

ANAIS

II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito

III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba

JOÃO PESSOA, PB
08, 09, 10 de outubro de 2009

*Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba*

*8,9 e 10 de outubro de 2009
UFPB - Campus I – João Pessoa-PB*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM BIOÉTICA - NEPB**

**Rômulo Soares Polari
Reitor**

**Maria Yara Campos Matos
Vice-Reitor**

**Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz
Diretora do CCS**

**Reinaldo Nóbrega de Almeida
Vice-Diretor CCS**

**Solange Fátima Geraldo da Costa
Coordenadora do NEPB**

*Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba*

*8,9 e 10 de outubro de 2009
UFPB - Campus I – João Pessoa-PB*

**II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da
Paraíba**

João Pessoa-PB
2009

*Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba*

8,9 e 10 de outubro de 2009
UFPB - Campus I – João Pessoa-PB

COMISSÃO ORGANIZADORA

CENTRAL

Solange Fátima Geraldo da Costa
Alan Dionizio Carneiro
Vicente Gadelha Neto

EXECUTIVA e SECRETARIA

Lorrayne Félix de Lima
Alana Franco da Silva
Eloíse Maria de Lima Gouveia
Isabelle Cristinne Pinto Costa
José Madson Medeiros Souza
Simone Karine da Costa Mesquita

CIENTÍFICA

Adriana Marques Pereira de Melo Alves
Altamira Pereira da Silva Reichert
Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda
Cizone Maria Acioly
Djacyr Magna Cabral Paiva
Francileide de Araújo Rodrigues
Gilvânia Smith da Nóbrega Morais
José Roberto Texeira Leite
Josilene de Melo Buriti Vasconcelos
Leila de Cássia Tavares da Fonsêca
Karla Fernandes de Albuquerque
Maria da Conceição R. Gonçalves
Maria Eliane Moreira Freitas
Patrícia Moreira Rabello
Patrícia Serpa de Souza Batista
Rossana Souto Maior
Solange Soares da Silva Félix

DIVULGAÇÃO

Alana Tamar Oliveira Souza
Alice Iana Tavares Leite
Amada de Queiroga Lunguinho
Ana Elisa Pereira Chaves
Ankilma do Nascimento Andrade
Fabricia Maria de Araújo Bustorff
Graziela Pontes Ribeiro Cahú
Jael Rúbia Figueiredo de Sá França
Josilene de Melo Buriti Vasconcelos
Juliana Paiva Góes da Silva
Marcella Costa Souto
Matheus Figueiredo Nogueira
Maria Galgania Moura de Araújo
Mônica Ferreira de Vasconcelos
Sayonara Karla J. Helman Palitot

Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba

8,9 e 10 de outubro de 2009
UFPB - Campus I – João Pessoa-PB

INFRA-ESTRUTURA

Ana Karina Buriti
Cecília Daniele Bezerra Oliveira
Maria Cláudia Oliveira da Silva
Dailton Alencar Lucas de Lacerda
Elma Galdino Brandão
Jailma Abrantes Pereira
Juliana Paiva Góes da Silva
Karla Valeria Miranda de Campos
Márcia Paiva Oliveira
Maria das Mercês Oliveira
Maria de Fátima Oliveira
Maria Verônica Farias Vasconcellos

MONITORES

Ana Aline Lacet Zacara
Cleidiane Araújo de Carvalho
Diego Rafael da Silva
Maria Laiene Alves Lima
Rafaela Mendes Vale
Renata Antonia Aguiar Ribeiro
Rosilene Alves de Almeida
Tatiana Ferreira da Costa

Conferencistas do II Encontro de Bioética e Biodireito

Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
Carmen Sevilla Gonçalves dos Santos
Cláudio Pedrosa Nunes
Cristiano Guedes
Ednilza Pereira de Farias Dias
Eduardo Ramalho Rabenhorst
Eduardo Sérgio Soares Sousa
Eduardo Vasconcelos dos Santos Dantas
Gilvânia Smith da Nóbrega Morais
Gustavo Barbosa de Mesquita Batista
Isac Almeida de Medeiros
João Maurício Leitão Adeodato
José Gabriel Trindade Santos
Josimário João da Silva
Marcelo Luiz Pelizolli
Marconi José Pimentel Pequeno
Maria Miriam Lima da Nóbrega
Maria Sandra Pereira de Marrocos
Michael Seymour Alves de Oliveira
Rodrigo Azevedo Toscano de Brito
Rossana Souto Maior
Simone Bezerra Alves
Solange Fátima Geraldo da Costa

*Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba*

*8,9 e 10 de outubro de 2009
UFPB - Campus I – João Pessoa-PB*

Debatedores do II Encontro de Bioética e Biodireito

Alan Dionizio Carneiro

Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto

Clélia Simpson Lobato

Inácio Andrade Torres

José Roberto Texeira Leite

Maria Bernadete da Nóbrega

Maria José de Carvalho

Sayonara karla J. Helman Palitot

Suelma de Fátima Maracajá Ramos Bruns

*Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba*

8,9 e 10 de outubro de 2009
UFPB - Campus I – João Pessoa-PB

Conferencistas do III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa
da Paraíba

Chirlaine Chistine Gonçalves
Doralúcia Pedrosa de Araújo
Ednilza Pereira de Farias Dias
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Joselito dos Santos
Luiza Sonia Rios Ascitti
Maria de Magdala Nóbrega
Maria Eliane de Araújo Moreira
Patrícia de Medeiros Loureiro Lopes
Rosa Rita da Conceição Marques
Urânia Catão Maribondo da Trindade

Debatedores do III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa
da Paraíba

Ednilza Pereira de Farias Dias
Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves
Sérgio Ribeiro dos Santos

Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba

E56a Encontro Nacional de Bioética e Biodireito (2.:2009 :
João Pessoa, PB)

Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito e do III
Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba / Organizadores:
*Solange Fátima Geraldo da Costa, Lorryne Félix de Lima , Alana
Franco da Silva, Eloíse Maria de Lima Gouveia, Isabelle Cristinne
Pinto Costa, José Madson Medeiros Souza, Gilvânia Smith da Nóbrega
Morais, - - João Pessoa : Editora Universitária/UFPB , 2009.*

627 p.

ISBN 978-85-7745-449-5

*1.Bioética. 2.Biodireito. I. Costa, Solange Fátima Geraldo da. II.
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba.*

UFPB/BC

CDU: 608.1:34

=====

TRABALHOS COMPLETOS

=====

SUMÁRIO

A FONOAUDIOLOGIA FORENSE E O BIODIREITO: LIMITES ENTRE A LEI DAINTERCEPTAÇÃO TELEFÔNICA <i>versus</i> CRIME ORGANIZADO	14
ABORTO ANENCÉFALO: UM OLHAR REFLEXIVO À LUZ DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	26
ABORTO: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	38
ABORTO INSEGURO E AS TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA	50
ABORTO SENTIMENTAL: UM ESTUDO SOBRE GÊNERO E BIOÉTICA	62
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA ABORDAGEM DE PACIENTES TESTEMUNHAS-DE-JEOVÁ.....	73
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO BIBLIOGRÁFICA	86
ÉTICA E MORAL: A IMPORTÂNCIA SOCIAL	89
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA	97
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	109
.....	131
BIODIREITO CONSTITUCIONAL	143
BIOÉTICA E IDOSO: LANÇANDO UM OLHAR SOBRE O DIREITO DE VIVER DIGNAMENTE	156
CASAMENTO E CONJUGALIDADE: NOVAS MUDANÇAS E CONTEXTOS A LUZ DA LITERATURA	168
CUIDAR HUMANIZADO AO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO: VISÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.....	180
DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RESGATE NA LITERATURA	194
DIMENSÃO ÉTICA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE FACE AOS DIREITOS HUMANOS DO INDIVÍDUO COM HANSENISE	205
DIREITOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS LEGAIS	218
DIREITOS DO USUÁRIO IDOSO ASSISTIDO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGEM BIOÉTICA.....	232
DIREITOS HUMANOS E BIOÉTICA: relato de caso à luz da atividade jurisdicional	242
DIRETRIZES LEGAIS E ÉTICAS PARA O EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM EM ACUPUNTURA.....	251
EUTANÁSIA – PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS: UMA REFLEXÃO À LUZ DA LITERATURA.....	262

EUTANÁSIA:REFLEXÃO ÉTICA NO CONTEXO ATUAL	270
FECHEM AS PORTAS DO HOSPÍCIO, ABRAM AS DO CORAÇÃO	280
HERMENÊUTICA CONSTITUCIONAL: ABORDAGEM PLURALISTA E INTERDISCIPLINAR DA CARTA MAGNA AFETA À ANENCEFALIA	293
INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA PÓS-ABORTO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	308
O BRINCAR NA CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA	319
O CUIDAR HUMANIZADO NA SENILIDADE: UMA QUESTÃO ÉTICA	331
O DEBATE SOBRE A BIOÉTICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	342
O IDOSO E A DIGNIDADE NO PROCESSO DO MORRER: ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDADO	350
O PLANEJAMENTO FAMILIAR À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO	361
O USO DE METACRILATO EM PACIENTES COM AIDS: UMA REVISÃO LITERÁRIA	371
OBSERVÂNCIAS ÉTICAS CONTEMPLADAS EM ESTUDOS ENVOLVENDO SERES HUMANOS NUM PERIÓDICO DE ENFERMAGEM	392
PACIENTES TERMINAIS: DIREITOS E DEVERES	405
PERCEPÇÃO DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS QUANTO AOS SEUS DIREITOS E DEVERES	415
PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO BRASIL: UM DIREITO A SAÚDE DO RECÉM NASCIDO	427
REFLEXÃO SOBRE ACESSIBILIDADE DE USUÁRIOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	440
REGISTROS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	448
RELEVÂNCIAS ÉTICA EM PRODUÇÃO CIÊNTIFICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS EM FONOAUDIOLOGIA	460
RESPONSABILIDADE ÉTICO-JURÍDICA DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE PARTO NORMAL	470
SER UM PROFISSIONAL ÉTICO NA ENFERMAGEM	481
SIGILO PROFISSIONAL: OBSERVÂNCIAS ÉTICAS DOS CÓDIGOS DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	491
TRANSFUSÃO DE SANGUE E TESTEMUNHAS DE JEOVÁ: ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS	503
TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ASPECTOS ETICOS E LEGAIS	512
TUTELA DOS DIREITOS DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO	523

Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba

UMA REFLEXÃO ÉTICA SOBRE A BUSCA PELA COMPREENSÃO DA SEXUALIDADE FEMININA	536
ORTOTANÁSIA: UMA TERCEIRA VIA PARA A TERMINALIDADE.....	548
EQUIDADE DE DIREITOS: PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS	559
PERANTE A LEI	559
ÉTICA NO CUIDAR: PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A.....	570
RESPEITO DO TOQUE	570
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	581
ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO: UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA...594	
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO BIBLIOGRÁFICA	607
DO TRANSPORTE AO ATENDIMENTO: RESGUARDANDO O DIREITO DO USUÁRIO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA	618

A FONOAUDIOLOGIA FORENSE E O BIODIREITO: LIMITES ENTRE A LEI DAINTERCEPTAÇÃO TELEFÔNICA *versus* CRIME ORGANIZADO

Ana Karina Lima Buriti¹
Fernanda Sibely Ribeiro Batsita²

RESUMO

A Fonoaudiologia é uma ciência da saúde que tem por objeto de estudo comunicação humana. Com base nesta afirmação, o presente artigo trará um breve entendimento dos parâmetros de fala, linguagem e voz imprescindíveis para determinação da identidade de suspeitos do crime organizado bem como das competências científicas, éticas e periciais durante o processo de investigação forense. Para tanto, o principal intuito da realização desta pesquisa foi a breve descrição dos limites profissionais e bioéticos do fonoaudiólogo perito criminal, dentro da área fonoaudiológica, essenciais para elaboração e determinação de provas de um laudo forense bem como delinear os principais recursos técnico-científicos utilizados pelo fonoaudiólogo na fronteira intransponível do biodireito versus crime organizado. A leitura de artigos científicos encontrados em sites relacionados ao biodireito e a Fonoaudiologia forense propriamente dita confrontados com as premissas estabelecidas pelo Código de Direito Processual básico nortearam os principais métodos bibliográficos e qualitativos para realização desta pesquisa a fim de desmistificar o abismo entre a profissão, suas respectivas competências e atribuições inerentes a conclusão de um processo criminal baseado em evidências. É com satisfação que ora apresentamos uma versão resumida da atuação do fonoaudiólogo na prática forense a fim de descentralizar a velha informação de que este profissional é puramente clínico, mas também investigativo com a finalidade de proporcionar a análise de provas em uma esfera biométrica do sujeito, que determina o processo de prisão-indiciamento-liberdade e condenação-absorção dos sujeitos investigados. A conservação do biodireito e da bioética em processos periciais forenses garantem o pleno gozo dos direitos humanos para a construção de uma sociedade justa e igualitária. Com a preservação da ética, da moral e dos valores, os profissionais ligados à prática forense transcendem a condição de meros peritos em práticas ilícitas para a posição lícita de minerva, ou seja, instrumentos da verdade que utilizam-se das ferramentas científicas para justificar as provas cabíveis em processos penais insolúveis que perpetuariam longa data a poucas décadas atrás.

