TEXTOS PUBLICADOS NO 2º SEMESTRE DE 1995

118 - *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde.*
de Ana Luiza Vianna

119 - *O Modelo de Assistência Médica de Pedro Ernesto (1932): Algumas Considerações.*
de André de Faria Pereira Neto

120 - *A Governabilidade Democrática na Nova Ordem Econômica.*
de José Luis Fiori

121 - *Perfil de Morbidade em um Ambulatório Médico Bancário no Ano de 1994.*
de Tula Maria Silva Moreira

122 - *A História da Profissão Médica: Algumas Considerações.*
de André de Faria Pereira Neto

123 - *Dependência Tecnológica: Uma Proposta de Interpretação.*
de Cid Manso de Mello Vianna

124 - *A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro: Três Estudos de Casos, Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana.*
de Roseni Pinheiro

125 - *Conceito Objetivo, Denominação Extrínseca e Entia Rationis em Francisco Suarez (1548-1617).*
de André Rangel Rios

126 - *A Pesquisa no Brasil: Organização (parte I) .*
de Reinaldo Guimarães (et al)

127 - *A Pesquisa no Brasil: Desempenho (parte I I).*
de Reinaldo Guimarães (et al)

128 - *Tulipas, Moedas e Reformas; Que Horas São?*
de José Luís Fiori

129 - *Terapêutica e Mito.*
de Jane Dutra Sayd

130 - *Indústria Farmacêutica: Uma Análise da Estrutura e Evolução Industrial.*
de Cid Manso de Mello Vianna

131 - *Figurações Freudianas do Feminino.*
de Silvia Alexim Nunes

132 - *O Brasil e a Índia no Cenário Político Internacional dos Próximos Anos.*
de José Luis Fiori

133 - *A Indústria de Equipamentos Médicos: Uma Análise da Evolução e Estrutura de Mercado.*
de Cid Manso de Mello Vianna

TEXTOS PUBLICADOS EM 1996

134 - *Leitura Psicanalítica da Perversão Social: Abordagens Atuais.*
de Carlos Augusto Peixoto Junior

135 - *Sobre o Trabalho de Arrighi: O Longo Século XX em Foco.*
edição de George Kornis

136 - *V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas.*
coordenação de Madel T. Luz

137 - *Aos Condenados da Terra, o Equilíbrio Fiscal; Neoliberalismo e Políticas Públicas.*
de José Luís Fiori

138 - *A Psicologia Médica e as Instituições de Saúde no Brasil.*
de Gustavo Corrêa Matta

139 - *A Construção da Pobreza como Objeto de Política Pública.*
de Jane Souto de Oliveira

140 - *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas.*
de Madel T. Luz

141 - *Os Horizontes de Prometeu: Considerações para uma Crítica da Modernidade*
de Carlos Alberto Plastino

142 - *As Figuras do Analista no Cinema: Sobre a Psicanálise, a Modernidade e as Novas Formas de Saber sobre o Psíquico*
de Joel Birman

143 - *Arquivo Rockefeller: Banco de Dados - 1920-1925*
coordenação de Luiz A. de Castro-Santos e Lina Rodrigues de Faria

144 - *A Saúde no Brasil dos "Tucanos": Quo Vadis?*
de George E. Kornis e Paulo de M. Rocha

ISSN 1413-7909

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 145

BIOÉTICA, EDUCAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE:
NOVAS ABORDAGENS PARA VELHOS PROBLEMAS

José Luiz Telles de Almeida

Dezembro 1996

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor
Antonio Celso Alves Pereira

Vice-Reitora
Nilcéa Freire

Diretor do Instituto de Medicina Social
Ricardo Antonio Wanderley Tavares

Vice-Diretor do Instituto de Medicina Social
Mário Roberto Dal Poz

Série: **ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA** **ISSN 1413-7909**
É uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de exclusiva responsabilidade dos autores.

Editor
George E. M. Kornis

Produtora Executiva
Sônia Faerstein

Assistente Editorial
Victor Manoel Moreira Gonzalez

Copidesque e Revisão
Ana Silvia Gesteira

Conselho Editorial
Cid Manso de Mello Vianna / Depto. de Planejamento e Administração em Saúde
Luiz Antônio de Castro Santos / Depto. de Políticas e Instituições de Saúde
Rosely Sichieri / Depto. de Epidemiologia

Envio de Artigos, Vendas e Permutas
Série: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
Instituto de Medicina Social - UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - bl. D
Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.559-900
Tel.: (021) 587-7303 / 587-7572 / 284-8249
Fax.: (021) 264-1142
E-Mail: serieims@vmesa.uerj.br

Impressão e Acabamento
Gráfica da UERJ

ISSN 1413-7909

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

BIOÉTICA, EDUCAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE:
NOVAS ABORDAGENS PARA VELHOS PROBLEMAS

JOSÉ LUIZ TELLES DE ALMEIDA
Dezembro/1996

Nº 145

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/SISBI/SERPROT

S485 Almeida, José Luiz Telles de
Bioética, educação e serviços de saúde : novas abordagens para velhos problemas / José Luiz Telles de Almeida. - Rio de Janeiro : UERJ, IMS, 1996.
28p. - (Série estudos em saúde coletiva ; n. 145)

Bibliografia: p.26-28

1. Bioética. 2. Educação sanitária. I. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. II. Título. III. Série.

CDU 616-058

BIOÉTICA, EDUCAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE: NOVAS ABORDAGENS PARA VELHOS PROBLEMAS

José Luiz Telles de Almeida [1]

Resumo *- As sociedades ocidentais contemporâneas experimentam avanços extraordinários no desenvolvimento da tecnociência, em especial nas tecnologias de informação, ao mesmo tempo que cada vez mais movimentos sociais específicos trazem reivindicações que contribuem para mudanças profundas no* ethos *social. Neste contexto, a prática em saúde tem sido uma das áreas onde essa conjugação entre a tecnociência e os movimentos sociais tem trazido desafios éticos importantes.*

O presente ensaio busca discutir a emergência da bioética nesse cenário de complexificação das relações sociais e do mundo de trabalho, articulando o debate à situação específica de carências cognitivas da sociedade brasileira advindas da trajetória histórica das políticas educacionais no Brasil. Situa, portanto, a luta por um ensino de qualidade em todos os níveis nas reivindicações específicas do movimento sanitário por uma prática em saúde compatível com os anseios éticos e democráticos de nossa sociedade.

