

BIOÉTICA Y PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA BRASILEÑA

José Eduardo De Siqueira¹

RESUMEN

La enseñanza de ética/bioética en las escuelas de medicina del país, todavía se caracteriza por una visión marcadamente deontológica, que no atiende más a las necesidades exigidas actualmente en la formación del profesional de medicina. La búsqueda de respuestas a los nuevos desafíos de la contemporaneidad tendrá que pasar no solamente por la reestructuración del aparato formador, sino también, y particularmente, por la identificación de una metodología de enseñanza que atienda a las auténticas postulaciones de la sociedad moderna. Sobre todo, deberá privilegiar el respeto a la autonomía del ser humano enfermo, en su compleja realidad biopsicosocial y espiritual

PALABRAS CLAVE: Ética. Bioética. Deontología. Enseñanza Médica

ABSTRACT

Ethics /bioethics as taught in medical schools throughout Brazil is still characterized by a markedly deontological view that no longer meets current professional education needs. The search for answers to contemporary challenges must include not only the restructuring of the educational system, but also the identification of a teaching methodology that satisfies the authentic postulation of a modern society .It must ,above all, privilege and respect the autonomy of the diseased human being in his complex biological, psychological, social and spiritual reality.

KEY WORDS: Ethics. Bioethics. Deontology. Medical Teaching

¹ **Profesor de Clínica Médica y Bioética de la Universidad Estatal de Londrina; Miembro del Board de la International Association of Bioethics; Presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética. E-mail: jtsique@sercomtel.com.br**

I: PATERNALISMO MÉDICO: GLORIA Y OCASO

Juramento Hipocrático, probablemente el más antiguo texto moral que la humanidad conoce, es repetido en cada ceremonia de conclusión del curso de medicina, en todas partes del mundo occidental y presenta la siguiente introducción: "Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higea y Panacea, así como por todos los dioses y diosas dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo a mi criterio el juramento y compromisos que siguen:...".

El énfasis en el criterio de decisión particular del médico, desconsiderando la opinión del paciente, está presente en varios textos de Hipócrates. En el texto "Sobre la Decencia", así se expresa el padre de la Medicina en relación con el comportamiento médico, delante de sus pacientes: "Haz todo eso con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura; y distrae su atención, repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar, ni su estado actual". (TRATADOS HIPOCRÁTICOS, 1983)1.

Se comprende mejor el contenido moral del juramento hipocrático cuando lo enfocamos como expresión cultural de Grecia Antigua, sociedad regida por una Ley Natural que reconocía todas las manifestaciones de la vida como dependientes de preceptos teleológicos. El ejercicio de la medicina, por lo tanto, era una especie de sacerdocio y los médicos serían mediadores entre los dioses y los hombres.

Los médicos hacían parte de una categoría especial de personas, juntamente con gobernantes, sacerdotes, jueces y monarcas que, en cierta medida, eran hombres divinos. A ellos les era permitido, en determinadas circunstancias, hasta mentir. En "La República", Platón afirma que: "La verdad merece ser estimada sobre todas las cosas (...) La mentira es algo que aunque para nada sirva a los Dioses, puede ser útil a los hombres, como en la medicina. Está claro que debe ser reservada a los médicos (...) "Por lo tanto, para algunos dignatarios de la "polis" griega sería lícito faltar con la verdad, entretanto, "ninguna otra persona está autorizada a hacerlo". (PLATÓN, 1969)2.

Galeno de Pérgamo, el último médico filósofo, fallecido en el año 200 de nuestra era, en “Comentarios al Libro de las Epidemias de Hipócrates” considera que “(...) si el enfermo no admira al médico como a un Dios, no aceptará sus prescripciones” . (GRACIA, D.1989)3.

Larga vida tuvo el paternalismo médico siempre modelado por el principio de que el enfermo carecía de autonomía y era incapaz de tomar decisiones, siendo su única obligación moral la obediencia. Al poder de decisión del médico, le correspondía apenas el deber de acatar las orientaciones técnicas del profesional.

