representantes dos países do Sul à quando da homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ^(16,18,129).

A Conferência Internacional de Bioética em Malanje permitiu ainda a assinatura do acordo de cooperação entre a Universidade de Brasília (UnB) e a Lueji À Nkonde (ULAN), que garantiu a cedência de duas bolsas para académicos de Angola (especialização, mestrado e doutoramento). Foi criado ainda o primeiro Comitê de Bioética em pesquisa da Faculdade de Medicina/ULAN que até ao momento encontra-se inoperante devido à falta de recursos humanos qualificados. Na sequência, aprovou-se do Projeto para Introdução da Bioética no Programa Curricular da Graduação Médica em Angola, baseado no *Core Curriculum* da UNESCO, o qual ainda não foi implementado ^(16,18,129). Pela primeira vez em Angola foi assinada uma declaração sobre Bioética, que recebeu o nome da mesma província onde foi sediado o evento, propriamente, a Declaração de Malanje.

2.4. COOPERAÇÃO EM BIOÉTICA ENTRE PAÍSES LUSOFONOS

Atualmente os países africanos de língua portuguesa continuam defrontados com à escassez de recursos humanos formados na área de bioética ou em ética em investigação científica. Uma das principais barreiras enfrentadas pelos investigadores da lusofonia é a língua, uma vez que os principais recursos educacionais de ética estão disponíveis em inglês ^(16,18,49,51,52,55,129).

Uma exceção, que deve ser vista sob um prisma crítico, é o programa *on-line Training and resources in research ethics evaluation* (TRREE) de ética em investigação, onde alguns conteúdos são traduzidos para português, mas não necessariamente adaptados ao contexto da legislação destes países. Por outro lado, o Comitê Nacional de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) de Portugal disponibiliza recursos educacionais de Bioética em português, mas principalmente adaptado à legislação portuguesa e da União Europeia (EU) ⁽¹⁸⁾.

No final de 2016, a Carta de Moçambique veio reforçar estas iniciativas, manifestando a firme convicção de que uma cooperação Sul-Sul em Bioética é um objetivo fundamental, que pode levar a projetos comuns, encontros e acordos sobre ações conjuntas de todas as partes interessadas de países dispostos a cooperar para resolver problemas comuns ^(18,129).

Estas iniciativas foram encorajadas, pelo Presidente do Comitê Nacional de Bioética para Saúde de Moçambique, que tem colaborado como orador convidado em diversas palestras no espaço lusófono, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa. Existindo a possibilidade de uma aliança norte-sul, para complementar a ambicionada rede Sul-Sul, diversos parceiros lusófonos elaboraram um projeto de reforço ^(18,129).

Esta iniciativa intitulada *LusoAfro-Bioethics* foi submetida à parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos (EDCTP), e aprovados para financiamento no período 2017-2020. Liderada pelo Presidente do CNBS de Moçambique, e tendo como parceiros o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, a Universidade Agostinho Neto (através da Faculdade de Medicina e do Comité Independente de Ética), a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo

Mondlane e a Universidade de Cabo Verde. Esta parceria norte-sul visa fortalecer as capacidades dos comités de ética e reforçar as colaborações transnacionais envolvendo atividades entre Comitês de Ética de Países Lusófonos. Mais especificamente, os objetivos propostos são ^(18,50,52,53,57):

Melhorar as capacidades institucionais e de recursos humanos dos comitês de ética em Moçambique e Angola e promover a criação do comité de Bioética da Universidade de Cabo Verde.

Melhorar a eficiência da investigação clínica/ investigação em saúde.

Promover atividades colaborativas entre os Comitês de Ética Nacionais e internacionais (p.3).

2.5. CONTEXTOS GEOGRÁFICO, ÉTNICO E CULTURAL DE ANGOLA

Angola está situada a sul do continente africano, na costa ocidental em sua região austral, entre os paralelos 4°22' e 24°05'. Possui 18 províncias, 163 municípios, 547 comunas e 1.271 povoações. De acordo com os resultados Definitivos do Censo 2014, mostraram que até o dia 16 de maio de 2014, a população residente em Angola era de 25 789 024 de habitantes ⁽¹⁹⁾.

É um país independente há 43 anos, portanto, Estado - nação, recentemente saído do colonialismo português, que deixou um legado de pobreza e miséria, em todos os sectores. O país viveu longo período de guerra, no período antes e depois da independência proclamada no dia 11 de novembro de 1975, e que se arrastou por 30 anos. O território angolano está ordenado em províncias (vide Figura 1), consideradas as células de base para planificação e dotação orçamentária, e em cada província há municípios subdivididos em distritos urbanos, que são as menores unidades político-administrativas ^(20,23).



Figura 1: Mapa da república de Angola, por províncias.

De acordo com o art.º 55º da Constituição da República de Angola, existem ainda os bairros e/ou povoações, importantes para percepção da organização e distribuição dos grupos etnolinguísticos, com ampla diversidade cultural e com organizações locais de poder político e administrativo, como também legislativo e judicial, devido às particularidades dos povos tradicionais do país, que é constituída por reinados, sobas e coordenadores de bairros. No interior do país a transmissão do poder tradicional dá - se na mesma família, de geração em geração ⁽²⁰⁾.

Angola apresenta uma grande diversidade cultural, isto é, uma multiplicidade de formas pelas quais as culturas dos grupos e sociedades encontram sua expressão. Tais expressões são manifestadas dentro dos diferentes grupos etnolinguísticos, enriquecidos entre si, fazendo parte do património cultural da humanidade mediante as variedades de expressões culturais ^(19 20,21).

Para o nosso estudo serão apresentados os grupos etnolinguísticos de maior expressão em Angola, e que marcaram todo um percurso histórico e colonial deste país localizado na África Austral: Bacongo, Ambundo, Lunda-Kokwe, Ovimbundu, Ganguela, Nhanecas-humbes, Ovambo, Herero e Okavambo, todos de origem Bantu, distribuindo-se cada um destes conjuntos em vários subgrupos ^(19 20,21).

Os Bakongo ocupam o noroeste de Angola até a fronteira com os Ambundo, o que corresponde às atuais províncias administrativas do Zaire, Uíge e uma parte do Kwanza Norte. Essencialmente agricultores, pescadores (Solongos) e ainda um subgrupo de vocação comercial (Zombos), os Kikongo foram os primeiros a terem contacto com os portugueses, quando o navegador Diogo Cão chegou à foz do rio Zaire, em 1485 ^(19 20,21).

Os Ambundo, de língua materna kimbundo, constituem a etnia que teve contatos mais intensos, com o mundo europeu. No seu território se implantou Luanda, a capital da ex-colônia portuguesa, hoje, capital da República de Angola.

Os Lunda-Kokwe são o grupo predominante do nordeste de Angola, tendo se estabelecido nas províncias da Lunda Norte, Lunda Sul e Moxico no fim do século XIX, sendo o Kokwe sua principal língua materna ^(19 20,21).

Os Ovimbundo são os grupos etnolinguísticos mais homogêneo e numeroso. No final do século XIX e antes da ocupação efetiva portuguesa, estavam divididos

numa dúzia de sobados, sendo o maior deles o Bailundo. Ovimbundo constituíram-se numa etnia chave para o desenvolvimento de Angola, independentemente da sua preponderância numérica, pela sua afluência no comércio ^(19,20,21).

Os Nganguelas constituem o grupo etnolinguístico mais heterogéneo de Angola e alguns etnólogos, de acordo com José Redinha, chegam mesmo a admitir que estes sejam os “bantus” mais antigos de Angola. Divididos em dois hemisférios, devido à penetração dos Lunda-Kokwe, os Nganguela chegaram a serem tributários dos Lwena, estes, antigos Lunda-Kokwe que adoptaram a língua dos Nganguela ^(19,20,21).

Nhaneca-Humbe: O Nyaneka-humbis é considerado um dos mais antigos grupos étnicos do país. O seu modo de vida e a sua economia dividem-se entre a criação de gado e a agricultura. Como nos ovambo e hereros, o gado reveste-se de uma grande importância simbólica. Adornam os seus corpos com braceletes metálicos finamente gravados e usam elaborados penteados ^(19,20,21).

Ovambo (em ovambo, owambo, por vezes chamada ambó na literatura do período colonial português) designa um povo de origem bantu, falante da língua ovambo (oshiwambo), que ocupa um vasto território no norte da Namíbia e no sudoeste de Angola, particularmente na província do Cunene. São agricultores e criadores de gado bovino, com predomínio da atividade agropecuária e em especial da bovinicultura ^(19,20,21).

O termo ovambo foi introduzido pelo herero para designar as populações que viviam nas regiões onde abundavam as avestruzes (designadas ampho, omboh ou avambo), termo que se significa avestruz ou pessoas que convivem com avestruzes. Este grupo de povos comporta nove subgrupos na Namíbia: Ondonga (Ndonga), Kwanyama (Ukuanyama), Kwambi (Ukuambi), Ngandjera (Ongaqndjera), Kwaluudhi (Ukualuthi), Mbalantu (Ombalantu), Onkolonkathi (Kolonkadhi), Mbadja e Eunda ^(19,20,21).

Conservam algumas crenças e tradições ancestrais e acreditam na existência de um espírito supremo, Kalunga; se alguém não retira as sandálias ao entrar na residência do chefe, um membro da família deste responsável morrerá; se a fogueira do chefe se deixa extinguir, este e a tribo se extinguirão também. O sistema social é matriarcal e a prática da poligamia é comum. Os ovambos destacaram-se

por uma resistência tenaz à ocupação colonial tanto pelos alemães e sul-africanos na Namíbia como pelos portugueses na atual Província do Cunene. Nos combates contra os portugueses sobressai a liderança de Mandume Ya Ndemufayo, último chefe ("rei") dos ovambos de Angola, que enfrentou os colonizadores em várias batalhas, como a de Mufilo e a de Môngua ^(19,20,21).

Herero: originalmente subsistiam do leite e carne de grandes rebanhos de vacas, ovelhas e cabras, que alimentavam nas pastagens pontuadas de árvores; posteriormente ao contato com europeus, a partir de meados do século XIX, alguns grupos adotaram também a horticultura. Como os nyanekas, também os hereros exercem a arte de adornar o corpo. António Carreira ⁽²¹⁾ referia que os chimbas e ndimbas como grupos minoritários, e de fixação instável devido aos períodos de transumância ^(19, 20,21).

A diversidade cultural e étnica do povo angolano é grande, sendo na sua quase totalidade de origem *bantu* (vide Figura 2). A designação bantu é atribuída à quase maioria da população fixada ao sul do Equador e usada em relação a todos os povos cujas línguas utilizam a raiz *ntu* para designar homem e cujo plural é exatamente à palavra *bantu*. Os Bantus que foram as primeiras comunidades aldeãs, primitivos encontrados pelo colonizador português há mais de 500 anos, na região do litoral e eram, sobretudo, pastores e/ou agricultores ^(20,21).

Grupos étnicos de Angola

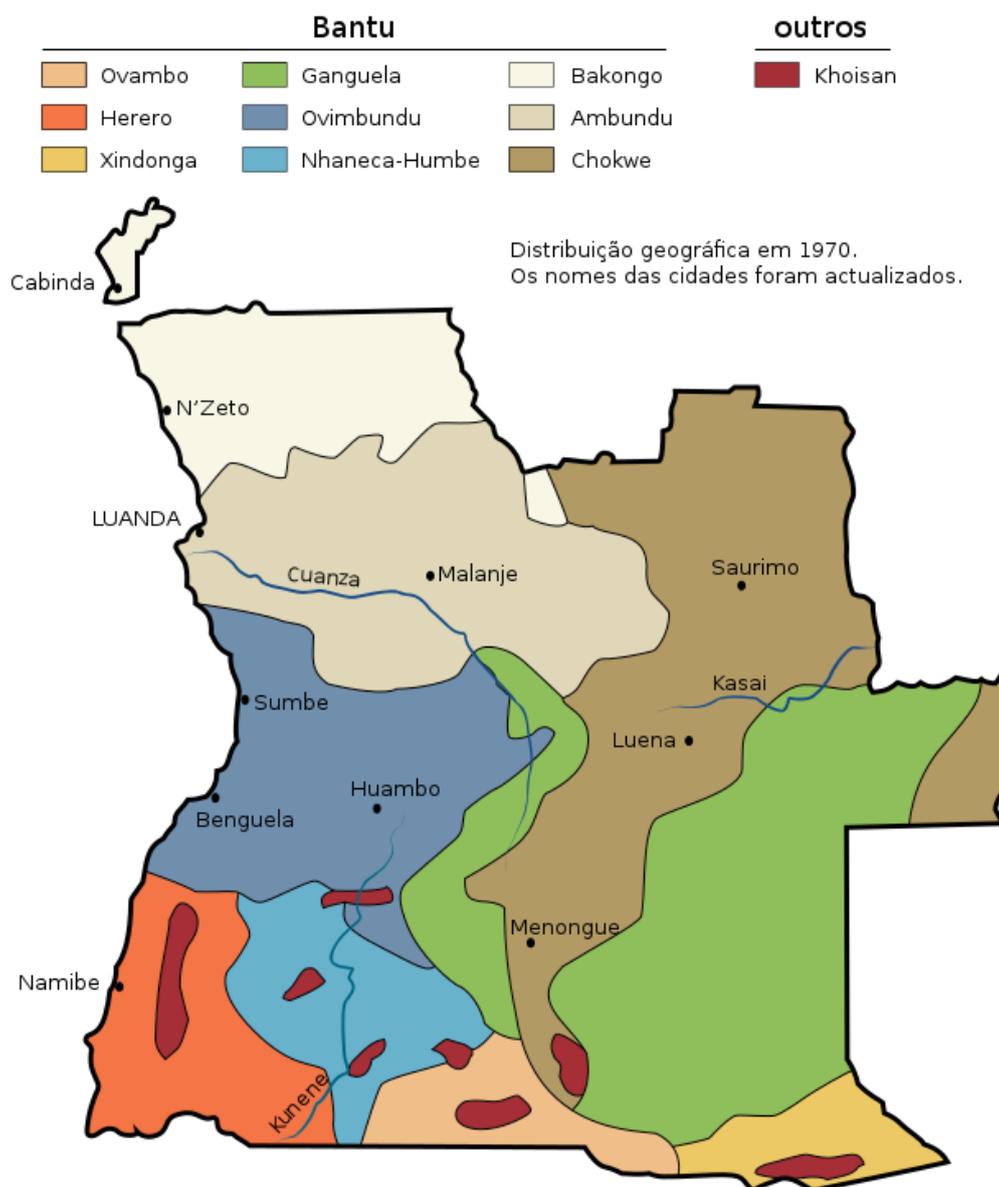


Figura 2: Mapa da república de Angola, por grupos etnolinguísticos.

Fonte:

https://www.google.com/search?q=Mapa+da+rep%C3%BAblica+de+Angola,+por+grupos+etnolingu%C3%ADsticos&rlz=1C1GGRV_enAO785AO866&sxsrf=ACYBGNQwg6aNI3cs2GEmDNrsaCPcGOZuZA:1

2.6. SISTEMA SANITÁRIO DE ANGOLA

O sistema sanitário angolano vivenciou um período bastante conturbado, marcado praticamente a economia planificada tida como ponto marcante imperando na altura a orientação socialista que permitiu a definição dos pilares que consagram a saúde focada na universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado, priorizando os Cuidados Primários. A escassez de recursos humanos na saúde, acentuada pela existência de apenas 20 médicos no país na altura, constituiu um dos entraves para o alargamento da rede sanitária, e impeliu o estado a firmar acordos de cooperação para contratação de mais de profissionais de saúde antes da independência ⁽²²⁾.

O período pós a independência foi caracterizado pelo conflito armado entre os partidos políticos que lutaram para independência de Angola. A guerra civil teve seu início em 1975 e se estendeu até 2002, com impacto negativo nas diferentes esferas sociais, principalmente sobre o Sistema Nacional de Saúde em Angola (SNS), com destaque para destruição e redução drástica da rede sanitária e o acesso à saúde precária, falta de materiais médicos e medicamentos ⁽²²⁾.

A partir de 1992, a Assembleia da República aprovou a Lei 21-B/92, Lei de Bases do SNS, onde o estado deixou de ter exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a introdução da obrigatoriedade de pagamento de taxas moderadas. A Constituição da República, em seu Artigo 77, no que tange com a questão da Saúde e proteção social, consagra ^(22,23):

O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos, o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, nos termos da lei ⁽²³⁾ p.27.

Constituem tarefas fundamentais do Estado, de acordo com o Artigo 21.º, os seguintes ⁽²³⁾p10:

- b) Assegurar os direitos, liberdades e garantias fundamentais;
- d) Promover o bem-estar, a solidariedade social e a elevação da qualidade de vida do povo angolano, designadamente dos grupos populacionais mais desfavorecidos;

- f) Promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde;
- g) Promover políticas que assegurem o acesso universal ao ensino obrigatório gratuito, nos termos definidos por lei;

Por iniciativa Presidencial, o Ministério da Saúde (MINSa) e seus parceiros, foram orientados a criarem o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), para os anos de 2012-2025, elaborado por uma Comissão Multisectorial, criada através do Despacho nº 84/11 de 27 de Outubro. Trata-se de um instrumento estratégico-operacional destinado à materialização das orientações fixadas na Estratégia de Desenvolvimento em Longo Prazo “Angola 2025” e na Política Nacional de Saúde, no âmbito da reforma do Sistema Nacional de Saúde ⁽²⁴⁾.

O PNDS trouxe uma nova visão para o desenvolvimento global do País e para promoção de justiça social, garantindo o acesso universal aos cuidados de saúde, assegurando a equidade na atenção, melhorando os mecanismos de gestão e de financiamento do Sistema Nacional de Saúde, oferecendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados, na perspectiva do combate à pobreza e reforço do bem-estar ⁽²⁴⁾.

Para tal foram fixados objetivos ambiciosos em todos os domínios do SNS, incluindo o reforço da luta contra as doenças prioritárias, que enquadram atualmente as doenças transmissíveis e as crônicas não transmissíveis, a atenção à mãe e à criança, a melhoria da proximidade dos serviços, bem como das capacidades de referência dos casos complicados. Como ponto de partida para início dos trabalhos da comissão foi feito o diagnóstico de situação do SNS de acordo com as reais dificuldades apresentadas na altura, tendo se chegado as seguintes conclusões:

De igual modo, foi caracterizado o Perfil sanitário do País em que se constatou:

Uma elevada taxa de mortalidade materna (477 por cem mil), Taxa de mortalidade infantil (156,9 por mil nascidos vivos)¹⁰⁴ e infantojuvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos, uma persistência de surtos de Cólera, Raiva e Sarampo, e um aumento exponencial das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sinistralidade rodoviária e violência. Sendo as doenças transmissíveis no contexto atual as responsáveis por mais de 50% dos óbitos registados na população ⁽²⁴⁾p.16.

Deve-se salientar que o Ordenamento Jurídico Nacional já contempla diploma legal que regula aborto, transplante de órgão, estando em falta à questão ligada à reprodução medicamente assistida, eutanásia, cujos projetos mantêm-se em discussões na Assembleia Nacional.

Outro tema tido como relevante, na contextualização do SNS, é a falta de normas específicas sobre o uso de cadáveres e da extração de peças, tecidos ou órgãos para fins de ensino e de investigação na área de saúde. Apesar de ter sido objeto de trabalho de diferentes departamentos ministeriais, o projeto encontra-se paralisado na assembleia, devido a questões atinentes aos direitos humanos e fatores socioculturais da população.

2.7. EDUCAÇÃO MÉDICA EM ANGOLA

Como referência histórica, deve-se destacar a criação e funcionamento da primeira Escola de Medicina em Luanda, no período de setembro de 1791 a 1797, cujo fundador foi José Pinto de Azeredo, natural do Rio de Janeiro, Brasil e nomeado Físico Mor de Luanda em 1789^(16,17). Mas nos moldes modernos, a educação médica em Angola teve seu início há mais de 50 anos (1963), ainda sob o regime colonial Português, com o “Curso Médico-Cirúrgico”, que integrava os Estudos Gerais Universitários de Angola ^(16,17).

Em 1972, os primeiros catorze licenciados concluíram curso, número este que foi aumentando para noventa e um formados, até a data da Independência Nacional, altura em que se inicia o registro do êxodo dos médicos do País. Eram menos de 100 médicos nos primeiros anos da pós-independência ^(16,17).

Os Estudos Gerais Universitários (1963) evoluíram para Universidade de Luanda (1968), depois para Universidade de Angola (1976) e, a partir de 1985, passou a designar-se Universidade Agostinho Neto (UAN), em homenagem ao primeiro presidente de Angola, cumulativamente primeiro Reitor da Universidade de Angola ⁽¹⁶⁾. Na altura, como conta Lima ⁽¹⁶⁾, o ensino médico estava atrelado a três condicionantes *majores* ao progresso, nomeadamente:

(i) falta duma massa crítica de peritos locais informados, formados e capazes de trabalhar em equipe em prol da reforma do curso que se pretendia na altura do curso de medicina (ii) inexistência duma avaliação recente da instituição que permitisse identificar os pontos fortes e fracos do atual currículo e orientar o processo de reforma de acordo com paradigmas internacionalmente validados, e (iii) falta dum espaço de comunicação e debate que promovesse a troca de ideias e a investigação no campo da educação médica em Angola¹⁶ p.79.