1- Introdução

No limiar do século XXI estamos perplexos com as mudanças ocorridas nas sociedades, advindas das transformações tecnológicas. O mundo do trabalho transforma-se com a incorporação de novas tecnologias informacionais. A manipulação das forças naturais expande-se a limites impensáveis devido ao saber tecnocientífico. Saberes até então protegidos e controlados por determinadas profissões já podem ser acessados através de tecnologia computacional cada vez mais difundida no mundo. Nos E.U.A., por exemplo, através de um computador pessoal e um modem é possível acessar, entre

[1] Médico, Pesquisador da Escola Politécnica de Saúde/Fiocruz, Mestre em Saúde Coletiva - IMS/UERJ, Doutorando em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

outros, o *Index Medicus* e obter trabalhos científicos sobre qualquer doença (Toffler, 1993:32). Na tecnologia biomédica, por sua vez, a engenharia genética tem aberto perspectivas até então somente imaginadas em filmes de ficção científica.

As reivindicações pelos direitos reprodutivos, por acesso aos métodos contraceptivos, pelo direito ao aborto e à eutanásia, entre tantas outras questões colocadas em pauta por movimentos sociais específicos, conjugados aos avanços tecnológicos observados na prática médica, estão a impor novos desafios éticos a toda a sociedade contemporânea, com o objetivo de estabelecer regras que norteiem a prática em saúde. O movimento neste sentido vem encontrando cada vez mais espaço, em um movimento de maior amplitude denominado bioética.

O presente ensaio busca caracterizar a bioética no que ela traz de novo na reflexão ética aplicada à saúde e contextualiza essa discussão na situação de nosso país. Acreditamos que um dos maiores obstáculos para o florescimento das reflexões éticas advindas da aplicação dos princípios da bioética seja a atual situação educacional da população brasileira, tendo reflexos nos próprios profissionais de saúde, em especial os denominados profissionais de nível médio.

Na primeira parte conceituaremos a bioética, buscando caracterizá-la como um movimento novo no cenário da ética aplicada às questões biomédicas. Nossa preocupação em tal conceitualização é chamar a atenção para alguns pré-requisitos necessários ao estabelecimento de regras ou normas éticas que visem nortear o trabalho em saúde.

Na segunda parte deste ensaio caracterizaremos o papel da educação, em particular do sistema de ensino, na conformação de sociedades aptas a deliberar sobre seus possíveis caminhos de desenvolvimento e aplicações tecnológicas. Ainda nesta parte do trabalho buscaremos caracterizar as conseqüências da ineficiência do sistema de ensino em nosso país, mais precisamente o sistema de ensino básico, que compreende o 1° e 2 ° graus de escolaridade.

Na terceira parte buscaremos problematizar a atual situação da força de trabalho em saúde de nível médio no que diz respeito a sua alienação[2] e a sua formação escolar.

Por último, na conclusão, à luz da discussão anterior, são colocados os principais desafios para a superação da situação e a possibilidade de desenvolvimento da bioética em nossa sociedade.

2 - Bioética: novas idéias e antigos ideais?

A bioética nasceu nos Estados Unidos da América entre o final dos anos 60 e começo dos anos 70. Inclui-se na denominada "ética aplicada" ou ética prática, juntamente com a ética dos negócios e a ética ambiental.

O termo "ética aplicada ou prática" consiste em "aplicar alguma teoria ética a um campo específico para ver quais são as prescrições concretas decorrentes de uma determinada teoria (Mori, 1994:334). A questão que se coloca é definir o que é ética. O filósofo Peter Singer, um dos principais representantes da

[2] Entende-se por alienação a formulação dada por Marx, sendo a ação pela qual um indivíduo, um grupo, uma instituição ou uma sociedade se tornam (ou permanecem) alheios, estranhos, enfim, alienados aos resultados ou produtos de sua própria atividade, e/ou à natureza na qual vivem, e/ou a outros seres humanos e também a si mesmos (às suas possibilidades humanas constituídas historicamente). (Bottomore,1988:5).

corrente da ética aplicada, nos sugere um caminho para essa definição começando a pontuar o que a ética **não é**. Assim, a ética não seria uma lista de proibições ligadas ao sexo (reservadas ao âmbito da moral), nem um sistema ideal de grande nobreza na teoria, porém inaproveitável na prática; nem algo inteligível somente no contexto da religião. Por fim, a ética não seria uma questão relativa ou à sociedade em que se vive ou a uma sociedade específica, sob risco, por exemplo, de se aceitar a escravidão por esta ser aceita em uma dada sociedade. Da mesma maneira, a ética não é uma questão restrita ao âmbito do subjetivismo que coloca os juízos éticos imunes à crítica e que, portanto, não haveria nenhum papel a ser desempenhado pela razão ou pelo argumento na ética (Singer, 1994:09-16).

A ética, por outro lado, ao longo da história do pensamento ocidental, esteve tradicionalmente ligada aos costumes, à dimensão do "dever ser" do agir humano, às proibições e prescrições comportamentais em sociedade (Schramm, 1993:52). Nesta perspectiva, a ética é relacionada à esfera das ações humanas julgadas "*segundo a perspectiva de serem boas, corretas, acertadas <...> à luz de uma vida humana boa e digna.*" (Zajdszadjer, 1993:15).

Alguns autores (Cohen & Segre, 1993; Schramm, 1993) estabelecem a necessidade de delimitar o campo da ética, no sentido de separá-lo do campo da moral. Esta delimitação é particularmente interessante, pois a tomada de decisão no trabalho em saúde, se de um lado necessita de determinadas regras de conduta, por outro exige a necessidade de autonomia do indivíduo, o seu livre arbítrio, que não se constitui, apenas, através de regras de conduta ou de valores morais.

A lei moral, ou seus códigos, são produtos da história da humanidade e, por isso mesmo, podem modificar-se de acordo com o contexto histórico determinado. "*A moralidade é um sistema de valores do qual resultam normas*

que são consideradas corretas por uma determinada sociedade, como por exemplo os Dez Mandamentos, os Códigos Civil e Penal etc." (Cohen & Segre, 1993:20). Segundo os autores, a moral pressupõe que seus valores não sejam questionados, sendo impostos à sociedade, sua desobediência pressupondo um determinado castigo. A ética, por sua vez, seria um princípio instituinte da própria vida humana e, portanto, da própria moral.

Utilizando-se de referenciais da teoria psicanalítica, esses mesmos autores definem o ser ético como aquele que tem a capacidade de percepção dos conflitos entre a razão e a emoção, vinculando o conceito de ética a essa capacidade, à autonomia e à coerência do indivíduo.