¹ Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral pela UNP e Especialista em Audiologia Clínica pela FIP. anak_buriti@yahoo.com.br

² Fonoaudióloga. Especializanda em Audiologia Clínica pela NSL. fernandaribeiro_fga@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia é a ciência da Comunicação que trabalha diretamente com a comunicação humana e seus distúrbios, para tanto, um profissional habilitado nas áreas inerentes a linguagem, Voz, Motricidade Oral e Fonoaudiologia. Porém o estudo estará contido mais especificamente na área de concentração da voz , propriamente a voz falada.

Estudos sobre a análise da voz humana são objeto de estudo desde a década de 40, por pesquisadores do laboratório de Bell que descobriram a “espectrografia do som”, conhecida por *Voice Print* em alusão ao vocábulo *fingerprint* que significa impressão digital, posteriormente estudada por Lawrence Kersta na década de 60, quando iniciou-se o interesse de pesquisadores para o reinício do estudo que o precedera. GARGAGLIONE, (s/d) em seu texto “Perícia em Fonoaudiologia” postado ao Site da Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense.

Por se tratar de Fonoaudiologia, a atuação deste profissional na prática forense por vezes parece objeto novo de estudo, mas vale ressaltar que até o presente momento, a Fonoaudiologia forense é largamente utilizada mundialmente por inteligências policiais localizadas em diversos endereços do planeta. Porém, o fato da profissão ter sido regularizada no Brasil em meados da década de 80, o assunto ainda causa espanto entre os estudantes de graduação de áreas afins mas porém, em breves anos vindouros poderá ser alvo de valiosíssimas pesquisas correlacionadas ao assunto uma vez que o Fonoaudiólogo é o único profissional habilitado para diagnosticar prováveis alterações da fala de um sujeito, independentemente de sua origem.

Considerada por muitos uma área complexa de atividade, a posição de neutralidade e uniformidade são fatores fundamentais para os profissionais que lidam com questões voltadas ao biodireito, em especial durante o período de reunião de provas contra determinado sujeito uma vez que, a constituição brasileira garante o direito a todos os cidadãos em conformidade, que por sua vez independe da condição de apenado ou não.

A reunião de provas materiais, exigida pelo juiz de direito ao processo penal determina a avaliação de determinados parâmetros. No que se refere a voz, o fonoaudiólogo perito estará lidando com provas físicas que vão além da dimensão material do objeto de prova, se consideramos a voz, instrumento de comunicação deste sujeito, com informações peculiares as estruturas anatomo-funcionais do indivíduo indiciado somadas as características da personalidade, comportamento e origem do sujeito, as provas transcendem a posição de

provas materiais para provas materiais biológicas, daí, podemos atribuir as normas teórico-legais sobre o biodireito do cidadão.

Esta pesquisa terá por objetivo:

- ✓ Estabelecer os limites entre a ciência centrada na Fonoaudiologia Forense e pericial, o Biodireito e a Bioética voltados para o tratamento das informações colhidas a partir dos estudos produzidos sobre o crime organizado.
- ✓ Descrever as atribuições da prática fonoaudiológica forense e suas relações com análise anatomofuncional e acústica para determinação de um laudo judicial.
- ✓ Explicitar as relações entre os direitos previstos na Legislação brasileira e suas relações com a bioética para determinação de provas periciais do biodireito baseado em evidências.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Fonoaudiologia no cenário da saúde e da comunicação humana é uma área em constante e recente construção que adapta as suas multivariadas subáreas do conhecimento científico à demanda de diversas instituições públicas e privadas no Brasil.

A priori, quando tratamos de Fonoaudiologia forense, muitos estudantes e pesquisadores se assustam a associação destas duas profissões: o fonoaudiólogo em favor das práticas legais do biodireito, mas a determinação do perito criminalista, está na dominância de determinado assunto, para os fonoaudiólogos, o domínio dos parâmetros de análise da voz humana que independe por sua vez das circunstâncias, sejam estas clínicas ou jurídicas, a voz humana na escala forense é contemplada como objeto de estudo, na determinância de provas.

No Brasil, a perícia vocal, inexistente como procedimento regulamentado de investigação criminal, começou a ganhar status a durante a a fase doo termômetro político da era do presidente da República Fernando Collor de Melo, a partir da análise de uma conversa gravada por interceptação telefônica com duração de 45 minutos. Cuj a importância do tratamento das informações gravadas despertou o interesse necessário dos peritos do INC- Instituto Nacional de Criminalística, uma vez que a equipe pertencente ao enquadramento funcional deste órgão literalmente não sabiam o que fazer com as gravações obtidas, única prova existente, daí recorreram ao conhecimento dos doutores em Fonética e Acústica da Unicamp. Depois do ocorrido, em meados da década de 90, com o crescimento das solicitações de perícia criminal vocal, os serviços de inteligência brasileiros investiram pesado na aquisição de equipamentos sofisticados para tratamento e análise acústica da voz em

criminalística. (Informações baseadas no artigo ‘A Identificação Humana pela Voz: Uma Realidade no Instituto de Criminalística’ capturado do site: www.apdf.org.br em 23 de Setembro de 2009 às 02:39 hs).

A palavra biometria, originada do grego ‘*bio*’ (vida) e ‘*metron*’ (medida), resume-se a ciência que estuda as características físicas ou comportamentais de pessoas, tão únicas quanto as impressões digitais. Para isso, deve-se considerar dentre outros aspectos, as estruturas anatomo-funcionais na determinação de determinados parâmetros, essenciais para armazenamento de informações e identificação de elementos peculiares a um determinado indivíduo que o distingue de qualquer um outro ser. O perito, experiente, além de uma audição treinada e de diversos softwares baseados no reconhecimento minucioso do ouvido humano, trata estas informações, cruciais para a reunião de provas. GARGAGLIONE; LEAL, (s/d) em artigo intitulado: Identificação de Voz em Perícia Criminal, publicado no site www.acadffor.com.br).

Considerando a fala espontânea como uma atividade puramente cerebral, pelo reconhecimento e comando automático de diversas estruturas de um sistema motor de altíssima precisão e desenvoltura, desde a infância, pelos mecanismos de tentativa-erro, e imitação aos adultos, determinadas ações são automatizadas pelo córtex cerebral que sistematizou o funcionamento motor da fala, pela distribuição sistemática de tarefas a diversas estruturas centrais ou periféricas simultânea e encadeadamente. (ORTIZ, 2001; GARGAGLIONI; LEAL, s/d).

Para isso, a identidade falante é constituída por múltiplos fatores, que, fonaudiologicamente falando, são interpretados como fatores para constituição da caracterização linguística e vocal do sujeito tais como (pronúncia, articulação, sotaque, dialeto, recursos figurativos da linguagem, velocidade de fala, ritmo, intensidade, frequência, ressonância, frequência fundamental, etc.,).

No laboratório de tratamento da voz, com os atuais métodos tecnológicos associados as características próprias de um sujeito, fatores que intrigam leigos a cerca da hereditariedade, gemelaridade, graus de parentesco são facilmente descartados na perícia criminal em voz, uma vez que, a peculiaridade de marcadores e parâmetros acústicos de uma emissão são comparados anatomofisiologicamente e perceptualmente pelo ouvido humano e os recursos de tratamento de dados e gravações utilizadas em muitos casos como únicas provas criminais. (GARGAGLIONE; LEAL s/d; GARGAGLIONI; AZZARETI; SANCHES; FIGUEIREDO, s/d)

Em matéria ' *“Pego pelo Gogó”*: *Como é Feita a perícia de Identificação da Voz?* ' para a Revista SuperInteressante, Stam (2002) discorre sobre a efetividade da gravação e tratamento acústico pericial da voz humana já lhes assegurando a autenticidade do método para identificação dos sujeitos por meio da sistematização dos dados até o resultado final que compreende: cortes na edição para filtragem do objeto probatório de interesse; comparação auditiva e visual (ouvido humano *versus softwares* de computador) a comparação auditiva dos parâmetros vocais com a amostra previamente coletada. E representa o espectrograma a um suposto 'Raio X' das ondas sonoras.

Para Marcão (2004) o crime organizado pode ser definido como um conjunto de ações orquestradas por organizações criminosas. Face a lentidão dos processos de escuta telefônica até a determinação dos suspeitos de um inquérito policial, a soma destas atividades ilícitas organizadas na reunião de provas periciais, este árduo trabalho de identificação perpetuam por muito tempo a impunidade, mesmo com a presença de violentos fragrantos.

A prova pericial é a “alma do processo”, instrumento valioso para a coleta de informações cuja força diretiva da capacidade técnica de quem elabora o laudo somada ao conteúdo destas informações para solucionar problemas relativo a a identidade dos sujeitos indiciados em processos criminais. (GARGAGLIONE, s/d)

Para Gargaglioni *et al.*, (s/d) diversas atitudes criminosas ligadas ao crime organizado (seqüestro, extorção, assalto, tráfico de drogas) utilizam a larga variedade dos recursos de comunicação, principalmente a telefonia celular e a internet, são utilizados pelo serviço de inteligência da polícia federal por meio de “grampos” telefônicos e quebra do sigilo de informações veiculadas à mídia por longos períodos de escuta e decodificação da linguagem criminosa até a identificação dos suspeitos como pistas para desbaratamento de grupos ligados a estas atividades ilícitas de altíssima peliculosidade e poder econômico.

A constituição federal por meio da Lei de n ° 9.296 de 24 de Julho de 2006, permite a quebra do sigilo da informação quando estas informações são utilizadas por facções criminosas para o desvio da conduta civil, perturbações da segurança pública em uma esfera estadual particularmente o Rio de Janeiro e São Paulo, a segurança e defesa nacional.

Com o intuito principal de traçar um perfil de vozes criminosas, Azaritti; Gargaglione, s/d em seu artigo '*Análise do Perfil de Extelionatários*' postado ao site da Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense, objetivou estudar 259 vozes criminosas dos arquivos da Polícia Federal utilizando como base 30 parâmetros vocais cujos achados foram condizentes com a literatura vigente sobre o assunto sobre prova do delito: voz com muita

ICFA-Incoordenação Pneumofonoarticulatória (97%), velocidade de fala lenta no início da emissão, adequada no segundo estágio e acelerada com elevação da frequência marcante (pitch) no terceiro; modulação vocal restrita em 71% dos casos, sistema de ressonância faríngeo com foco nasal em 75% dos suspeitos, a voz comprimida foi encontrada em 57%, dos casos avaliados, diminuição da loudness no primeiro estágio que com a presença de ameaça geram o aumento da constrição faríngea e aumento da velocidade de fala e 100% de imprecisão articulatória em sua totalidade dos casos investigados.

A autora supracitada faz alusão a voz como um espelho da alma que reflete de maneira cristalina o estado mental e emocional do sujeito que afeta a produção vocal: tensão muscular, boca seca, fadiga vocal, alterações nos padrões respiratórios associados comumente ao estresse gerado pela prática de crimes.

Para Pereira (2008), a diferenciação entre a Escuta e a interceptação telefônica, permite que estes recursos sejam juntados ao processo conforme deferimento do juiz de direito, cujas finalidades resumem-se a: legítima defesa e produção de provas respectivamente

Marcão (2004), traz em seu artigo fragmentos de extrema relevância para diversos profissionais que lidam direta ou indiretamente com Biodireito a fim de que estes profissionais tenham uma visão generalista e simplificada dos elementos que constituem a Lei Federal de nº 9.296 sancionada em 24 de Julho de 2006.

Relativos ao Biodireito e a Bioética, o Inciso XII em sua parte final explicita a relação criminológica e de direito para quebra do sigilo telefônico vigiado para fins de investigação pericial interligados aos serviços de jurisprudência e Inteligências policiais. Para tanto: “A interceptação telefônica deve ser utilizada como prova criminal e instrução processual penal quando houverem indícios razoáveis de autoria ou participação da infração penal ou como prova essencial face a inexistência de outros meios disponíveis ou até mesmo quando, por meio de interceptação telefônica for puramente possível a determinância absoluta de provas que indiquem infração penal, punindo-se ao máximo, com a detenção”.(MARCÃO, 2004; LEI nº 9.296 de 24/07/2006)

O Código processual Penal faz alusão aos métodos para determinação de provas válidas que possam ser inteiradas no processo judicial. O artigo 1º deste código prevê as modalidades de probabilidade: disposições gerais do processo, exame de corpo de delito, interrogatório do (s) acusado (s), confissão (s), perguntas diretivas ao (s) acusado (s) e testemunha (s), reconhecimento de coisas, objetos e ações juntadas ao processo, acareação, documentação, indícios a busca e apreensão de novas provas.