Desde os anos 1998 a 1999, a única escola pública de Medicina em Angola na altura, para seleção dos estudantes definiu os seguintes critérios que passam pela conclusão do ensino pré-universitário na opção de ciências exatas, ensino médio de saúde ou equivalente que incluam as disciplinais consideradas nucleares, como Biologia, Física, Química e Português, associadas à política de *numerus Clauso*, após aprovação no exame de aptidão, em que no Brasil está inserido nos

seguintes programas: Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e o vestibular vigente nos dias de hoje ⁽¹⁰⁵⁾.

A partir de 1998 a situação da Faculdade de Medicina da UAN estabilizou progressivamente de forma positiva devidos os apoios financeiros que contava altura (simultaneamente à reorganização da UAN). O ensino não sofreu grandes paralisações, o orçamento foi aumentado, instalaram-se alguns cursos de pós-graduação. Em 2003 foi instalada uma unidade especificamente dedicada à Educação Médica, o Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED) ^(16,17).

O CEDUMED, como centro de investigação e pós-graduação, abraçou como primeira missão conceber e programar um novo processo de reforma da formação médica da Faculdade de Medicina da UAN (FM-UAN), cujo início previa-se para o ano de 2004. Foi feito o diagnóstico inicial, em que se constatavam grandes e graves carências no domínio da saúde e escassez de recursos para resolvê-los, aliado ao grave e prolongado conflito armado, que se arrastou até 2002, como já mencionado ^(16,17).

Em função da necessidade de mudança, sentida em todas as áreas do saber, a UAN, em 2002, passou por um profundo e abrangente processo de reforma curricular, que proporcionou um ambiente institucional particularmente favorável para a “revisão, análise e atualização curricular”, como foi inicialmente designado, de seu curso de medicina e, por extensão, dos padrões de referência da Educação Médica em Angola, até então na única Faculdade de Medicina em Angola ^(16,17).

Durante os primeiros dois anos do processo de reforma (2002 e 2003), a FMUAN desenvolveu trabalhos preparatórios, entre os quais se destaca a publicação de uma primeira reflexão, ainda em 2002, e a aprovação, em 2003, por deliberação do seu Conselho Científico, dos Princípios Gerais da Reforma Curricular, que foram definidos como “a base de trabalho para a reforma curricular” e que a mesma devia obedecer à filosofia de projeto e provavelmente careceria de assessoria e assistência externas para o seu desenvolvimento ⁽¹⁷⁾.

Deve-se salientar que neste período ocorreram as primeiras iniciativas no sentido de introduzir a Bioética como disciplina acadêmica na pós-graduação, mas esses esforços não atingiram o nível de sistematização desejado ^(16,17).

O executivo Angolano, através do Decreto nº5/09 de sete de Abril, aprovou a Resolução n. 4/07 de 2 de Fevereiro, que orienta a expansão do subsistema do Ensino Superior em todo país, que permitiu a criação de sete regiões académicas, em conformidade com o plano de implementação, que teve como um dos objetivos a expansão ordenada da rede de instituições da educação superior ⁽²⁵⁾.

Antes deste período quem quisesse frequentar o curso de Medicina teria que deixar a província em que reside e passar a morar em Luanda. Muitos médicos não regressavam para suas províncias de origens após terminar os seis anos de curso. Para cumprimento do respetivo Decreto foi constatado dois aspetos fundamentais que dava conta por um lado à necessidade de implementação progressiva e sustentável e por outro a exiguidade de recursos humanos e materiais ⁽²⁵⁾.

Além da reorganização interna, a ajuda e a cooperação internacional, de início maioritariamente cubana, permitiram a manutenção e o crescimento das ações de Educação Médica, que até o presente momento funcionam nas nove escolas de medicina do país, das quais seis públicas (espalhadas por diferentes regiões académicas em todo o país), uma integrando o Instituto Superior Técnico Militar e ainda em duas universidades privadas, localizadas em Luanda, que em parte resultou na falta de padronização e adequação das grades curriculares dos cursos de acordo com o contexto local de cada região académica, fruto da forma como foram concebidas desde sua gênese ^(16,17,25).

Com a criação e expansão do número de faculdades no país espera-se que a cada ano fossem formados 500 novos médicos para fazer face à carência que o país vivenciava na altura, que de facto ocorreu tal como preconizado.

Mais atualmente a situação que se coloca prende-se com a qualidade da formação destes licenciados que, diga-se de passagem, tem estado muito aquém da expectativa da sociedade civil e das autoridades sanitárias. O ingresso de novos médicos no SNS tem sido condicionado pela disponibilidade de concursos públicos no país e de políticas públicas claras para acessibilidade destes nos serviços públicos de saúde no país, como consequência em Angola, a proporção de médicos por habitante está acima dos 3/10.000, número ainda muito insuficiente em relação ao preconizado pela Organização Mundial da saúde OMS (um médico para cada 1.000 habitantes) ⁽¹⁰⁵⁾.

De acordo o Plano Nacional de Desenvolvimento sanitário 2013-2017 estimava que fosse atingida a proporção de três médicos para 1000 habitantes até 2017, que até ao momento não foi alcançado ^(16,17,24,25,26).

O estado Angolano tem recorrido ao um acordo de cooperação e solidariedade com Cuba, para contratação de docentes de diferentes especialidades, permitindo, desta forma, a implementação e o desenvolvimento do processo de ensino, pesquisa e extensão universitária no país. Este processo deu origem a novas faculdades de medicina, e teve como consequência certa dicotomia do produto, isto é, há diferença na formação de médicos quando se compara as diferentes faculdades do país.

Frestas e Cols. ⁽¹⁷⁾ conceberam o perfil do médico a formar em Angola, que contempla a necessidade de formação integral suplantada no caráter humanista, visão crítica, reflexiva e ética, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral do ser humano.

Sendo que recentemente foram aprovadas as normais curriculares, onde é possível encontrar os pressupostos que estão diretamente relacionadas com as competências nucleares e genéricas (conhecimentos; aptidões e habilidades; atitudes, comportamentos e valores), complementadas pelas competências específicas de cada área (clínica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, saúde pública e saúde mental), o que se espera do futuro profissional médico ^(17,26,27).

Isto significa que se partirá das competências nucleares, definidas no documento “Perfil do Médico em Angola”, para a definição dos conteúdos que promovem a aquisição dessas competências, estratégia conhecida como outcome-based education. Em relação ao perfil do médico a formar em Angola, são assumidos como objetivos nucleares de aprendizagem para aquisição das competências:

Cuidar da saúde dos indivíduos e das populações considerando de forma integrada os aspetos científicos, tecnológicos e humanísticos, aplicando os princípios e a legislação da deontologia e da ética médica, da Bioética e do biodireito ^(17,26,27).

Assim sendo, o perfil do médico Angolano deve responder aos desafios que o sistema de saúde enfrenta, em função do diagnóstico feito no PNDS (2012 -2025),

seguindo a tendência mundial dado pelo processo de globalização e das inúmeras transformações que passam pela transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de doenças ⁽²⁴⁾.

A Faculdade de Medicina de Malanje, seguindo as orientações do perfil do médico em formação, apresentou a sua proposta:

- Adoção de visão tridimensional (Biopsicossocial), capaz de olhar o doente no seu todo e não só a doença;
- Formação de médicos socialmente comprometidos, orientados por estratégias de análise da situação de saúde da comunidade em que vive, para atuar como promotor da saúde, nas vertentes preventiva, terapêutica e reabilitação;
- Formação de médicos que sejam capazes de assistir o indivíduo, as famílias e a população, o que deverá ocorrer ao longo do tempo em diferentes espaços comunitários, atuando em nível de seus problemas de saúde e no meio ambiente, permitindo a mudança de comportamentos que podem constituir fatores de risco para o surgimento de doenças. Para tal é importante olhar pessoa como um ser social, ou seja, que o processo saúde-doença de cada um não pode ser considerado apenas na esfera individual, mas também na família e na comunidade;
- Formação de médicos com competências em diferentes áreas das especialidades médicas, no sentido de ser (médico geral e integral), para que o leque de ação seja amplo, permitindo deste modo o atendimento de crianças e da adolescência na comunidade, determinando os fatores de risco e as causas de patologias através de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como o acompanhamento da criança saudável e das doentes referenciando aos serviços hospitalares os pacientes cujo estado de saúde exigem intervenções mais complexas;
- Que os médicos sejam capazes de atender mulheres em situação de risco pré-concepcional, seguindo-as desde a adolescência até a idade materna avançada, em diversas etapas da vida reprodutiva da mulher (gravidez, parto e pós-parto) além de todas as doenças do fórum ginecológico incluindo o planejamento familiar;

- Formar médicos com capacidade de diagnosticar, tratar e remeter pacientes com condições cirúrgicas complexas, realizando procedimentos menores essenciais e seguindo sua evolução nas diferentes etapas do pós-operatório;
- Que os médicos sejam capazes de prevenir no nível primário doenças do fórum da idade adulta e geriátrica, referindo casos que exigem admissão hospitalar, para a realização de exames complementares e tratamentos específicos;
- Que os médicos sejam capazes de realizar investigações clínicas e epidemiológicas da situação de saúde da comunidade onde desempenha suas funções;
- Que os médicos que sejam capazes de exercer funções docentes em unidades de saúde acreditadas como cenário de ensino;
- Que Médicos sejam capazes de exercer funções administrativas em diferentes níveis de atuação;
- Que as escolas médicas comecem a preparar o futuro médico desde o nível de estágio para desempenhar funções docentes (estudantes monitores);
- Que os médicos sejam capazes de atuar em situações especiais, como intoxicações massivas, emergências em saúde pública, situações de calamidades, entre outras; e
- Garantir a formação ético-moral para que o futuro profissional saúde possa estar preparado para atuar em caso de situações persistente e emergente em saúde pública.

Para alcançar esses objetivos, torna-se indispensável que as instituições harmonizem as grades curriculares de formação médica no país, com vistas a proporcionar conhecimento e reflexão sobre o tema já consolidado em muitos países. Para que se cumpram as recomendações de organizações internacionais cujos principais documentos reitores destas organizações foram ratificados por Angola.

Atualmente, vários esforços têm sido empreendidos por parte do Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação, que é o órgão reitor da formação graduada e pós-graduada em Angola, no sentido de harmonizar as grades

curriculares, mas que até ao momento não surtiu o efeito almejado. No país recentemente foram aprovadas as normas curriculares que regulam o Ensino superior bem como a fixação da nota mínima em dez valores para o ingresso nas faculdades de todo país.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Realizar um diagnóstico situacional acerca da inserção do ensino de Bioética nas escolas médicas em Angola e do nível de compreensão de estudantes acerca de alguns dilemas bioéticos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil o sócio demográfico dos participantes do estudo fazendo uso dos seguintes aspectos: idade, gênero, religião, grupos étnicos linguísticos e contato prévio com a Bioética;
2. Avaliar a percepção de uma amostra dos estudantes de cursos de Medicina acerca de conceitos e possíveis escolhas em algumas situações de dilemas bioéticos
3. Identificar a estratégia aplicada para o ensino da Bioética nos cursos de Medicina de Angola e compará-la com Cuba, Brasil e Portugal.
4. Apresentar a proposta de ensino e aprendizagem da Bioética com base nos resultados do diagnóstico efetuado.

4. MÉTODOS

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de diagnóstico situacional, mediante estudo descritivo, de abordagem mista, que avaliou estudantes do 4º ano das cinco faculdades de medicina de Angola, com comparação das grades (grelhas) curriculares de Angola com as Portugal, Brasil e Cuba.

4.2. UNIVERSO E AMOSTRA

O universo foi constituído por todos estudantes do 4º Ano da Faculdade de Medicina em Angola, matriculados no primeiro semestre de 2018, que aceitaram em participar do estudo, nas seguintes unidades orgânicas:

- ❖ Faculdade de Medicina de Luanda: Universidade Agostinho Neto, que surgiu do regime colonial português, cujo perfil de saída é médico cirúrgico, mais hospitalocêntrica, que para fins meramente de análise, denominamos escola portuguesa;
- ❖ Faculdade de Medicina de Cabinda: Universidade 11 de Novembro;
- ❖ Faculdade de Medicina de Benguela: Universidade Katyavala Bwila;
- ❖ Faculdade de Medicina de Huíla: Universidade de Mandume Ya Ndemufayo;
- ❖ Faculdade de Medicina de Malanje: Universidade Lueji A'nkonde;

Estas últimas foram agrupadas e designadas de “Escola Cubana”, com relação ao âmbito da sua fundação, um resultado do acordo de cooperação entre Angola e Cuba, pela necessidade que houve de se expandir as Instituições do Ensino Superior no país, em 2008.

Foi selecionada por conveniência constituída 20 estudantes cada faculdade, baseado no Teste para Sensibilidade Ética em Ciências (TESS), desenvolvido por Clarkeburn ⁽¹³⁷⁾, aplicado em estudantes da Universidade Glasgow, que usou o mesmo tamanho amostral, tendo avaliado os estudantes em duas fases (pré-teste e pós-teste) aplicado a intervenção entre as duas. Para avaliação da sensibilidade moral, não está em causa o tamanho amostral, mas sim sua plausibilidade, uma vez que as diferentes etapas desenvolvimento moral obedecem a critérios de várias

índoles, ligados à sua idiossincrasia, com foco na avaliação dos programas de formação ética inseridos nas escolas de ciências da saúde.

Foram incluídos no estudo, estudantes com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham aceitado participar do estudo de forma voluntária, e que completaram o preenchimento dos formulários.

Exluímos todos os estudantes que aceitaram participar da pesquisa, mas que preencheram os formulários deixando a maior parte dos campos incompletos, com letras ilegíveis e falta de concordância da informação prestada.

4.3. CATEGORIZAÇÕES DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Aplicou-se um formulário categorizado constituído pelos seguintes itens:

- A. Perfil sociodemográfico: gênero, estado civil, religião, grupo étnico linguísticos de proveniência;
- B. Bioética: conhecimento prévio e diferença entre a Ética médica e Bioética;
- C. Posicionamento em relação a alguns temas que geram conflitos éticos: aborto, transfusão de sangue, eutanásia;
- D. Alguns princípios discutidos no Core Curriculum da UNESCO, em função dos problemas bioéticos mais frequentes em Angola: autonomia do paciente, privacidade e confidencialidade, responsabilidade social e saúde (alocação de recursos escassos de saúde) e vulnerabilidade humana.
- E. Análise das grades curriculares de formação médica de Portugal (Faculdade de Medicina de Lisboa), Cuba e Angola (Escola Cubana e Portuguesa), e Brasil (Universidade de São Paulo) disposto em Anexo.

4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Administrou-se um formulário semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas baseado nos objetivos específicos do estudo. A coleta de dados foi feita pelo pesquisador principal apenas na Faculdade de Medicina de Malanje, por questões de acessibilidade geográfica, ao passo que nas demais faculdades os

formulários foram aplicados pelos docentes das mesmas instituições sob orientação dos respectivos Decanos.

Durante a aplicação dos formulários foram garantidos privacidade, anonimato e independência. A coleta de dados ocorreu em período que não interferisse nas atividades acadêmicas e na rotina de aulas dos estudantes. Os dados obtidos foram agrupados, e a sistematização dos conteúdos se deu de acordo com os objetivos específicos.

4.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita análise quantitativa usando o *software* estatístico epiinfo versão 3.5.4, para cálculos das mediais e desvios padrão, com a apresentação dos resultados em valores absolutos e relativos. Para análise qualitativa das respostas usamos as categorias relacionadas com o posicionamento em relação a alguns temas que geram conflitos éticos e Alguns princípios discutidos no Core Curriculum da UNESCO, incluímos argumentos tal como descrito pelos estudantes, sem nenhuma alteração, em forma de depoente codificados com N, com vista a salvaguardar o anonimato e evitar juízos de valores, de igual modo não seguimos a lógica por escolas.

4.6. ASPETOS ÉTICOS

As direções das escolas autorizaram a realização do estudo. O consentimento informado por escrito foi obtido junto aos participantes após explicação dos objetivos do estudo e tipo de participação pretendida. Foi respeitado o conceito de escolha em participar ou não do estudo. A confidencialidade foi respeitada e mantida ao longo do estudo.

Após validação e apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília, com número do Parecer: 2.475.299 em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, o protocolo foi retirado da Plataforma Brasil, por não incluir, na pesquisa, participantes de nacionalidade brasileira.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, 100 estudantes aceitaram em participar do estudo, excluimos três estudantes das Faculdades de Medicina, um de Benguela e dois de Luanda, o que permitiu analisar noventa e sete (97) formulários, que corresponde a uma taxa de resposta de 97%.

5.1. Caracterização do perfil o sócio demográfico dos participantes do estudo

Em universo de 357 estudantes, aplicamos 100 formulários, excluimos três (dois da Faculdade de Medicina de Luanda e um de Benguela) por preenchimento incompleto dos campos e por apresentar letra ilegível. No cômputo geral, analisados os dados de 97 estudantes, distribuídos em n=79 da “Escola Cubana” e n=18 da “Escola Portuguesa”, agrupada por escolas em conformidade com o que foi anunciado previamente nos métodos. Desta feita foi possível constatar média de idade em anos de 24,74 e desvio padrão de $\pm 6,73$ (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos Participantes de acordo a Idade por Faculdades de Medicina

Faculdades	N	N (%)	Média (dp)
Malanje	55	20 (36)	28,4 (10,8)
Benguela	42	20 (47,6)	24,31 (5,1)
Huíla	78	20 (25,6)	24,75 (5,3)
Cabinda	59	20 (33,9)	25,45 (2,7)
Luanda	113	20 (18)	23,11 (2,4)
Total	347	100 (28,8)	25,8 (6,7)

Fonte: Formulário de coleta de dados

A caraterização do perfil sociodemográfico, representada na Tabela 2, evidencia predomínio do sexo feminino com 59 (61%), vivendo na condição de solteiro/a com 89 (92%), que professam a religião católica 47 (48%), com superioridade do grupo etnolinguísticos ovimbundo, com n=18 (19%).

Tabela 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo as variáveis sociodemográfica

VARIAVEIS	
Sexo	
feminino	59
masculino	38
Estado civil	
casado/a	6
solteiro/a	89
divorciado/a	2
Confissão religiosa	
adventista	2
ateu	1
católico	47
evangélico	46
testemunha de jeová	1
sem informação	1
Grupos etnolinguísticos	
Fiote	7
Ibinda	8
Kikongo	16
Kimbundo	8
Kwanhama	1
Nhaneca	6
Outros	24
Portugues	9
Umbundo	18

Fonte: Próprio autor. Formulário de coleta de dados

Em nossa amostra prevaleceram as mulheres. Ventura ⁽¹⁰⁶⁾, ao referir-se em termos de capacitação de recursos humanos para pesquisas em Angola, conclui que as universidades formam mais estudantes para o mercado de trabalho do que para a investigação científica. Assim há poucas iniciativas de pesquisa sobre questões de gênero e representatividade feminina no país, além de não existir uma política sólida que permita a sistematização clara dos principais problemas vivenciados pelas mulheres ⁽¹⁰⁶⁾. Isto pode ser compreendido à luz do longo do período de guerra civil que assolou o país. Hoje tem havido uma grande procura, da

parte das mulheres jovens, pelo ensino universitário, resultando na procura de curso que possa dar retorno financeiro ou social. Os cursos da saúde são exemplos do que acabamos de abordar, o que corrobora com nossos resultados em que as mulheres tiveram expressiva representatividade ⁽¹⁰⁶⁾. A Ministra da Família e Promoção da Mulher, entrevistada pelo Jornal O País, no dia 13 de Março de 2019, sobre condição da representação das mulheres no poder legislativo, referiu que dos 220 deputados com assento parlamentar na Assembleia Nacional, 67 (30,5%) são ocupado por mulheres, e avalia tal situação como positiva ⁽¹⁰⁷⁾. Deve-se apontar na discussão que a questão da representação feminina tem sido amplamente discutida na atualidade ⁽¹⁰⁹⁾.

Quanto à distribuição dos estudantes por estado civil, foi possível constatar que 89 estudantes (92%), encontravam-se na condição de solteiros, o que está de acordo com o Censo Populacional de Angola ⁽¹⁹⁾ realizado em 2014, que foi obtido resultados similares na população com 12 ou mais anos de idade vivendo na condição de solteiros.

Em Angola, assim como em boa parte do mundo, os estudantes que ingressam na vida universitária são jovens. Traçando um comparador com a situação brasileira, Hossne e Marchi ⁽¹¹⁰⁾ observaram que do total de 211 estudantes que participaram de seu estudo, 205 (97%) eram solteiros. Corroborado por Moreira e Cols. ⁽¹¹¹⁾, no seu trabalho com estudantes de medicina diante da escolha profissional e das experiências e das experiências vividas no cotidiano acadêmico, tendo encontrado maior número de solteiros. Nossos resultados comprovam que o perfil do acadêmico do curso de Medicina, em relação ao estado civil a maioria tende a manter-se solteiro até a conclusão do curso.

Quanto à distribuição dos estudantes segundo a religião, constatamos que 47 (48%) professavam a religião católica. Há um claro predomínio de confissões cristãs. Nossos resultados são confirmados de igual modo pelos resultados definitivos do Censo ⁽¹⁹⁾, onde predominou a religião católica com 41% da população, seguida dos protestantes com 38%, tal como observado no nosso estudo. A semelhança do que ocorre no Brasil, de acordo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que demonstram que as religiões mais prevalentes ainda são o catolicismo e o protestantismo, não obstante o grande

crescimento dos evangélicos nos últimos tempos ⁽¹¹²⁾. Os discursos religiosos têm influenciado as decisões legislativas, em várias situações que envolvem dilemas em saúde.