No que diz respeito ao exercício profissional o indivíduo, para ser ético,

> "*não basta ter o conhecimento do código de ética, pois a pessoa poderá atuar apenas de um modo moralista; são necessários a assimilação e o amadurecimento de certos conceitos do que é ser um 'ser humano', para que a pessoa evolua e se humanize*" (Cohen & Segre, 1993:23).

A apreensão dos conceitos a que se referem os autores estaria vinculada à oportunidade do indivíduo em assimilar o conhecimento acumulado pela humanidade de forma sistematizada, missão inerente ao sistema formal de ensino.

A ética, para Schramm (1993), por sua vez, estaria vinculada à responsabilidade e à liberdade do indivíduo para com o outro, entendido o "outro" não só como o seu vizinho, mas como todo ser senciente habitante no planeta Terra. Para o autor, a diferenciação entre o ser humano e o mundo animal se dá pela fundamentação ética, "*considerada do duplo ponto de vista da responsabilidade e da liberdade — responsabilidade para com o outro e liberdade de assumir ou não essa responsabilidade*" (p.56).

Colocada nestes termos, a ética seria um fenômeno inerente ao ser humano, instituinte da sua personalidade, o que não significaria, no entanto, que a pessoa já nasça ética, mas que ela se constrói eticamente. A estruturação ética do indivíduo vai ocorrendo juntamente com seu desenvolvimento, isto é, o processo de humanização traz a ética no seu bojo (Cohen & Segre, 1994:23).

O que a bioética traria de "novo" para a discussão ética contemporânea? Parece não existir consenso firmado a esse respeito. Para alguns autores, a bioética somente teria de novo o nome, um neologismo inventado pelo oncologista Van Rensslaer Potter em 1970, originalmente concebida como "nova ciência" com o objetivo "*de guiar o homem na sua relação com a natureza*" (Mori, 1994:334). A fundação, em 1971, do Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics atribuiu significado distinto ao termo bioética, onde não seria mais uma nova "ética científica", mas sim a ética aplicada a um novo campo de estudo, o campo médico e biológico (Mori, 1994:335). O autor ressalta, ainda, que o novo termo não agradou a muitos ou por questões semânticas ou porque o julgavam confuso (parecia indicar uma ética "especial" e não a aplicação da ética a um campo particular).

Mas afinal, voltando à pergunta anterior, o que a bioética traz de novo além do nome? A bioética articula diferentes campos disciplinares como o direito, a teologia, a antropologia, a ciência política, a economia, além, é claro, das ciências biomédicas (Garrafa, 1994:344). Mas a abordagem interdisciplinar por si só não se configuraria como a novidade colocada no cenário ético contemporâneo.

Uma das proposições mais difundidas é a de que a bioética nasceu para colocar limites éticos aos avanços tecnocientíficos. Para o bioeticista italiano Maurizio Mori, esta proposição seria inadequada por várias razões, dentre as quais destaca que nem Nuremberg colocou o problema dos limites éticos para

a ciência e a técnica (mas sim o problema do abuso da ciência cometido por um regime autoritário) e nem seria verdadeiro que a medicina norte-americana fosse muito mais avançada do que a de outros países ocidentais que exigissem barreiras éticas para a ciência (Mori, 1994:336).

Em suas considerações, Mori vincula a emergência da bioética menos ao progresso técnico em si ou às peculiaridades do ambiente acadêmico, mas sim ao processo de secularização difusa típica da cultura americana, a sua significativa heterogeneidade social e seu acentuado pluralismo, fenômenos estes aliados à atenção para com o respeito da autonomia individual verificado na tradição liberal norte-americana.

O autor remete a questão do surgimento da bioética à mudança profunda no "clima cultural" contemporâneo, onde códigos morais absolutos estariam em obsolescência, isto é, seu uso não estaria mais dando respostas às novas questões colocadas por e para toda a sociedade. O que estaria se verificando seria a falha de "*um princípio da sacralidade da vida humana que durante séculos tem informado a prática médica*" (Mori, 1994:338). Estariam na base da dissolução do princípio da sacralidade da vida pelo menos três fatores: a) a secularização difusa da cultura ocidental; b) os avanços técnicos que tornaram cada vez mais sutil e fugaz a diferença entre "natural" e "artificial"; e c) a noção de saúde que foi ampliada para além dos limites fisiológicos tradicionais, incluindo a dimensão do bem-estar físico, psíquico e social, utilizando-se dos termos que dão sustentação ao conceito de saúde dado pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata.

Segundo o autor, esse processo vem permitindo a emergência de valores que até então estavam subordinados a um único princípio absoluto (ou de autoridade) e que agora deixam essa posição de subordinação para assumirem

uma posição prioritária ou *prima-facie*. O princípio da autonomia do paciente é citado pelo autor como exemplo de valores colocados nessa posição.

Antes de representar "velhos ideais", a bioética nasceria para individualizar novas hierarquias de deveres e estabelecer qual seria o papel da autonomia com relação aos outros princípios *prima-facie* (justiça, benevolência etc.). O abandono do Princípio da Sacralidade da Vida (PSV) implica, ainda segundo Mori, um salto de perspectiva, obrigando-nos a redescrever as situações e a rever a realidade de maneira diferente da visão tradicional.

O autor ressalta que se deva reconhecer que a medicina está numa virada radical na sua história e o abandono do PSV implica repensar radicalmente os próprios objetivos da medicina. "*Se a ética médica dos anos 1950 é a aplicação da ética tradicional (com deveres absolutos) ao âmbito médico, a bioética é a aplicação da 'nova ética' (sem deveres absolutos) a esse âmbito*" (Mori, 1994:339).

A saúde, segundo ele, deixou de ser algo fruto da sorte ou de alguma outra entidade transcendente (Deus, Providência etc.), como outrora, para se tornar cada vez mais uma condição controlável pelo homem e sujeita à sua responsabilidade, sendo que o apelo à natureza como base para soluções normativas não mais se aplicaria bem como idéia de as normas morais serem independentes da vontade humana. Como veremos adiante, os princípios subjacentes à bioética como a beneficência, a não-maleficência, o direito à autonomia e à justiça nem sempre são aplicados sem conflitos entre si, por isso mesmo são considerados princípios *prima-facie*, ou seja, que admitem exceções. Deriva daí a necessidade do profissional de saúde saber realizar julgamentos para cada caso específico. Para além de julgamentos pré-concebidos em valores morais tradicionais, o profissional deve estar preparado para lidar com as novas situações colocadas.