Pereira (2008) em seu estudo intitulado: ‘*Interceptação Telefônica com Base nas Investigações Criminais: repercussão diante dos Direitos Individuais*’ a necessidade da produção de provas legais por meios lícitos que viabilizem a garantia dos direitos individuais previstos na Constituição Brasileira de 1988 e ao mesmo tempo, utiliza tal premissa para estabelecer paralelo entre a Constituição de 88 e a Lei de nº 9.296 de 24/07/2009 com a permissividade desde recurso jurídico para captação de provas periciais de altíssima confiabilidade que assegurem o sigilo absoluto das informações quando estas englobam o pessoal e a família dos investigados, mas porém reconhece a relevância social desta para aqueles casos que interessam a população e a ordem social dos fatos e ações tais como a corruptibilidade dos gestores públicos até mesmo a identificação de pessoas ligadas ao crime que perturbam e interrompem a linhagem do tecido social do país, estados e cidades.

Quanto às dimensões éticas da Lei 9.296 relativas ao biodireito, a premissa da seguridade dos direitos constitucionais estão evidentes no que se refere a justificativa válida para que seja feita a interceptação telefônica, o processo de coleta de dados de informações relevantes por período legal máximo de 15 dias prorrogáveis infinitas vezes conforme petição inicial, o fato de denúncias anônimas não serem prerrogativas legais para a solicitação legal da interceptação, a impermeabilidade de informações de quebra de sigilo telefônico inter-processos, ‘provas emprestadas de outras ações judiciais’, bem como a funcionalidade de tal procedimento pericial correr o processo em segredo de justiça.

METODOLOGIA

A pesquisa ora apresentada possui características próprias de um estudo bibliográfico e documental baseado na Constituição Federal de 1988, consulta sistemática ao Código Processual Civil (CPC) e Código Processual Penal (CPP) e sites disponíveis na rede mundial de computadores, a internet para que, posterior comparação qualitativa destas garantias constitucionais e civis à Lei de nº 9.296 de 24 de julho de 2006 que traz as premissas da Interceptação Telefônica a fim de estabelecer os limites entre a ciência centrada na Fonoaudiologia Forense e pericial ao Biodireito, Bioética voltados para o tratamento das informações colhidas a partir dos estudos com o crime organizado.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nas investigações policiais dos departamentos de criminalística e repressão do crime organizado no país, a seguir, trataremos a breve descrição de operações

táticas de inteligência para desvendar as artimanhas e planos maquiavélicos contra a segurança nacional delineados por líderes e integrantes de ações criminosas.

Para que torne-se viável dissertar e comentar a cerca da efetividade da Lei de nº 9.296, popularmente denominada de ‘lei dos grampos telefônicos’ é de extrema valia a leitura minuciosa a fim de alicerçar as discussões a cerca dos limites do biodireito voltados para a prática penal descritos pela literatura jurídica e legislativa bem como induzir os profissionais lotados na área jurídica, pericial e/ou Fonoaudiológica a estabelecer limites profissionais inerentes a cada área de atuação,

O observatório de imprensa traz uma matéria relacionada ao tráfico e as telecomunicações nos bastidores da guerra empresarial entre o grupo Opportunity e o grupo de telecomunicações canadenses TIW publicados na Revista Veja em 24 de Junho continha informações pertencentes aos autos do inquérito da DRACO (Delegacia de Repressão ao Crime Organizado) por meio de escutas telefônicas gravadas pela Polícia Federal do Rio de Janeiro sob autorização judicial no decorrer das investigações sobre o traficante Fernandinho Beira-Mar e o tráfico de entorpecentes na favela da Rocinha. Acredita-se que, no Rio de Janeiro, em média, 65 celulares estão grampeados por ordem judicial. (Fonte: www.observatoriodeimprensa.com.br capturado em 24 de Setembro de 2009)

Ainda relatando o caso supracitado, o procurador geral de justiça do estado do Rio de Janeiro, José Muños Piñeiro abriu inquérito para investigar a origem e o responsável pela divulgação das empresas a pedido do advogado de defesa do acusado. Se ficar comprovado que as escutas foram obtidas por meios legais durante o processo de investigação cujas gravações foram usadas indevidamente, os responsáveis pela divulgação da interceptação legal para fins ilícitos, estes poderão responder a processo judicial com pena máxima de detenção por período igual ou superior a dois anos de reclusão.

As escutas por interceptação telefônica vigiada propiciou o desbaratamento do crime organizado das redes de tráfico de drogas do Rio Grande do Sul e alcançou 43 suspeitos, integrantes do processo de distribuição e fornecimento da cocaína na fronteira de Foz do Iguaçu que leva a fronteiras com outros países sul-americanos incluindo um soldado da brigada militar do Mato Grosso que encobriam os quadrilheiros. (Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br> postado em: 14 de Junho de 2009)

Em reportagem vinculada a revista eletrônica semanal *Fantástico*, em 22 de setembro de 2002, apresentam a estatística do crime organizado no Brasil Alguns promotores que constituem o grupo de combate ao crime organizado já realizaram mais de 500

investigações, sendo maior parte delas baseadas em grampos telefônicos autorizados pela justiça, que resultaram na expulsão de 238 policiais militares, exoneração de 72 agentes penitenciários suspeitos do envolvimento em fugas de presidiários de alta periculosidade ou até mesmo para casos específicos que fomentam a curiosidade das autoridades de diversas instâncias judiciais policiais como por exemplo, a existência de um único e exclusivo advogado para defesa de cerca de 200 presidiários ligados à facções criminosas. (Fonte: <http://fantastico.globo.br> Acesso em: 24 de setembro de 2009)

O Fantástico descreveu a organização das milícias no Rio de Janeiro e suas relações de influência e poder em comunidades carentes fluminenses. Bem mais articulada do que as quadrilhas habitualmente capturadas pela polícia, as milícias, ao contrário do que se imagina, pode ser considerada um governo paralelo, contrário a soberania do estado pela intimidação por meio da ameaça frente a recusa de seguir ordens anti-democráticas e ilegais.

No caso 'Martins', juiz de direito responsável por investigar e denunciar grupos, de extermínio e venda de sentenças judiciais no estado do Espírito Santo foi brutalmente assassinado, cujas suspeitas recaíram sobre os seguintes suspeitos: o juiz Leopoldo indiciado por venda de sentenças no estado; o advogado Beline Salles Ramos, um dos homens mais ricos e influentes da cidade de Vitória/ES e do empresário Chico Pneus, suplente do senador Magno Malta do Partido Liberal. O Ministério Público juntamente com a Polícia Federal chegaram a estes nomes por meio da interceptação e gravações telefônicas autorizadas pela justiça. (Fonte: <http://jornalnacional.globo.com.br> Acesso em: 25 de Setembro de 2009)

A matéria intitulada 'Advogados do Crime' abre a discussão sobre as articulações das facções criminosas facilitadas pela vergonhosa prática do direito penal ilícito. Ao relatar a relação de amor perigosa ao comentar o caso da advogada Suzana Volpini Michelli que possuía relacionamento conjugal com o preso Ionaldo Xavier Adelino vulgo "Boi Branco". Por meio de escutas telefônicas, o Deic-Departamento de Investigação do Crime Organizado, desmontou o esquema criminoso de suborno de funcionários do sistema carcerário para efetiva transferências de apenados para outras casas de detenção.

Ao fim de um árduo processo de escuta telefônica, o tratamento do material acústico da voz permite dentre outros aspectos relevantes da investigação e formulação de laudos essenciais para os autos processuais penais permite a decodificação e identificação das informações, de maneira eficaz durante os estágios da metamorfose da determinação de provas materiais através dos mecanismos de avaliação/elucidação, deve-se por

obrigatoriedade o resguardo do material utilizado para análise na observância do cumprimento do verdadeiro biodireito em sua totalidade bioética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos direitos assegurados pela legislação brasileira vigente é possível redimensionar o olhar científico para a determinância de provas substanciais baseadas em evidências: da voz e suas características pessoais, psíquicas e emocionais atribuídas exclusivamente a um indivíduo.

Para que, ao fim de um árduo processo de escuta telefônica a decodificação e identificação das informações, torne-se eficaz os processos de avaliação/elucidação de provas materiais resguardando-se o sigilo dos dados em sua totalidade bioética.

A postura bioética do fonoaudiólogo inserido ou não em processos periciais caminha para o respeito ao indivíduo como um ser integral, independente dos processos e provas que pesam sobre ele, até a finalização dos laudos de sua competência, este profissional deve adquirir posição neutralizadora, de modo a assegurar a preservação do biodireito do suspeito que assume uma escala superior a escala puramente científica por meio da acústica e do tratamento da voz em criminalística para uma escala excelsa de liberdade, sem pré-julgamentos do perito, seguindo-se as evidências sem interferências pessoais ou de terceiros.

A utopia da exterminação do crime organizado ganha formas e cores por meio do tratamento acústico da voz, linguagens e fala dos suspeitos indiciados nos artigos do código processual civil. Mesmo a Fonoaudiologia Forense ser um método recém-adotado pelos institutos de criminalística e Inteligência, já é considerada por estudiosos de diversas áreas do conhecimento uma das formas mais viáveis para a investigação pericial criminal, devido aos seus altos índices de confiabilidade, precisão e resultados para a desarticulação dos acusados da estrutura complexa da macro criminalidade, e têm ganhado destaque na elucidação de casos ligados ao tráfico, a corrupção e ao combate de práticas estelionatárias.

A conservação do biodireito e da bioética em processos periciais forenses, garantem o pleno gozo dos direitos humanos para a construção de uma sociedade justa e igualitária. Com a preservação da ética, da moral e dos valores, os profissionais ligados à prática forense transcendem a condição de meros peritos em práticas ilícitas para a posição lícita de minerva, ou seja, instrumentos da verdade que utilizam-se das ferramentas científicas para justificar as provas cabíveis em processos penais insolúveis que perpetuariam longa data a poucas décadas atrás.

REFERÊNCIAS

APCF-ASSOCIAÇÃO DOS PERITOS CRIMINAIS FEDERAIS. **A Identificação Humana da Voz: Uma realidade no Instituto Nacional de Criminalística.** Fonte:<http://www.apcf.org.br/portais/revistas/downloads> Acesso em: 23 de Setembro de 2009 as 21:03 hs.

AZARITTI, M; GARAGAGLIONE, M.C. **Análise do Perfil de Estelionatários.** [Artigo de Revisão científica em PDF da Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense] Disponível em: www.acadffor.com.br Acesso em:24 set. 2009.

BRASIL, **Lei nº 9.296.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 24 set. 2009 as 23:57 hs.

FONTE: <http://fantastico.globo.br> & <http://jornalnaciona.globo.br> Matérias: [Os advogados do Crime]; [Os Bastidores de um Assassinato]; [O Poder das Milícias no Rio de Janeiro]; [Uma Fortuna Sob Suspeita]; [O Crime Organizado no Brasil]; [Como funciona a Máfia dos Sanguessugas]. Múltiplos Acessos Coletivos entre 23 a 25 de Setembro de 2009.

FONTE:<http://zerohora.clicrbs.com>. [Matéria da Revista Eletrônica Zero Hora]. 'Rede de Tráfico vai hoje ao Banco dos Réus'

FONTE: <http://politextos.blogspot.com> Acesso em: 23 set. 2009.

GARGAGLIONE, M.C; LEAL, V. **Identificação de voz em perícia criminal.** [Artigo de Revisão em PDF da Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense]. Disponível em: www.acadffor.com.br Acesso em: 24 de Setembro de 2009 as 01:07 hs.

GARGAGLIONE, M.C et al., **Organizações criminosas: identificação de marcadores de comunicação oral.** [Artigo de Revisão científica em PDF da Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense] Disponível em: www.acadffor.com.br Acesso em:24 set. 2009.

GARGAGLIONE, M.C. **Seminário especial do crime organizado.** [Entrevista para Agência Nolsa em 18/05/2009] Fonte: www.clicnews.com.br Acesso em: 23 set. 2009.

GARGAGLIONE, M.C. **Perícia em Fonoaudiologia.** [Artigo de Revisão científica em PDF da Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense] Disponível em: www.acadffor.com.br Acesso em:24 set. 2009.