Es de la mitad del siglo XV, el siguiente texto atribuido a Santo Antonio de Florencia ”:Si un hombre enfermo recusa los medicamentos recetados por un médico, llamado por él o su familia, puede ser tratado contra su propia voluntad, del mismo modo que un hombre puede ser retirado contra su voluntad de una casa que está por caer” . ”. (AMUNDSEN, D. 1987)4.

Al comienzo del siglo XIX Thomas Percival, se refiere así a los derechos del paciente: “Cuando un paciente (...) hace preguntas que respondidas sinceramente, pueden resultar en fatalidades, sería un grave error revelarles la verdad. **Su derecho a la verdad es dudoso o mismo nulo**”. (GRACIA, D. 1983)5.

Los códigos de ética elaborados por las entidades médicas siempre incluían postulados, que afirmaban que el ejercicio de la medicina, era incompatible con la concesión de plena autonomía a los pacientes.

El nexo de la relación médico-paciente se asemejaba al de una familia, adjudicándose al médico la figura del padre y al enfermo el papel de hijo. Este modelo asimétrico de relación duró hasta comienzos del siglo XX, cuando pacientes norteamericanos pasaron a enjuiciar médicos que omitían informaciones, impidiéndolos de tomar decisiones autónomas.

La historia pasa a relatar sentencias judiciales condenando médicos que no respetaban las decisiones de sus pacientes. Un paradigma fue la sentencia emitida por el Juez Benjamín Cardozo en el caso “Scholendorf X Society of New York Hospital” en 1914: “Todo ser humano de juicio sano tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su

paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable”. ”. (BEAUCHAMP, T. 1987)6.

Delante de esta nueva realidad, los códigos de ética profesionales pasan a reconocer al paciente como persona capaz de asumir decisiones autónomas y retiran de la categoría médica, el poder de depositaria de la salud pública. Y como consecuencia, el tradicional paternalismo médico pierde sustentación.

En el año de 1973, se edita el Código de Derechos del Paciente, de la Asociación Norteamericana de Hospitales, el cual dispone que “el paciente tiene derecho de recibir de su médico las informaciones necesarias para otorgar su consentimiento, antes de iniciarse cualquier procedimiento y/o tratamiento médico”. (REICH, W. 1978)7.

Así se expresó Tom Beauchamp, sobre este Código: “Ese documento introdujo casi un revolucionario distanciamiento de la verdad hipocrática. Quizás por primera vez un documento importante de ética médica obligaba al profesional, bajo la forma de derecho, permitir al paciente asumir el proceso de tomar la decisión y reconocer como suyo, el derecho de tomar la decisión final”. (BEAUCHAMP, T. 1995)8.

Todos los códigos de ética pasaron a incorporar este nuevo paradigma. El código vigente en Brasil a través de la Resolución del Consejo Federal de Medicina de enero de 1988, en su Art. 56, prohíbe a los médicos a “no respetar el derecho del paciente de decidir libremente sobre la ejecución de las prácticas diagnósticas o terapéuticas, salvo en caso de inminente peligro de vida”.

El clásico paternalismo hipocrático sale de escena y la sociedad pasa a discutir los límites sensatos del ejercicio de la autonomía para tomar decisiones, por parte de personas circunstancialmente acometidas por diferentes enfermedades. Se abandona la relación asimétrica y vertical, pasando médico y paciente a construir un nuevo pacto, más horizontal y simétrico.

II CÓDIGOS DE ÉTICA: DE LA VISIÓN CORPORATIVA A LA ÉTICA DE LOS PRINCIPIOS.