2.1 - A teoria dos quatro princípios

A teoria dos quatro princípios foi desenvolvida por Tom L. Beauchamp e Jim Childress nos Estados Unidos da América há duas décadas (Gillon, 1994). Os quatro princípios são:

a) beneficência - obrigação de prover benefícios e avaliá-los com as possibilidades de riscos ou agravos;
b) não-maleficência - obrigação de evitar danos ou agravos;
c) respeito à autonomia - obrigação de respeitar a capacidade de decisão e de autonomia das pessoas; e
d) justiça - obrigação de ser justo na distribuição de benefícios e de não causar riscos ou agravos (Beauchamp, 1994:3).

A teoria dos quatro princípios, no que diz respeito ao escopo de suas aplicações, pode ser vista como abrangendo a maioria ou mesmo todas as questões morais que se aplicam aos cuidados de saúde.

A justificativa para a escolha dos quatro princípios como referência por seus idealizadores se dá, de um lado, pelo aspecto histórico, pois alguns desses princípios estariam profundamente enraizados na tradição médica da ética aplicada à assistência à saúde (beneficência e não-maleficência) e, por outro, porque esses princípios apontariam para uma parte importante da moralidade que tem sido tradicionalmente negligenciada na ética em saúde e que agora necessita ser colocada em primeiro plano (Beauchamp, 1994: 4).

O princípio de beneficência talvez seja o que mais carregue consigo a tradição da profissão médica e a meta da dedicação profissional. Expressa, em última instância, a obrigação de ajudar os outros através de técnicas terapêuticas e remoção de agravos ou riscos à saúde. Esse princípio potencialmente demanda mais especificidades de formação dos profissionais de saúde do que

o princípio da não-maleficência, porque requer medidas positivas de auxílio e não meramente a remoção de possíveis causas de agravos à saúde. É preciso que se tenha a certeza de que realmente pode-se prover os benefícios que se professa e estar apto a fazê-lo. Gillon (1994) chama a atenção sobre esta questão, afirmando a necessidade de rigoroso e efetivo programa de educação e treinamento que acompanhe toda a vida profissional daqueles que se dedicam à assistência à saúde.

O princípio de não-maleficência tem sido associado na prática médica com a injunção *"primum non nocere"*, ou seja, acima de qualquer coisa não causar mal ao paciente (Beauchamp, 1994:5). O autor ressalta que Hipócrates proclamava o dever da beneficência associado ao dever da não-maleficência e que a tradição médica, a partir de então, negligenciou a vontade do paciente em função do melhor interesse do médico (ou paternalismo médico).

A questão da autonomia do paciente associada ao princípio da beneficência e da não-maleficência foi primeiramente colocada nos países de língua inglesa por Thomas Percival, no século XIX. Seu trabalho serviu de modelo para o primeiro código de ética da *American Medical Association* em 1847 (Beauchamp, 1994:5).

Em anos recentes, a idéia que tem emergido largamente em trabalhos de direito e de filosofia é que o modelo apropriado para a responsabilidade moral do médico deve ser entendido menos nos termos dos ideais tradicionais de beneficência médica e mais nos termos dos direitos dos pacientes, dentre os quais destacam-se a autonomia baseada na veracidade das informações a respeito da situação clínica do paciente (consentimento informado) bem como sua confidencialidade e privacidade.

Entre as habilidades práticas requeridas ao trabalhador de saúde para cumprir o direito ao respeito à autonomia do paciente está a capacidade de comunicação, ou seja, a arte de escutar tão bem quanto falar. Pelo lado do paciente, ou de seus familiares, há a necessidade de conhecer os seus direitos e possuir um mínimo de conhecimentos para que, de fato, se estabeleça uma relação comunicativa.

Finalmente, o princípio da justiça tem se configurado nos últimos anos a partir de movimentos sociais, conformando os novos direitos civis. Influências dos movimentos das "minorias", das mulheres, dos consumidores, dos sem-teto, dos doentes mentais etc. vêm determinando novos componentes na assistência à saúde. São exemplos dessas novas demandas os direitos reprodutivos, o direito ao acesso aos métodos contraceptivos, o direito ao acesso ao aborto, à eutanásia, à informação, ao acesso aos serviços de saúde e, não menos importante, o direito contra a experimentação científica em seres humanos.

Beauchamp (1994) ressalta que o modelo proposto não deve ser concebido nem como regras ditadas pela prática nem como prescrições absolutas. Seriam princípios *prima facie* e a transgressão de qualquer um deles só seria justificada em situações em que um deles entre em conflito com outro. O autor cita que a maioria de conflitos de valor ocorre entre os princípios da autonomia e da beneficência, apesar de ambos se constituírem em princípios morais válidos e estarem no topo da hierarquia de importância na ética aplicada à assistência à saúde. Para infringir um princípio moral ou uma regra deve-se ter uma boa justificativa e a forma de transgressão escolhida precisa se constituir como a última escolha possível.

A teoria ética utilizando os quatro princípios é um convite à argumentação lógica, não existindo nenhum ponto de vista canônico para a bioética. A

reflexão filosófica dos valores pré-existentes em situações específicas demanda, como destacado anteriormente, maior competência no processo de formação dos profissionais, de um lado e, por outro, maior capacidade de discernimento por parte da população. Neste sentido, o aparato educacional da sociedade assume posição estratégica na consolidação de valores socialmente aceitos e respeitados. Infelizmente, na sociedade brasileira, lidamos com uma herança perversa advinda da ineficiência do sistema de ensino.

3 - O sistema de ensino básico brasileiro: a "marcha da insensatez"

A educação, representada pelo acesso ao ensino básico de qualidade, foi, e continua sendo, um valor social e bandeira específica em lutas sociais como a Revolução Francesa, o movimento bolchevique de outubro de 1917 e, mais recentemente, inscrita em diferentes sociedades como direito do ser humano (inclusive no Brasil, através da Constituição Federal).

A situação do ensino brasileiro, entretanto, configura-se como verdadeiro produto da insensatez política — utilizando os termos de Barbara Tuchman (1989) — onde os homens com poder de decisão política agem de forma contrária àquela apontada pela razão e conduz a resultados contraproducentes. Mas antes de entrar na análise de alguns indicadores do sistema educacional brasileiro, coloca-se a tarefa de estabelecer a importância da educação nas sociedades contemporâneas, tendo por referência as mudanças sociais e tecnológicas verificadas nas últimas décadas, dentre as quais já foi destacado o próprio movimento da bioética.