LOPES JÚNIOR, E; COSTA, A.M. **O Crime organizado no Brasil no início do século XXI.** [Anais do XII Congresso Brasileiro de Sociologia] Recife, Pernambuco: UFPE, 29 de Maio a 01 de Junho de 2007.

MARCÃO, R. Interceptação Telefônica Ilegal:Organização Criminosa Oficial (?). Fonte: www.portaljus.com.br Acesso em:23 de Setembro de 2009 às 20:36 hs.

PEREIRA, A.T. **Interceptação telefônica com base nas investigações criminais:** repercussões diante dos direitos individuais. [Monografia de Especialização em Processual Penal], Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, Instituto A Voz do Mestre, 2008.

STAM, Gilberto. **“Pego pelo Gogó”:** como é feita a perícia de identificação da voz? [Matéria] Revista SUPERINTERESSANTE, Vol.180, Ed. Abril: Setembro de 2002.

ABORTO ANENCÉFALO: um olhar reflexivo à luz da legislação brasileira

Cizone Carneiro Acioly Felipe¹
Ingrid de Lima Bezerra²
Bárbara Amélia A. C. Lima³
Dyandra Bárbara Soares Madeiro⁴

RESUMO

Considera-se aborto a interrupção da gravidez através rem⁵oção ou expulsão prematura e com a conseqüente morte do produto da concepção, seja óvulo fecundado, embrião ou feto do útero. Alguns fetos, ao decorrer da gestação, desenvolvem a anomalia, chamada anencefalia, a qual tem várias possíveis causas, dentre as quais pode-se citar a exposição da mãe durante os primeiros dias de gestação a produtos químicos e solventes. Este é um processo irreversível sem qualquer possibilidade de sobrevida, por não possuir essa parte vital do cérebro. No entanto, a gestante é obrigada a passar por implicações psicológicas ao saber que deverá conduzir esta gestação, uma vez que a legislação brasileira só considera legal o aborto natural, o aborto provocado culposamente e o aborto praticado por médico no caso: de aborto necessário e de aborto sentimental resultante de estupro. Este estudo é caracterizado como de natureza bibliográfico realizado no período de agosto a setembro de 2009, coletados junto a fontes especializadas em acervo disponível nas bibliotecas de instituições públicas e privadas de ensino superior, localizadas na cidade de João Pessoa – PB, assim como por meio de internet. Para a construção do estudo proposto, seguiram-se as seguintes etapas: Levantamento do material bibliográfico sobre o tema do trabalho, seleção do material para construção do trabalho e construção do texto. Enfim, percebeu-se que há necessidade de contemporizar a questão do aborto do feto anencéfalo na jurisprudência, com finalidade de ser um instrumento legal para circunstâncias de *ultima ratio*, em face de anomalias devidamente reconhecidas e notórias.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Aborto do feto anencefálico. Legislação brasileira.

¹ Docente do Curso de Enfermagem. DEMC/CCS/UFPB. Mestre em Enfermagem. Orientadora. *E-mail:* profcizone@hotmail.com

² Docente do Curso de Direito Penal. UNIPÊ. Mestranda em Ciências Jurídico-Criminais na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Co-Orientadora. *E-mail:* ingridbezerra@gmail.com

³ Discente do Curso de Direito UNIPÊ. 5º Período. *E-mail:* barbara_aacl@hotmail.com

⁴ Discente do Curso de Direito UNIPÊ. 5º Período. *E-mail:* dy_madeiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o aborto foi provocado por vários métodos diferentes e seus aspectos morais-religiosos e legais são objeto de intenso debate, hoje ainda mais com a discussão sobre o aborto anencefálico, variando desde a sua condenação até a sua liberação, inclusive, descaracterizando-o como aborto, mas denominando o procedimento de antecipação terapêutica de parto.

Etimologicamente, a palavra *aborto* tem origem no latim *abortus*, derivado de *aboriri* ("perecer"), composto de *ab* ("distanciamento", "a partir de") e *oriri* ("nascer"). Entende Capez (2007) que o aborto como a interrupção da gravidez, com a conseqüente destruição do produto da concepção; no mesmo sentido, consoante, Mirabete (2007) preleciona que seria a interrupção da gravidez com a morte do produto da concepção.

Alguns fetos desenvolvem a anomalia, chamada anencefalia, a qual tem várias possíveis causas, como cita Moraes (2005, p.253): a “exposição da mãe durante os primeiros dias de gestação a produtos químicos e solventes; irradiações; deficiência materna de ácido fólico; alcoolismo e tabagismo são importantes influenciadores na má-formação”.

De acordo com o site Portal Médico (2009), o Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Resolução Nº 1.752/04, define os anencéfalos como natimortos cerebrais, por não possuírem o córtex, mas apenas o tronco encefálico. Assim, o anencéfalo tem um processo irreversível, de causa conhecida e sem qualquer possibilidade de sobrevida.

A legislação brasileira ainda não criminalizou o aborto natural, o aborto provocado culposamente e o aborto praticado por médico no caso: de aborto necessário e de aborto sentimental resultante de estupro, ambos citados no artigo 128 do Código Penal (CPB). A lei somente trata em seu conteúdo como delito o aborto provocado com intuito doloso, o qual se constitui nas modalidades descritas nos artigos: 124, 125 e 126 do CPB (*VADE MECUM*, 2007).

Posto isso, a justificativa desta temática como alvo do estudo veio da visão de que há necessidade de uma discussão e reflexão sobre o aborto do feto anencéfalo e de seu respaldo pela legislação brasileira vigente a partir de um olhar humano para as mulheres que geram fetos com essa anormalidade. Tal fato deve ser levado e analisado à luz das implicações psicológicas que a gestante é obrigada a passar, assim como sua família, ao saber que deverá conduzir esta gestação, sem ter o agraciamento de, após o parto, ter seu filho com vida ou com a perspectiva de crescimento e desenvolvimento.

Tal debate sobre o feto suscita deveras questionamentos desde qual é a concepção do aborto e do aborto anencéfalo? Que causas influenciam na mulher que faz abortamento?, bem como, que conseqüências encontram-se na mulher durante a gestação? Há lesão à vida do feto é um Direito Fundamental protegido constitucionalmente? Os fetos diagnosticados anencéfalos teriam tutela mediante a lei civil? Qual direito se sobrepõe, o direito à integridade moral e psicológica da mãe ou o direito à vida do feto? Deve-se proibir uma mulher de antecipar o parto em caso de anencefalia no feto invadindo a esfera axiológica da Liberdade? O direito deve se curvar diante da religião, impondo coercitivamente, inclusive aos não crentes, as posições de determinada confissão religiosa? Até, enfim, deve-se reformar o Código Penal, visando incluir o aborto anencéfalo como crime ou ato lícito?

Este trabalho objetiva promover a discussão e reflexão acerca do aborto de feto anencéfalo em relação à legislação pátria vigente; e promover a discussão e reflexão em relação às questões morais-religiosas e jurídicas para uma futura tipificação no direito, especialmente no Direito Penal.

METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa

O estudo realizado é caracterizado de natureza bibliográfica. De acordo com Marconi e Lakatos (2006), a pesquisa bibliográfica consiste no exame de produções humanas desenvolvidas ao longo da evolução da humanidade, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinados assuntos como tema de pesquisa científica. Para Fachin (2003), este tipo de pesquisa apresenta como objetivo fundamental conduzir o leitor a um determinado assunto e produção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica, portanto não é apenas uma repetição do que já foi escrito ou narrado sobre determinado assunto, mas favorece o exame de um tema com uma nova abordagem, chegando a próprias conclusões. Para que esse tipo de pesquisa seja realizado, é necessário que ocorra a redefinição de um problema, definição de técnicas para coleta de dados em resposta ao questionamento formulado.

Local de Estudo

A pesquisa se realizou em fontes especializadas a respeito do tema, pesquisadas em acervo bibliográfico disponível nas bibliotecas de instituições públicas e privadas de ensino superior, localizadas na cidade de João Pessoa – PB, assim como por meio de internet.

Etapas do Estudo

Para a construção do estudo proposto, seguiram-se as orientações de Costa (2002):

Etapa 1- Levantamento do material bibliográfico sobre o tema do trabalho

Nessa etapa, os pesquisadores selecionaram o tema proposto, buscando fazer uma revisão de literatura, a partir das seguintes fontes: livro e artigos. Essas fontes foram pesquisadas em sites da internet e acervo bibliográfico disponível em bibliotecas localizadas e descritas acima, sendo realizado no período de agosto a setembro de 2009.

Etapa 2- Seleção do material para construção do Trabalho

Nessa etapa, os pesquisadores selecionaram criteriosamente o material considerando tudo que seja relevante e pertinente ao objetivo do trabalho, na qual foi realizada uma leitura detalhada de cada material selecionado. Em seguida, foram feitas citações diretas e indiretas de acordo com cada tópico a ser explorado e suas respectivas referências, objetivando facilitar a construção do esboço preliminar da referida pesquisa.

Etapa 3 – Construção do texto

Essa etapa foi iniciada com a construção de um esboço preliminar, tendo como base o material selecionado, para logo depois ser elaborado o texto final com vistas ao alcance dos objetivos propostos.

Análise dos dados

De posse do material bibliográfico foi feita a leitura com o objetivo de identificar as informações, estabelecer relações entre as informações (semelhanças e divergências) e analisar a consistência das informações. Inicialmente, foi feita uma leitura seletiva para determinação do material que realmente interessa á pesquisa, a seguir foi feita uma leitura analítica buscando identificar a idéia central do autor para elaboração das fichas com os apontamentos que serviram de base para construção do corpo do trabalho.

Considerações éticas

Ressalta-se que os pesquisadores pautaram-se nas normatizações recomendadas pelas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, quanto ao uso correto de citações e de suas referências sem esquecer os postulados éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/07 (LIMA, 2007).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conceito de Aborto

A Organização Mundial da Saúde conceitua abortamento como sendo a interrupção da gestação antes de 20-22 semanas ou com peso inferior a 500 gramas (SILVA, 2008). Este pode ser espontâneo ou provocado. O primeiro é devido a uma ocorrência acidental ou natural, já o segundo é aquele induzido, provocado, que contém interrupção deliberada da gravidez por meio da ingestão de medicamentos ou métodos mecânicos.

No que diz respeito ao aspecto legal Mirabete (2002) define aborto como sendo a interrupção da gravidez com a destruição do produto da concepção. É a morte do ovo, embrião ou feto, não implicando necessariamente sua expulsão. O produto da concepção pode ser dissolvido, reabsorvido pelo organismo da mulher ou até mumificado, ou pode a gestante morrer antes da sua expulsão. Não deixará de haver, no caso, o aborto.

Conforme Silva (2008), renomados médicos-legistas, do Estado de São Paulo, Coelho e Jarjura, definem aborto como sendo a interrupção da prenhez, com a morte do produto, haja ou não expulsão, qualquer que seja o seu estado evolutivo, desde a concepção até o parto.

Aborto é, portanto, a interrupção da gravidez, realizada de forma dolosa, em qualquer momento ciclo gravídico, com a expulsão ou não do óvulo fecundado, embrião ou feto, pois a norma penal brasileira não faz discriminação quanto a isso, conforme disserta Capez (2007).

Conceito de Anencefalia

Anencefalia consiste em malformação caracterizada pela ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana, proveniente de defeito de fechamento do tubo neural.

Coadunando, Diniz (2001) relata que o anencéfalo pode ser um embrião, feto ou recém-nascido que, por malformação congênita, não possui uma parte do sistema nervoso central, ou melhor, faltam-lhe os hemisférios cerebrais e tem uma parcela do tronco

encefálico (bulbo raquidiano, ponte e pedúnculos cerebrais). Como os centros de respiração e circulação sanguínea situam-se no bulbo raquidiano, mantém suas funções vitais, logo o anencéfalo poderá nascer com vida, vindo a falecer horas, dias ou semanas depois.

O diagnóstico da anencefalia pode ser feito já a partir do terceiro mês de gestação (entre a décima segunda e a décima quinta semanas), através da realização de ultrasonografias. E sendo o anencéfalo o resultado de um processo irreversível, de causa conhecida e sem qualquer possibilidade de sobrevivência, por não possuir a parte vital do cérebro, é considerado desde o útero um feto morto cerebral.