Do total de 97 estudantes que preencheram os formulários, permitiu confirmar que existe uma grande diversidade etnolinguística, cada uma delas com culturas próprias, com predomínio do grupo dos Ovimbundos com 18 estudantes (19%) entre todos participantes.

Com base nos dados acima referidos cabe salientar que o respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, deve receber a devida consideração, salientando que:

Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais disposto no artigo 12- da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ⁽⁹³⁾ p.10.

Apesar de não termos encontrado estudo que nos permitisse comparar com os nossos achados, apraz nos caracterizar este grupo tradicional angolano, trata-se de um grupo bastante numeroso e homogêneo que no final do século XIX e antes da ocupação efetiva portuguesa, estavam divididos numa dúzia de sobados, sendo o maior deles do Bailundo, município Huambo, província mais sul de Angola, situado no plano planalto central e a partir daí constituíram-se numa etnia chave para o desenvolvimento de Angola, independentemente da sua preponderância numérica, pela sua afluência no comércio ⁽²¹⁾.

Ventura ⁽¹⁰⁶⁾ afirmou que a associação entre os grupos etnolinguístico de Angola e as questões de gênero, com particular realce os Ovimbundos fizeram parte das tribos que mais resistiram contra o imperialismo português no século XV, aliado ao povo Ginga, que residia em Cabassa interior da comuna de Matamba, onde terá nascido a Rainha Nzinga Mbandi (1624-1663), que se tornou uma grande líder clandestina da resistência Nacional, que representou de forma aguerrida as mulheres do seu tempo.

Fazendo uma pequena digressão histórica, Nzinga Mbandi foi filha do rei dos ovimbundos no território Ndongo, enviada à Luanda pelo seu irmão rei Ngola Mbandi, para negociar com os portugueses. Tendo sido recebida pelo Governador,

a fim de solicitar a devolução de territórios em troca da sua conversão política ao cristianismo, recebendo desta feita o nome de D. Anna de Sousa, como forma de estabelecer um tratado de paz entre os dois povos ⁽¹⁰⁶⁾. Por incumprimento do referido tratado por parte de Portugal, registrou-se uma desordem em Ngola, primeiro nome de Angola antes da colonização portuguesa. O que gerou enérgica guerra, cuja situação agravou-se, devido à hesitação, por parte do seu irmão perante o tamanho desrespeito aos povos de Ngola, proporcionado pelos portugueses, obrigando desta forma que a Rainha Nginga, assume-se o poder e o comando da resistência à ocupação das terras de Ngola e Matamba, após ter tomado a decisão de matar seu próprio irmão por envenenamento. Não conseguindo a paz na luta contra os portugueses, em troca de seu reconhecimento como Rainha de Matamba, renegou a fé católica, e aliou-se aos guerreiros jagas de Oeste e fundou o movimento de resistência e de guerra que culminou na fundação dos quilombos.

Com suas ações políticas, conseguiu formar uma poderosa coligação com os estados de matamba, Ndongo, Congo, Kissange, Dembos e Kissama, e condenou a resistência à ocupação colonial e ao tráfico de escravos no seu reino por cerca de quarenta anos, usando táticas de guerrilhas e ataques fortes contra os colonialistas portugueses. Para além da Rainha Nginga Mbandi, existem outras tantas mulheres, cuja história tornou-as invisíveis, mas que sua contribuição foi decisiva para que Angola se tornasse o país independente que é hoje ⁽⁷⁶⁾.

Consideramos de acordo com o conhecimento enraizado da cultura angolana, presente nos grupos etnolinguísticos, a par da medicina convencional e têm como hábitos e costumes a prática de cura tradicional, o que até certo ponto deve ser tida em consideração no momento da elaboração dos programas de ensino dos cursos, em que a medicina não foge à regra, para que os futuros profissionais no momento do exercício da profissão respeitem a autonomia dos pacientes pode entrar em contradição no momento da tomada de decisão da melhor conduta terapêutica adoptar.

Viegas ⁽⁷⁶⁾, ao estudar os saberes e práticas terapêuticas tradicionais à margem do sistema nacional de saúde (o caso dos curandeiros tradicionais em Angola), concluiu que conjunto de práticas e saberes utilizados por uma diversidade

de agentes especializados (adivinho, curandeiro, kimbanda, feiticeiro e parteiro tradicional, entre outros), a medicina tradicional ocupa um lugar importante no contexto da sociedade angolana, no intuito de restituir ao indivíduo e à comunidade um equilíbrio vital.

Julgamos nós que o médico ou futuro profissional deve possuir conhecimento suficiente para saber lidar com estas questões, uma vez que os pacientes em Angola recorrem com frequência a estes serviços devido as suas crenças que foram transmitidas de geração em geração pelos seus antepassados e que ainda vigora nos dias de hoje. São comuns entre nós, os pacientes recorrem antes da consulta com o médico, aos curandeiros, como consequência acabam por morrer por chegar a estágio avançado nas unidades hospitalares para serem assistidos. Os conflitos éticos surgem no contexto das contradições resultantes da diferença de moralidades entre os médicos que acham que estão a dar o seu melhor para salvar o paciente chegando a atuar de forma paternalista, passando por cima dos hábitos, costumes e crenças enraizado no seu grupo etnolinguístico.

5.2. Percepção de uma amostra dos estudantes de cursos de medicina acerca de conceitos e possíveis escolhas em algumas situações de dilemas bioéticos

As dez (10) questões serão respondidas na seguinte ordem; contexto da pergunta, respostas dos estudantes, os pressupostos teóricos, e análise e interpretação em função dos pressupostos teóricos e nas lacunas identificadas que possam constituir uma oportunidade para propor-se a estratégia mais ajustada de inserção no ensino médico de Angola.

Tabela 3: Distribuição dos estudantes da Faculdade de Origem Cubana e Portuguesa segundo percepção acerca de conceitos e possíveis escolhas em algumas situações de dilemas bioéticos

Faculdades	Faculdades com modelo cubano	Faculdade com modelo português
Variáveis	N(%)	N(%)
Bioética		
Sim	46(58)	9(50)
Não	33(42)	9(50)
Diferença		
Não	57(72)	12(67)
Sim	22(28)	1(6)
SI	0(0)	5(28)
Aborto		
Sim	22(28)	4(22)
Não	57(72)	14(78)
SI	0(0)	0(0)
Transfusão		
Sim	69(87)	18(100)
Não	10(13)	0(0)
Eutanásia		
Sim	15(19)	6(33)
Não	64(81)	12(67)
Autonomia		
Sim	39(49)	10(56)
Não	40(51)	7(39)
SI	0(0)	1(6)
Sigilo		
Sim	23(29)	5(28)
Não	56(71)	11(61)
SI	0(0)	2(11)
Alocação		
RMA	7(9)	6(6)
Vacinação	63(80)	12(7)
SI	9(11)	0(0)
Vulnerabilidade		
Sim	46(58)	3(17)
Não	28(35)	11(61)
SI	5(6)	4(22)

Fonte: Formulário de coleta de dados

5.2.1. Conhecimento prévio dos estudantes sobre bioética

Esta pergunta pretendeu identificar se os acadêmicos, em algum momento da formação, tiveram contato com temáticas ou formação em Bioética, antes do preenchimento dos formulários.

No nosso estudo, mais de metade dos inqueridos, 46(58%) da escola Cubana e 9 (50%), da portuguesa respetivamente, confirmaram ter tido contato prévio com matérias de Bioética, aprendida em sala de aula em algumas disciplinas como: Semiologia e Propedêutica Clínica, Medicina Comunitária, Ética Médica, Deontologia Profissional, Medicina Interna.

Comparando resultados, Almeida e Cols.⁽¹¹³⁾ em seu estudo sobre a autoavaliação dos conhecimentos de alunos em relação à Bioética, os estudantes participantes afirmaram possuir um bom conhecimento em bioética, todavia percebeu-se que não foram capazes de fazer uma reflexão coerente em relação aos problemas colocados e nem apresentaram formulações teóricas que justificassem as respostas dadas em relação ao bom conhecimento auto referido.

Filho e Hosne ⁽¹²⁷⁾ consideram que a inserção da Bioética nas grades curriculares no curso de medicina proporciona a valorização da singularidade do tema e a pertinência da inclusão desta reflexão na formação profissional e social. Todavia o desafio consiste em quebrar as barreiras do ensino tradicional que prioriza conhecimentos técnicos, focada para o exercício da profissão, limitando o conhecimento ético a uma base teórica e deontológica rudimentar.

Ramos e Cols. ⁽¹¹⁴⁾ referiram que o aproveitamento a acerca das reflexões Bioéticas pelos estudantes é ampliado quando as disciplinas são apresentadas nos primeiros semestres da graduação, essencialmente quando é lecionada de forma contínua e aprofundada ao longo da formação. A educação deve ser contextualizada em ética e que os professores são desafiados a buscar novas referências e a reelaborar estratégias de ensino mais problematizadoras, promovendo reflexões críticas.

Piryani e Cols. ⁽¹¹⁵⁾ após a avaliação das dificuldades dos estudantes de mestrado de enfermagem, concluíram que em relação à tomada de decisões em caso de dilemas éticos, a educação ética aumenta a percepção e proporciona aprendizado reflexivo, mas que é necessária também uma continuidade no ensino abordando deficiências e peculiaridades quotidianas com intuito de melhorar o desenvolvimento do futuro profissional de saúde.

Flinker, Caetano e Ramis ⁽¹¹⁶⁾, destacaram as limitações na compreensão da ética e princípios bioéticos em pesquisa, e concluíram que:

O processo educativo vislumbra a formação integral do ser humano, e que na abordagem Ética e Bioética, os pressupostos pelo processo de educar estão intimamente relacionados aos conhecimentos e habilidades com o intento de aperfeiçoamento das atitudes e do caráter, ou seja, o desenvolvimento integral do aluno”. E os estudantes devem estar preparados para uma reflexão crítica acerca da temática tanto no que se refere a si mesmo, como no produto das suas ações sobre os demais. Por tanto, a fundamentação teórico-metodológica e o emprego de estratégias problematizadoras e interdisciplinares em pequenos grupos de estudantes é primordial p.212.

A Bioética, sendo área transdisciplinar, permite o desenvolvimento de uma visão a partir de diferentes olhares acerca de problemas, quando estes exigem uma reflexão ampliada e plural. Rememorando Potter, trata-se de um saber que reaproxima valores biológicos e humanísticos, ou seja, é uma: *"Ética aplicada à vida (Bioética), como uma maneira de enfatizar a importância de mais um novo componente da sabedoria que é peremptório atingir"* ⁽⁴⁾.

Consideramos que, em parte, nossa amostra exhibe certa confusão sobre temas de ética médica, deontologia Profissional e Bioética. O que pode se justificar pela ausência da Bioética nos currículos e ou pela não abordagem de temas específicos de forma transversal em outras disciplinas nucleares que tratam sobre temas ligados a relação médico paciente.

5.2.2. Qual a diferença entre Ética Médica e Bioética?

A análise feita permitiu-nos concluir que existe ligeira concordância em termos de respostas dadas em relação ao conhecimento prévio, versus diferença entre ética médica e Bioética, apesar de haver ainda um grande número, de conceitos incompletos, 57 (72%) da escola cubana e 12 (67%) da Portuguesa, todavia chamam a nossa atenção os depoimentos apresentados:

R1 Ética médica é o conjunto de princípios que o médico deve ter em conta para uma boa relação médico paciente. Bioética é uma ciência que se ocupa do estudo da administração responsável da Vida.

R2 A ética médica se aplica em todo lugar seja no hospital ou até mesmo na comunidade.

R3 Ética médica é a qualidade que todo médico deve ter e a Bioética qualquer cidadão pode ter.

R4 É a educação que o médico tem com relação ao trabalho e com o paciente.

R5 Ética médica é comportamento que o médico apresenta diante do paciente. Bioética é comportamento do indivíduo na sociedade.

R6 Ética médica avalia os méritos, riscos e precauções sociais que acontecem no campo da medicina ou das atividades sociais no campo da medicina. Bioética é o estudo que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e ambiental.

Apesar de metade dos estudantes terem referido que já tiveram contato com os conhecimentos sobre Bioética julgamos nós ser insuficiente, não obstante haver este interesse da parte dos professores em ensinar esses conteúdos em sala de aula, urge a necessidade de uma melhor sistematização e redefinição didática pedagógica do real espaço nas grades curriculares que a Bioética poderá ocupar, para que o seu impacto na mudança de atitude da parte dos futuros profissionais no momento de tomada de decisões sobre dilemas éticos e bioéticos possa ser devidamente avaliado.

Em quase todas as respostas descritas notamos que em nenhum momento é incluído frases como reflexão moral das consequências resultantes da ação do homem no emprego da ciência e tecnologia quando a abordam sobre a Bioética e quanto à ética em momento algum se notam palavras relacionadas que é parte da filosofia que encarrega em estudar aspetos peculiares das ações e decisões no campo da saúde; todas as falas dos estudantes acabam confinadas na relação médico-paciente. Chama atenção a resposta apresentada pelo último depoente (R6), que aborda a questão da administração responsável da vida humana, animal e ambiental, algo que se aproxima da proposta de Potter na sua abordagem da Bioética Global ⁽¹²²⁾.

Este contexto demonstra a necessidade de reforma da educação médica em Angola, no sentido de tornar estudantes cada vez mais críticos em relação aos conhecimentos que são ministrados em sala de aula e de temas de humanidades como é caso da ética e a Bioética com vista a lograr maior racionalidade comunicativa, capacidade crítica e maior responsabilidade do futuro médico.

5.2.3. Qual é a sua opinião sobre o aborto?

Esta pergunta pretendeu identificar posicionamento dos acadêmicos acerca da problemática do aborto e quais as bases dos seus argumentos que justificam as suas posições adoptadas.

Em relação aborto, verificamos que maioria dos estudantes inquiridos se posicionou contra a prática do aborto 57 (72%) e 14 (78%), quer na escola Cubana como portuguesa, com predomínio das mulheres, que professam a religião católica, justificados pelos seguintes depoimentos:

- R1: É ser humano, portanto, tem direito a vida.
- R2: Por tratar-se de uma transgressão espiritual, á um ser humano que tem direito a vida.
- R3: Ninguém tem o direito de tirar a vida a não ser Deus.
- R4: a favor da realização do aborto, justiça em caso estupro.

A nossa reflexão sobre as respostas apresentadas sobre o aborto teve como base o livro de Maurício Mori ⁽⁷⁷⁾ p.17-35, publicado em 1998, no capítulo referente às várias posições sobre a moralidade do aborto, em que a análise parte dos anos 1960/1970, na qual foram colocadas de forma muito divergente das posições atuais, que passaremos a citar abaixo:

- i. Até pouco tempo, o carácter moralmente ilícito do aborto estava fora de discussão: o ato era considerado tão desprezível que não precisava sequer de justificação específica e precisa. Hoje, pelo contrário que está em causa é laicidade do aborto.
- ii. Até a poucos anos, a justificação da interdição (quando solicitada) referia-se à violação da ordem matrimonial ou ao dano causado ao interesse superior do estado em relação aos filhos (ou razões similares). Atualmente, ao contrário de tais razões não são mais aceites e a interdição parece justificável quando embasada na ideia de que o aborto representa um verdadeiro homicídio.
- iii. Até a poucos anos, o aborto constituía uma intervenção que comportava graves riscos para a vida mulher. Presentemente com o advento da técnica de sucção, o aborto tem se tornado de baixo risco e a pesquisa médica está apontando para novos métodos farmacológicos que o tornam menos traumático.
- iv. O debate acerca da legislação do aborto estava ligado às fases avançadas ou terminais da gravidez. Agora a controvérsia recai principalmente sobre o primeiro trimestre da gestação, onde ocorrem mais 90% dos casos p.29.

Mori ⁽⁷⁷⁾ considerou que as principais posições sobre o aborto resultam dos conflitos persistentes entre a influência da tradição e das novas exigências

emergentes, que culminaram em novas propostas, que serão apresentadas abaixo

p.30:

A posição católica é contra ao aborto “condenação moral de qualquer tipo de aborto procurado”. Essa intervenção nunca é admitida, nem quando necessária, para salvar vida da mulher, nem quando a gravidez é consequência de estupro, nem quando o feto apresenta graves malformações. Embora muitos teólogos católicos sustentem que o embrião é pessoa desde a concepção (de tal forma que é opinião comum que esta seja a posição católica oficial), o magistério eclesiástico não afirma absolutamente que o feto é pessoa. Ao contrário, declara explicitamente abster-se de tomar posição sobre o assunto, afirmando somente que o embrião deve, de qualquer forma, ser tratado como pessoa. Além disso, essa posição proíbe absolutamente não só o aborto, mas também a contracepção: a camisinha é sempre ilícita, mesmo quando usada como meio de prevenção contra AIDS.

Posição do “movimento pela vida” coloca-se em oposição ao aborto tal como a igreja católica. Que se diferencia da postura católica pelos seguintes aspetos: a) Afirmando explicitamente que o embrião é pessoa desde a concepção e que o aborto é um verdadeiro homicídio; b) não expressando nenhuma opinião sobre a lei da contracepção e da esterilização, pois é uma coisa séria “prevenir a formação de uma vida” e, outra, “destruir uma vida que já existe”; sendo favorável a admitir pelo que menos algumas exceções à proibição do aborto se tornam necessária para salvar a vida da mulher (embora sublinhando que o problema das exceções é hoje um problema fictício, limitando a pouquíssimas situações a serem avaliadas caso a caso).

Posição para legalização do aborto, que admite o aborto, observando que este já é de per si uma escolha trágica e que a sociedade não deve agravar a situações das proibições de cunho jurídico, que tornam a situação da mulher mais dramática, empurrando-a para o aborto clandestino. O aborto deve ser regulamentado socialmente porque não se trata de um “problema privado” que poderia ser deixado à simples discricionariedade da mulher, mas deve ser permitido no interior das formas institucionais de controlo, previstas na lei. Todavia, normalmente essa posição aceita também os motivos psicológicos e económicos, razão pela qual praticamente o aborto é (quase) sempre permitido quando a mulher o solicita, embora fique valendo o princípio de “controlo social”.

A posição a favor da liberalização do aborto, segundo a qual o aborto é um problema “privado da mulher”, que o decide com o seu médico. A lei, portanto, segundo o autor desta temática, deveria limitar-se a garantir que a intervenção médica ocorresse de forma correta, mas a mulher pode pretender simplesmente por petição.

Toda controvérsia depende da questão em saber se o feto é ou não pessoa, neste caso a religião católica que condena o aborto em todas vertentes quando se analisa o posicionamento moral dos que são a favor ou contra o aborto (verdadeiro homicídio), para estes que consideram que o feto é pessoa, logo o aborto é (moralmente) ilícito enquanto homicídio, e se, ao contrário, não é pessoa, então é sempre lícito ⁽⁷⁷⁾.

Todavia, para quem está a favor de uma legislação permissiva evita, normalmente, considerar a questão do feto, observando muitas vezes que a ética, seria um luxo excessivo nesse caso específico.

Essa corrente sublinha, ao contrário, que ⁽⁷⁷⁾:

- 1) A mulher já se encontra em graves dificuldades e que sua situação não deve, portanto, ser piorada ulteriormente, com obstáculo do tipo jurídico;
- 2) a legislação permissiva não pretende garantir moralmente o aborto, mas somente evitar o aborto clandestino que alimenta a ilegalidade e, muitas vezes, põe em perigo a vida da mulher;
- 3) a Interdição obriga a todos a abster-se do comportamento indicado, ao passo que a permissão não impõe a ação, mas simplesmente a permite a quem quiser adotá-la, e essa assimetria garante a liberdade de todo o mundo.

As diferentes correntes apresentadas acima podem ser complementadas com os debates atuais amparados pelas teorias feministas que assentam nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que estão reconhecidos em documentos nacionais através das constituições e das normas internacionais aclamados pelos direitos humanos, que serão discutidos de forma mais abrangente pelas autoras:

Ardailon ⁽¹¹⁷⁾ afirmaram que para que os direitos reprodutivos e sexuais sejam garantidos há necessidade do respeito e fortalecimento da autonomia sexual das mulheres, mediante uma espécie de empowerment sexual, para consolidação destes direitos enunciados em documentos da Organização das Nações Unidas (UNO) reconhecidos pelos estados membros, considerados como um avanço pelo feminismo internacional.

De acordo com Biroli, ao estudarem a autonomia e justiça no debate sobre o aborto, conclui que ⁽¹¹⁸⁾:

Em uma perspectiva distinta, na qual o controle do Estado seria buscado e legitimado em nome de preceitos religiosos, a Igreja Católica ampliou o peso das questões sexuais e reprodutivas na sua agenda ao longo do século XX, em especial após 1978, quando Karol Wojtyla (João Paulo II) se tornou papa. A oposição ao controle da natalidade e ao uso de contraceptivos, como a camisinha e a pílula anticoncepcional, apareceria aliada a uma oposição sistemática ao aborto voluntário. Essa agenda foi e é ainda mobilizada para a valorização de uma concepção convencional da família e de uma ordem sexual conservadora, baseada no casamento e na suposta complementaridade entre homens e mulheres. A posição da mulher é tomada como seu papel nessas relações, com sua individualidade subsumida a seu papel como mãe p.40.