3.1 - Educação e sistema escolar

Os avanços tecnológicos que se processam nas sociedades contemporâneas apontam na direção da substituição da divisão *taylorista* de tarefas por atividades integradas, realizadas em equipe ou individualmente, exigindo do

trabalhador uma visão global do processo de trabalho em que está inserido, autonomia, iniciativa e maior capacidade de resolver problemas. Esses novos requerimentos do processo produtivo remetem para a educação, mediante o ensino na escola, a responsabilidade de propiciar um sólido domínio dos códigos instrumentais das linguagens específicas, da matemática e de conteúdos científicos (Mello, 1991:10).

Neste sentido, a aquisição de conhecimento pode ser traduzida pela aquisição de noções corretas sobre a origem, a produção e a mudança do mundo físico e da vida social; pelo domínio da linguagem como ferramenta para organizar e expressar o próprio pensamento, as próprias emoções e compreender as expressões dos outros; pelo domínio de outras formas de comunicação e expressão humanas como música, literatura, imagens e, ainda, pela apreensão de noções corretas de grandezas, números e quantidades que sirvam de base ao desenvolvimento do raciocínio abstrato, lógico, formal e matemático (Mello, 1990:30).

Percebe-se que as questões apontadas têm identidade muito próxima ao que se poderia esperar de uma escola de primeiro e segundo graus, posto que as deficiências nesses níveis de ensino repercutem diretamente na capacidade do indivíduo em interagir como sujeito na sociedade, isto é, como autêntico **cidadão**.

Por sua vez, alguns consensos parecem estar se firmando no que diz respeito à formulação de políticas educacionais, destacando-se:

1º) a educação passa definitivamente a ocupar, juntamente com a política de ciência e tecnologia, lugar central e articulado na pauta das políticas de Estado, como fator importante para a qualificação dos recursos humanos requeridos

pelo novo padrão de desenvolvimento, no qual a produtividade e a qualidade dos bens e produtos são decisivos para a competitividade internacional[3];

2º) a educação é parte indispensável do esforço para tornar as sociedades mais igualitárias, solidárias e integradas;

3º) a aquisição de conhecimentos básicos e de habilidades cognitivas, objetivos tradicionais do ensino, constituem condição indispensável para que todas as pessoas consigam, de modo produtivo, conviver em ambientes saturados de informações, tendo capacidade para processar e selecionar o que é relevante;

4º) o conhecimento, a informação e uma visão mais ampla dos valores são a base para a cidadania em sociedades plurais, cambiantes e cada vez mais complexas, nas quais a hegemonia do Estado, dos partidos políticos ou de um setor social específico tende a ser substituída por equilíbrios instáveis, que envolvem permanente negociação dos conflitos para o estabelecimento de consensos (Mello, 1991:13-14).

De fato, as questões colocadas em cena demonstram que a educação e, principalmente, o aparato escolar, assumem posição estratégica para o desenvolvimento pleno e consciente da cidadania. No entanto, a "marcha da insensatez" dos governos que assumiram a direção do país nas últimas décadas deixaram como legado desafios fundamentais para superar uma situação de descaso com o ensino básico no país.

[3] Além da competitividade internacional, torna-se importante também citar neste contexto o movimento dos direitos do consumidor, respaldado por legislações específicas na maioria dos países ocidentais, inclusive o Brasil.

3.2- Sistema de Ensino no Brasil: a exclusão pela base

É inegável o esforço empreendido para a ampliação das oportunidades de acesso ao ensino fundamental (ensino de 1º grau) em nosso país. A taxa de participação na primeira série deste nível de ensino passou de cerca de 65% em fins da década de 30 a quase 95% no início dos anos 90, às custas principalmente da participação do setor público. O crescimento da oferta de vagas para o ensino fundamental ocorreu justamente num período marcado por acelerado crescimento demográfico, intensos fluxos migratórios, acentuada urbanização e industrialização (Mello, 1991:15).

Se de um lado o acesso às escolas foi assegurado através da expansão quantitativa de escolas — 88,5% dos jovens entre 7 e 14 anos (24,8 milhões) estavam cursando alguma das oito séries do 1º grau em 1993[4] — não se garantiu, por outro, a conclusão do ensino obrigatório (oito primeiras séries do 1º grau). A qualidade do ensino ministrado, pelo menos nas escolas públicas, dada tanto pela formação do professor quanto pela infra-estrutura implantada, tem ocupado importante espaço no debate sobre os rumos da educação no país. As altas taxas de repetência e de evasão escolar estariam diretamente vinculadas às precárias condições de funcionamento em que se encontram as escolas de 1º e 2º graus (Ribeiro, 1991:77-80).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Educação revelou que os alunos que conseguem concluir o 1º grau levam em média 9,6 anos para fazê-lo. A mesma pesquisa revelou, através de exames aplicados em alunos da sétima série, que menos de 1% assimila 80% dos conteúdos básicos de matemática e ciências. Em português, a taxa sobe para 6,5%.

[4] Pesquisa realizada pelo Ministério da Educação divulgada no jornal O Globo, do Estado do Rio de Janeiro, no dia 09 de julho de 1995.

As taxas de repetência, por sua vez, são excessivamente altas para todas as séries do 1º grau e representam, na atualidade, o maior empecilho para a universalização do ensino fundamental em nosso país, dado que as vagas para a 1ª série do 1º grau são, em sua grande maioria, ocupadas pelos alunos repetentes. Tal fato desloca a questão de construção de novas escolas para a questão da qualidade e pertinência do ensino ministrado com o objetivo de reverter as altas taxas de repetência neste nível de ensino (Ribeiro, 1991:77-80).

As dificuldades no ensino de 1º grau têm repercussão direta no ensino de 2º grau, particularmente na participação deste grau: a proporção de matrículas de 2º grau no total de matrículas do país sofreu uma queda, ao longo da década de 80, passando de 10 para 9,5%, quando o que se esperava era justamente o aumento desta proporção, tal como verificado em alguns países latino-americanos como Chile e México (*Ibidem*).

Para aqueles que não conseguem completar o ensino fundamental na idade apropriada, resta a opção dos cursos supletivos, em sua maioria privados e de horário noturno, pois que grande parte desse contingente já se encontra, formal ou informalmente, inserido no mercado de trabalho.

Em condições de bastante precariedade, tais cursos acabam por cumprir a sua função de dar continuidade à velha tradição no Brasil de um ensino pago de segunda categoria, predominantemente ministrado às classes subalternas (Freitag, 1987:123).

Por trás das estatísticas que dão a dimensão da iniqüidade do sistema de ensino em nosso país, desenvolve-se um drama cotidiano de centenas de milhares de crianças cujas famílias valorizam a escola, esforçam-se para ali mantê-las e que, ano a ano, defrontam-se com o fracasso, incorporando-o em

suas vidas. Para a sociedade, acaba sendo "normal" a permanência de gerações e gerações de jovens e adultos que se consideram fracassados ou, pelo menos, incapazes de adquirir habilidades intelectuais básicas.