Complicações maternas durante a gestação de fetos anencéfalos

Freitas (2005) salienta que a gravidez do feto anencefálico resulta em inúmeros problemas maternos durante a gestação e ainda enumera que a FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia dispõe as complicações maternas, dentre elas: eclâmpsia, embolia pulmonar, aumento do volume do líquido amniótico, alterações comportamentais e psíquicas e até a morte materna. Sendo elas: Associação com polihidrâmnio, com desconforto respiratório, estase venosa, edema de membros inferiores; Associação com DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação); Associação com vasculopatia periférica de estase; Alterações comportamentais e psicológicas; Dificuldades obstétricas e complicações no desfecho do parto de anencéfalos de termo (parto entre 38 e 42 semanas de gestação, tempo considerado normal); Necessidade de apoio psicoterápico no pós-parto e no puerpério; Necessidade de registro de nascimento e sepultamento desses recém-nascidos; Necessidade de bloqueio da lactação; Puerpério com maior incidência de hemorragias maternas por falta de contratilidade uterina; Maior incidência de infecções pós-cirúrgicas devido às manobras obstétricas do parto de termo.

Legislação do Aborto, Aborto Anencéfalo e repercussões

O tema aborto é fator de divisão da sociedade, pois o debate sobre legalidade é muito controverso, quer seja nos países que permitem ou nos países onde se considera crime. No Brasil, o aborto natural ou aquele provocado de forma culposa não estão criminalizados pelo Código Penal Brasileiro de 1940. O que se tipifica no artigo 128 do Código é a permissão do aborto praticado por um médico no caso: de aborto necessário e de aborto sentimental resultante de estupro (VADE MECUM, 2007).

A norma penal caracteriza como delito o aborto provocado dolosamente pela própria gestante, constituindo o auto-aborto, ou quando haja consentimento desta a terceiro que lhe provoque, conforme descrito no artigo 124 do CPB com punição de detenção de um a três anos. Ainda penaliza com reclusão de três a dez anos o aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante, consoante informa o artigo 125 (VADE MECUM, 2007).

A máxima penal, por último, considera crime o aborto provocado por terceiro com o consentimento da gestante, com reclusão de um a quatro anos bem como aplicando a mesma pena se a gestante não for maior que quatorze anos, ou for alienada, ou débil mental, ou se o consentimento tenha sido adquirido a partir de fraude, grave ameaça ou violência (VADE MECUM, 2007).

Devido ao Código penal ter sido elaborado e publicado em uma época de costumes mais conservadores e ciência carente de conhecimento sobre o feto anencéfalo, este caso de aborto não foi tipificado. Entretanto, pela pertinente necessidade de nivelar a matéria penal à conjuntura atual, decorre o Anteprojeto de Reforma do Código Penal. Este mantém as figuras típicas como já se encontram, todavia, propõe mudanças consideráveis nas penas a serem aplicadas, chegando ao ponto de reduzir drasticamente a reprovabilidade do crime de aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento. Dentre outras reformas, consentiria o aborto nos casos em que o nascituro apresentasse graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais (MARCÃO, 2002).

Enquanto não se edita tais reformas, fica-se a lacuna na norma sobre o feto anencéfalo. No Brasil, a jurisprudência em grande parcela autorizava esse aborto de feto anencefálico quando apresentado atestado de médico e outros laudos de confirmação. Mas sua discussão a efeito *erga omnes* iniciou-se no ano de 2004, com o processo de Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), o Ministro Marco Aurélio de Mello, do Supremo Tribunal Federal (STF), concedeu liminar autorizando a interrupção da gravidez nos casos de anencefalia. Todavia, esta decisão foi revogada no mesmo ano pelo plenário do Tribunal, tendo maior debate no ano de 2008; entretanto, ainda não foi julgado definitivamente (ADPF-n. 54, 2004).

A partir desse debate emergiram-se duas correntes: os que defendem o aborto do anencéfalo criminalizado relevam o Direito Constitucional à vida do feto humano, independente de ter anomalia ou não, considerando a vida mais importante do que qualquer outro argumento, pois o descumprimento desse preceito fere a dignidade humana. Para estes a

vida de um indivíduo humano começa desde a fusão dos dois gametas, fundamentando-se no artigo 2º do Código Civil Brasileiro cujo conteúdo estabelece, desde a concepção, a proteção jurídica aos direitos do nascituro, juntamente com o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente e o artigo 4º da Convenção Americana de direitos Humanos que dispõem o direito a vida para a criança nascitura (SARMENTO, 2005).

Esses adversários da antecipação terapêutica do parto do feto também tentam caracterizar o aborto em questão como hipótese de aborto eugênico a qual é abortamento realizado pelo feto ser portador de algum tipo de deficiência ou por apresentar alguma característica indesejável pelos pais ou pelo Estado. Porém, vale salientar que o aborto eugênico pressupõe a viabilidade da vida extra-uterina do feto, o que não acontece na anencefalia, porque nesta já não há vida em potencial.

Outra defesa destes seria incompatibilidade com a morte encefálica, posto que para configuração dessa morte é preciso além, da ausência ou suspensão definitiva das atividades do sistema nervoso superior ou cortical, que todas as funções do encéfalo não existam; diametralmente oposto, ao caso do anencéfalo, que possui resíduos do tronco encefálico e desenvolve funções vitais, como a função respiratória.

Neste particular, conforme Sarmento (2005), ainda se encontra a tese construída por compreensões religiosas ou metafísicas particulares, principalmente a Igreja Católica e as diversas denominações Evangélicas, que radicalmente vedam o aborto e até mesmo o aborto anencéfalo. Sabe-se que a Constituição Federal de 1988 protege no seu art. 5º, inciso VI a liberdade de religião bem como consagra no seu art. 19, inciso I, o princípio da laicidade do Estado, de modo que os Poderes Públicos no seu exercício de dever público tenham imparcialidade ao pluralismo nas religiões.

Outra vertente estima a descriminalização do aborto para o caso do feto com anencefalia, aparando-se em diversos preceitos da lei. Primeiramente, na Lei Maior que fundamenta no artigo 1º, II ao relatar sobre a dignidade humana e artigo 5º, caput e inciso X ao enumerar os direitos fundamentais a liberdade e privacidade, configuram ao homem ou mulher a autodeterminação para tomar decisões na sua própria vida e a liberdade para distinguir o que é bom ou ruim de maneira que não lesem o Estado ou terceiro (ADPF- n. 54, 2004).

Concordando com a fundamentação constitucional, a redação do parágrafo 95 da Plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, citada na ADPF – n.54 (2004). Em consonância, o site da Ipas Brasil (2009) informa que a Organizações das Nações Unidas

(ONU) propõe que a mulher é detentora do direito à vida; à liberdade e à segurança pessoal; à igualdade e a estar livre de todas as formas de discriminação; à liberdade de pensamento; à informação e à educação; à privacidade; à saúde e à proteção desta; a construir relacionamento conjugal e a planejar sua família; à decidir ter ou não ter filhos e quando tê-los; aos benefícios do progresso científico; à liberdade de reunião e participação política; a não ser submetida a torturas e maltrato. Portanto, ela é um agente dotado de razão capaz de se posicionar e ser responsável pelas suas ações e conseqüências.

Ainda na Constituição Federal do Brasil, (VADE MECUM, 2007, p. 89) os art. 6º e 196 consagram o Direito à saúde; este último artigo disserta que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

De acordo, com o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde, “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (grifo nosso) (Preâmbulo do ato fundador da OMS), portanto, é dever do Estado oferecer adequadamente higidez e o bem-estar psíquicos da pessoa humana, e no que se refere a antecipação terapêutica do parto, ao se proibir impõe a mãe um novo sofrimento e angústia de ter que assistir à transformação do seu corpo pelo avanço da gravidez, sabendo que do seu ventre não será produzida qualquer vida humana viável, definitivamente abalando seu *status quo* (ADPF- n. 54, 2004).

Além dos argumentos constitucionais, há também razões do Direito Penal que impedem que se considere a antecipação terapêutica de parto como ilícito criminal e sim como crime impossível. Nesse ramo do direito, apenas se concebe tipo penal com lesão ou ameaça a bem jurídico, por conseguinte, se ocorrer interrupção na gravidez de fetos anencefálicos não se fere bem jurídico a ação da gestante ou dos profissionais de saúde que impede o seu nascimento com vida, uma vez que é considerado desde o útero um feto morto cerebralmente.

Em contraponto ao fundamento da Lei Civil sobre o bem jurídico tutelado é a vida do feto, consagrando ao nascituro direitos resguardos, argüido pela vertente da criminalização da antecipação terapêutica do parto do feto anencéfalo, entende-se que o nascituro tem expectativa de direito, porém quando diagnosticado anencefalia não existiria bem jurídico a ser protegido.

Por conseguinte, a lei de transplantes de órgãos (lei 934/97), no seu artigo 3º, prevê a retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinadas a transplante, somente no momento em que for diagnosticada a morte encefálica do paciente, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção de transplantes. Dessa forma, define-se que a morte do ser humano para transplante de órgãos é a morte cerebral, em consequência disso acaba por distinguir da morte do ser humano para crime contra vida, o qual é a morte clínica; então, reforça o argumento das opiniões a favor sobre o aborto do feto anencéfalo, justamente por ser “natimorto” cerebral (FAZOLLI, 2004)

Mediante todas essas razões expostas a permissão do aborto no caso de feto com anencefalia, apregoa-se como uma forma de conter o abortamento desnecessário à constatação certa e indiscutível da inviabilidade do feto por uma junta médica ou, no mínimo, por dois médicos, para que se evite uma banalização da vida intra-uterina (GOMES, 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo, observou que aborto é a interrupção voluntária da gravidez com decorrente falecimento em qualquer fase da gravidez desde o óvulo, embrião até o feto, podendo ser espontâneo ou artificial. Compreende-se também o feto anencéfalo, sendo este detentor de anomalia intra-uterina justamente por não possuir córtex, mas apenas o tronco encefálico, de modo que o consideram como natimorto cerebral por excelência, não tendo nenhuma probabilidade de sobrevivência do feto, pois caso não morra intra-uterinamente, falecerá ao nascer.

Ressaltou-se a intensa polêmica para o aborto do feto anencéfalo uma vez que esta conjuntura especial não é tipificada pela lei penal, expondo as posições de criminalização ou descriminalização encontradas nos dias atuais.

De um lado, defendem o direito da vida do feto sobre todos os princípios, fundamentando-se no supra-sumo Princípio da dignidade humana, Lei Civil, Estatuto da Criança e do Adolescente e na Convenção Americana de Direitos Humanos. A estes também pertencem os religiosos católicos e evangélicos que vedam qualquer tipo de aborto uma vez que em suas opiniões proibido um ser humano retirar a vida de outrem em qualquer forma ou estágio, pois Deus ao permitir que um ser seja gerado já destina um propósito, não inteligível aos humanos, mas grandioso aos olhos do Senhor.

Diametralmente oposto, encontra-se a vertente que argüi para descriminalização do aborto do feto anencéfalo, baseando em premissas constitucionais de saúde, à privacidade,

à autonomia reprodutiva, à liberdade e à igualdade da mulher. Não obstante, por ser o Brasil um Estado laico e pluralista, que, por imperativo constitucional, deve-se manter uma equidistância das perspectivas religiosas e dos dogmas de fé em relação das questões jurídicas, neste estudo discutido o aborto do feto anencéfalo.

Conquanto, esta última corrente ressalta que a patologia anencefalia é absolutamente incurável e incompatível com o desenvolvimento da vida extra-uterina. Assim, a partir disso, não há o que considerar aborto e, portanto, crime punível, lícito e imputável, pois não há interrupção de vida.

Enfim, tem-se que contemporizar a questão do aborto do feto anencéfalo na jurisprudência, com finalidade de ser um instrumento legal para circunstâncias de *ultima ratio*, em face de anomalias devidamente reconhecidas e notórias, evitando o alongamento de debates que favoreçam, devido a demora, a conduta abortiva como remédio a falibilidade da contracepção ou como do exercício do próprio direito de liberdade da mulher.

REFERÊNCIAS

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Disponível: http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/ADPF_54_anencefalia_parecer_pgr.pdf. Acesso em 28/ago/09.

BRASIL. Constituição Federal. In: **Vade Mecum acadêmico de direito**. Anne Joyce Angher (org). 5. ed. São Paulo: Rideel, 2007.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. In: **Vade Mecum acadêmico de direito**. Anne Joyce Angher (org). 5. ed. São Paulo: Rideel, 2007.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. 7.ed. Editora Saraiva, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 1.752/04**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1752_2004.htm. Acesso em 21/ago/09.

COSTA, S. G. et al. **Metodologia da Pesquisa**: Coletânea de termos. João Pessoa: Idéia, 2002.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2001. Disponível no site: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>. Acesso em 21/ago/09.

FACHIN, O., **Fundamentos da metodologia**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FAZOLLI, Fabricio. Anencefalia e aborto. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 372, 14 jul. 2004. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5444>. Acesso em 10/set/09.

FREITAS, Ana Célia de. **Existe Aborto de Anencéfalo?**. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/1969/Existe-aborto-de-anencefalos>. Acesso em 26/ago/09.