Nunes ⁽¹¹⁹⁾, ao estudar as questões de gênero, na discussão do Plano Nacional de Educação no Brasil: aponta confronto entre o ideário feminista e o ideário católico. A autora ⁽¹¹⁹⁾ considera que o tratamento as questões de gênero, eram problemáticas, o que afetava particularmente a população de LGBT e as mulheres, de maneira geral. Para tal o reconhecimento da autonomia dos indivíduos na condução de sua vida afetiva e sexual permanece, no entanto, para o catolicismo, um tema proibido, quando pensado fora do marco religioso. O que em certa medida pode impactar fortemente na moralidade dos acadêmicos, quando não dispõe de conteúdos sobre Bioética que os permitam ter um diálogo mais aberto, fora do campo religioso ⁽¹²⁰⁾.

Diante desse cenário no qual se coloca em risco a saúde e a vida das mulheres, é essa ala conservadora e religiosa da sociedade que promove e discute legislações consideradas pró-vida, no qual a saúde e a manutenção do feto na gravidez devem ser tão ou mais consideradas do que a vida mulher grávida, para que os direitos reprodutivos e sexuais não devem ser vistos como escolhas, mas sim como direitos sociais de cada indivíduo e das mulheres em específico, já que é o gênero feminino o principal corpo que é mediado e controlado na maior parte das vezes ⁽¹⁰²⁾.

De acordo com as respostas obtidas, o posicionamento dos estudantes está aquém da discussão atual sobre o aborto, propriamente na necessidade de observância dos direitos reprodutivos e sexuais em função dos pressupostos teóricos acima apresentados.

Analisando os depoimentos dos estudantes aferimos que a criminalização do aborto tem como base o respeito à vida, como o direito divino que apenas deve ser entregue e tirada por Deus. Uma pequena parte dos pesquisados que se mostraram a favor ao aborto defende que se deve ter em conta as condições do desejo dos parceiros em ter filhos, outros sustentam suas posições em caso de risco de vida para a mulher, malformações congênitas, e finalmente para caso de estupro, tal como previsto no novo código penal aprovado em Angola.

A maior parte dos estudantes que responderam a nosso questionário se posicionaram contra o aborto, sendo que nosso estudo permitiu inferir que suas decisões são influenciadas por uma moralidade de base religiosa católica, que se

opõem completamente aborto. Por se tratar de acadêmicos de medicina, julgamos que as escolas médicas não têm abordado esses temas com a devida imparcialidade que se impõe, principalmente em matérias que lidam com os direitos civis dos cidadãos, limitando-se apenas, a ministrar conteúdos ligados a diferentes práticas assistenciais do aborto do ponto de vista técnico.

As escolas médicas devem aprofundar as discussões sobre aborto com a inclusão de metodologias ativas que permitam a construção de argumentos para análise relacionada à moralidade do aborto, de modo que não sejam tão somente sustentadas pela religião.

5.2.4. Qual é a sua opinião em relação à transfusão sanguínea?

Esta pergunta pretendeu identificar o posicionamento dos acadêmicos em torno da problemática da transfusão sanguínea e quais as bases dos seus argumentos que justificam as suas posições adotadas. Em relação ao exposto, constatamos que 10 (13%) dos entrevistados, que são testemunhas de Jeová, posicionaram-se contra a transfusão sanguínea.

Estudo feito por Medeiros e Cols. ⁽⁹⁹⁾, reafirma que a situação de necessidade de transfusão de sangue em pacientes que pertencem a determinado segmento religioso com restrições nessa conduta, constitui um dos dilemas éticos mais discutidos em literaturas científicas. Uma vez que na prática clínica, é vedado desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Logo tem sido estabelecida uma conduta padronizada que leva a transfusão de sangue ao paciente mesmo sem o consentimento dele, pois o direito à vida é bem jurídico de maior relevância não podendo ser transgredido pela liberdade da própria pessoa. Mesmo com controvérsias em relação a essa conduta que limita a autonomia individual em favor dos valores fundamentais estabelecidos pela sociedade, o dever, outras religiões acreditam que é uma questão de coerência

defender a vida em primeiro lugar, pois é deste princípio fundamental que se justifica a defesa dos demais direitos, como o de possuir qualquer tipo de crença.

Na hierarquia dos valores, os valores religiosos e espirituais são colocados em primeiro lugar, porém o retrato de nossa atual sociedade não apresenta essa hierarquia de valores. O Estado é dito como laico e determina juridicamente que os valores religiosos não podem interferir no direito à vida. É preciso também compreender que o dilema ético também está relacionado e atravessado pela cultura que os sujeitos estão inseridos no referido contexto. A cultura para a teoria de valores seria, portanto, uma categoria do ser, não do saber e da experiência⁹⁹.

Estudo sobre testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados, realizado por Azambuja e Garrafa ⁽⁹⁹⁾, consideraram que novas técnicas que podem trazer benefícios do ponto de vista terapêutico, por vezes, esbarram em questões de cunho moral, ético e/ou religioso. Dentre as novas situações ética e moralmente conflituosas em saúde está a aplicação das novas terapias com hemocomponentes e hemoderivados em pacientes testemunhas de Jeová, que têm papel importante dentro dos tratamentos à base de sangue, hoje, com ampla utilização nos campos médico e odontológico.

Os autores concluíram que as testemunhas de Jeová são vistas por seus “estranhos morais” (aqui, médicos e dentistas) como religiosos que simplesmente “não aceitam sangue”. Todavia, diversos tratamentos sanguíneos são hoje aceites, o que não impede, por livre convicção, a recusa no recebimento de qualquer deles. As interpretações particulares costumam ampliar o rol de proibições e de conflitos morais, já que médicos e dentistas, além de não considerar estas particularidades, também não perguntam a religião na anamnese ⁽⁹⁹⁾.

Holland e Robinson ⁽¹⁰⁰⁾ observaram que as Testemunhas de Jeová têm crenças religiosas que impedem que elas recebam transfusões de sangue alogénico, certos tipos de transfusões de sangue autólogas ou produtos sanguíneos. Como consequência, o tratamento médico de uma paciente Testemunha de Jeová que necessite de cirurgia ou experiência de sangramento grave é um desafio.

Embora a cirurgia complexa associada à perda de sangue maior tenha sido convencionalmente contraindicada em pacientes Testemunhas de Jeová, esses

procedimentos foram realizados com sucesso quando uma abordagem multidisciplinar foi adotada para conservar o sangue. Os autores confirmaram a hemostasia com sucesso em pacientes Testemunhas de Jeová após a administração do Fator VII recombinante ativo (rFVIIa), com base relatos anteriores, todavia consideram a necessidade de haver mais estudos ligados uso de rFVIIa nesta população de pacientes para se chegar a conclusões definitivas ⁽¹⁰⁰⁾.

Em Angola temos verificado que cada vez mais que a questão a transfusão tem constituído verdadeiro dilema ético, sendo a malária grave a fonte desta demanda, já que constitui a principal causa de morte na população em geral; a violência no trânsito, com acidentes de viação devido ao mau estado das estradas, pouca iluminação pública e do excesso de velocidade por condução sobre efeito do álcool, também tem feito tal demanda por transfusões crescer. Em Angola, cada vez mais se verifica nos hospitais, que nos casos de recusa da transfusão sanguínea, os profissionais obrigam os familiares e se possível o próprio paciente, a assinar formulários previamente pré-concebido, como forma de obter o consentimento informado.

Nos casos de negativa de transfusão, e levando-se em consideração a escassez de recursos terapêuticos alternativos para reposição de perda sanguínea em Angola, a constituição de comitês bioética hospitalar, implementados nas unidades assistenciais, seria de valia no sentido de minimizar os conflitos resultantes os conflitos da recusa da transfusão sanguínea e de auxiliar na formação dos académicos do campo da saúde. Fica clara a necessidade de introdução de conteúdos de Bioética nos currículos de educação médica, para melhor preparar nos estudantes a lidar com estas situações, garantido desta forma, à atuação imparcial deste profissional, independente da sua religião e do grupo etnolinguísticos de proveniência.

5.2.5. Qual é a sua opinião em relação à eutanásia?

Esta pergunta pretendeu identificar posicionamento dos académicos entorno da problemática da Eutanásia e quais as bases dos seus argumentos que justificam as suas posições adoptadas.

As respostas dos estudantes, na presente pesquisa, permitiu perceber que grande parte se posiciona contra a prática da eutanásia, considerando aspectos de sacralidade da vida. Poucos estudantes se mostraram a favor da eutanásia:

R1: Para evitar o sofrimento do paciente, se não apresenta qualidade de vida.

R2: Para não ocupar o leito, que se sabe que o caso é irreversível.

R3: Garantir que possa doar os órgãos

R4: Por questões económicas

Rocker e Curtis ⁽⁹⁶⁾ referiram que a morte nunca deixa de ser atual e nos provocar em termos de vida. Ela sempre tem um encontro não planejado conosco, visitando-nos de uma forma silenciosa, mansa e surpreendente, através de perdas de entes queridos obrigando-nos a refletir sobre nossa própria vida finita, ou então, através de situações inusitadas e inesperadas que nos amedrontam.

Pessini ⁽⁹⁷⁾ referiu que não obstante os avanços da medicina de cuidados críticos, ou medicina científica, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ainda permanece como a unidade em que muitos pacientes morrem. Estudos feitos nos EUA, Canadá e Europa mostraram que a maioria das mortes em UTI envolve decisões difíceis sobre o uso de tratamentos de sustentação da vida para os pacientes graves que não respondem mais às terapias de cuidados críticos.

Pessini exemplifica o filme premiado com o Oscar, “Mar adentro” e “Menina de ouro”, em que a eutanásia é apresentada como solução diante de uma vida marcada pelo sofrimento e dependência. Conclui citando a obra de Atul Gawande, “Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final”, tratem justamente dessas questões dos limites das possibilidades de investimentos terapêuticos e sentido no final da vida. Atul Gawande lembra que as pessoas no final de sua vida querem compartilhar memórias, transmitir sabedorias e lembranças, resolver relacionamentos, estabelecer seu legado, fazer as pazes com Deus, e certificar-se de que aqueles que estão deixando para trás estarão bem (p.56).

Hossne e Hossne ⁽¹⁰⁹⁾ encontraram uma proporção elevada (53%) de estudantes com posicionamento favorável à prática da eutanásia. Corroborado por Hossne e Marchi ⁽¹⁰⁹⁾ que encontrou pouca variação nas respostas dos estudantes a favor da prática, na ordem de 54% (113 respostas) e 46% (95 respostas) são contra. Warner citado por Hossne e Marchi analisaram as respostas de 166 estudantes de medicina concluíram que a maioria estava a favor da eutanásia, justificando a

necessidade de evitar-se administração de tratamento desnecessário, quando a situação a priori considera-se irreversível⁽¹⁰⁹⁾.

Quando questionados em relação à eutanásia constatamos, que menos 1/3 dos nossos estudantes, predominantemente do sexo masculino, são a favor da eutanásia, justificando a necessidade de evitar sofrimento aos pacientes; chama a atenção que grande parte deles teve como justificativa para se posicionar a favor da eutanásia as razões econômicas, ligadas aos gastos com as matérias gastáveis da unidade de cuidados intensivos, e não continuar a investir em um paciente que a priori já sabe que não terá solução.

A nossa pesquisa permitiu identificar que a moralidade dessa amostra de estudantes se posiciona contra a eutanásia; constata-se das análises das suas opiniões que está subjacente uma base marcadamente religiosa, em que muitos deles afirmam que em quanto houver vida deve se continuar a investir na esperança que possa haver um milagre divino, e por outra em África, propriamente em Angola, a morte quase sempre está associada a questões de feitiçaria, dado que a medicina tradicional que ocupa um espaço bastante considerável no seio dos grupos étnicos e linguísticos locais, que são conhecimentos populares pouco valorizados no sistema pelo Sistema Nacional de Saúde, que considera apenas a medicina científica.

Ao analisar a moralidade dos estudantes que se posicionam a favor da eutanásia, justificada por razões econômicas nos ovimbundos, podemos perspectivar por um lado à noção tida por parte dos estudantes em relação alocação de recursos escasso da saúde por outro a necessidade de garantir a formação médica que seja capaz de garantir ao futuro profissional conhecimentos não meramente técnico-científicos, mas também humano, sob pena de formarmos médicos com pendor marcadamente mercantilistas e que coisificam a vida. Logo consideramos que os programas curriculares devem incluir temas sobre início e fim da vida, com vista a proporcionar maior aporte argumentativo para melhor enfrentamento dos conflitos éticos.

5.2.6. Enumere três condições que indiquem que o paciente tem autonomia reduzida

Esta pergunta pretendeu identificar conhecimento dos acadêmicos sobre as condições que indicam que o paciente encontra-se com autonomia reduzida no ambiente hospitalar.

D1: No caso de falar publicamente a paciente com VIH-Sida, não tem ética e falar sem maneira com o paciente.

D2: Doenças graves sem conhecimento do mesmo ou de outra pessoa; falar de problemas que se passam no hospital, dentro comunidade, sobre um paciente específico.

Deve-se recordar que autonomia e responsabilidade individual estão consagradas no Artigo 5º Da Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos ^(37,93):

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

A primeira referência brasileira sobre a “manifestação explícita da própria vontade do paciente” está no artigo Clotet ⁽⁹⁵⁾ sobre o tema, publicado em 1993. O autor analisa a “*the patient self-determination Act*”, regulação americana sobre o direito de autodeterminação do paciente. Nesta análise identifica: “O esforço pelo reconhecimento da liberdade e autonomia humana foi sempre reivindicado com certa veemência. Hoje, as pessoas querem exercitá-las inclusive nos últimos momentos da vida” ^(37,95).

Clotet ⁽⁹⁵⁾ considerou que o paciente se encontra com autonomia reduzida em caso de incapacidade, ligado a um respirador, ou um corpo em estado vegetativo, dependente da aparelhagem de uma UTI e que mesmo nestas condições a autonomia do indivíduo deve ser respeitada, apesar de tratar-se de um desafio vivenciado no exercício da medicina.

Almeida ⁽¹¹²⁾, ao questionar como classificar os mentalmente incompetentes ou aqueles que, em razão de sua condição etária ou de saúde, são tidos como incapazes de exercer sua autonomia, conclui asseverando que negar autonomia a

outrem, porque simplesmente se está em posição que assim permite, é desrespeitar-lhe a dignidade.

Filho e Hossne ⁽¹²⁷⁾ concluíram que o referencial bioético da autonomia foi um grande avanço para o paciente, acrescentando complexidade ao relacionamento; a internet aumenta a autonomia do paciente, pode melhorar a relação e aumentar sua participação nas tomadas de decisão ⁽¹¹⁴⁾.

Analisando os depoimentos dos nossos estudantes, verificamos que provavelmente existe pouco entendimento sobre o conceito de autonomia do paciente justificado pelas respostas incompletas e pouco perceptíveis descritas nos formulários, que não estão em concordância com os pressupostos teóricos acima referidos: O primeiro depoimento abordava a publicação dos resultados do paciente com HIV-Sida, que muito comum estes casos em Angola, em qualquer laboratório onde são realizados os testes de forma voluntária ou até mesmo por requisição médica, pouco tempo depois todo mundo acaba sabendo o estado sorológico do paciente testado, isso de certa forma pode levar a certa estigmatização dos mesmos, contribuindo para inibição de quase todos que desejam submeter-se ao exame.

O fato de os estudantes começarem a ter contato com conteúdo sobre autonomia, quase no último ano da carreira, na disciplina de Medicina Legal e Ética Médica, pode ter influenciado de forma negativa nos nossos resultados.

Portanto julgamos por lado que seja insuficiente os conteúdos, ministrados em sala de aula, como consequência resulta na incapacidade de apresentação raciocínio e argumento próprio para lidar com os conflitos éticos vividos no dia a dia, quer durante a formação bem como no exercício da profissão.

5.2.7. Qual é sua opinião em relação ao respeito pela autonomia na cultura Angolana?

Esta pergunta pretendeu identificar posicionamento dos acadêmicos entorno da questão referente à autonomia no contexto angolano, onde maioritariamente a população tem sua origem a partir dos povos Bantus, onde para tomada de

decisões prevalece o nós em detrimento do eu, em que princípio da autonomia é renegado, prevalecendo a solidariedade:

Verificamos que 40 (51%) dos estudantes da escola cubana mostraram-se tendencialmente a ter uma atitude mais paternalista e 10 (56%) da escola portuguesa foram favoráveis ao princípio.

Para abordar a questão da autonomia na cultura Angolana, nos apoiamos em grande pensador africano contemporâneo da atualidade, mais conhecido por Mbembe, afirma que em relação à África, vinda do seu recente passado colonial de catástrofes que sobre ela se abatem, não se pode supor que a atual situação do continente advenha somente de escolhas livres e autônomas, mas do legado de uma história imposta aos africanos, marcada a ferro e fogo em sua carne por meio do estupro, da brutalidade e de todo tipo de condicionantes econômicas. Considera-se que a dificuldade de o indivíduo africano representar a si mesmo (a) como o sujeito ser de uma vontade livre, resulta desta longa história de subjugação e de atuais conjunturas que os poderes políticos escolheram. Outro aspecto apontado pelo autor é o desejo de destruir a tradição e a crença de que a verdadeira identidade é conferida pela divisão de trabalho, que faz surgir às classes sociais, e em que o proletariado (rural ou urbano) tem o papel de classe universal por excelência. Assim, a forma que a sociedade angolana foi formada, desde as identidades, funções sociais até a sua territorialidade e a localidade de onde são oferecidos os serviços à população têm impacto na vulnerabilidade social de seus habitantes e, conseqüentemente, as assimetrias vão sendo intensificadas para as mulheres das zonas rurais ^(131,132).

O que nos chama atenção mais uma vez a, necessidade de harmonização dos currículos de formação médica nos países, passando pela análise da melhor estratégia que permita a incorporação da Bioética, para a abordagem mais profunda dos princípios que regem não só o exercício da profissão médica como também a matéria de pesquisa e do respeito da pessoa humana, visando à mudança de atitudes dos futuros profissionais, obviamente respeitando as questões culturais próprios do país.

5.2.8. Indique três condições em que o médico pode quebrar o sigilo profissional

Esta pergunta pretendeu identificar o conhecimento dos acadêmicos entorno do respeito à privacidade e confidencialidade em ambiente hospitalar, traduzido na possibilidade da quebra ou não do sigilo profissional.

Verificamos que 56 (71%) e 11 (61%) da escola cubana e da Portuguesa, respetivamente não souberam responder, as condições que levam a quebra do sigilo Profissional.

O princípio de respeito à privacidade e confidencialidade faz parte, dos principais documentos internacionais relacionados com o campo da ética, consagrada no Artigo 9 – Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos (37,93).

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos p.8.

Loch; Clotet e Goldim ⁽⁹¹⁾; ao avaliar as percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários, sobre privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente, concluíram que os participantes estabelecem graus diferentes sobre o valor da confidencialidade no contexto assistencial e quanto maiores os riscos à integridade física, mais facilmente admitem a quebra não autorizada do sigilo, porém dificilmente a aceitam nos aspetos referentes à sua sexualidade.

Como exemplo das consequências resultante da abordagem insuficiente de temas sobre privacidade e confidencialidade, temos os resultado do estudo feito por Mortorell, Nascimento e Garrafa ⁽¹²⁰⁾ que selecionaram retrospectivamente de 39 imagens postadas no Facebook, dos quais 12 cirurgiões dentistas postaram 27 imagens e cinco médicos publicaram 12 imagens, de forma geral 11 das quais era possível identificar o rosto dos pacientes.

Os autores referiram que “Tanto o estado, por meio da legislação e outros mecanismos jurídicos, como as entidades profissionais, com seus códigos de ética e resoluções normativas, têm a obrigação de proteger pessoas

vitimais da exposição e ou publicação de imagens que comprometam direito inalienável à privacidade” p.17.

Tal como abordamos a questão referente ao princípio da autonomia, também se observa com a pergunta relacionada com a quebra do sigilo profissional, discutido no âmbito da privacidade, confidencialidade, que são abordadas nas disciplinas de Medicina Legal, no módulo de ética médica e deontologia profissional, tal como comprovado pelos nossos resultados mais de metade dos estudantes nas duas escolas, demonstrou desconhecimento sobre as condições excepcionais para quebra do sigilo profissional, que nosso estudo justifica-se pela falta de melhor sistematização e agrupação destes conteúdos para que os estudantes possam tirar melhor proveito dos mesmos, por conseguinte, melhorarem a suas atitudes aquando do exercício da profissão.

5.2.9. “Caso fosse o diretor municipal da saúde de Malanje, em contexto de crise económica, que ação priorizaria se estivesse na condição decidir em implementar programa de vacinação em massa ou garantir a inseminação artificial para um casal que tenha dificuldade em ter filhos devido a problemas de infertilidade cujo custo equiparase”? Justifique sua resposta (caso fictício criado pelos pesquisadores)

Averiguamos que quase todos tendem a decidir com base na teoria utilitarista, 63 (80%) das faculdades cubanas e 12 (67%) da Portuguesa optaria pela campanha de vacinação que beneficiaram um maior número de pessoas. A maioria tende a optar pela campanha de vacinação que beneficiaram um maior número de pessoas, em detrimento da reprodução medicamente assistida, o pressupõe que as decisões são formadas com base na teoria utilitarista.

De acordo com o artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO ^(37,93):

A promoção da saúde e do desenvolvimento social para sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade. Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e tecnologia deve ampliar “o acesso a cuidados de

saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada com um bem social e humano p.10”.

De acordo a tomada de decisão na alocação de recursos escassos em função do caso prático apresentado aos estudantes, constata-se que a maioria optaria pela campanha de vacinação em detrimento da reprodução medicamente assistida para satisfação do casal, com problema de infertilidade, ao analisar o discurso que constatamos que os estudantes tiveram como base a teoria utilitarista.