Pode-se dizer que a formação desses indivíduos, sob o ponto de vista cognitivo, de domínio de conhecimentos, de habilidades, de compreensão de idéias e valores está séculos de distância das necessidades que a revolução tecnológica e o exercício da cidadania estão apresentando à sociedade (Mello, 1991:23).

É certo que tais transformações vêm ocorrendo com mais intensidade no setor industrial, mas a área de serviços também vem incorporando inovações tecnológicas e de organização do trabalho. As carências cognitivas dos trabalhadores de saúde, principalmente os de nível médio, constituem sério obstáculo a uma real mudança na forma de operar os diferentes serviços de atenção e assistência à saúde.

4 - Processos de formação e qualificação do pessoal de nível médio para a saúde

Pela legislação de ensino vigente, o trabalhador de nível médio é aquele que recebeu, após ter cumprido a escolaridade de 1º grau (oito séries), uma habilitação profissionalizante de 2º grau, por via regular ou supletiva. O trabalhador de nível elementar é aquele que possui apenas o 1º grau de escolaridade.

As habilitações profissionais técnicas e auxiliares estão restritas ao 2º grau de escolaridade. No entanto, algumas delas são reconhecidas por órgãos representativos de determinadas categorias profissionais (como os Conselhos Regionais de Enfermagem, por exemplo) que consideram suficiente, para o nível de auxiliar, apenas o 1º grau.

O nível de 2º grau possibilita, portanto, formar **técnicos** (habilitação plena) ou **auxiliares** (habilitação parcial). O que distingue esses patamares é a carga horária. Para os primeiros exige-se um mínimo de 2.200 horas, das quais pelo menos 1.200 são de conteúdo profissionalizante; os auxiliares, por sua vez, se obrigam a uma carga mínima de 2.200 horas, com pelo menos 300 de conteúdo profissionalizante.

O exame de "suplência profissionalizante" constitui outra alternativa para se obter uma habilitação de 2º grau. Esta modalidade permite diplomar o indivíduo que tenha no mínimo dois anos de trabalho em instituições de saúde, desde que satisfeito o cumprimento das disciplinas da chamada educação geral, por via regular ou supletiva. Trata-se de uma formação não-regular que depende de autorização e reconhecimento por parte do sistema educacional, via Conselho Estadual de Educação (Nogueira & Santos, s/data:03).

O sistema de ensino regular, no que tange à formação de técnicos e auxiliares, mantém a tendência em formar pessoal fundamentalmente para os setores primário e secundário da economia. São exemplos as Escolas Agrotécnicas e as Escolas Técnicas Federais, as primeiras diplomando técnicos na área de agronomia e as segundas nas áreas de metal-mecânica e eletro-eletrônica.

No setor serviços, onde se situa a saúde, a formação de pessoal se dá principalmente através do ensino de suplência, sendo que na modalidade de ensino regular prepondera a formação para as habilitações de enfermagem e patologia clínica (Santos, 1993).

A reforma do ensino de primeiro e segundo graus, promovida pela Lei nº. 5.692/71, estabeleceu a compulsoriedade da profissionalização nesse último nível de ensino. A proposta, entretanto, não levou em consideração a infra-estrutura da rede de ensino para operacionalizar a profissionalização nem a valorização

social dada ao ensino de terceiro grau. As resistências de diversos setores da sociedade (professores, empresários do ensino, estudantes, técnicos em educação) por ocasião do processo gradual de abertura democrática então vigente no país, determinou a edição da Lei nº. 7.044/82. A partir desta lei a **qualificação para o trabalho** (antes visada pela Lei nº. 5.692/71) foi substituída pela **preparação para o trabalho**, eliminando-se a obrigatoriedade da habilitação profissional no 2º grau (Cunha, 1985:71). As mudanças perpetradas no sistema de ensino pela Lei nº. 5.692/71, entretanto, fizeram com que o ensino ministrado decaísse em qualidade. Como registra Cunha, "*as escolas públicas de 2º grau foram desorganizadas, seus currículos transformaram-se num amontoado de disciplinas, onde se misturam as concepções positivistas do Conselho Federal de Educação com pendurícalhos dos interesses do momento, como a educação moral e cívica.*" (1985:71).

O esvaziamento curricular promovido pela reforma da Lei nº. 5692/71 afetou principalmente as disciplinas da área de humanas; em especial, retirou do currículo a disciplina de filosofia. Os prejuízos daí advindos ainda carecem de maiores avaliações; no entanto, já é forte, atualmente, o movimento de reintrodução dessa disciplina nos currículos do ensino básico, uma vez que é fato a importância da filosofia para um melhor posicionamento diante do mundo e da vida, possibilitando o ajuizamento dos valores sociais constituídos.

A discussão em torno da reformulação do atual sistema de ensino deve ter por objetivo central a configuração de um modelo educacional que não se restrinja a ser apenas um sistema prioritariamente baseado em aprendizagem de conhecimentos práticos e possa se converter em um processo que permita ao homem servir à sociedade e responder às necessidades sociais de acordo com a sua qualificação (Schraiber, 1994:170). O mercado de trabalho de pessoal de nível médio em saúde, ao longo das últimas quatro décadas, porém, não teve

por critério de incorporação o nível de escolaridade e a qualificação profissional.

A categoria que teve maior incorporação ao mercado de trabalho foi a de atendente de enfermagem. Em 1980, esta categoria representava 71,24% do total de empregos de nível médio e elementar na saúde e sua principal característica é justamente a falta de qualificação profissional e baixa escolaridade. O agravante, nessa situação, é que o atendente, em geral, assume tarefas importantes na assistência, notadamente a médico-hospitalar. É patente a noção de que o trato direto com o paciente internado exige determinadas habilidades técnicas e cognitivas dificilmente alcançadas em programas esporádicos e superficiais de treinamento em serviço. A preocupante falta de qualificação desse contingente obrigou a regulamentação da categoria de enfermagem, através de lei de exercício profissional[5].

Essa característica do atendente de enfermagem é encontrada também em outras categorias de nível médio que atuam nas áreas diagnóstico-terapêutica (laboratoristas, operador de equipamentos médico-hospitalares etc.) e de apoio administrativo (Girardi, 1991:44).