GOMES, Luiz Flávio. Aborto anencefálico. Direito não é religião. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 12, n. 1908, 21 set. 2008. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11752>. Acesso em 19/set/09.

LAKATOS,E.M.; MARCONI,M.A.; **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed, São Paulo, 2006.

LARA, A.M.;WILHELMS, F.R.;Freitas, A.C. de; FAYET, F.A. Existe aborto de anencéfalos?. 2004. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6467>. Acesso em 16/ago/09.

LIMA, C. B. **Dispositivos legais norteadores da prática da enfermagem**. 2.ed. João Pessoa: C.Bezerra de Lima, 2007.

MARCÃO, Renato. O aborto no anteprojeto de Código Penal . **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 57, jul. 2002. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2961>. Acesso em 18/set/09.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Código Penal Interpretado**. 6.ed. Atlas, 2007.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005

Os Dozes direitos da Mulher. 2009. Disponível no site: <http://www.ipas.org.br/12direitos.html>. Acesso em 17/set/09.

SANTOS, Marília Andrade. **Direitos pelo anencéfalo e a morte encefálica**. 2005. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8007&p=2> . Acesso em 24/set/09.

SARMENTO, Daniel. **Legalização do Aborto e Constituição**. Disponível em: <http://www.mundojuridico.adv.br>. Acesso em 23/ago/09.

SILVA, Fernando Duarte Leopoldo e. **Fundamentos médicos e jurídicos do atendimento ao aborto**. São Paulo, 2008. Disponível em http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=1201. Acesso em 16/set/09.

ABORTO: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Gabriela Coeli Rabelo Dias Monteiro Leite¹

Jackeline Sammer GomesPinto²

Tattiana Dias de Carvalho³

Sérgio Ribeiro dos Santos⁴

RESUMO

Aborto é a interrupção da gravidez ou a expulsão do produto da concepção antes que o feto se torne viável. O aborto provocado é um assunto debatido e abordado mundialmente, principalmente nos países onde ele é considerado crime, como no caso do Brasil, tratando-se de uma discussão ética, moral, legal e espiritual. Por ser um tema difícil de ser tratado, visto referir-se à interrupção da vida, ou seja, à morte, e ser um assunto de difícil manejo para nós, este é um tema de relevância inquestionável, por se tratar de um fenômeno recorrente entre mulheres de todas as classes sociais e cuja complexidade não tem suscitado a discussão que merece. Diante do exposto, esse estudo visa abordar as diferentes opiniões sobre o tema (aspectos éticos, legais e sociais) e mostrar como estas ainda influenciam na decisão das mulheres no momento de decidir pelo aborto. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada a partir de artigos, que abordam o tema em questão. Concluindo-se que a saúde pública mundial tem voltado sua atenção a esse problema, porém há uma grande discussão que envolve esse tema "aborto", e o consenso deste está muito longe de chegar há um denominador comum, pois os costumes, valores éticos, morais e sociais são extremamente variáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação. Aborto. Ética.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: gabyrabelo88@hotmail.com.

² Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: jackelinesammer@hotmail.com.

³ Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: tattinhadc@hotmail.com.

⁴ Professor Associado da UFPB. Doutor em Ciências da Saúde e Doutor em Sociologia. Líder do GEPAIE - Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde e Professor do Departamento de Enfermagem-DENCA/CCS/UFPB.

INTRODUÇÃO

Biologicamente, o aborto é a interrupção da gravidez ou a expulsão do produto da concepção antes que o feto se torne viável. Em geral, o feto é considerado viável logo depois do quinto ao sexto mês de gestação (SMELTZER; BARE, 2005).

O aborto provocado é um assunto debatido e abordado mundialmente, principalmente nos países onde ele é considerado crime, como no caso do Brasil, pois é normal que se discutam razões que levam as mulheres a abortar e as conseqüências dessa decisão, tratando o abortamento como uma questão de saúde da mulher e do bem estar da família (HARDY et al., 1994).

Para Dallari (1995), o aborto é um caso típico onde as posições quanto ao fundamento ético são inconciliáveis.

Segundo Lemos (2009), o aborto é uma discussão ética, moral, legal e espiritual, não dando para desassociar nenhum destes aspectos quando se fala nele. Legalizar o aborto de certa forma está se falando em legalizar o assassinato. Sabemos que esta discussão vai além da concepção, pois os defensores militam também pelo direito de interromper a vida. Juridicamente, interromper a vida é crime, prescrito em lei.

O embrião segundo a concepção atual é um ser de direito, contido e alimentado dentro de/ por outro sujeito de direito; então se compreende que aparece assim a possibilidade de um conflito, pois entre um sujeito mais forte (a mãe) e um mais fraco (o feto), devem-se prevalecer os princípios básicos do direito e da ética, que afirma que deve ser o mais fraco que deve ser defendido em primeiro lugar caso se apresente em um desenvolvimento normal (BIONDO, 2002).

O termino voluntário e induzido da gravidez é chamado de um aborto eletivo e, em geral, é ou deveria ser realizado por profissionais de saúde experientes. Porém, algumas mulheres recorrem ao uso de tentativas não habilitadas para interromper a gravidez. Os métodos geralmente incluem a administração de grandes quantidades de diversos agentes tóxicos (os efeitos são tóxicos e o útero nunca é totalmente esvaziado) ou a realização de uma curetagem, com os riscos associados de ruptura uterina, hemorragia ou infecção. Quando o atendimento médico é imediato, o prognóstico é excelente (SMELTZER; BARE, 2005).

Para Moreira e Ramos (2004), a Constituição Federal Brasileira, em seu exaustivo rol de garantias fundamentais, consigna expressamente o direito à vida. Com efeito, esta proteção não abrange, tão somente, a vida extra-uterina, como também a intra-uterina, pois se ao contrário fosse, a Lei não seria plena e coerente, uma vez que, a partir da concepção, já

existe vida. Logo, a lei considera o aborto voluntário como sendo crime, tendo algumas exceções previstas em Lei.

Sabendo que é um tema difícil de ser tratado, visto referir-se à interrupção da vida, ou seja, à morte, e ser um assunto de difícil manejo para nós, este é um tema de relevância inquestionável, por se tratar de um fenômeno recorrente entre mulheres de todas as classes sociais, cuja complexidade não tem suscitado a discussão que merece.

Diante do exposto, esse estudo visa abordar as diferentes opiniões sobre o tema (aspectos éticos, legais e sociais) e mostrar como estas ainda influenciam na decisão das mulheres no momento de decidir pelo aborto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada a partir de artigos, que abordam o tema em questão. O levantamento bibliográfico se deu por meio de pesquisa efetuada via internet, junto à BVS/BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO, BIBLIOTECA VIRTUAL DE ENFERMAGEM e outros sites.

QUESTÃO ÉTICA E MORAL DO ABORTO

Segundo Dallari (1995), a vida em sociedade influi sobre a saúde das pessoas, singular e coletivamente. Por isso, para a saúde pública, é exigência basilar ao espírito ético que se reconheça a unicidade das situações examinadas. Mas, é igualmente fundamental que se respeite a multiplicidade de perspectivas. Portanto, moral e direito devem basear suas decisões no princípio da responsabilidade “para os indivíduos e para a coletividade, de respeitar o sentido que cada um quer dar à sua vida e também de contribuir para que esse sentido seja concretamente respeitado”.

Diante do dilema entre moralidade prescrita pela sociedade atual, realidade concreta de existência e qualidade de vida a oferecer para a criança que estava sendo gerada, as mulheres tentam conciliar suas convicções e valores com a decisão tomada, manipulando e transformando o significado da conduta adotada de modo a que assumisse o caráter de solução única para um beco sem saída (PEDROSO; GARCIA, 2000).

É urgente que o sanitarista distinga claramente o aborto estritamente terapêutico – que permite salvar a vida da mãe comprometida gravemente pela gestação – do aborto de

conveniência – efetuado apenas nos casos difíceis que trazem sempre um conflito de valores - e do aborto eugênico – destinado a evitar o nascimento de uma criança que se julga muito defeituosa. Trata-se de um desafio ético e político cuja superação exige o atendimento da regra moral da prudência, entendida em sua interpretação contemporânea como o dever de vigilância, uma vez que estão em jogo a vida e a qualidade de vida de pessoas, coletividades e mesmo da espécie humana. O executor final dessa decisão ética será o sanitarista, mas é indispensável a mediação do jurista e do político (DALLARI, 1995).

Dallari 1995 salienta que o aborto é um caso típico onde as posições quanto ao fundamento ético são inconciliáveis, pois, para alguns se trata do direito à vida, para outros é evidente que envolve o direito da mulher ao seu próprio corpo, e existem ainda, os que estão convencidos de que a malformação grave deve ser eliminada a qualquer preço porque a sociedade tem o direito de ser constituída por indivíduos capazes de sobreviver em uma relação que envolve valores éticos, morais e sociais.

Segundo Loureiro e Vieira (2004), quando se aborda a questão ética nem mesmo os médicos e demais profissionais de saúde estão imunes ao conflito dos valores fundamentais, pois não existe um critério comum à humanidade.

Considerando a resolução COFEN-240/2000, de 30 de agosto de 2000 que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde veda ao enfermeiro “*provocar aborto ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação. Parágrafo único – Nos casos previstos em Lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo*” (artigo 45), portanto como salienta Loureiro e Vieira (2004), o enfermeiro não pode fornecer endereço de clínica abortiva, ou orientar qualquer método que seja destinado a interrupção da gravidez, sendo impune apenas nos casos previstos pela Lei.

QUESTÕES LEGAIS: ABORTO LEGAL

Com efeito, no Brasil – Estado que ratificou a Convenção Americana relativa aos Direitos do Homem em 1985 – provocar o aborto é crime elencado no Código Penal vigente, decretado em 1940, e apenas nas hipóteses de não haver outro meio para salvar a vida da gestante e de a gravidez resultar de estupro o médico que o provocar não será criminalmente punido (Código Penal, art. 124 e 128). Isto significa dizer que para a sociedade brasileira, em última instância, o direito à vida deve ser protegido desde a concepção. Tal proteção não é

absoluta, porém, se aceita que o conflito entre o direito à vida do feto e aquele da gestante deve ser resolvido em favor da mãe (DALLARI, 1995).

Código Penal, em vigor desde 1940, de acordo com o qual é ilegal e um crime contra a vida, somente em duas circunstâncias nas quais a lei brasileira permite a interrupção de gestações: quando ela resulta de um estupro ou se não há outro meio de salvar a vida da mulher (LEÃO et al, 2007).

Segundo Moraes (2002), a Constituição Federal garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos. A Constituição Federal proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência.

Mirabete (1997) explica que a *ratio legis* perquirida pelo legislador foi, ao editar o disposto no artigo 128, II, do Código Penal, evitar que a mulher fique obrigada a cuidar de um filho resultante de coito violento, não desejado, também como evitar-se uma criança com personalidade degenerada, devido à influência hereditária do pai. Assim, em nome dessas justificativas, o legislador optou por relativizar o direito à vida. Tal solução deve ser repelida de nosso ordenamento, uma vez que afronta os princípios ordenadores de nosso sistema Constitucional, fere os direitos humanos, viola o disposto no artigo 2º do Código Civil, que protege o nascituro desde a concepção, bem como o artigo 7º do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), que confere ao nascituro alguns direitos personalíssimos, como direito à vida, proteção pré-natal, entre outros.

Temos, ainda, julgados concedendo aos nascituros direitos das mais variadas espécies, como direito à indenização por dano moral, direito a exame de DNA para se auferir a paternidade, direito a alimentos para custeio do pré-natal, entre outros. Se tais direitos já estão sendo concedidos aos nascituros, a vida, maior bem de todos, deve receber proteção ainda maior por parte do nosso Direito (MIRABETE, 1997).

Nesta defesa à vida, o Estado, acertadamente, põe a salvo os direitos do nascituro, sendo proibida a prática abortiva. O aborto, assunto de fartas discussões sociais e morais, é sob um conceito jurídico é a interrupção da gravidez, tendo por consequência a morte do feto. A lei brasileira, entretanto, prevê duas hipóteses em que não haverá punição para quem

praticar o aborto. A primeira está descrita no art. 128, I, do Código Penal e diz respeito a possibilidade de não haver outro meio de salvar a vida da genitora. Já a segunda hipótese é insculpida no inciso seguinte do mesmo artigo e se refere ao caso de a gravidez ter sido consequência de um estupro e que haja o consentimento da gestante, ou se esta for incapaz, de seu representante legal. Observe-se que num caso a lei preocupa-se estritamente com o direito a vida da gestante, enquanto noutro caso a lei atem-se especificamente ao aspecto de ordem moral (ARAÚJO e NUNES, 2003).