Apoiando-se da Bioética de intervenção (BI) proposta por Porto e Garrafa⁴⁵, buscam de oferecer ferramentas consistentes para pensar, avaliar e apresentar alternativas aos problemas (bio) éticos da América Latina. Apresentam a BI como uma dupla proposta, no campo coletivo e público, através da priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo possível e que resultem nas melhores consequências coletivas, mesmo levando em consideração circunstâncias e situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas. E no campo individual e privado, propõe a busca de soluções viáveis para os conflitos identificados, levando em consideração o contexto em que acontecem bem como as contradições que os sustentam p.296.

Apoiam-se em certa linha da moderna tradição liberal de J. Bentham e J. Stuart Mill, conforme Porto e Garrafa ⁽⁴⁵⁾, chama o princípio de interesse e aplica-o à resolução de problemas éticos, cujas bases doutrinárias do utilitarismo, domínio ético-político se estabelecem ao estabelecer o princípio da felicidade, entendido como a tendência a promover o prazer e evitar a dor. Em nossos dias, tal como ocorre em países centrais, a controvérsia gira em torno de saber se o utilitarismo implica restrições incompatíveis com os direitos individuais e o princípio da justiça; ou se esses princípios só podem ser sancionados na medida em que contribuam para a promoção da felicidade pessoal e coletiva.

De acordo com seus defensores existentes, incluindo neopositivista Moritz Schillick citado Porto e Garrafa ⁽⁴⁵⁾, todos os argumentos éticos que ocorreram ao longo da história, incluindo anti utilitaristas que foram feitas para a redação de dois grandes princípios utilitaristas que constituem as duas faces do princípio de maior felicidade:

“felicidade (nesta ou em outra vida) é o valor mais importante no nível individual; utilidade geral ou comum ou bem-estar coletivo é o objetivo desejável no trabalho de governos e políticos “⁽⁴⁵⁾ p.16.

Quanto ao primeiro problema, com base na revisão dos fundamentos epistemológicos e metodológicos, nomeadamente a construção de um quadro teórico para a intervenção Bioética, seus fundadores em favor de uma filosofia utilitarista consequencialista são declarados, entendendo que a BI da Prioridade à tomada de decisão que favorece o maior número de pessoas, pelo maior tempo possível, com as melhores consequências coletivas; favorece a busca de soluções viáveis e contextualizadas em aliança com os setores mais frágeis da sociedade; incentiva a revisão dos dilemas persistentes, como os decorrentes entre autonomia e justiça/igualdade, individualismo e solidariedade, mudanças superficiais e mudanças permanentes, a neutralidade e a politização dos conflitos ⁽⁴⁵⁾.

Ao mesmo tempo, eles afirmam a corporeidade como a materialização da pessoa, onde as dimensões físicas são articuladas, o psíquico, social e ambiental, e, portanto, é considerado um "óbvio universal". As necessidades de subsistência são o substrato das diferenças culturais ⁽⁴⁵⁾.

As sensações de prazer e dor são marcadores somáticos de autorregulação, indicadores de intervenção, porque eles refletem a satisfação ou insatisfação das necessidades em relação às condições sociais e econômicas que são pessoas sujeitas, que envolve relações de poder e coloca em evidenciar a conjunção entre a política e os parâmetros sensoriais do amar, independentemente do regime político, ou seja, o pacto social prevalecente chama Bioética de intervenção dos direitos humanos como uma matriz orientadora da ação ⁽⁴⁵⁾.

Ilustrado pela noção de "cidadania ampliada", que garante os direitos para além das garantias de estado, a defesa dos direitos da primeira geração garante ligado à noção de pessoa, de segunda geração relacionada com as condições materiais (sociais e econômicos) da existência, os de terceira geração, relacionados à sustentabilidade dos recursos naturais, apontando para a necessária superação do paradigma antropocêntrico ⁽⁴⁵⁾.

Em suma, a intervenção Bioética aposta a possibilidade de transformação da práxis social, exigindo "vontade, persistência, preparação acadêmica rigorosa, a militância programática e coerência histórica" das pessoas envolvidas nele, na

medida definida como "coletivo, prática, aplicada e comprometida com o "público" e com o social" ⁽⁴⁵⁾.

De acordo com o BI, proposta por Porto e Garrafa ⁽⁴⁵⁾, que resgatam o pensamento de Paulo Freire, sobre a inclusão, para se referir a que a Bioética pode contribuir nas discussões éticas sobre a saúde e promove medidas de inclusão social e incentiva a construção de sistemas de saúde mais adequados e acessíveis. Ou seja, ajuda a criar ambientes públicos favoráveis à concretização de realidades sociais mais favoráveis, com melhor qualidade de vida para as populações excluídas. Especialmente à DUBDH, bioética pode lutar para o empoderamento, para a libertação e emancipação dos condenados da Terra ⁽⁴⁵⁾.

Globekner ⁽¹²²⁾, ao refletir o problema do acesso em saúde, a partir de referências dos Estados Unidos, Portugal, Espanha e da América Latina, parte do reconhecimento de um inevitável panorama de escassez dos recursos materiais e humanos, resultando em incontornáveis escolhas as locativas a serem assumidas pela sociedade, as quais não de ser informadas por critérios ético-jurídicos.

Neves citada por Globekner ⁽¹²²⁾ reconhecia que a alocação de recursos em saúde se constituía em uma das mais recentes e urgentes problemáticas para a Bioética. A autora, parte da complexidade do problema para sugerir a necessidade de criação de diretrizes, e critérios para distribuição dos recursos no âmbito da macro alocação e micro alocação dos recursos de forma igualitária, segundo ela como ocorre na Europa e nos Estados Unidos, reconhecendo que no caso micro alocação não tem pretensão que todos problemas venham a ser resolvidos, tais como a capacidade económica, condição social e, etnia, sexo e idade.

Em que neste caso as teorias utilitaristas, não são igualitárias e resultaria em discriminação dos pacientes, mais graves, mais velhos, mais pobres ou menos capacitados, uma vez que para pessoas com condições de vida melhor os ganhos não seriam comparáveis, analisado no âmbito da teoria liberal igualitária, cujo foco está direcionado ao indivíduo com capacidade de pagar, sendo este o maior privilegiado, como proposto por Dworkin ⁽¹¹²⁾.

Analisando o posicionamento dos nossos estudantes julgamos estarem contextualizada e enquadrada de acordo ao perfil epidemiológico marcadamente por doenças imunopreveníveis, e cada vez mais voltado a nossa realidade onde os

problemas da escassez de recursos são persistentes, logo pensamos justificar-se o porquê da maioria ter se posicionado a favor da implementação da campanha de vacinação, obviamente que não devemos descorar em fazer uma análise de forma casuística, mais tudo passa pela tomada de consciência dos gestores das instituições de ensino comprometerem-se com a formação integral dos futuros profissionais de saúde, neste caso do médico, através da incorporação de conteúdos de Bioética nos programas de ensino de acordo a realidade local.

5.2.10. Defina por Palavras sua Vulnerabilidade Humana

Esta pergunta pretendeu identificar o conhecimento dos acadêmicos entorno do conceito de vulnerabilidade humana, buscando resposta que possam ser aproximadas ao perfil de saída dos egressos nas duas escolas médicas sendo que uma é mais hospitalocêntrica e outra com ações mais viradas a medicina geral e integral, ou seja, mais comunitária.

Averiguamos que 46 (58%) da escola cubana responderam corretamente e 11 (61%) da Portuguesa responderam de forma errada o conceito de vulnerabilidade humana. Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual, referente ao Artigo 8 – Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos ^(37,93).

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada p.7.

Para Cunha e Garrafa ⁽¹²³⁾, a humanidade observa de forma diferente as pessoas em situação de vulnerabilidade humana em função do contexto cultural e a localização geográfica, neste íterim a Bioética joga papel preponderante no sentido de garantir o diálogo para percepção deste fenômeno e garantindo assim o comprometimento de todos.

Schramm ⁽¹²⁴⁾, “existe diferença entre os termos vulneráveis e vulnerados, pois enquanto ‘vulnerabilidade’ é algo potencial, o termo ‘vulnerado’ se refere a uma condição em que o ato de ofensa já se configurou”.

O autor define 'vulneração humana' como "a condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas, constatáveis por qualquer observador racional e imparcial" p.11.

Garrafa e Prado ⁽⁴⁵⁾ ao procurarem contextualizar no campo da investigação clínica o significado de vulnerabilidade carecerão de discussão mais aprofundada na ótica da Bioética, em que estão envolvidos sujeitos sociais. Todavia, para aqueles autores, urge a necessidade de se ater ao entendimento do adjetivo "vulnerável" de diversas formas, quais sejam: "o lado mais fraco de um assunto ou questão" ou "o ponto pelo qual alguém pode ser atacado, prejudicado ou ferido". Neste caso aproximam a vulnerabilidade a "fragilidade", "desproteção", "desfavor", "desamparo" ou "abandono" p.1491.

De acordo com a opinião quanto à definição de vulnerabilidade humana segundo o conhecimento prévio de Bioética foi possível constatar, que o conhecimento sobre a definição de vulnerabilidade foi confirmado em quase metade dos que preencheram os formulários. Neste caso particular, apesar do número considerável de respostas acertadas da parte dos estudantes, pode ter havido um viés de memória da parte dos estudantes, uma vez que o tema de vulnerabilidade é muito abordado nas disciplinas de saúde pública e epidemiologia, para retratar o risco ou suscetibilidade de um indivíduo ou população de acordo as condições socioeconômicas, pode sofrer de determinado evento de saúde.

Não obstante a isso consideramos importante que os estudantes de medicina comecem a se relacionar com o tema, porque a vulnerabilidade é inerente ao ser humano. Sendo que o estudo deste princípio proporciona ao futuro profissional, uma melhor atuação no âmbito da relação médico paciente.

Enquanto a vulnerabilidade como conceito chave a ser trabalhado pelos países do sul, por ser próprio da condição humana, em que muitos dos povos de África vivem na condição de extrema pobreza, sobre constantes explorações dos países do norte nas várias esferas sociais, daí justifica-se o porquê na escola cubana trabalhar mais este conceito junto a estudantes de medicina diferente da escola portuguesa, própria dos países do norte mais preocupada com a questão do

indivíduo daí a maior a atenção a ser dada ao conceito de Autonomia e versus vulnerabilidade.

5.3. Comparação das grades curriculares de formação médica de Angola (escola cubana e portuguesa) com as de Cuba, Brasil (USP) e Portugal (Lisboa).

Quadro nº 1 – Representação da distribuição das universidades segundo a estratégia de ensino adotada.

Universidades	Estratégia de ensino da Bioética			
	Bioética disciplina isolada	Transversal	Internato rotatório	Medicina Legal e Ética Médica, deontologia profissional Ética e Ciências Sociais.
Lisboa				1ºAno
Cuba				5ºAno
São Paulo		Bases Humanísticas da Medicina I e II		
Agostinho Neto				5ºAno

No Quadro nº1, a seguir, apresentamos as quatro universidades escolhidas por conveniência do autor, devido ao grau de influência que elas exercem na educação médica em Angola. Tanto na escola cubana com na escola cuba (Faculdades resultantes do acordo de cooperação entre Angola e Cuba) como escola portuguesa, resultante do Regime Colonial Português, os temas de Bioética estão inseridos de forma não sistematizadas nas disciplinas de Medicina Legal e a Ética Médica e Deontologia Profissional. Tal como observado no quadro, a na Universidade de São Paulo é a única, ministra a Bioética como tema transversal inserida nas disciplinas nas bases de humanidades 1 e 2. Ao passo que em Portugal, o que não observa nos programas de Portugal, propriamente em Lisboa, a Bioética na disciplina de ética e ciências sociais ⁽⁹⁴⁾.

No que tange a Bioética em Angola, todo assunto a esta nossa área do saber, já foi abordada acima no ponto inerente as perspectivas, para evitar repetição do mesmo assunto, a título de melhor argumentação que justifique a inserção da Bioética e nas grades curriculares dos cursos de saúde de Angola, mas abaixo, trataremos de apresentar experiências possam motivar inserção deste tipo de iniciativas já consolidadas em muitos países ao redor do mundo.

Assim, com base nas recomendações da Associação Médica Mundial, que em 1999, já afirmava que o ensino da Bioética e os direitos humanos devem ser cursos obrigatórios no ensino dos médicos, tal aspeto não tem sido cumprido em quase todas as universidades da União Europeia (UE), e as que o implantaram apresentam diferenças em termo de horas dedicadas para o ensino dentro do currículo médico, com uma média de 44 horas ⁽¹³⁾.

Na Europa, no que tange a formação em Bioética, seus planos de estudo, apresentam carga horária bastante heterogenia. Existindo atualmente algumas faculdades de medicina que não incluem no currículo médico o ensino da Ética e ou bioética. Essa resolução foi revista em 2015, quando consideramos esse ensino como obrigatório ^(12,13,14,17,27).

De fato, as recomendações emanadas nos documentos do *General Medical Council* e da *Association for the Study of Medical Education* sugerem que os programas educacionais incluam um núcleo curricular obrigatório (*core curriculum*), a ser completado por uma componente eletiva (*student-selected components*) ⁽²⁷⁾.

De igual modo, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, documento da *United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organizations*, recomenda sua ampliação a todos os níveis educacionais, o que corrobora a relevância da disciplina ⁽³⁷⁾. Tal recomendação foi atendida em quase todas as escolas do mundo, recordando-se que apesar da ética médica ter 2500 anos de história, há somente cerca de 30 anos a Bioética foi inserida no currículo de maneira formal ^(11,36,38,39,40).

Rhodes e Fiester ⁽⁹³⁾ consideram que a educação em Bioética se tornou parte integrante nos Estados Unidos da América e em quase todas as escolas médicas mundo, a mais de 30 anos. As Organizações de educação médica aprovaram

oficialmente a incorporada como tema transversal nos dois ciclos (pré-clínicos e o clínico) ⁽⁹³⁾.

O Instituto Nacional de Saúde (NIH) do EUA chama a atenção, aos coordenadores de programas de formação, mediante a conscientização durante os cursos, no sentido aplicarem os princípios éticos no desempenho de todas as atividades relacionadas à pesquisa científica. Desde 1996, altura em que entraram em funcionamento os programas de formação em ética em pesquisa, tem se constatado, falta de uniformidade, em termo de conteúdo, método e objetivos das respectivas formações ^(51,52,53).

Friedrich e Cols. ⁽⁶⁶⁾, do centro de Munich, Alemanha, aplicam no processo de ensino e aprendizagem aspetos e ferramentas de intervenções educativas obtidas através do estudo piloto, onde foi possível constatar a eficácia da melhoria das habilidades de raciocínio moral em estudantes de medicina, após a implementação de cursos de ética, baseado em turmas com pequenos grupos de discussões de casos clínicos, reflexão guiada, aluno e problema, em pelo menos 20 horas de carga de carga horária.

E, recentemente, constatou-se que as competências morais dos estudantes de medicina têm vindo a reduzir após a aplicação do Teste de Competência Moral de Lind ⁽⁶⁷⁾, o que sugere que há necessidade de melhorar as habilidades dos estudantes na análise, com vista a proporcionar a resolução dos dilemas morais, para tal torna-se fundamental, perceber que tipos de cursos de ética são realmente capazes de melhorar essas habilidades dos estudantes.

Anderson ⁽⁶⁸⁾ no *Hastings Center Report* constatou que, o número de coordenadores de programas de formação em ética de pesquisa aumentou substancialmente ao longo das últimas décadas, o que demonstra claramente que cada vez mais tem se dado maior importância de respeitar os padrões éticos internacionalmente aceites, uma vez que a integridade dos pesquisadores na ciência constitui preocupação vital por parte do público para garantia da confiança de suas descobertas científicas que afetam a saúde pública, meio ambiente, indústria, economia e sociedade em geral.

Warmling e Cols. ⁽⁶⁹⁾, ao analisarem o uso o método de aprendizagem virtual de acordo aos objetivos (OVA) como recurso pedagógico para transmissão de

conhecimento aos estudantes, constaram que auxiliou os estudantes a compreenderem o valor da interdisciplinaridade, quando reconhecem a importância de práticas socioculturais ou integração com outras áreas do conhecimento, quando avaliada em relação ao modo como foi utilizado pedagogicamente, tendo em vista que teve o objetivo de apoiar a disciplina presencial de Bioética.

Ainda numa análise qualitativa quanto à forma de integração com as demais atividades na disciplina, os estudantes responderam que isso ocorreu por meio de debates, vídeos, conteúdos complementares, realidade social, interdisciplinaridade, análises de casos clínicos e práticas profissionais.

Os resultados destacam aprendizagens ocorridas no campo da Bioética relativas ao uso do OVA nas Análises de Situações Éticas e demonstram como o tema pode despertar o interesse dos estudantes. Sendo que o método inclui a vivência de situações reais que aproximam conteúdo e prática profissional, o envolvimento dos estudantes com metodologia de ensino interativa, que se apoia em recursos das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC), bem como as dinâmicas de ensino-aprendizagem ⁽⁶⁹⁾.

O OVA trouxe para o estudo da Bioética na graduação a possibilidade de integração das atividades. São questões de ordem técnica, científica, social e ética que somente poderão ser alcançadas por meio de abordagem transversal, ou seja, estruturada a partir de atividades planejadas e inseridas em todas as disciplinas da formação, presenciais da disciplina, debates e aproximação com a realidade social ao estimular a análise de casos clínicos e práticas profissionais ⁽⁶⁹⁾.

Cline e Cols.⁽⁷⁰⁾, do Centro Conjunto de Bioética Clínica e Organizacional da Universidade de Toronto, referiram que atualmente, não existe um processo de credenciamento oficial que estabeleça padrões para programas que visam preparar os formandos para o seu trabalho na prática da ética, e poucas evidências estão disponíveis em relação a modelos de instituições que se dedicam em credenciar programas de formação em particular que atendam aos objetivos pedagógicos universais.

Maluf e Garrafa ⁽¹³⁾ afirmam que “o ensino da Bioética desponta como uma possibilidade de inovação curricular”, reunindo saberes diversos, especialmente

biológicos e filosóficos, sendo, portanto, um caminho para esclarecer e estimular os médicos a protagonizarem esses complexos conflitos.

Em um exercício de reflexão sobre a razão do ensino de Bioética na graduação médica, pode-se indagar se a inserção dos conteúdos bioéticos deve ser ministrada com objetivo de contribuir para a formação de um “médico bioeticista” ou um “bioeticista médico”, ou seja, se o processo de formação deve dar ênfases diferenciadas aos conteúdos biotecnocientíficos e ético-humanísticos ⁽³⁷⁾.

5.4. Métodos de ensino em Bioética na sala de Aula

O importante é recordar, então, alguns métodos tradicionalmente utilizados no ensino da ética e da Bioética, pensando-se suas possibilidades de mobilização de sentimentos morais verdadeiros e de promoção de conflitos cognitivos capazes de impulsionar a elaboração de uma nova estrutura de pensamento ⁽³⁷⁾.

Apoiando-se das estratégias definidas por Lind ⁽⁶⁷⁾, pesquisador alemão, oferece uma breve avaliação dessas técnicas e propõe um método (Método Konstanz de Discussão de Dilemas Morais, que consiste em confrontação de ideias, com base nos argumentos que justifiquem o posicionamento de participantes do grupo em estudo). Outros métodos podem e devem ser empregados, mas tendo-se em conta a clareza em relação ao objetivo educacional a que se propõem. Por exemplo, considerem-se os métodos descritos a seguir ^(133,) p.75-98.

Discussão de casos - é usada para que os participantes apliquem um conhecimento aprendido (em geral, princípios gerais morais ou técnicos) a um caso particular; possibilita a oportunidade para que os alunos desenvolvam habilidades analíticas, aumentem a sua criticidade, pratiquem sua expressão oral e capacidade de ouvir.

Role-playing - é empregado para dar aos participantes a oportunidade de demonstrar como sabem, em relação ao tema em análise, que cada representa um papel diferente dos demais em função dos seus pontos de vista.

Clubes de debate e competições (simulações de julgamento inclusive), ideais para discussão em sociedades que aceitam o diálogo e convivem com processos democráticos. A discussão escrita ou oral, em que razões a favor ou contra um tema são colocados em confronto daí pode admitir um jogo. Na educação e formação Bioética, a estratégia do debate deveria ter um espaço privilegiado, de realçar o professor deve ensinar que discutimos ou debatemos a “ideia dos outros” e “não os outros”, onde o debate vive de confrontos de argumentos.

Discussão de filmes – Há inúmeras obras cinematográficas que abordam o rico temário da Bioética, que têm como objetivo despertar e mobilizar sentimentos morais; pode ser usada como casos a serem discutidos;

Ensino direto de teorias éticas e discussão de métodos - modificam as atitudes auto referidas da audiência.

Música – é considerado um bom recurso pedagógico, quer pela exposição dos alunos à percepção musical, criando espaços para sua apreciação e desenvolvimento do senso estético, mas também mobilização nos ouvintes da efetividade, caracterizando-se como uma forma de linguagem efetiva para reflexão de valores e sua incorporação na construção do sujeito psicológico.

Logo, a escolha do método a ser utilizado dependerá da familiaridade do docente com ele, mas, sobretudo, dos objetivos a alcançar com a atividade proposta. Apesar de a Bioética ter surgido recentemente, vem crescendo e exigindo práticas pedagógicas específicas e, com isso, é evidente a necessidade de abrir seus horizontes para os espaços acadêmicos, promovendo atitudes que contribuam para o processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação da área de saúde. Para tal, urge a necessidade de encontrar metodologias que melhor possam adequar-se à incorporação do ensino da Bioética na educação médica ⁽⁶⁷⁾.