Análises existentes sobre o aumento da força de trabalho sem qualificação formal o vinculam ao próprio crescimento do setor hospitalar privado, uma vez que a "lógica do setor privado foi sempre rebaixar os salários dos profissionais na utilização dos atendentes e o descaso pelos profissionais qualificados de nível médio" (Médici, 1987:41).

[5] Em 1986 foi regulamentada a profissão de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, através da Lei nº 7498/86. Sobre esse processo ver LORENZETTI, J. A "Nova" Lei do Exercício Profissional da Enfermagem: uma análise crítica. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. 40 (2/3): 167-176, 1987.

No decorrer da década de oitenta, ainda que a partir de uma política direcionada para o fortalecimento do setor público, verificou-se a mesma tendência de privilegiar a contratação de pessoal sem a devida qualificação profissional. Associam-se a esse fenômeno não só o rebaixamento dos custos, mas também a característica de contratação de pessoal como mecanismo clientelístico de políticos locais.

Algumas tendências quanto à distribuição, composição e modos de utilização da força de trabalho para os anos noventa no Brasil foram apontadas por Girardi (1991:42), destacando-se: forte concentração geográfica e social; grande participação das mulheres no setor; centralização e hegemonia dos profissionais médicos; baixa qualificação do pessoal auxiliar; baixos salários; assalariamento e degradação do trabalho médico.

A incorporação de tecnologias, por sua vez, tem introduzido algumas modificações na composição dessa força de trabalho. A relação entre tecnologia e processo de trabalho em saúde não ocorre como em outros ramos de atividade, nos quais a tendência mais comum é a de associar incorporação de tecnologia com liberação de força de trabalho. Em saúde, no entanto, pode-se identificar duas formas de atuação do progresso técnico:

a) nos meios diagnósticos e terapêuticos;
b) nos atos cirúrgicos e na relação ambulatorial de atendimento médico.

No primeiro caso, o que se observa é que o progresso técnico tem atuado no sentido convencional de economizar força de trabalho. A automação dos laboratórios de análises clínicas, por exemplo, através da criação de processos que permitem leitura, classificação e análise das amostras de sangue por computador, reduziu os postos de trabalho de laboratoristas nos últimos anos. O mesmo vem ocorrendo no setor de imagem, onde equipamentos mais

modernos de raios-x têm eliminado mão-de-obra, tanto na operação do equipamento como na revelação da chapa.

No processo de trabalho médico, seja no ambulatório, seja na cirurgia, o mesmo fenômeno não vem sendo observado. Os novos equipamentos utilizados para melhorar determinado diagnóstico (caso de tomógrafos computadorizados e de ressonância magnética) não eliminam o médico e até fazem surgir um novo tipo de profissional para operar esses equipamentos (Médici, 1992:70-71).

Temos, portanto, de um lado, contingente expressivo da população que não teve acesso ao conhecimento sistematizado da escola e, de outro lado, também um contingente relativo de trabalhadores de serviços de saúde com precária instrução e formação profissional. As mudanças que poderão vir ou que já se anunciam no processo de trabalho em saúde correm sérios riscos de serem implementadas sem a devida reflexão crítica no sentido de trazerem, de fato, benefícios aos seus usuários ou, mesmo, segurança a quem trabalha na área.

5 - Conclusão

A Bioética emerge no cenário de secularização das sociedades onde valores morais absolutos são insuficientes para lidar com as novas situações criadas pela tecnociência. Configura-se, portanto, não apenas como um movimento no sentido de instituir limites éticos aos avanços tecnocientíficos, mas abre perspectivas para uma mudança profunda no "clima cultural" contemporâneo, onde códigos morais antes absolutos não mais respondem aos desafios da humanidade em seu processo histórico de tecno-socialização, característico desse final de século.

Vimos que, para alguns autores, a Bioética seria, na atualidade, a maior mudança cultural das últimas décadas depois da enorme difusão da informação e do computador (Mori, 1994). No campo da saúde, os princípios de beneficência, de não-maleficência, de respeito à autonomia e de justiça, antes de serem entendidos como regras ditadas para a prática, constituem-se referências fundamentais para tomada de juízo através de nossos dilemas morais, no sentido de oferecer caminhos de resolução de problemas práticos específicos. É neste sentido que questões como o direito ao aborto, à procriação assistida, à eutanásia voluntária ativa, à aplicação da engenharia genética no ser humano configuram casos onde os princípios da Bioética se aplicam.

A Bioética, no entanto, não se restringe apenas a esses casos de fronteira ou de limites da tecnociência. Situações como a má assistência à saúde ou mesmo inexistência dessa assistência para contingente expressivo da população, iatrogenias, "cacotanásias" (Berlinguer, 1993), carências nos mais diferentes níveis de vida estão a colocar desafios de ética prática para toda a sociedade brasileira.

Buscamos argumentar no presente ensaio que um dos maiores e mais importantes obstáculos ao florescimento da discussão e aplicação dos princípios da Bioética em nosso país encontra-se no fracasso do sistema de ensino em prover educação básica plena e de qualidade, trazendo reflexos, também, para grande contingente de trabalhadores de saúde. As estatísticas disponíveis sobre a educação no Brasil apontam para um cenário sombrio que inviabiliza o texto constitucional no que diz respeito ao direito de todos à saúde e à Lei Orgânica da Saúde, que prevê a mais ampla participação social no setor. Afinal, a participação popular em qualquer processo político que vise a

concretização de objetivos exige o pré-requisito indispensável da informação, do conhecimento, do preparo, da educação (Garrafa, 1994:350).

O desafio para o movimento sanitário é somar esforços com outros movimentos sociais organizados no sentido da conquista de uma educação acessível a todos e de qualidade nos seus diferentes níveis, concomitante ao estabelecimento de um processo educacional que vise formar e atualizar os trabalhadores dos serviços de saúde.

6 - Bibliografia

BEAUCHAMP, T.L. The 'Four Principles' Approach. *In*: GILLON, R. *Principles of Health Care Ethics*. New York: John Wiley & Sons Ltd., 1994.

BERLINGUER, G. *Questões de Vida: Ética, Ciência e Saúde*. Salvador-São Paulo-Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

COHEN, C. & SEGRE, M. Breve Discurso sobre Valores, Moral, Eticidade e Ética, *Bioética*, São Paulo, v. 2, p. 19-24, 1994.

CUNHA, L.A. & Góes, M. de. *O Golpe na Educação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985, p.71.

FREITAG, B. *Política Educacional e Indústria Cultural*. São Paulo: Cortez, 1987.

GILLON, R. Medical Ethics and the Four Principles *In:* GILLON R. *Principles of Health Care Ethics*. New York: John Wiley & Sons Ltd., 1994.