El primer código de ética de la modernidad producido en la segunda mitad del siglo XIX por la Asociación Médica Americana es traducido para el portugués y divulgado en

Brasil por la Gazeta Médica de Bahía en 1867. Documento con marcada influencia de la obra de Thomas Percival trae en su Art. 1º § 2º la siguiente redacción: “El médico debe tratar con atención, constancia y humanidad todos los casos a su cargo (...) A la imbecilidad y a los caprichos de los pacientes debe conceder una disculpa razonable (...)”. En Julio de 1931, por ocasión del primer Congreso Médico Sindicalista Brasileño, se aprueba el Código de Deontología Médica que en su artículo 4º establece que el “médico, en sus relaciones con el enfermo, intentará tolerar sus caprichos y debilidades...” El capítulo V que aclaraba sobre Conferencias Médicas contenía 22 artículos, siendo que el de número 48 mereció la siguiente redacción: “El médico consultante mantendrá honesta y escrupulosa actitud en lo que se refiere a la reputación moral científica del asistente, cuya conducta deberá justificar, siempre que no coincidan con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia; en todo caso, la obligación del consultante será atenuar el error (...) y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de perjudicar el prestigio del médico asistente (...)”(MARTIN, L. 1993)9.

Redacción muy similar es encontrada en los códigos que se sucedieron, son estos: Código de Deontología Médica de 1945, Código de Ética de la Asociación Médica Brasileña de 1953 y el Código de Ética Médica elaborado por el Consejo Federal de Medicina en enero de 1965.

Atravesamos, de este modo, la primera mitad del siglo XX con una ética médica codificada centrada en los intereses de los médicos y subestimando los valores morales de la sociedad y de las personas enfermas, lo que hizo con que muchos estudiosos de la materia, considerasen estos códigos como “reglas de etiqueta que gobernaban la interrelación entre los profesionales con el objetivo de mantener sus privilegios” (LANDMAN, 1984)10.

En el año de 1974, el Congreso norteamericano, preocupado con la ausencia de control social, sobre investigaciones realizadas en seres humanos y reaccionando a situaciones de incontestable falta de respeto, en relación con los individuos sujetos a las investigaciones médicas, constituyó una comisión con la finalidad de proteger a las personas sometidas a investigaciones médicas, iniciativa ésta que fue conducida por la “National Commission”.

En la época, el caso más famoso y que generó enorme perplejidad pública, fue el “Tuskegee Study”, investigación realizada en el comienzo de la década de 30, con negros de Alabama portadores de sífilis. Se estima que cuatrocientos pacientes fueron dejados sin tratamiento específico por decisión de los médicos investigadores que deseaban conocer mejor la evolución natural de la enfermedad. El estudio se prolongó hasta 1972 con irreparable e injustificado sufrimiento humano ya que la penicilina, droga promotora de la erradicación del treponema “pallidum”, agente etiológico de la sífilis, pasó a hacer parte del arsenal terapéutico a partir de la década de 40 (ROTHMAN, D. 1991)¹¹.

Pues bien, “National Commission” estableció como su objetivo fundamental la identificación de “principios éticos básicos que orientarían la investigación en seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina “. Después de cuatro años de reuniones periódicas, la Comisión publicó el histórico Informe Belmont, identificando tres grandes principios considerados esenciales para la realización de las mencionadas investigaciones: autonomía, beneficencia y justicia. Autonomía entendida como la capacidad de cada persona actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa para dar espontáneamente su consentimiento para participar de cualquier experimento. .(THE BELMONT REPORT, 1979)¹².

Se crean entonces, dos instrumentos utilizados aún hoy, en todos los centros de investigación para implementar las recomendaciones del Informe. El primero identificado, como Término de Consentimiento Informado, firmado por el sujeto de la investigación, después de haber sido instruido adecuadamente sobre la metodología y los objetivos del experimento. Y cuando se constata la incompetencia del individuo para manifestar su propia voluntad, se usa el Término de Decisiones de Sustitución, firmado por los padres o responsables legales.

El principio de beneficencia contenido en el Informe, no es presentado como acto de caridad, y sí como obligación moral del investigador. Deja clara el documento, la necesidad de que no se cause daño, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos, lo que caracteriza el rescate del “primum non nocere” de la beneficencia hipocrática.

En relación al Principio de la Justicia, la Comisión lo interpretó como “imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios (...) iguales deben ser tratados igualmente”. Sin duda, esta fue la orientación que fue más perjudicada en su ejecución, pues las autoridades públicas responsables por hacerla viable, habitualmente son negligentes en asumir las decisiones políticas necesarias.