Daniel, Pessalacia e Andrade ⁽⁷²⁾ procuraram integrar a interdisciplinaridade no processo ensino aprendizagem em Bioética: experiências de acadêmicos da área da saúde, com metodologia da problematização como estimuladora da autonomia do aluno, ensinando-o a transformar a própria realidade e a buscar soluções para os problemas bioéticos que irão se deparar na prática profissional.

A partir do relato de acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina, participantes de mesas de debate interdisciplinar, conseguiram identificar que tais metodologias garantem a formação de um profissional crítico e consciente de suas crenças e valores e garantem ainda o exame de autoconsciência e de seus valores e princípios, contribuindo para a formação do posicionamento ético do futuro profissional. Além disso, vislumbrou a complexidade dos problemas bioéticos e a necessidade de os acadêmicos buscarem mais conhecimentos acerca destas questões, para um posicionamento consciente e fundamentado ⁽⁷²⁾.

No entanto, sabemos que a adoção deste tipo de método de ensino requer mudanças de paradigmas dos docentes a nível das instituições de ensino, sendo necessários maiores investimentos em tecnologias, espaços e interlocuções com os diversos setores de saúde. Para tal, faz-se necessário o abandono do modelo

tradicional de ensino de Bioética, focado em aspetos normativos e prescritivos, tendo como foco principal o professor. Nesse sentido é preciso compreender a importância da participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem, vislumbrando metodologias que o coloque em contato com a prática profissional e que possibilite o exercício da reflexão e da autocrítica mediante aos problemas bioéticos da atualidade ⁽⁸⁾.

Friedrich e Cols. ⁽⁶⁶⁾ denunciaram que ainda há lacunas de pesquisa para abordar diferentes intervenções educacionais em estudantes de medicina, que consideram resultados positivos da promoção da competência moral, mas adicionar outras variáveis intervencionais e testar os resultados com instrumentos estabelecidos seria de grande valia. Consideramos a tomada de decisão ética como mais bem justificada nos casos em que as decisões não são apenas representações de opiniões, mas os resultados da ponderação dos aspetos morais e específicos do caso.

Foi feito um estudo piloto, com objetivo de comparar os efeitos de duas diferentes intervenções educacionais: Baseada em princípios discussão estruturada de casos, adotando uma abordagem focada em princípios da ética biomédica de forma sistemática, captura e equilibra diferentes normas perspectivas para o respetivo caso e envolve o participante fortemente no processo de deliberação das opiniões ⁽⁶⁶⁾.

Puplaksis e Cols. ⁽⁸⁹⁾ constataram que o processo do aprendizado da Bioética parece estar truncado, quando não há uma continuidade de reflexão e do exercício de aplicação dos valores em questão a casos concretos, sendo necessário envolver o ensino da Bioética numa forma transversal em todos os níveis de formação da graduação, tanto do pessoal médico, como dos profissionais de saúde.

Os autores justificam dizendo que diariamente os profissionais da saúde são confrontados e obrigados a participar de processos de tomada de decisões complexas, que são decisivas para a vida individual e social e que, sem dúvida, são atravessadas por questões éticas e colocadas em jogo numerosos valores. Com tudo isso se torna peremptório que tenhamos certas habilidades e conhecimentos para contribuir na resolução de conflitos pacificamente, de forma tolerante e prudente.

Mas, para isso, é fundamental conhecer o desenvolvimento dessas competências e conhecimentos. Urge a necessidade de promoção do ensino da Bioética considerando os graus de exigências apontados, para produzir mudanças satisfatórias que sejam significativas aos formandos, sendo útil no exercício futuro da profissão ^(41,42).

De acordo com Deloroës, citado por Vidal ^(41,42), no *Programa para América Latina y el Caribe en Bioética y Ética de la Ciencia*, gestores das instituições que pretendam planejar e desenvolver os programas educacionais em Bioética devem propor-se a responder as seguintes questões a eles próprios. Quais são os objetivos da educação em Bioética? O que se pretende implementar?

Em função da necessidade apresentada por Cline e Cols. ⁽⁷⁰⁾, pensamos que o Programa para a América Latina e o Caribe em Bioética (RedLAC) da UNESCO, com Escritório em Montevideu, pode colmatar a lacuna da falta de instituições credíveis que possam credenciar os outros programas e que permite a padronização o processo de ensino e aprendizagem em Bioética. Pensando nesta perspectiva, a RedLAC, organizou encontros precisamente para criar consenso mínimo em termo de conteúdos básicos no ensino de nível de pré e pós-graduação, objetivos e metodologias educacionais e indicadores para avaliação das conquistas ^(41,42,70).

A esse respeito, a RedLAC em Bioética da UNESCO poderia apoiar de diferentes níveis. Desta forma, a UNESCO assume o mandato dado pela DUBDH quanto ao ensino de Bioética em seu artigo 23 e similarmente avança em seu objetivo para fortalecer as capacidades dos Estados através de recursos educacionais que são úteis para a promoção da educação, sua consolidação e seu desenvolvimento com altos padrões acadêmicos ^(41,42).

Assim, o Programa de Estudos Básicos foi elaborado pela UNESCO em Bioética que é uma proposta geral de conteúdos no ensino ao tentar precisamente dar unidade aos programas educacionais, bem como orientar professores, e fornecer atividades práticas que sejam úteis para acompanhar o processo ^(36,37,38,39,40,41).

Com esta proposta, a UNESCO vem trabalhando em várias universidades da região e continua nessa tarefa, aportando experiência a partir da Universidad del

Litoral em Santa Fé, Argentina. Na região, outras iniciativas de enorme importância também foram desenvolvidas, como é o caso do Programa de Educação Permanente em Bioética (PEPB). A UNESCO apoiou este programa de forma a conceder bolsas de estudo para todos os países da Região todos os anos desde 2006 e vigente até a data atual ^(36,37,38,39,40,41).

Os resultados do PEPB alcançados demonstram a experiência obtida no alto impacto para a formação de recursos humanos na região, cujos trabalhos foram divididos em três partes. O primeiro é orientado para dar diferentes visões sobre métodos de ensino em Bioética, bem como recursos e caminhos para transportá-lo para a frente ^(36,37,38,39,40,41).

A perspectiva do programa começa por questionar a pertinência da necessidade de ensinar a Bioética na atualidade, e em que medida pode contribuir para a promoção não só do conhecimento, mas de atitudes valiosas na vida em sociedade e na construção de uma cidadania ativa, como é o caso da deliberação. Uma análise de algumas ferramentas também está disponível no programa para reflexão ética e aprendizagem como é o caso da arte em geral e cinema em particular, também o estudo dos casos em relação às narrativas e, finalmente, a estratégia de educação à distância e suas possibilidades de alcançar objetivos educacionais em Bioética ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

A segunda parte está orientada para dar uma visão de diferentes sub-regiões e alguns países, em particular, através da narrativa de como a educação foi desenvolvida em diferentes cenários e a história das iniciativas que foram geradas. Através de figuras relevantes na visão da Bioética na América Latina, como José Alberto Mainetti e seus Cols., permite-nos ter as perspectivas sobre seus países e suas sub-regiões, propriamente, as experiências no Caribe de língua inglesa e outro no Caribe de língua espanhola e na América Central ^(35,36,41,42).

Alguns países também têm seu espaço para essas narrativas como Brasil, Argentina, México, Chile, Uruguai e Colômbia. E finalmente, na terceira parte consta apresentação da experiência concreto em algumas universidades da região que têm estado com carreiras de pós-graduação e que através de suas histórias nos mostram suas conquistas e algumas falhas que podem ser de grande interesse para

aprender na experiência de outros não repetindo seus erros e multiplicando seus sucessos ^(35, 36, 41,42).

Com este tipo de iniciativas, pretende-se, criar ações que possam culminar, em quase toda América Latina, entorno das questões de educação em (bio) ética, que desemboque na construção de consenso mínimo, certamente respeitando as idiossincrasias de cada país e sub-região. Tendo a necessidade de preencher as lacunas acima referidas, com foco em dar aos programas certa unidade em termo de conteúdo, objetivos e metodologias, para que possam atingir um nível capaz de ser avaliado com indicadores comuns. Na perspectiva de aperfeiçoar a qualidade dos cursos de graduação e da pós-graduação em Bioética, com mínimo de semelhança possível, em todos os países da região ^(35, 36, 41,42).

Desta feita o Programa de Base de Estudos sobre Bioética da UNESCO tem como objetivo apresentar os princípios bioéticos da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* aos estudantes universitários. Muitas universidades de diferentes países carecem de formação em Bioética, motivo pelo qual o Programa de Base de Estudos sobre Bioética da UNESCO pode funcionar como incentivo para que se incorpore este tipo de formação, como é o caso de Angola, na qual o meu doutorado está inserido neste projeto ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

O programa de base é organizado a partir de objetivos de aprendizagem que estão indicados no princípio de cada unidade. Esta abordagem, baseada nos objetivos, não permite apenas delimitar o conteúdo de cada unidade, mas também facilitar a avaliação do programa e dos Estudantes. O grupo principal ao qual se destina o programa de base são os estudantes de medicina, aos quais se devem ensinar Bioéticos antes da finalização da fase clínica de sua formação. Embora o programa de base possa ser introduzido na fase pré-clínica de sua formação em medicina, é provável que seja mais eficaz para os estudantes que se encontram na fase clínica, tendo em vista que estes estudantes já teriam percebido a necessidade de uma reflexão ética e, também, estarão mais capacitados para reconhecer a dimensão ética que os diferentes casos e problemas apresentam quotidianamente ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

Hoje em dia, a formação em Bioética forma parte também dos programas de estudos de outros âmbitos como, por exemplo, a enfermagem, as ciências da

saúde, a odontologia e a saúde pública e, inclusive, é ministrada a estudantes de direito, filosofia e ciências sociais. O programa de base também pode servir para ensinar Bioética aos estudantes desses cursos, pois proporciona uma formação básica sobre os princípios da Bioética e das questões principais das disciplinas na atualidade ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

Os estudantes que realizam pesquisas com seres humanos devem receber formação adicional que ultrapasse o indicado no programa de base. Nos lugares onde não se ofereça formação em Bioética em nenhum dos níveis de ensino, o programa de base pode ser utilizado como introdução inicial à Bioética para os profissionais da saúde (sobretudo médicos e pessoal de enfermagem); o que poderá ser útil na formação pós-acadêmica e à educação contínua. O programa também pode ser utilizado em programas de formação para membros de comitês de ética ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

As Unidades baseadas em princípios, que garante ao examinar o programa temático, a primeira coisa que o professor observará é a sua estrutura inovadora e pouco convencional. O habitual é que os cursos de ética ministrados nos centros de ensino médico sejam organizados a partir de dilemas médicos concretos como, por exemplo, a questão do início e fim da vida. Mas, o programa de base é elaborado a partir dos princípios bioéticos da Declaração, de modo que cada unidade (salvo as duas primeiras) corresponda a um princípio. Esta organização deve-se a que os princípios bioéticos têm sido consensuais entre os Estados Membros e, por isto, constituem o programa de base e é indiscutível para a formação em Bioética em tais Estados ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

De acordo com Maluf e Garrafa ^(13,108), tal só possível através do esforço conjunto de pesquisadores vinculados aos programas educativos de ética da UNESCO que organizaram um *Core Curriculum* (CC) para o ensino da Bioética. Esse grupo, *ad hoc*, era composto por um Comité Consultivo de Especialistas sobre o Ensino da Ética (*Advisory Expert Committee on the Teaching of Ethics*) com a presença de representantes da Comissão Internacional de Bioética; da Comest; das Cátedras UNESCO de Bioética espalhadas pelo mundo; da Academia de Ciências para o Desenvolvimento Mundial (TWAS); e da Associação Médica Mundial ^(36, 37, 38, 39, 40,41).

A abordagem metodológica do CC proporciona subsídios didáticos essenciais, como orientações gerais aos docentes, indicação de carga horária mínima de estudo e o respectivo conteúdo programático para o adequado ensino de cada tema. É indicado não somente para estudantes das áreas biomédicas e da saúde, mas também para cursos das áreas humanas que tenham interface com a disciplina, como Filosofia, Direito, Antropologia e Sociologia ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

Esse documento – que tem por base os 15 princípios constantes da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) – apresenta elementos teóricos, indicações de material institucional e casos complexos com questões para discussão que têm por finalidade facilitar a organização da prática docente, melhorando a compreensão dos estudantes acerca de situações conflitivas tratadas no âmbito da Bioética ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

Torna-se pertinente, portanto, a busca de novas alternativas às abordagens tradicionais para o ensino da Bioética, mais participativas, dinâmicas e atrativas ao olhar discente. De acordo com Maluf e Garrafa ⁽¹³⁾ que relataram a experiência de cinco anos da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB), concluíram que a utilização do CC na disciplina “Introdução à Bioética” constitui um instrumento didático-pedagógico viável para o ensino da matéria na graduação ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

Para iniciar a análise do assunto, é importante compreender a origem do *Core Curriculum* de Bioética da UNESCO, a qual se deu num contexto histórico importante para o ensino da disciplina. O referencial teórico, como dito acima, foi a DUBDH, aliado a outras iniciativas em educação ética empreendidas pela UNESCO ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

São três os objetivos gerais de aprendizagem propostos pelo CC: capacitar os estudantes para identificar questões éticas das práticas biomédicas; fornece elementos teóricos para que os estudantes apresentem justificativas racionais para a tomada de decisão ética; capacitar os estudantes na aplicação dos princípios da DUBDH. De acordo com a UNESCO, a utilização do CC em sala de aula, assim como em qualquer curso universitário, deve dispor de estratégias de avaliação. A proposta envolve a avaliação dos estudantes (exames orais, ensaios, análises de

casos, provas com questões de múltipla escolha, trabalhos e testes escritos) e do próprio CC (11,12,36,37,38,39,40,41).

Por meio de um questionário padronizado que acompanha a proposta, estudantes e professores podem avaliar o método utilizado, com o objetivo de dar retorno à UNESCO e contribuir para a sua melhoria (11,12,36,37,38,39,40,41).

O programa de base da UNESCO, não se trata de um curso completo, mas de uma fonte de inspiração que não deve ser considerado um programa exaustivo sobre Bioética, já que seu conteúdo não abrange necessariamente todos os aspectos da matéria. Existe a possibilidade de incorporar como exemplos questões tradicionais que não estão incluídos no programa a fim de ilustrar um ou vários princípios da Declaração contidos na mesma (11,12,36,37,38,39,40,41).

O número de horas proposto para cada unidade deve ser considerado o tempo mínimo a ser dedicado na disciplina fora de dentro da sala de aula. É preferível que os professores não aceitem facilmente o tempo determinado, mas tentem aumentar o número de horas de formação. Mesmo que a UNESCO tenha tomado medidas para garantir que o programa considere os diferentes contextos sociais, culturais e económicos, os professores que o utilizem terão certa liberdade no que se refere aos métodos de transmissão dos conteúdos, a seleção de materiais pertinentes para o contexto, ou na busca de outros materiais disponíveis (11, 12,36,37,38,39,40,41).

Assim, o programa de base foi concebido como um programa mínimo na formação em Bioética que pode ser modificado, ampliado e aplicado de modo flexível em diferentes contextos. A intenção do programa não é impor um modelo concreto de ensino, mas constituir uma fonte de ideias e sugestões sobre como abordar o ensino da Bioética. Os programas são flexíveis, onde os professores são incentivados a elaborar os programas temáticos de módulos suplementares dedicados às questões tradicionais e outras questões pertinentes da Bioética, sempre considerando a obrigação de realizar todas as unidades e dedicar a cada uma, no mínimo, o tempo recomendado. A ordem das unidades pode e deve ajustar-se ao estilo pedagógico do professor (11,12,36,37,38,39,40,41).

Porém, as unidades indicadas a seguir devem ser ministradas juntas a fim de manter o desenvolvimento lógico do programa: unidades 1 e 2; unidades 5, 6 e 7;

unidades 13, 14 e 15, e unidades 16 e 17. Conforme a estrutura da formação universitária, algumas unidades do programa de base serão ministradas no início do programa universitário e outras, mais adiante. O programa de base pode ser aplicado de diferentes maneiras; sempre e quando a conexão e a coerência entre as unidades sejam respeitadas. Cada escola e universidade podem prever mais horas para o programa de base, e decidir de que modo e a qual nível deve integrar-se no programa universitário ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

O conteúdo de “Introdução à Bioética”, baseado no CC da UNESCO, tem o seguinte conteúdo sequencial:

O que é Ética; o que é Bioética; histórico e bases conceituas da Bioética; a DUBDH da UNESCO; (2) Direitos humanos e dignidade humana; (3) Benefício e dano – os princípios da beneficência e não maleficência; (4) Autonomia, consentimento, pessoas sem capacidade de consentir e responsabilidade (individual e pública); (5) Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal; (6) Privacidade e confidencialidade; (7) Primeira avaliação teórica; (8) Não discriminação e não estigmatização; (9) Igualdade, justiça e equidade; (10) Respeito pela diversidade cultural e pluralismo; (11) Solidariedade e cooperação; (12) Responsabilidade social e saúde; (13) Solidariedade, cooperação e benefícios compartilhados; (14) Sustentabilidade e proteção das gerações futuras, da biosfera e da biodiversidade; (15) Avaliação final ^(11,12).

Perspectiva mais ampla da Bioética, os professores devem estar cientes de que o objetivo do programa de base é oferecer-lhes uma ferramenta para conseguir com que os estudantes reflitam sobre a dimensão ética e as considerações relacionadas com os Direitos Humanos que fazem parte da prática da medicina, da assistência sanitária e da ciência, além de ser cômicos de que a abordagem habitual na ética, e inclui questões que afetam a comunidade e a sociedade. Por último, convém notar que a realização de um curso de Bioética é importante e imprescindível, e é necessário que a ética seja tão presente o quanto possível em todo o programa universitário ^(11,12).

Como qualquer outro curso que faça parte do ensino universitário, a formação em Bioética deve ser objeto de avaliação. Devem ser realizados dois tipos de

avaliação: Avaliação do curso, que é feita uma vez completado o programa de base é necessário avaliar o ensino, e os Estudantes e professores serão convidados a avaliar e a aplicar o programa. O objetivo desta avaliação é determinar de que modo pode-se melhorar tanto o curso como o ensino. A fim de obter dados comparáveis sobre a avaliação do curso, a UNESCO elaborará um questionário padronizado (11,12,36,37,38,39,40,41).

E a avaliação dos Estudantes, com objetivo deste tipo de avaliação é verificar se o estudante cumpriu os objetivos estabelecidos para o curso. Em outras palavras, o objetivo é avaliar o impacto do curso em cada estudante. Para isso, vários métodos podem ser utilizados: uma prova escrita, um exame tipo teste, trabalhos escritos, análise de casos, apresentações, redações, exames orais etc. Segundo os resultados da avaliação do programa de base, futuramente podem sugerir outros métodos de medição dos resultados (11,12,36,37,38,39,40,41).

À medida que se adaptem ao programa, a seu contexto e a seu estilo pedagógico, os professores serão incentivados a enviar os módulos adicionais que elaborarem a partir das unidades básicas do programa temático, assim como os materiais adicionais de estudo que considerem úteis. Também, serão solicitados aos professores que enviem suas impressões sobre o programa de base para que a UNESCO possa melhorá-lo (11,12,36,37,38,39,40,41).

O conteúdo do programa baseia-se nos princípios adotados pela UNESCO. Portanto, o programa não impõe um modelo nem uma visão determinada da Bioética, mas limita-se a articular princípios éticos compartilhados pelos cientistas, pelos responsáveis pela formulação de políticas e pelos profissionais da saúde procedentes de diferentes países e de contextos culturais, históricos e religiosos distintos (11,12,36,37,38,39,40,41).

O Programa de Base de Estudos sobre Bioética da UNESCO é, como seu nome indica, de base: define os mínimos (em termos de conteúdos e horas) para uma formação adequada em Bioética. Assim, pode ser aplicado de modo flexível, e convida os professores e estudantes a ampliar as abordagens e conteúdos em diferentes direções (11,12,36,37,38,39,40,41).

Por outro lado, encontramos a proposta do *Core Curriculum* da UNESCO, a qual apresenta uma proposta da Bioética e Direitos Humanos, com um número de

30 horas dedicadas ao estudo da Bioética nos programas de estudo de medicina. Este último se pode interpretar como um número de horas prováveis de executar de acordo com as capacidades em matéria de recursos humanos e o número de estudantes por geração, proporcionando a carga horária de referência para os cursos em Bioética ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

Sobre a carga horária dedicada às disciplinas é importante destacar como serão as mesmas distribuídas ao longo da carreira universitária, podendo ser intervenções pontuais que desenvolvem como módulos ou transversais ao longo de toda a carreira, integrados ao resto do currículo médico. Em referência às humanidades médicas dentro delas a Bioética, se propõe uma abordagem transversal, já que permitirá ao estudante integrar estes conhecimentos no quotidiano com o resto das disciplinas no plano académico, sendo no futuro parte integral da prática, que pode ser uma estratégia que Angola, pode adotar após avaliação junto da comissão de académicos com experiência provada em área de humanidades ^(11,12,36,37,38,39,40,41).