GIRARDI, S.N. La Fuerza de Trabajo En El Sector Salud: elementos teóricos e evidencias empiricas, *Educación Médica y Salud*, Washington, v. 25, n. 1, p. 37-47, 1991.

GARRAFA, V. Bioética, Saúde e Cidadania, *Revista Humanidades*, Brasília, v. 9, n. 4, p. 343 - 351, 1994.

GONÇALVES, E. L. Situações Novas e Novos Desafios para a Bioética, *Bioética*, São Paulo, v. 2, p. 13-18, 1994.

JORNAL O GLOBO, Domingo, 09 de julho de 1995. 1° Caderno, p. 3.

LORENZETTI, J. A "Nova" Lei do Exercício Profissional da Enfermagem: uma análise crítica, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 40, n. 2/3, p. 167-176, 1987.

MÉDICI, A.C. A Força de Trabalho em Saúde no Brasil dos Aos 70: Percalços e Tendências. *In: Textos de Apoio: Planeamento I : Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1987, p.41-42.

_____. Saúde e Crise da Modernidade: caminhos, fronteiras e horizontes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 2., p. 49-78, 1992.

MELLO, G.N. de. *Social democracia e educação: teses para discussão*. Cortez, São Paulo: Autores Associados, 1990.

_____. Políticas Públicas de Educação. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 5, n. 12, p. 7-47, 1991.

MORI, M. A Bioética: sua natureza e história, *Revista Humanidades*, Brasília, v. 9, n. 4, p. 332-341, 1994.

NOGUEIRA, R.P. e SANTOS, I. *Formação de Pessoal de Nível Médio na Área de Saúde*. mimeo, s/data, 12p.

RIBEIRO, S.C. A Pedagogia da Repetência. *Estudos em Avaliação Educacional*, São Paulo, v. 4, jul/dez, p. 77-92, 1991.

SCHRAMM, F.R. A Dimensão Ética do Trabalho em Saúde. *In*: Cardoso de Mello, J. *Educação: Razão e Paixão*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1993, p.51-63.

SCHRAIBER, L.B. Formación Escolar, Capacitación Profesional y Calidad de los Servicios de Salud, *Educación Médica y Salud*, Washington, v. 28, n. 2, p. 157-170, 1994.

SINGER, P. *Ética Prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

TOFFLER, A. *Powershift: As Mudanças do Poder*. Rio de Janeiro: Record, 1993.

TUCHMAN, B. W. *A Marcha da Insensatez: de Tróia ao Vietnã*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1989.

ZAJDSZNAJDER, L. É a Ética uma Ciência? *In:* Conselho Federal de Medicina, *Desafios Éticos*, Brasília, 1993, pp.15-19.

SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS

1. APRESENTAÇÃO DE TEXTOS

Os textos, quando entregues ao Depto. de Publicações do Instituto de Medicina Social da UERJ, devem atender às seguintes exigências:

a) estar escritos na língua portuguesa e tratar de temas ligados, preferencialmente, à saúde e políticas públicas e sociais;
b) ser apresentados em disquetes 3½, acompanhados de 3 (três) cópias em papel, tendo sido digitados em *Word for Windows;*
c) constar de no mínimo 20 e no máximo 70 laudas (30 linhas com 70 toques por linha); casos excepcionais serão julgados pela Editoria da Série;
d) estar acompanhados de resumos em português e em inglês, com 100 a 200 palavras cada, e apresentarem um mínimo de três palavras-chave descritoras do conteúdo, também em português e em inglês;
e) estar acompanhados de apresentação dos autores (qualificação profissional e vínculos institucionais);
f) as NOTAS deverão ser apresentadas no pé das páginas e as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS deverão ser apresentadas ao final do artigo, em páginas específicas destinadas a este fim;
g) as NOTAS deverão ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos;
h) os GRÁFICOS e TABELAS deverão ser numerados consecutivamente, em algarismos romanos;
i) poderão ser feitas citações no texto, somente indicando o último sobrenome do autor citado, o ano de publicação e página (quando for o caso), entre parênteses. Ex.: (Litton, 1983, p.75);
j) as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação das obras, de acordo com as normas da ABNT. Exemplos:

Para livros

DIAS, Gonçalves. *Gonçalves Dias*: poesia. Organizada por Manuel Bandeira; revisão crítica por Maximiano de Carvalho e Silva. 11 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1983. 87 p. (Nossos Clássicos, 18)

Para artigos

MOURA, Alexandrina Sobreira de. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência e Trópico*, Recife, v. 11, n.1, p. 71-78, jan./jun. 1983.

Para capítulos de livros

LAYTON, E. Conditions of technological development. In: SPIEGEL, Ina, PRICE, Derek de Solla. *Science, technology and society*; a cross-disciplinary perspective. California, Sage, 1977. p. 197-222.

Para trabalhos publicados em Anais

CORDEIRO, Rosa Inês de N. Descrição e representação de fotografias de cenas e fotogramas de filmes: um esquema de indexação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 16. 1991. *Anais*... Salvador: APBEB, 1991. v. 2, p. 1008-1022.

2. INDICAÇÃO E PARECER EDITORIAL

a) os textos, quando de autoria de alunos, deverão estar acompanhados de indicação para publicação, por escrito, emitida por professor do IMS;
b) todos os textos apresentados para publicação serão submetidos a parecer de pelo menos um membro do Conselho Editorial ou de consultor que a Editoria da Série considere oportuno convidar, de acordo com suas especificidades. A indicação apontada no item 2.a) não exclui a emissão do parecer aqui referido.

3. REVISÃO E AJUSTES DOS TEXTOS

a) nos casos de aprovação com ressalvas, os textos serão devolvidos aos autores para revisão e alteração, a serem realizadas no prazo máximo de 10 (dez) dias;
b) após aprovação para publicação, os textos serão submetidos a profissional qualificado para dar procedimento ao copidesque, que deverá ser revisto pelos autores no prazo máximo de 5 (cinco) dias;
c) os textos alterados ou revisados, devolvidos pelos autores em prazos superiores aos determinados nos itens 3.a) e 3.b), serão publicados de acordo com novo cronograma de produção a ser definido pela Editoria da Série.

4. PRIORIDADE

Será prioritária a publicação de textos de autoria de professores e alunos do Instituto de Medicina Social da UERJ.

5. EXEMPLARES PARA OS AUTORES

Os autores terão direito a 10 (dez) exemplares gratuitos dos números da Série em que constem seus textos.

6. CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão analisados pelo Editor da Série.