En 1979, un año después de la publicación del Informe Belmont, Tom Beauchamp y James Childress, publicaron "Principles of Biomedical Ethics", que rápidamente se transformó en el Manual Básico de la Ética de los Principios. En el famoso texto, los autores transformaron en cuatro los tres principios originales propuestos en el Informe, estableciendo la diferencia entre beneficencia y no-maleficencia. (BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. 1979)13.

A fines del siglo XX, el descubrimiento de genes responsables por innumerables enfermedades, informaciones estas provenientes del Proyecto Genoma Humano, tecnología médica interviniendo cada vez más en el comienzo y en el final de la vida, introducción de diferentes y sofisticados métodos de fertilización humana artificial, conductas terapéuticas haciendo posibles la prolongación casi indefinida de variables biológicas vitales en pacientes terminales, transplantes de órganos realizados con seguridad técnica y excelentes resultados, además de otros procedimientos terapéuticos, pasaron a hacer parte diariamente de las decisiones tomadas en las prácticas clínicas.

Esa incontenible avalancha de conocimientos científicos hizo con que Giovanni Berlinguer alertase que “la velocidad con que se pasa de la investigación pura para la aplicada es hoy, tan alta que la permanencia, mismo que breve, de errores o fraudes puede provocar catástrofes”. Nunca habían sido registrados en la historia de la ciencia tan extraordinarios avances, en tan corto periodo de tiempo y tan desamparados de adecuada reflexión ética. (BERLINGUER, G., 1993)14.

Verdaderamente, la Bioética originalmente percibida como modismo filosófico, asume la condición de instrumento esencial para tomar decisiones relativas a la salud de los seres humanos y para la preservación de la vida en el planeta. En este amplio campo de preocupaciones encontramos desde la Bioética de Frontera, que trata de los modernos avances del conocimiento científico, hasta la Bioética de la Vida Cotidiana enfocada para las acciones diarias de los profesionales de la salud.

La sociedad no acepta más la indicación de cualquier procedimiento médico de investigación clínica o cualquier propuesta terapéutica, en la cual el sujeto interesado o sea el paciente, no pueda decidir por su libre y espontánea voluntad, si está de acuerdo con la conducta sugerida por el profesional

Según Albert Jonsen, la gran acogida a la ética de los principios, particularmente por los profesionales del área de la salud, se debió a la sencillez y objetividad en la aplicación de estos principios a las situaciones clínicas de rutina. Se caracterizaba como instrumento construido con lenguaje accesible, muy distante de las orientaciones emanadas de rebuscados argumentos filosóficos casi incomprensibles para personas formadas en el modelo cartesiano de conocimiento que siempre caracterizó los cursos universitarios del área de las ciencias biológicas. (JONSEN, A. 1993)15.

El Código de Ética Médica de 1988, vigente actualmente, es concebido con fuerte influencia de la Ética de los Principios y el proceso de redemocratización de Brasil, después del largo periodo de dictadura militar. Redactado durante la Primera Conferencia de Ética Médica, realizada en Rio de Janeiro, en noviembre de 1987, es aprobado y se transforma en Resolución del Consejo Federal de Medicina. El código actual contiene 145 artículos distribuidos en 14 capítulos, algunos enteramente originales, como los que tratan de los Derechos Humanos, Transplante de Órganos e Investigación Médica.

El capítulo sobre Derechos Humanos incorpora casi integralmente la Declaración de Helsinki; el paciente es reconocido como sujeto de derechos, competente para tomar decisiones sobre conductas diagnósticas y terapéuticas. El Art. 46 declara ser impedido al médico: “efectuar cualquier procedimiento médico sin la aclaración y el consentimiento previo del paciente o del responsable legal (...)”

Sobre conferencia médica, tema extensamente tratado en los diplomas anteriores, el código de 1988 reserva un único y conciso artículo (n.64), así redactado: “Es impedido al médico oponerse a la realización de conferencia médica solicitada por el paciente o su responsable legal”. Si en los documentos anteriores era prevista la posibilidad de atenuar o encubrir errores médicos, el actual es incisivo, en su Art. 79: “es prohibido ocultar error o conducta antiética del médico” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1996)16.