5.5. Diagnóstico obtido com resultante da aplicação do inquérito

- A educação médica deve ter em conta que cada vez mais as faculdades de medicina estão recebendo adolescentes, logo à formação moral dos académicos é de extrema importância para evitar situações conflituosas no ambiente assistencial.
- Os académicos estão inseridos em ambiente com ampla diversidade cultural, apesar do predomínio dos ovimbundos, assim como os pacientes que ocorrem nas unidades sanitárias isto pode favorecer para o surgimento de conflitos de moralidades que culminam dilemas éticos, devido os hábitos, costumes e crenças próprios de cada grupo etnolinguístico.
- As discussões sobre género e sexualidade para salvaguarda dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são pouco abordados nas universidades Angolanas, consideradas desafiadoras por não existir uma política sólida que permita a sistematização clara dos principais problemas vivenciada pelas mulheres e outros grupos considerados vulneráveis.

- Os discursos religiosos têm influenciado as decisões legislativas, em várias situações que envolvem dilemas em saúde, onde nossos resultados demonstram que a moralidade dos estudantes foi fortemente influenciada por questões religiosas.
- A maioria referiu ter conhecimento prévio, mas não foram capazes de apresentar argumento que justifique tais afirmações.
- Em relação as questões que podem gerar à conflitos éticos, constatou-se posicionamentos bastante diversos, cujo argumento foi sustentado por uma moralidade de base religiosa, o que justifica a necessidade introdução de temas que abordam sobre início e fim da vida para discussão em sala de Aula.
- Dos princípios selecionados da DUBDH, indagados aos acadêmicos, constatamos que a maioria apresentou resposta incompleta até mesmo errada.
- A base para tomada de decisão de decisão em relação questão da alocação de recursos escassos foi utilitarista e contextualizada com base no perfil epidemiológico local.
- Revisão das grades curriculares dos cursos de medicina, constatamos que a Bioética raras vezes aparece como disciplina isolada, apenas a USP, incluiu a Bioética de forma transversal como estratégia de ensino e aprendizagem.
- Art. 23 da DUBDH, assim como Associação médica mundial, as diretrizes curriculares recomendam que a Bioética de ser inserida de forma transversal, em todos níveis de ensino.
- Em função da Constatações de pesquisadores e coordenadores de Centro de Ensino de Bioética a nível mundial, que dá conta que não existe um programa internacional responsável por credenciar e adequar os programas de ensino em Bioética, julgamos nós que o Core Curriculum da UNESCO, pode ser uma mais valia para colmatar esta lacuna.

5.6. Possíveis caminhos a serem trilhados com base no diagnóstico inicial

- Que se faça harmonização das grades curriculares de formação médica no mais curto espaço de tempo, passando pela análise das normativas internacionais que recomendam a obrigatoriedade da inserção da Bioética de forma transversal na carreira de formação médica com base na lógica do Core Curriculum por estar fundamentada nos 15 princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, como na estratégia de ensino e aprendizagem.
- A lógica do Core Curriculum garante uma abordagem mais abrangente, abarcando todo um conjunto de problemas sociais, culturais e ambientais, contemplando desta forma a diversidade de questões éticas do contexto angolano. Não obstante a persistência do principialismo que se emana de uma visão reducionista dos problemas endêmicos do continente africano e outros países do hemisfério sul, sua incapacidade para alcançar vias de soluções aos conflitos éticos tornam-se cada vez mais evidentes. Olhando para a teoria utilitarista, como argumento mais optado pela maioria dos nossos estudantes, verificamos que o princípio equidade não é tido em conta bem como a os aspectos de vulnerabilidade e de injustiça social que são crônicos em Angola.
- Que as instituições de ensino superior promovam ações que garantem subsídios validos e pertinentes para harmonização das grades curriculares de forma unificada no país orientadas com base no perfil do médico a formar no país, e das normais internacionais ratificadas por Angola.
- Que os futuros profissionais tenham formação integral, com a preparação necessária para o enfrentamento dos problemas que geram conflitos éticos diários.
- Os docentes devem continuar a estimular a formação integral dos estudantes, com base em situações problemáticas na sua prática clínica, mais sempre com a devida imparcialidade, aquando da

discussão dos casos, evitando que os estudantes sejam influenciados por suas convicções.

- Que mais estudos do género sejam feitos para se determinar com maior profundidade os fatores que estão na base da Moralidade dos estudantes de medicina em Angola, e como podem ser melhorados.

6.LIMITAÇÕES DO ESTUDO

1. A inserção do pesquisador na condição gestor acadêmico, colocado na função de vice decanato docente, que de certa pode ter contribuído no viés de interpretação dos argumentos dos estudantes.
2. Associado ao facto que estes temas apesar de serem cotidianos, não foi possível encontrar publicações em revistas indexadas que retratem a realidade local;
3. O instrumento de recolha dos dados: por tem a ver com as questões fechadas aplicadas para avaliação das percepções dos académicos em relação a temas que geram dilemas éticos;
4. Impossibilidade da realização de tabelas de dupla entrada em virtude de não dispor da base de dados (computador pessoal que, foi assaltado por malfeitores) onde foram processados os resultados;
5. Inacessibilidade geográfica pelas distâncias em que se encontram as demais faculdades, que impossibilitou a inclusão de um tamanho maior da amostra na província de Luanda, local do estudo onde tivemos mais dificuldade em ter acesso aos dados.
6. Os projetos pedagógicos curriculares, dos cursos de medicina não estão publicados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com objetivo de se empreender o diagnóstico situacional acerca da inserção da Bioética no processo de Ensino e Aprendizagem da educação Médica de Angola, após análise minuciosa dos formulários preenchidos pelos estudantes, referente a questões que envolvem dilemas éticos e de alguns princípios do Core Curriculum da UNESCO e da posterior comparação das grades curriculares de Angola com as de Universidades de Portugal, Brasil e Cuba, e, permitiu-nos chegar as seguintes afirmações:

Apesar de haver uma grande diversidade dos grupos etnolinguísticos entre os estudantes, onde se constata certo predomínio dos Ovimbundos, julgamos que as respostas pouco ou quase nada foram influenciadas pelos valores transmitidos culturalmente em cada grupo.

Depreendemos que a moralidade de base religiosa (igreja católica) pode ter influenciado o posicionamento ético dos estudantes.

Em relação a alguns princípios discutidos no *Core Curriculum*, apesar os estudantes apresentarem pouco conhecimento ou respostas incompletas, consideramos, os seguintes aspectos: grades curriculares diferentes, nas quais a Bioética não está devidamente sistematizada em termo de conteúdo sa serem ministrados, e contexto sociocultural e econômico próprio do país, justificado pela tendência de resposta apoiada com base na teoria utilitarista e do perfil epidemiológico local.

Mas estudos são necessários com tamanho amostral maiores, com provável inclusão de outros anos, e a auscultação dos professores para se determinar com precisão, como a Bioética está inserida no Ensino médico de Angola. Em função da falta de um programa de credenciamento internacional, que regule o ensino da Bioética, propomos as autoridades acadêmicas angolanas a adoptar a incorporação do tema de forma transversal na carreira, baseada na lógica do Core Curriculum da UNESCO, adaptado ao contexto sócio cultural de Angola.

8. REFERÊNCIAS

1. Langlois A, The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: Perspectives from Kenya and South Africa. *Heal Care Anal.*2008.; 16:39-51.Acessado: 23.02.2017Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2226192>
2. Ndebele P, Wassenaar D, Benatar S, Fleischer T, Kruger M, Adebamowo C, et al. Review of NIH Fogarty-Funded Programs 2000-2012 [Internet]. 2014;9(2):24-40.[acesso20out2017].Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24782070>
3. Andoh CT. Bioethics and the challenges to its growth in Africa. *Open journal of philosophy* 1.02 [Internet]. 2011 [acesso 20 out 2017]. Disponível: https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=Andoh+CT.+Bioethics+and+the+Challenges+to+Its+Growth+in+Africa&btnG=
4. Quintanas FA. V.R. Potter: una ética para la vida en la sociedad tecnocientífica. ([*Ressensa del llibre Bioethics: Bridge to the Future, The Van Rensselaer Potter*]. 2009; 32:93-120.Acessado:20.10.2017Disponível: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665109X2009000100010&script=sci_arttext&lng=pt
5. Potter VR. *Global bioethis*. Michigan State: Lansing; 1988.pag. 78-80.
6. Meine C. *Global bioethics. Building on the Leopold legacy*. Potter VR. *Environmental Ethics* [Internet]. 1989. (11): 281-5.
Acessado:18.10.2017Disponível: https://www.pdcnet.org/enviroethics/content/enviroethics_1989_0011_0003_0281_0285
8. Callahan D. Entrevista a Daniel Callahan. Entrevistadores: Joseph J. Fins e Diego Gracia. In: *Revista Eidon*, Bogotá, nº 43, p. 40-9, jun. de 2015ª [Internet]. [acesso 17 set2017]. Disponível: http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2015/44_diciembre.pdf
9. Cardoso JV. Por uma Bioética dialógica e interdisciplinar a partir do histórico de desenvolvimento *Revista Jurídica da Faculdade de Contagem* [Internet], PUC- Rio de Janeiro, 2014 [acesso 13 abr 2018]. Disponível: <http://revistasgraduacao.una.emnuvens.com.br/rej/article/view/12/12>
10. Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana [Internet]. p. 334. [acesso 10 maio 2018]. Disponível: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-223492>
11. Pellegrino E. Metamorfosis de la ética médica. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. septiembre de 1995; (1): 16-35. [acesso 18 jan 2019]. Disponível: http://www.uchile.cl/documentos/acta-bioetica-continuacion-de-cuadernos-del-programa-regional-de-bioetica-opsoms_76961_11_0613.pdf
12. Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Bioética. [acesso 18 jan 2019]. Disponível: <https://fs.unb.br/pgbioetica/pos-graduacao-em-bioetica>
13. Maluf F, Garrafa V. O Core Curriculum da Unesco como Base para Formação em Bioética. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015;39(3):456–62. [acesso 18 jan 2019]. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300456&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
14. Lenoir N. Promover o ensino da Bioética no Mundo. *Revista Bioética*, v. 26, n. 4 (2018): *Rev. bioét. (Impr.)*. 2018; 26 (4) Acessado: 05.07.2017. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/index
15. Rego S et al., Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica, *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*, 32 (4): 482– 491; 2008 Acessado:23. 02. 2019. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11>
16. Ramón J, Sariego A. La ética clínica cubana: ¿ paternalismo, principalismo, personalismo o electivismo ? 1950; Acessado:21.02. 2019.Disponível: Disponível:https://guzlop-editoras.com/web_des/edu01/pld0740.pdf
17. Lima JA. Bioética nos países de língua oficial portuguesa – justiça e solidariedade, iniciativas e desafios. In *Conferência do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)* [Internet]. 2014. [acesso 21 nov 2017]; p.82-3. Disponível: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1430322408_Livro%20bioetica_18_PALOP.pdf#page=71

18. Frestas M et. el. Reforma Curricular do Curso de Medicina da FMUAN e Reforma Curricular (macro-currículo) Curso de Medicina da FMUAN.2009.Acessado:10.10.2018.Disponível:
<http://www.fmuan.ao/documentos/MacroCurr%EDculo>
19. Schwalbach João et al., Fortalecimento dos Comitês de Bioética nos Países Africanos de Língua Portuguesa. [acesso 11 jan 2019]. Disponível:
https://run.unl.pt/bitstream/10362/36709/2/Fortalecimento_dos_Comites_de_Biotica.pdf
20. Governo de Angola. Resultados definitivos recenseamento geral da população e habitação - 2014. p.15 [acesso 11 jan 2019]. Disponível:
http://www.embajadadeangola.com/pdf/Publicacao%20Resultados%20Definitivos%20Censo%20Geral%202014_Versao%2022032016_DEFINITIVA%2018H17.pdf
21. Caregnato L; DOMÍNIO COLONIAL PORTUGUÊS EM ANGOLA NOS SÉCULOS XV E XVI, Anpuhrs: X Encontro Estadual de História. O Brasil no Sul: Crusamento Fronteiras Entre o Regional e o Nacional 26 a 30 de julho de 2010 – Santa Maria – RS; Universidade Federal de Santa Maria- UFSM. Centro Universitário Franciscano- UNIFRA. Acessado:18.10.2017
Disponível:http://www.eeh2010.anpuhrs.org.br/resources/anais/9/1279060711_ARQUIVO_Artigo-ANPUH-RS-Corrigidoerevisado.pdf
22. Zau F. O contexto sociocultural. Angola trilhos para o desenvolvimento. 2002; 31105.Acessado:21.11.2017.<http://unia.ao/docs/Filipe%20Zau%20%20Angola%20Trilhos%20para%20o%20Desenvolvimento.pdf>
23. Queza AJ. Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. 2010;85Acessado: 12.10.2017
disponível:<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>
24. Constituinte A. Constituição da república de angola 2010. 2010; Acessado: 12.10.2018.Disponível:http://imgs.sapo.pt/jornaldeangola/content/pdf/CONSTITUICAO-APROVADA_4.2.2010-RUI-FINALISSIMA.pdf
25. PNDS. Plano nacional de desenvolvimento Sanitário. In: PNDS. 2013. p. 1689–99.Acessado:11.09.2018.Disponível:
<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/outros-documentos/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-2008-2/220--61/file>
26. DR Decreto 5_09_Cria Regioes Academicas que Delimitam Ambito Territorial Actuacao e Expansao Inst Ens Sup.pdf.Acessado:12.10.2017. Disponível:
http://welvitchia.com/SESA_files/DR%20Decreto%205_09_Cria%20Regioes%20Academicas%20que%20Delimitam%20Ambito%20Territorial%20Actuacao%20e%20Expansao%20Inst%20Ens%20Sup.pdf
27. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/ CES de 20/06/2014. Diário Of da União [Internet].2014;Acessado3:8–11. Disponível: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>
28. Outcome-based Medical Education: Having the end product in mind Objective j. 2009;(March).Acessado:10.12.2017Disponível:
<http://www.umin.ac.jp/vod/files/20090325/file01.pdf>
29. Lopes JA. Bioethics - a brief history: from the Nuremberg code (1947) to the Belmont report (1979). Rev Médica Minas Gerais [Internet]. 2014;24(2):262–73. Available from:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2238-3182.2014006>
30. Pessini L. As origens da Bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Rev Bioética. 2013;21(1):9–19.Acessado:11.12.2017 Disponível:
<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a02v21n1>
31. Potter VRP. Bioethic, The science of survival-Bridge to The Future. Madison, Wisconsin; 1971. p.3.
32. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, Twelfth Night, 2001, p.1.
33. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das Bioéticas brasileiras. Cien Saude Colet [Internet]. 2011;16(suppl 1):719–29. Acessado:10.12.2017
Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700002&lng=pt&tlng=pt
34. Garrafa V; de uma “Bioética de princípios” a uma “ Bioética Interventiva ” – crítica e socialmente comprometida.

- Acessado:11.08.2018
Disponível:https://www.fanut.ufg.br/up/128/o/BIOETICA_COMPROMISSO.pdf
35. Garrafa V. Bioética, pesquisas e limites. *Sci Am Bras.* 2006; 4:22. Acessado: 12.09.2017. Disponível: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/download/67739/70347/>
 36. UNESCO. Parte 2: Materiais De Estudo Programa De Educação Em Ética. Programa base Estud sobre Bioética. 2015; 110. Acessado: 10.02.2017 Disponível: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-CoreCurriculum-PT-Parte2.pdf>
 37. Latinoamericana R, Bioética C De. *Revista RedBioética / UNESCO.* 2013;1(7) Acessado:12.07.2017 Disponível: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica16.pdf>
 38. Have HT, Gordijn B. *Bioethics Education in Handbook of Global.* Springer Dordrecht Heidelberg. New York London, 2014, vol 2. [acesso 18 jan 2019]. Disponível: https://www.researchgate.net/profile/Francis_Masiye/publication/263007847_Handbook_of_Global_Bioethics/links/59099c12a6fdcc4961683ae3/Handbook-of-Global-Bioethics.pdf
 39. UNESCO. Records of the General Conference, 31st session, Paris, 2001: Volume2, Proceedings. 2003;2. Acessado:12.10.2017. Disponível: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124687>
 40. FMEVG. Formação em Bioética The UNESCO Core Curriculum as a Basis for Training in Bioethics. 39(3):456–62. Acessado:21.01.2018. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300456
 41. UNESCO. Parte 1: Programa Temático Programa De Educação Em Ética. Programa base Estud sobre Bioética. 2015;76. Acessado: 21.10.2017. Disponível: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-CoreCurriculum-PT-Parte1.pdf>
 42. Vidal MS; La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros [Internet]. Acessado:11.06.2018 Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002255/225533s.pdf>
 43. Vidal DSM. Educación Permanente en Bioética como herramienta de transformación Movimientos sociales - Desarrollo Institucional. Acessado:12.03.2018 Disponível: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica14.pdf>
 44. NASCIMENTO F e GARRAFA V. Bioethics of intervention, inter-culturality and non-coloniality. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, supl.1, p.137-147, 2015 Acessado:12.03.2018 Disponível: https://www.researchgate.net/publication/279886708_Bioethics_of_intervention_inter-culturality_and_non-coloniality_Saude_Soc_Sao_Paulo_v24_supl1_p137-147_2015
 45. FIGUEIREDO, A. M; GARRAFA, V; PORTILLO JAC. Ensino da Bioética na área das ciências da saúde no Brasil: estudo de revisão sistemática. *Rev Int Interdiscip INTERthesis.* 2009;5(2):47–72. Acessado:20.12.2018. Disponível:<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2008v5n2p47>
 46. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Vol. 13, *Revista Bioética.* 2009 Acessado: 02.02. 2017. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/09.pdf>
 47. Santana J, Garrafa V. Cooperation in health from the bioethical perspective. *Cien Saude Colet.* 2013;18(1):129–37. <https://scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00194616/>
 48. UNESCO 2015 PARTE1: PROGRAMA TEMÁTICO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ÉTICA. Programa Regional de Bioética e Ética da Ciência. Escritório Regional de Ciências da UNESCO para América Latina e Caribe UNESCO Montevideu Parte IA. 194EX/4.2014; Acessado:23.02.2019. Disponível:<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-CoreCurriculum-PT-Parte1.pdf>
 49. Griggins C et al. *Bioethics Training in Uganda: Report on Research and Clinical Ethics Workshops;* Springer Science+Business Media B.V. 2010, HEC Forum (2011) 23:43–56 DOI 10.1007/s10730-010-9144-3. Acessado: 24.02.2019. Disponível: <http://bioethics.uniongraduatecollege.edu/iccec/Abstracts.pdf>
 50. Ogundiran TO; Enhancing the African bioethics initiative. *BMC Medical Education.* 2004 Ogundiran; licensee BioMed Central Ltd. *BMC Medical Education* 2004, 4:21 doi:10.1186

- /1472-6920-4-21. Acessado: 23.02.2019. This article is available from:
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/4/21>
51. Pan African Bioethics Initiative (PABIN): Terms of Reference. Acessado: 18.02.2019Disponível: [http://www.pabin.net/en/index.asp]
 52. Chima et al. Viewpoint discrimination and contestation of ideas on its merits, leadership and organizational ethics: expanding the African bioethics agenda BMC Medical Ethics 2013, 14(Suppl 1): S1 Acessado: 23.02.2019. Disponível: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/S1/S>
 53. Adebamowo CA; West African Bioethics Training Program: Raison d'être NIH Afr J Med Med Sci. Author manuscript; available in PMC 2012 April 25. Afr J Med Med Sci. 2007; 36(Suppl): 35–38.Acessado:22.02.2018. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3336736/>
 54. South African Department of Health. Ethics in health research: Principles, Structures and processes. Pretoria: South African Department of Health; 2004. acessado: 22.02.2018.Disponível:<http://www.nhrec.org.za/index.php/grids-preview?download=10:doh-2015-ethics>
 55. South African Parliament. National Health Act No. 61 of 2003. Pretoria: Government Printers; 2003. acessado: 22.02. 2018.Disponível: https://www.up.ac.za/media/shared/12/ZP_Files/health-act.zp122778.pdf
 56. Tangwa G. The traditional African perception of a person: Some implications for bioethics. Hastings Center Report. 2002; 50:39–43. acessado: 22.02.2018 Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2307/3527887>
 57. Bulletin SH. International Association of. 2010;(November 2012):37–41. Acessado:23.02.2019.Disponível: <https://www.irs.gov/pub/irs-irbs/irb10-47.pdf>
 58. Mbugua, K. (2009). Is there an African Bioethics? Eubios Journal of Asian and International Bioethics, 19, 4. Acessado: 22.02. 2019.Disponível: [http://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?Referen celID=1007946](http://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?Referen celID=1007946)
 59. Mijaljica G. Medical Ethics, Bioethics and Research Ethics Education Perspectives in South East Europe in Graduate Medical Education. Sci Eng Ethics. 2014;20(1):237–47. Acessado:23.02. 2019.Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436144>
 60. Mijaljica G. Education Perspectives in South East Europe in Graduate Medical Education.2010;237–47.Acessado:23.02.2019.Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436144>
 61. Rego S, Palacios M. Contribuições para planejamento e avaliação do ensino da Bioética. Rev Bioética [Internet]. 2017;25(2):234–43. Acessado:23.02.2019.Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200234&lng=pt&tlng=pt
 62. Rego S. a Formação Ética Dos Médicos – Saindo Da Adolescência Com a Vida (DosOutros) Nas Mãos. Cad Saúde Pública. 2004;20(2): 632–9. Acessado:23.02. 2019.Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/34.pdf>
 63. Antônio W, Záu L, Araújo S De, Rego S. The teaching of bioethics in medical schools in Brazil Research articles. 2016;24(1):98–107. Acessado:23.02.2019. Disponível:http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/en_1983-8034-bioet-24-1-0098.pdf
 64. Bobak M. Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community-based data. Bmj [Internet]. 2004;329(7469):767–0. Acessado:23.02.2019.Disponível:<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38202.667130.55>
 65. Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. Bmj [Internet]. 1999;318(7193):1280–3. Acessado:23.02. 2019.Disponível: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.318.7193.1280>
 66. Dowell J, Cleland J, Fitzpatrick S, McManus C, Nicholson S, Oppé T, et al. The UK medical education database (UKMED) what is it? Why and how might you use it? BMC Med Educ [Internet]. BMC Medical Education; 2018;18(1):6. Acessado:23.02. 2019. Disponível: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1115-9>
 67. Friedrich O, Hemmerling K, Kuehlmeier K, Nörtemann S, Fischer M, Marckmann G. Principle-based structured case discussions: Do they foster moral competence in medical students? - A pilot study. BMC Med Ethics. BMC MedicalEthics;2017;18(1):1–8.Acessado:23.02.2019. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5335793/>
 68. Lind G. Moral Dilemma Discussion Revisited - The Konstanz Method [Internet]. Vol. 1, Education. 2002. p. 1–21. Acessado: 23.02.2019.

- Disponível: <http://ejop.psychopen.eu/article/view/345>
69. Lee LM, Viers HW, Anderson MA. The Presidential Bioethics Commission: Pedagogical Materials and Bioethics Education. *Hastings Cent Rep.* 2013;43(5):16–9. Acessado:23.02.2019. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388216/>
 70. Warmling CM, Schneider Pires F, Baldisserotto J, Levesque M. Ensino da Bioética: avaliação de um objeto virtual de aprendizagem. *Rev bioét [Internet].* 2016;24(3):503–14. Acessado:23.02.2019. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243150>
 71. Cline C, Heesters A, Secker B, Frolic A. Education for ethics practice: Tailoring Curricula to local needs and objectives. *HEC Forum.* 2012;24(3):227–43. Acessado:23.02.2019. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941292>
 72. Souza LK de. O debate de dilemas morais na universidade. *Psicol Esc e Educ [Internet].*2008;12(1):169–73. Acessado:23.02.2019. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572008000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 73. Daniel JC, Pessalacia JDR, de Andrade AFL. Interdisciplinary debate in the teaching-learning process on bioethics: Academic health experiences. Vol. 34, *Investigacion y Educacion en Enfermeria.* 2016. p. 288–96. Acessado:23.02. 2019. Disponível: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/323262/20780835>
 74. Arpini. *Revista RedBioética / UNESCO. Rev RedBioética/ UNESCO Latinoamericana, Red Bioética, Caribe.* 2016;1(13):1–172. Acessado:23.02.2019. Disponível:<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica16.pdf>
 75. *Latinoamericana R, Bioética C De, Justo L. Revista RedBioética / UNESCO.* 2014;1(1). Acessado:23.02.2019. Disponível: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaRBioet10-Final.pdf>
 76. Fulford KW, Yates a, Hope T. Ethics and the GMC core curriculum: a survey of resources in UK medical schools. *J Med Ethics.* 1997; 23:82–7. Acessado:23.02.2019. Disponível:<https://philpapers.org/rec/HMEACC>
 77. Viegas F. Saberes e Práticas terapêuticas tradicionais à margem do sistema nacional de saúde. O caso dos curandeiros tradicionais em Angola. *Rev Angolana Sociol.* 2010;(5 & 6):117–30. Acessado:23.02.2019. Disponível: <https://journals.openedition.org/mulemba/pdf/1489>
 78. Mori M. A moralidade do Aborto. Brasília; 1997. p17-35.
 79. Afonso A. Diagnóstico de Gênero de Angola. 2015. p89.
 80. Mendonça VG De, Lorenzato FRB, Mendonça JG De, Menezes TC De, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol e Obs [Internet].* 2008;30(5):248–55. Acessado:23.02. 2019. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a07v30n5.pdf>
 81. Kipper DJ. Délio José Kipper William Saad Hossne. 1995; Acessado:23.02. 2019. Disponível: www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/.../418
 82. Cañete R, Prior A, Brito K, Guilhem D, Novaes MR, Goodman KW. Development of an institutional curriculum in ethics and public health. *Acta Bioeth[Internet].*2013;19(2):251–7. Acessado:23.02.2019. Disponível:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2013000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 83. Schwartzman UP y, Martins VCS, Ferreira LS, Garrafa V. Interdisciplinaridade: referencial indispensável ao processo de ensino-aprendizagem da Bioética. *Rev Bioética [Internet].* 2017;25(3):536–43. Acessado:23.02.2019. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300536&lng=pt&tlng=pt
 84. Aparecida D, Leite A, Dias J, Pessalacia R, Braga PP, Maria C, et al. Uso da casuística no processo ensino-aprendizagem de Bioética em saúde. 2017;25(1):82–8. Acessado:23.02. 2019. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/1983-8042-bioet-25-01-0082.pdf>

85. Liboni M, Siqueira JE. Competência moral do estudante de medicina. Rev Assoc Médica Bras. 2009;55(2):226–8. Acessado:23.02.2019.
Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200031
86. MOTTA LCDS, VIDAL SV, SIQUEIRA-BATISTA R. Bioética: afinal, o que é isto? *. Rev Bras Clínica Médica. 2012;10(5):431–9. Acessado:23.02.2019.
Disponível:<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2015.v24n1/113-128/>
87. Siqueira JE De, Gracia D. SIMPÓSIO O ensino da Bioética no curso médico. :33–42.Acessado:23.02.2019.
Disponível:http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/175
88. Bioethica A. Instrucciones a los autores de acta bioethica 1. 1997;1–8. Acessado:23.02.2019.
Disponível:<https://scielo.conicyt.cl/abioeth.htm>
89. Puplaksis VN et al. "A disciplina de Bioética na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo." *Revista Latinoamericana de Bioética* 10.19 (2010): 068-075.
Acessado:23.02.2019.
Disponível: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1006>
90. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Report on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity. [Internet]. Paris: Unesco; 2013 [acesso 15 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2eDBQvB>
91. José MF; Hossne SW; A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Revista Bioética*, vol. 23, núm. 2, 2015, pp. 304-310 Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232069>
92. LOCH JA; CLOTET J e GOLDIM JR; ao avaliar as percepções, percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários; PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE; Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Faculdade de Medicina/UFRGS, Acessado:28.03.2019 Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v53n3/a22v53n3.pdf>
93. Cátedra UNESCO de Brasília; Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos, Acessado:28.03.2019
Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
94. DENISE M. DUDZINSKI, ROSAMOND RHODES, and AUTUMN FIESTER, Bioethics Education, Pedagogical Goals for Academic Bioethics Programs, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2013), 22, 284–296. Acessado:28.03.2019.
Disponível:<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/pedagogical-goals-for-academic-bioethics-programs/64F7BF61536E58B412D7BC13454FEA0B>
95. Clotet J; Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do paciente: *O artigo expõe e analisa o conteúdo da lei norte-americana "The Patient Self-Determination Act (PSDA)", vigente desde 1991; Acessado:28.03.2019;*
Disponível:http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494/311
96. Daniel EHR; Dignidade, autonomia do paciente e doença mental, *Revista Bioética* 2010; 18 (2): 381 – 95, Acessado:28.03.2019; Disponível:
http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/571/543
97. Graeme M. Rucker, Randall Curtis; Caring for the Dying in the Intensive Care Unit: In Search of Clarity. | *Critical Care Medicine* | JAMA | JAMA Network, 2003;290(6):820822.
doi:10.1001/jama.290.6.820 Acessado:27.03.2019;
Disponível:<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/197056>
98. Pessini L; Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha, Rev. bioét. (Impr.). 2016; 24 (1): 54-63 Acessado:27.03.2019;
Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1190
99. Medeiros MB, et al. Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler, *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 684,
Acessado:27.03.2019;Disponível:<https://www.redalyc.org/html/2670/267028449012/>
100. AZAMBUJA, Letícia Erig Osório de; GARrafa, Volnei. Testemunhas de jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica, Brasileira, São Paulo*, v. 56, n.6, p. 705-710, 2010. Acessado:27.03.2019;
Disponível:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000600022>.
101. HOLLAND e ROBINSON, Perioperative use of recombinant activated factor VII in a Jehovah's Witness patient undergoing sigmoid colectomy, © 2006 The Authors *Journal Compilation* © 2006 LMS Group • Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine doi: 10.1111/j.1778-428X.2006.00003.x, Acessado:

- 27.03.2019.Disponível:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1778-428X.2006.00003.x>
102. Agência Angola Press: Deputados aprovam novo Código Penal angolano, 23 janeiro de 2019. Acessado: 27/03/2019, Disponível: http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/politica/2019/0/4/Deputados-aprovam-novo-Codigo-Penal-angolano,9b52584a-f58c-4e5a-bb59-534842fb934c.htm
 103. Coutinho, Ana Beatriz Pereira Silva, and Suzane Mayer Varela da Silva. "Um panorama dos Direitos Reprodutivos e Sexuais no Brasil." *Revista Cantareira* 24(2019). Acessado: 03/04/2019, Disponível: <http://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27901>
 104. Campos ASM et al., Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 July [cited 2019 Apr 02]; 22(7):2223-2235. Acessado: 03/04/2019, disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002702223&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>
 105. Monteiro MFAD et al. Opção pelo curso de Medicina em Angola: o caso da Universidade Agostinho Neto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, (2010), 34(3), 346-354. Acessado: 03/04/2019. Disponível <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300003>
 106. Ventura PPR; (A contribuição intelectual da mulher angolana no processo da independência da Angola. *identidade!* 2015). 19(2), 100-109. Acessado: 03/04/2019. Disponível: <http://www.est.com.br/periodicos/index.php/identidade/article/view/2384>
 107. Jornal O PAÍS; Representação das mulheres em cargos de decisão em Angola, Entrevista da Ministra da família e Promoção das Mulheres, Publicada aos 13 de Março de 2019.
 108. Ostronoff, Leonardo José. "Poder, Gênero e Identidades: um novo momento no sindicalismo." *Idéias* 7.1 (2016): 41-60. Acessado: 03/04/2019. Disponível: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649510>
 109. Maluf F; Castillo CHM; Garrafa V. "A especialização em Bioética da Universidade de Brasília: estudo de caso das quinze primeiras edições." (2015). Acessado: 03/04/2019. Disponível: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/25184/1/ARTIGO_EspecializacaoBioeticaUniversidade.pdf
 110. De Marchi, Neiva Maria Garcia Catto, and William Saad Hossne. "Reflexões Bioéticas: o que pensam estudantes de medicina sobre o início e final da vida." (2012). Acessado: 03/04/2019. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/96/3.pdf
 111. Moreira SNT et al. "Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico." *Rev Bras Educ Med* 30.2 (2006): 14-19. Acessado: 03/04/2019, Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v30n2/v30n2a03.pdf>
 112. Moreira AA et al. "Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey." *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 37.1 (2010): 12-15. Acessado: 03/04/2019. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-0832010000100003&script=sci_arttext
 113. Almeida AM, et al. "Conhecimento e interesse em ética médica e Bioética na graduação médica." (2008). Acessado: 03/04/2019. Disponível: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/3547>
 114. Filho AN. "Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo." *Cadernos de Saúde Pública* 26(2010): 2234-2249. Acessado: 03/04/2019. Disponível: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-11X2010001200003&script=sci_arttext
 115. Ramos SFR, et al. "A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 21(2013): 113-121. Acessado: 03/04/2019. Disponível: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52933/56924>
 116. Piryani, Rano Mal, et al. "Needs assessment for teaching/learning nursing ethics for master of nursing students." *Asian Bioethics Review* 8.2 (2016): 134-142. Acessado: 03/04/2019, Disponível: <https://muse.jhu.edu/article/621788/pdf>
 117. Finkler M.; Caetano JC; Ramis FRS. "Relação entre trabalho especializado e técnico: o caso da ortodontia à luz da Bioética clínica amplificada." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 22 (2018): 1111-1122. Acessado: 03/04/2019. Disponível: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n67/1111-1122/>
 118. Ardaillon, Danielle. "Para uma cidadania de corpo inteiro: a insustentável ilicitude do aborto." *Anais* (2016): 1-29. Acessado: 03/04/2019. Disponível: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1056/1021>

119. Biroli, Flávia. "Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas." *Revista Brasileira de Ciência Política* 15 (2014): 37. Acessado:03/04/2019. Disponível:<https://search.proquest.com/docview/1661718655?pq-origsite=gscholar>
120. Nunes MJFR; "A "ideologia de gênero" na discussão do PNE. A intervenção da hierarquia católica." *HORIZONTE-Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião* 13.39 (2015): 1237-1260. Acessado:03/04/2019. Disponível:<http://ibict.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2015v13n39p1237>
121. Martorell LB; Nascimento WF; Garrafa V. "Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no facebook." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 20 (2015): 13-23. Acessado:03/04/2019. Disponível:https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832016000100013&script=sci_arttext&tlng=es
122. Globekner O Antonio. "A Bioética e o problema do acesso à atenção em saúde." *Revista de Direito Sanitário* 11.1 (2010): 123-145. Acessado:03/04/2019. Disponível:<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13198>
123. Cunha, Thiago, and Volnei Garrafa. "Vulnerability: a key principle for global bioethics?" *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 25.2 (2016): 197-208. Acessado:03/04/2019. Disponível:<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/vulnerability/EBA6F98309E0E833EACE7E1AD8E6F1E2>
124. Schramm, Fermin Roland. "Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização." *Revista Bioética* 16.1 (2009).Acessado:03/04/2019. Disponível:http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52
125. Garrafa, Volnei, and Mauro Machado do Prado. "Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social." *Cadernos de Saúde Pública* 17 (2001): 1489-1496. Acessado: 03/04/2019. Disponível: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2001000600033&script=sci_arttext&tlng=es
126. Hellegers A. Compassion with Competence. *América*,1975 (13 September): 113–16.
127. Makalela, Leketi. "Biko, Steve. Black Consciousness in South Africa. 1979. Ed. Arnold Millard." *ProudFlesh: New Afrikan Journal of Culture, Politics and Consciousness* 4 (2006). Acessado: 14.08.2019. Disponível: <https://www.africaknowledgeproject.org/index.php/proudflesh/login?source=%2Findex.php%2Fproudflesh%2Farticle%2Fview%2F201%2F372>
128. Filho JM & Hossne W S. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Revista Bioética*, (2015). 23(2), 304-310.
129. Oliveira, Aline Albuquerque S. de. "Interface entre Bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa." (2011).Acessado:18.09.2019. Disponível: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7972>
130. Alfredo, Edson Joaquim, Emanuel Catumbela, and Natan Monsores de Sá. "Bioética em Angola: experiência da Faculdade de Medicina de Malanje." *RevistaBioética*27.2(2019).Acessado:18.09.2019.Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1980
131. Filho JI; Bioética: Fundamentos e reflexões. ed. – Rio de Janeiro, Editora Atheneu. Cap2. pag. 3
132. MBEMBE, Achille. *O tempo que se move*. Cadernos de campo, São Paulo, n. 24, p. 369-397, 2015.
133. Alfredo EJM; Carvalho CC; Vulnerabilidade social feminina e a lógica excludente do Sistema Nacional de Saúde em Angola in *Leituras cruzadas sobre Angola: saberes, culturas e políticas*, volume 2 / organização Selma Pantoja. - 1. ed. - Jundiaí [SP]: Paco, 2018. 204p.; 21cm. ISBN 978-85-462-1472-3 1. Brasil - Relações internacionais - Angola. 2. Angola - Relações internacionais - Brasil.
134. Silva PF; Bioética em Sala de Aula – Dialogo e Práticas, São Paulo. ed. LiberArs, 2019, p.75 - 98. Acessado: 23.09.2019. Disponível: <https://www.scielo.org/article/csp/2001.v17n4/949-956/>
135. Dos Anjos, Márcio Fabri. "Bioética e Schramm, Fermin Roland, and Miguel Kottow. "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas." *Cadernos de Saúde Pública* 17 (2001): 949-956.Acessado:23.09.2019. Disponível:
136. Teologia em convergência de libertação." *Revista Encontros Teológicos* 18.2 (2003). Acessado:23.09.2019. Disponível:

- <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/479/466>
137. Clarkeburn H. A Test for ethical sensitivity in Science; In Journal of Moral education 31 (4), 439-453, 2002. Acessado:13.11.2017
Disponível: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt&as_sdt=0%2c5&qclarkerburn

Apêndice 1: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa **CONTRIBUTO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DA BIOÉTICA EM ANGOLA**, sob a responsabilidade do pesquisador **Edson Joaquim Mayer Alfredo**. O projeto faz parte das linhas de pesquisa das Faculdades de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Faculdade de Medicina de Malanje.

O objetivo desta pesquisa é avaliar opiniões estudantes da Faculdade de Medicina de Malanje sobre questões morais envolvam tomadas de decisões perante dilemas bioéticos, no ano de 2017.

O benefício, caso o(a) senhor(a) aceite participar, será a contribuição para o desenvolvimento da Bioética na instituição e garantia de inovação no Programa de Graduação Médica no país, proporcionando ferramentas para o desenvolvimento do raciocínio moral frente aos dilemas bioéticos.

Os riscos da Pesquisa estão ligados a contextos individuais de preocupação em responder, medo, lembrança de algum fato, alguma inibição. Neste caso, a entrevista poderá ser interrompida, poderemos falar de outros assuntos, esclarecer as dúvidas ou até remarcar e continuar em outro dia.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Os participantes desta pesquisa serão divididos em dois grupos sendo um que receberá curso de curta duração considerado de intervenção e outro que não

receberá denominado grupo de controlo. Este estudo será feito em duas fases com pré-teste e inicial e um pós-teste final. Caso o senhor/a seja selecionado no grupo de intervenção entre dois testes receberá o curso de curta duração que será realizado na Faculdade de Medicina de Malanje. A sessão de resposta de cada teste para preenchimento do questionário terá a duração de aproximadamente em 20 (vinte) minutos.

O(a) senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Rubrica do participante Rubrica do pesquisador

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Caso haja alguma despesa decorrente da sua participação na pesquisa, você será ressarcido pelo pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília-Faculdade de Ciências da Saúde com posterior entrega as Autoridades Angolanas, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Edson Joaquim Mayer Alfredo, na Faculdade de Medicina de Malanje, por meio do telefone +244926172005, no horário das 15h30 às 17h. Informamos, a disponibilidade, inclusive, para recebimento de ligação a cobrar, ou, ainda, contatos por e-mail: edmayeredo@yahoo.com.br, ou com o Professor Natan Monsores de Sá Orientador da pesquisa pelo email: monsores@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos

participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 2: QUESTIONÁRIO APLICADO PARA A COLETA DE DADOS

CARTA EXPLICATIVA PARA ESTUDANTES

Prezado (a) Estudante;

A realização deste questionário exploratório compõe uma das etapas de fundamentação do projeto de pesquisa para tese de Doutorado, intitulada: **DIAGNÓSTICO SISTUACIONAL ACERCA DA BIOÉTICA NO ENSINO MÉDICO DE ANGOLA, 2016Á2019**, cujo objetivo consiste em Elaborar programa para ensino da Bioética no curso de graduação Médica com apoio de docentes que lecionam em área multidisciplinar. Caso concorde em participar da pesquisa, não será realizada qualquer identificação e seu nome será mantido em sigilo.

Após a recolha e análise dos resultados, estes serão apresentados a banca examinadoras para devida aprovação da tese de Doutorado com posterior submissão a Direção da Faculdade de Medicina de Malanje que encaminhará a reitoria da Universidade Lueji A'NKONDE e desta para o Ministério Ensino Superior de Angola, cada da fase do projeto tornar-se-á público através de periódicos científicos, congressos, eventos, entre outros, com o desejo de que tais resultados venham contribuir para o crescimento e desenvolvimento de Bioética em Angola.

Obrigado pela sua colaboração.

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

Este questionário é o instrumento de pesquisa do trabalho desenvolvido pelo Aluno do curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Bioética da Universidade de Brasília para a Pesquisa “**DIAGNÓSTICO SISTUACIONAL ACERCA DA BIOÉTICA NO ENSINO MÉDICO DE ANGOLA, 2016Á2019**”.

RESPONSÁVEL: Edson Joaquim Mayer Alfredo, Doutorando em Bioética.

Data:...../...../.....

CARATERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade:
2. Sexo:
3. Estado civil:
4. Religião:
5. Língua Materna/ou grupo étno linguístico:
6. Conhecimento prévio sobre Bioética: () Sim () Não, Se sim, indique a disciplina que tenha estudado a Bioética:
7. Qual é a diferença entre a ética médica e a Bioética:
8. Qual é a sua opinião sobre o aborto? () A favor () Contra, justifica:
9. Qual é a sua opinião sobre em relação a transfusão? () A favor () Contra, justifica:
10. Qual é a sua opinião em relação a Eutanásia? () A favor () Contra, justifica:
11. Enumere três condições que indiquem que o paciente tem autonomia reduzida:
12. Indique três condições em que médico pode quebrar o sigilo profissional?
13. Caso fosse o diretor municipal da saúde de Malanje, em contexto de crise económica, tenha decidir em implementar um programa vacinação em massa ou garantir a inseminação artificial para um casal que tenha dificuldade em ter filhos devido a problemas de infertilidade cujo custo equipara-se? Justifique sua resposta:
14. Qual é a sua opinião sobre o respeito pela autonomia do paciente na cultura angolana?
15. Defina por palavras sua a vulnerabilidade humana?