En suma, pasados treinta y cuatro años del nacimiento de la Bioética, percibimos cuan eficaz fue la utilización del instrumental ofrecido por la ética de principios para promover la ciudadanía. La relación profesional de salud-paciente, antes conducida asimétricamente, pasa a ser más simétrica y horizontal, respetando al enfermo como persona apta a tomar decisiones autónomas.

III) MÁS ALLÁ DE LA ÉTICA DE LOS PRINCIPIOS

Si la bioética es introducida en Brasil en los años ochenta con enorme influencia de la ética de los principios, al final de la década de 90, la comunidad académica pasó a reconocer que sin embargo siendo instrumento útil para orientar algunas decisiones sencillas, el modelo se mostraba insuficiente para aclarar dudas en situaciones clínicas más complejas. No bastaba más el sencillo ejercicio de aplicación de los cuatro principios para conducir satisfactoriamente dilemas morales como la interrupción de embarazo no deseado en la adolescencia o la suspensión de medidas de soporte vital en pacientes terminales internados en CTI.

Esta percepción tardía observada en Brasil se debió al hecho de que a diferencia de lo ocurrido en Europa, cuyos principales agentes promotores de la disciplina fueron filósofos y científicos sociales, en nuestro país hubo la fuerte influencia de profesionales del área biomédica. Pero los últimos catorce años fueron fértiles en la incorporación de nuevos conocimientos para la reflexión bioética brasileña.

También disciplinas obligatorias y/o optativas fueron introducidas en el currículo de diferentes cursos de graduación. Se crearon cursos de especialización en bioética, en muchas universidades del país. En 2004, comienza el primer programa de Master ofrecido por el Centro Universitario São Camilo de São Paulo.

En 1996, se edita en Brasil, La Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, ejemplar instrumento que elucida sobre directrices y normas reguladoras de investigaciones abarcando seres humanos. Con cuatrocientos veinticinco Comités Institucionales de Ética En Investigación (CEP), el sistema CEP/CONEP (COMISIÓN NACIONAL DE ÉTICA PARA INVESTIGACIÓN) actúa como agente de control social de las investigaciones realizadas en el país. Instancia competente y no la mera aplicación de normas deontológicas, CONEP es reconocida como colegiado que

práctica el más auténtico ejercicio de reflexión bioética. (FREITAS, C.D. HOSSNE, W.S. 2002)17.

En 1993, se instala en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) el Programa de Apoyo a los Problemas de Bioética, embrión del primer Comité Hospitalario de Bioética creado en el país. Teniendo como meta perfeccionar el cuidado al enfermo y ofreciendo al profesional de la salud asesoría para tomar decisiones frente a dilemas morales, el área de acción de este Comité pasa a incorporar actividades de transmisión de conocimientos de bioética para todo el cuerpo de funcionarios de la institución.

De 1994 a 2002, el Comité Hospitalario de Bioética del HCPA atendió 376 pedidos de asesoría, realizó programas de capacitación en relación a privacidad y confidencialidad, ofrecido a funcionarios de diferentes áreas de la institución como, secretarías de unidades de internamiento y ambulatorio, responsables por los archivos de prontuarios médicos, empleados de los sectores financieros e informáticos, ascensoristas y vigilantes. .(FRANCISCONI, C.F. 2002)18.

La Bioética mostrándose atenta al extraordinario progreso de la medicina, sobretodo en el campo de la biología molecular y de la manipulación genética, nutre permanente expectativa de que en la práctica clínica cotidiana, sea privilegiada la persona humana en su unidad biopsicosocial y espiritual.

Se comprende fácilmente, que tanto el derecho médico como la deontología, por estar regidos por normas inflexibles, ofrecen recursos limitados para contribuir en la solución de problemas morales emergentes y complejos. El análisis bioético de la práctica clínica, sin embargo, es siempre dinámico y se fundamenta en el interés simultáneo por la persona enferma y por toda la humanidad. Sin la utilización de la bioética como instrumento de transformación de las relaciones profesionales salud-persona enferma, la evaluación moral de la práctica clínica se reduce al pobre ejercicio de aplicación de normas deontológicas y/o códigos institucionales. (DA SILVA, J.R. 2003)19.

Con relación a la construcción del conocimiento, la bioética presenta como disciplina habilitada a promover nuevo modelo de Universidad, haciéndola más crítica y no permitiendo que la institución se acomode a las reglas perversas impuestas por el mercado y si que cultive el “aprender a aprender”, a reflexionar y compartir ideas

innovadoras que busquen contemplar la plena ciudadanía. Tarea ni siempre fácil, ya que delante del incontrolable crecimiento de la tecnociencia y de la gestación de sociedad que globaliza desordenada e injustamente variables económicas, despreciando valores humanos auténticos, la academia perpleja se intimida, permaneciendo inmovilizada e impotente. Es urgente, por lo tanto, aprender con el alerta de Adorno que percibió: “la filosofía se permitió ser aterrorizada por la ciencia” en la época del iluminismo. Consideramos que la universidad moderna será juzgada por su capacidad de responder adecuadamente a los desafíos de armonizar la ciencia, la ética y la sustentación. Caso no haya éxito en esta misión será condenada por el tribunal de la historia. (ADORNO, T. 1973)20.

En suma, la mayor contribución que la bioética puede ofrecer a la evolución de la práctica es la de mostrar que las soluciones de dilemas éticos cotidianos son revestidas de verdades transitorias y deben guardar siempre respeto incondicional a la dignidad del ser humano enfermo. Y más aún, que la adquisición de habilidades para tomar decisiones, debe ser hecha con humildad, tolerancia y respeto al pluralismo moral de la sociedad.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TRATADOS HIPOCRÁTICOS Cap.16: Sobre la Decencia, Madrid, Gredos, 1983.
2. PLATÓN República, Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1969.
3. GRACIA, Diego Fundamentos de Bioética, Madrid, Eudema, 1989.
4. AMUNDSEN, Darrel The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty without Classical Roots, Hastings Center Report, 8, August, 1987:153-172.
5. GRACIA, Diego El orden médico: La ética médica de Thomas Percival, Asclepio, 35, 1983:227-255.
6. BEAUCHAMP, Tom Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos, Barcelona, Labor, 1987.
7. REICH, Warren American Hospital Association: A Patient's Bill of Rights, Encyclopedia of Bioethics, New York, The Free Press, 1978.
8. BEAUCHAMP, Tom Principalism and its alleged competitors, Kennedy Institute of Ethics, 5, 1995:181-198.

9. MARTIN, Leonard A *Ética Médica diante do Paciente Terminal*, S.Paulo, Editora Santuário, 1993.
10. LANDMAN, Jayme A *outra face da medicina: um estudo das ideologias médicas*, R. Janeiro, Salamandra, 1984.
11. ROTHMAN, David *Strangers at the Bedside*, New York, Basic Books, 1991.
12. THE BELMONT REPORT National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research, Washington, PRR Reports, 1979.
13. BEAUCHAMP, Tom & CHILDRESS, James *Principles of Biomedical Ethics*, 4ed., New York, Oxford University Press, 1994.
14. BERLINGUER, Giovanni *Questões de vida: ética, ciência, saúde*, S.Paulo, Hucitec, 1993.
15. JONSEN, Albert *The Birth of Bioethics*, Hasting Center Report, Special Report, 23(6), p.S1, 1993.
16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM n.1246/88, 4ed., Brasília, 1996.
17. FREITAS, C; HOSSNE, W. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção do ser humano, *Bioética*, 10(2), 2002: 129-146.
18. FRANCISCONI, C; GOLDIM, J; LOPES, M. O papel dos Comitês de Bioética na Humanização da Assistência à saúde. *Bioética*, 10(2), 2002:147-157.
19. DA SILVA, João Ribeiro *Perspectivas da Bioética: Bioética Contemporânea III*, Lisboa, Cosmos, 2003.
20. ADORNO, Theodor *Negative Dialectics*, Londres, Routledge, 1973.