Segundo Moraes (2002), temos ainda outro tipo de aborto, o qual a legislação brasileira é silente a respeito. Trata-se do aborto eugenésico ou eugênico. Esta espécie de aborto ocorre quando há grave perigo para o feto, em virtude de grave predisposição hereditária, seja por doenças maternas ou por qualquer outro fator externo que resulte para o nascituro enfermidades de ordem psíquicas ou corporais gravíssimas. À baila dessas abordagens vem a decisão proferida pelo ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Marco Aurélio de Mello que concedeu liminar autorizando o aborto em casos de fetos com anencefalia, ou seja, um defeito de formação do sistema nervoso fetal que ocorre entre o 23º e o 26º dia de gestação. Os nascituros portadores desta anomalia nascem sem a maior parte do cérebro, ou sem ele. É por este motivo que a criança geralmente nasce com graves defeitos fisiológicos e sem consciência, sobrevivendo no máximo algumas horas, sendo certo que não há possibilidade de vida.

De acordo com o Ministro, mulheres grávidas de fetos anencefálicos podem fazer a operação sem serem condenadas pelo crime de aborto, bastando para tanto apresentar um laudo médico que comprove a ausência de cérebro do feto. A justificativa do eminente pretor se funda no fato de que a gestante com feto anencefálico "convive diuturnamente com a triste realidade e a lembrança ininterrupta do feto, dentro de si, que nunca poderá se tornar um ser vivo". O Ministro não considera a cirurgia um aborto, pois não há chance de vida após o nascimento. Por isso, ele considerou um direito da gestante "submeter-se à operação terapêutica de parto de fetos anencefálicos, a partir de laudo médico atestando a deformidade" (MORAES, 2002).

Loureiro e Vieira (2004) ressaltam que o Código Penal Brasileiro classifica o aborto entre os crimes contra a vida, que são subclasse dos crimes contra as pessoas. São passíveis de pena: a gestante que provoca o abortamento em si mesmo (auto-abortamento, artigo 123) ou consente que outrem lho provoque (abortamento consentido, artigo 124) e a pessoa que provoca o abortamento com ou sem o consentimento da paciente (artigos 125 e

126). Prevê-se o agravamento da pena quando o crime é praticado em menores ou alienado (artigo 125) ou se realizado mediante violência (artigo 128); a pena também é aumentada se há lesões graves ou morte (artigo 126). Não se pune o aborto praticado por médico se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou em caso de gravidez resultante de estupro (artigo 128).

VISÃO DA IGREJA CATÓLICA

Nos primeiros séculos do Cristianismo, a preocupação central - da Igreja, como do Estado - era com a constituição do casamento monogâmico como regra para toda a sociedade. No império romano, estabeleceram-se leis que desencorajavam o concubinato. O primeiro concílio do Ocidente, realizado no século IV, antes mesmo da oficialização do Cristianismo por Constantino - o Concílio de Elvira - estabelece penas religiosas severíssimas para as transgressões à fidelidade conjugal. Tanto a Igreja quanto o Estado impunham penas mais duras para os casos de adultério do que para os de homicídio. Assim, a punição do aborto, durante os seis primeiros séculos do cristianismo, não era referida, em primeiro lugar, ao feto cuja vida seria tirada, mas ao adultério que o aborto revelava. Pode-se, pois concluir que para o Cristianismo, como para a lei romana, a afirmação do casamento monogâmico como única união legítima, era mais importante como fundamento social do que a proteção da vida (NUNES, 2008).

Em relação ao aborto, a discussão entre os teólogos dava-se em torno do momento em que o feto passaria a ser uma pessoa, porque somente a partir desse momento, haveria crime e, portanto, pecado. Segundo grande parte dos teólogos da época, o aborto provocado no início da gravidez não constituiria pecado, já que não atentaria contra a vida de uma pessoa. Durante todo o período medieval, as discussões teológicas em torno do momento da "hominização" continuaram. Prevalencia a teoria de Tomás de Aquino - considerado um dos maiores teólogos do Cristianismo - segundo o qual só haveria aborto pecaminoso quando o feto estivesse totalmente formado. Essa compreensão foi predominante até o século XIX, quando o Papa Pio IX, em 1869, declara que o aborto é pecado em qualquer situação e em qualquer momento que se realize. Pela primeira vez, Papa e teólogos coincidem, rechaçando a teoria da "hominização retardada" para assumir a da "hominização imediata", a tese de que desde o momento da concepção existe uma pessoa humana e, portanto, atentar contra ela é homicídio. Até essa data, essa questão havia sido controvertida na Igreja. (NUNES, 2008).

A igreja católica considera que a alma é infundida no novo ser no momento da fecundação; assim, proíbe o aborto em qualquer fase, já que a alma passa a pertencer ao novo ser no preciso momento do encontro do óvulo com o espermatozóide. A punição que a igreja católica dá a quem faz o aborto, é a excomunhão desde 1869 (SILVA, 2004).

Em 1976 o Papa Paulo VI disse que o feto tem "pleno direito à vida" a partir do momento da concepção; que a mulher não tem nenhum direito de abortar, mesmo para salvar sua própria vida. Essa posição se baseia em quatro princípios: 1) Deus é o autor da vida. 2) A vida se inicia no momento da concepção. 3) Ninguém tem o direito de tirar a vida humana inocente. 4) O aborto, em qualquer estágio de desenvolvimento fetal, significa tirar uma vida humana inocente (SILVA, 2004).

A tentativa de chegar a uma definição eticamente válida e inequívoca de quando, se em algum momento, é permissível o aborto tem raízes históricas profundas. Com muita frequência, em especial na tradição cristã, essas tentativas estiveram ligadas à questão do momento em que a alma entra no corpo — matéria que não é fácil de submeter a investigação científica e assunto de controvérsia mesmo entre teólogos eruditos. Já houve quem localizasse a entrada da alma no espermatozóide antes da concepção, no momento da concepção, na altura da "aceleração" (quando a mãe sente pela primeira vez o feto a mexer dentro dela) e no nascimento. Ou mesmo depois (SAGAN, 1998).

LEGALIZAÇÃO DO ABORTO:

Desde os primórdios do feminismo moderno, ao início do século XX, a luta feminista defende que a maternidade não deve ser obrigação para as mulheres, muito menos o seu destino (AMB, 2008).

O feminismo levantou nos anos 70 a bandeira de luta pelo amor livre e liberdade sexual das mulheres. Reivindica este direito para as mulheres, contra a norma patriarcal da heterossexualidade obrigatória e contra a norma conservadora do sexo unicamente em função da reprodução (AMB, 2008).

Carta Aberta da Articulação de Mulheres Brasileiras às/aos parceiros e aliados/as dos movimentos sociais democráticos:

Legalizar o aborto implica o arbítrio do Estado frente um dilema ético. Como seres éticos e políticos, nós mulheres feministas, defendemos legalizar o aborto, sempre por livre decisão da mulher, nas seguintes condições: realizado até a 12 semana de gestação; até 20 semana de gravidez quando a gravidez decorre de violência sexual, considerando a drama que é descobrir-se tardiamente grávida após um ato sexual forçado, com um criminoso, e

tendo legítima repulsa à esta situação; a qualquer momento em casos de graves riscos de saúde e vida da mulher gestante.

Nesta defesa, não reduzimos vida à vida biológica. Nossa opção é pela vida em plenitude já presente na mulher, em detrimento da vida em potencial que está sendo gestada em seu corpo. Descriminalizar o aborto não é justo o suficiente, pois não obriga o Estado a desenvolver políticas públicas; por isso nossa luta é pela legalização do aborto. Aborto legalizado significa que nenhuma mulher poderá ser presa por esta prática e que o Estado estará obrigado a garantir assistência à saúde desta mulher na rede pública.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O aborto é um tema amplamente discutido entre profissionais da saúde, comunidade e religiões. Estas discussões aumentam em países em que o aborto é proibido a exemplo do Brasil, onde as questões éticas, morais e religiosas norteiam a decisão da gestante. Em contrapartida desta discussão o aumento do aborto provocado é evidente, pois com a proibição, mulheres que decidem por esse procedimento ficam sujeitas a clínicas clandestinas e a pessoas que são e as que não são profissionais da saúde.

A lembrança de alguns princípios da ética sanitária para analisar o aborto mostra, indubitavelmente, que a moral da saúde pública não pode ignorar o tema. É indispensável, contudo, que se respeite a pluralidade de perspectivas que, no caso específico do aborto, representam opiniões cujo fundamento ético é inconciliável. Toda a sociedade - e quem trabalha diretamente com a saúde do povo em particular - deve discutir em busca do consenso possível sobre a prática da interrupção voluntária da gravidez, a fim de evitar a arbitrariedade ética. E os juristas têm uma contribuição importante para oferecer à sociedade, normalizando os deveres morais essenciais para a preservação desses princípios éticos fundamentais.

Quando entramos na questão religiosa o fator ainda é mais agravante e jamais a igreja ou qualquer outra entidade religiosa ou mesmo pessoa que se diz ser espiritual aceita o aborto. Pois aceitar, implica-se em definitivamente assumir que não tem espiritualidade. Todos aqueles que se dizem acreditar na vida após a morte sabe que a partir da concepção este ser humano passa a ter uma alma, um Espírito e assim, pertencer ao reino eterno. Ainda que os espirituais saibam que a vida abortada receberá a herança eterna, o crime que se comete contra ela é de uma dimensão proporcional diante ao plano espiritual.

Um teólogo, latino-americano, refletindo sobre o julgamento moral da mulher cristã que aborta, diz que esta se encontra diante de um conflito de valores ou de deveres: "preservar o valor da vida de uma possível pessoa em gestação e preservar também os valores que uma gravidez indesejada levada a termo destruiria. Ao escolher o que considera ser o

mais importante, não incorre em nenhuma falta moral, quer dizer, não incorre em pecado." Segundo a moral tradicional e a atual, escreve ele, numa situação limite, a pessoa pode escolher qual dos valores deve preservar (NUNES, 2008).

Para um grupo de mulheres feministas a maternidade só é plena se voluntária, livre e desejada. A maternidade só é justa se compreendida como função social, pelo Estado, que tem a obrigação de assumir sua parte nesta responsabilidade garantindo políticas públicas universais com qualidade para que as mulheres vivenciem com bem-estar a gestação, o parto e o puerpério (AMB, 2008).

Os adversários do aborto receiam que, se for permitido o aborto imediatamente após a concepção, não haja mais nenhum argumento que o restrinja em qualquer fase posterior da gravidez. Daí que, temem eles, um dia seja permissível matar um feto, que é inquestionavelmente um ser humano (SAGAN, 1998).

Acima desta discussão está o código de ética medico e de enfermagem, ambos citam que os profissionais dessas categorias são impedidos de realizar abortamento provocado não previsto em leis, sob pena de punição, podendo perder o direito de exercer a profissão. A saúde publica mundial tem voltado sua atenção a esse problema, porém sua solução ainda está porvir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho trouxe para nós a oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos acerca do aborto, da atuação do enfermeiro e o respaldo ético e legal para o exercício da profissão nesse contexto.

Um ponto importante, durante o trabalho, é que percebemos que há uma grande discussão que envolve o tema "aborto", e o consenso deste está muito longe de chegar há um denominador comum, pois os costumes, valores éticos, morais e sociais são extremamente variáveis, quando se fala de circunstâncias que envolvem as questões do aborto e suas complicações, embora a sociedade se divida entre o que é aceitável e os que julgam inaceitáveis.

REFERÊNCIAS

AMB (Articulação de Mulheres Brasileiras) - **Porque defendemos a legalização do aborto.** 2008. Disponível em: < <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos-e-manifestos/porque-defendemos-a-legalizacao-do-aborto>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BIONDO, Sandra. **Argumentações filosóficas em favor da despenalização do aborto**. Universidade Católica de Pernambuco. Ano 02, n.01, p. 83, jan./jun. 2002.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Aborto Um Problema Ético da Saúde Pública**. 1995. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v2/abortprob.html>>. Acesso em: 04 set. 2009, 17:30.

HARDY, Ellen; COSTA, R. G.; RODRIGUES, Telma; MORAES, Teresinha M. de. Características atuais associadas à história de aborto provocado. **Rev. Saúde Pública**, n.28, p. 82-85, 1994.

LEÃO, Paulo Roberto Dutra; LEÃO, João Paulo do Prado; PRADO, Ana Carolina. Aborto Legal no Brasil: aspectos atuais e perspectivas futuras. **Rev. Femina**, v. 35, n. 06, jun. 2007.

LEMOS, Ataíde. **Aborto é uma discussão ética, moral, legal e espiritual**. 2009. Disponível em: <<http://www.ataide.recantodasletras.com.br/visualizar.php?id=1404022>>. Acesso em: 04 set. 2009.

LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elizabeth Meloni. Aborto: conhecimento e Opinião de Médicos dos Serviços de Emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.03, maio/jun. 2004.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. vol. 2, 12ª edição. São Paulo: Atlas, 1997.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 13ª edição, São Paulo: Atlas, 2002.

MOREIRA, Luiz Fernando; RAMOS, William Junqueira. **O aborto por anencefalia sob o prisma constitucional**. 2004. Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=319>>. Acesso em: 04 set. 2009.

NUNES, M. José F. Rosado. **A Discussão Atual na Igreja Católica Sobre o Aborto**. 2008. Disponível em: <<http://www.geocities.com/catolicas/articulos/aborto/icaport.html>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

PEDROSO, Ivanilda Lacerda; GARCIA, Telma Ribeiro. Não vou esquecer nunca: a experiência feminina com o abortamento induzido. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, dez. 2000.

SAGAN, C. **Aborto: é possível ser ao mesmo tempo "pró-vida" e "pró-escolha"?** 1998. Disponível em: <<http://ocanto.esenviseu.net/sagan.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

SILVA, Alessandro Manoel da. **A igreja católica é contra o aborto**. 2004. Disponível em: <<http://www.veritatis.com.br/article/2789>>. Acesso em: 25 ago. 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**, vol. 3, ed. 10, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

ABORTO INSEGURO E AS TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Smalyanna Sgren da Costa Andrade¹

Ana Aline Lacet Zaccara¹

Tatiana Ferreira da¹

Kamila Nethielly Leite¹

Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto²

RESUMO

A gravidez indesejada e o abortamento inseguro são temas abordados na pauta das discussões sociais, pois atingem mulheres de todos os níveis sociais, econômicos e culturais. Esse estudo tem por objetivo investigar na literatura quais as tendências temáticas contempladas nos estudos sobre aborto inseguro. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica entendida como a análise dos dados já existentes, com o propósito de integrar eficientemente toda a informação válida e proporcionar uma base para tomar decisões de maneira racional. A partir dos descritores aborto induzido e saúde da mulher, foram identificados 45 estudos nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Ciências da Saúde, dentre os quais foram excluídos 18 trabalhos a partir de critérios de inclusão previamente definidos. Foi feita a categorização dos dados a partir da técnica de análise temática de conteúdo e as tendências temáticas identificadas nos estudos sobre aborto inseguro foram *políticas públicas: direitos sexuais e reprodutivos e violência institucional: preconceito e discriminação*. O estudo mostrou que há necessidade de políticas públicas efetivas no atendimento as mulheres em situação de aborto inseguro, sendo a questão da transversalidade do gênero nas políticas públicas e nas ações de saúde, apontada como estratégia na busca de se minimizar estereótipos culturais com relação ao abortamento inseguro. A violência institucional praticada contra as mulheres em situação de abortamento nos serviços de saúde, atitudes preconceituosas, discriminatórias e condenatórias foram apontados como fatores dificultam a adoção de atitudes mais justas e acolhedoras no atendimento a mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Abortamento inseguro. Direitos sexuais e reprodutivos. Violência contra a mulher

¹ Estudantes de Graduação em Enfermagem Geral da Universidade Federal da Paraíba. Email: nana_sgren@hotmail.com; anazaccara@hotmail.com; tatxianaferrreira@hotmail.com; ka_mila.n@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria-DESPP/CCS/ UFPB. E-mail: claudivon@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Em 1984, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, a fim de atender às reivindicações do movimento de mulheres, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

A integralidade e a promoção da saúde da mulher, com ênfase nas questões de gênero, foram os princípios norteadores dessa política. Quanto ao Planejamento Familiar - a livre decisão de manter o controle sobre a fecundidade (número de filhos, o espaçamento entre gestações e a oportunidade de concepção) - a PAISM apontou estratégias eficazes, dentre elas, a garantia à oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, bem como informações sobre os mesmos.

A respeito da Constituição Federal, Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é responsabilidade do Estado proporcionar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. Em função disso, é imprescindível que haja uma orientação adequada e métodos contraceptivos disponíveis na rede pública de saúde (BRASIL, 2004).

Na política do Planejamento Familiar não são feitas colocações em relação às formas de interrupção da gravidez quando a prevenção não foi suficiente, questão que emerge como problema de saúde pública: o abortamento provocado.

A Rede Feminista de Saúde (2005), afirma que o elevado número de gestações indesejadas contribui para a prática extensiva de abortos, sendo consequência da ausência de um efetivo e amplo programa de planejamento familiar, e ainda que, mesmo nos países com o uso adequado de métodos modernos, continuam a ocorrer abortos devido à gravidez indesejada, mas em número muito menor.

O aborto ou interrupção precoce da gravidez é chamado de espontâneo quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo, geralmente devido a problemas de saúde da mulher ou do feto. É considerado provocado quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ter motivação voluntária ou involuntária da gestante e ser considerado legal ou ilegal. O aborto pode ou não apresentar complicações, como infecções, hemorragias e outras (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005).

O abortamento envolve um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Apesar disso, ainda é vastamente praticado, de diversas maneiras, seja induzido pela própria mulher ou realizado por profissionais em condições inseguras, em geral acarretando consequências danosas à saúde (BRASIL, 2005) É uma das causas de morte e internação que poderiam ser prevenidas e evitadas (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005). Para isso, as mulheres teriam de reconhecer os sinais de possíveis complicações e desvincular o fato do medo e da vergonha à busca de cuidado (BRASIL, 2005).

O PAISM ao propor promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescente (BRASIL, 2004), demonstra que a situação é visualizada na política de maneira a fornecer o bem-estar da mulher, independente do motivo que a levou a cometer este ato, fazendo com que o profissional não faça algum juízo de valor relacionado ao acontecimento. Porém, há uma carência de serviços para o tratamento das mulheres em situação de risco (MOURA; SILVA, 2005), e

a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de suposto sentimento de culpa por terem provocado o abortamento (BRASIL, 2005 p. 9).

O aborto provocado segundo regulamentação legal no Brasil é crime, nesse código, no capítulo intitulado “dos crimes contra a vida”, estão previstos como crime (e definidas penas) o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art.124) e o aborto provocado por terceiros – sem consentimento da gestante (art.125) ou com seu consentimento (art.126). Está ainda previsto o aumento das penas nas situações de abortamento induzido por terceiros quando, deste ato, resultar lesão corporal de natureza grave ou morte da gestante (art.127).

Por fim, um único dispositivo (art.128) dispõe sobre a não punição da prática do abortamento quando provocado por médico. Nesse caso, nas situações do denominado aborto necessário – se não há outro meio de salvar a vida da gestante – e do aborto de gravidez resultante de estupro. Não obstante, tolera-se um grande número de clínicas particulares, que realizam procedimentos para o abortamento clandestinamente, além de serem freqüentes os

casos de hospitalização decorrentes de complicações que se seguem à autoprovação de um aborto (ROCHA, 2006).

As discussões sobre as condições que levam à gravidez indesejada e ao aborto inseguro, as discussões sobre o exercício do direito da livre escolha sobre a interrupção da gravidez, sobre o modo como sua criminalização e sua prática inadequada interferem na saúde das mulheres, nos conduzem ao seguinte questionamento: quais as tendências temáticas das pesquisas realizadas sobre o aborto inseguro? De que modo as políticas públicas tem influenciado esse debate? Com base nisso, esse estudo tem por objetivo investigar na literatura quais as tendências temáticas contempladas nos estudos sobre aborto inseguro.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica entendida como a análise dos dados já existentes, com o propósito de integrar eficientemente toda a informação válida e proporcionar uma base para tomar decisões de maneira racional⁴ procurando responder a uma questão de pesquisa, que guiará a sua estrutura metodológica, as estratégias de busca, seleção dos estudos e análise dos resultados (CLARKE E OXMAN, 2003). Além disso, a questão de pesquisa auxiliará a definir os critérios que serão utilizados para a seleção dos estudos e os dados que serão extraídos.

2.1 Seleção dos estudos e critérios de inclusão – Para o processo de definição dos descritores, utilizamos o operador ‘terminologia em saúde’, da base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Ciências da Saúde (BIREME). Na escolha dos descritores permitiu-se uma combinação de termos considerados mais representativos após pesquisa dos descritores em saúde. Os termos que produziram maior número de estudos foram “aborto induzido” e “saúde da mulher”. Os termos foram combinados através do uso do operador booleano “AND” com o propósito de selecionar artigos indexados, com as duas condições agrupadas. A partir dos descritores temáticos, Foram identificados resumos de artigos publicados no LILACS (31), BDEF (08), no Scielo (06), totalizando 45 estudos potencialmente elegíveis, incluídos resumos e artigos na íntegra (*busca em 29/03/2009*): 09 repetidos, 02 sem resumos e 07 excluídos por não terem sido realizados no Brasil,

Para a escolha dos títulos relevantes para a revisão foi feita uma avaliação do 45 artigos, apontando para a escolha de artigos que reúnam requisitos ou critérios de elegibilidade. Para atender a pertinência do estudo foi definido o critério de inclusão: o estudo

ser realizado no Brasil - dadas as peculiaridades jurídicas, éticas e morais que envolvem a questão do aborto inseguro em cada país.

Para auxiliar na aplicabilidade do critério principal, outros critérios complementares - identificação do autor do estudo, o endereço do autor, o veículo de publicação e o país de publicação foram usados. A partir dos critérios adotados, foram excluídos 18 trabalhos sendo nove (09) repetidos, sete (07) realizados fora do país e dois (02) sem resumos ou dados suficientes, e analisados vinte e sete (27) a partir dos resumos ou a partir de publicação na íntegra.

Procedimento de análise

Foi feita a categorização dos dados a partir da técnica de análise temática de conteúdo. Como técnica de tratamento dos dados, a análise temática de conteúdo preconiza uma seqüência de etapas que segundo Vala (1986) inclui: dissociar os dados de suas fontes e das condições gerais que o produziram; colocar os dados num novo contexto, tendo como base dos objetivos e o objeto da investigação; recorrer a um sistema de conceitos analíticos cuja articulação permite formular as regras da inferência. Com base o referencial de Laurence Bardin (1977) foi feita a pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. Segundo Rodrigues & Leopardi (1999, p. 59), obtém-se a partir do conteúdo manifesto o material necessário à interpretação inferencial apoiada nos dados, e no conteúdo latente, o desvelamento de ideologias. Utilizando-se critérios de exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados nas comunicações); de representatividade (que contém a apresentação do universo pretendido); de homogeneidade (que obedece a critérios precisos de escolha dos temas); de pertinência (os documentos devem se adequados aos objetivos do estudo) (ASCHIDAMINI, 2005, p.45) foram definidas as unidades de significados que constituíram as categorias empíricas reagrupadas em torno de Categorias Centrais, numa lógica unificadora.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De um total de 27 títulos analisados, 12 (44,44%) abordaram os temas políticas públicas e direitos sexuais e reprodutivos; 09 (33,33%) traziam à luz a discussão de violência institucional, preconceito e discriminação, e 06 (22,22%) artigos se referiam a estudos epidemiológicos, contemplando temas diversos, e por isso foram excluídos dessa análise. As

categorias empíricas identificadas foram *políticas públicas: direitos sexuais e reprodutivos e violência institucional: preconceito e discriminação*.

- **POLÍTICAS PÚBLICAS: DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

A gravidez indesejada como conseqüência da ausência de ações efetivas de contracepção é apontada pelos autores como o principal motivo que leva a um abortamento provocado, e configurada como uma questão de gênero, já que são as relações de gênero que definem a responsabilização unilateral das mulheres pela concepção e contracepção.

Nessa desigualdade de poderes e de deveres as mulheres sofrem tanto as conseqüências de prosseguir com uma gestação não planejada, quanto às mazelas da interrupção forçada de uma gestação involuntária (ALVES, 2007).

O autor ainda afirma que são as mulheres pobres que mais sofrem com a gravidez indesejada, pois elas, na sua grande maioria, não possuem acesso às informações e aos métodos contraceptivos adequados para evitar ou remediar a concepção, sendo esta, fruto do intercuro sexual realizado sem finalidade generativa, ou então, de um coito forçado em situação de violência. No entanto, a prática do abortamento é comum em todas as classes sociais, estado civil e idade, sendo a magnitude do risco totalmente interligado ao poder aquisitivo (TAKIUTI, 1997).

Diante desta abordagem, toda a responsabilidade relacionada à decisão de levar adiante a gravidez ou não é atribuída à mulher, sendo ela considerada criminosa principal, se em seu país a legislação remeter a crime (Cook, 1991).

Um conjunto de fatores deve ser levado em conta na ocorrência da gravidez indesejada. É dever do Estado garantir o pleno exercício do planejamento familiar por mulheres e homens contemplado na lei e nas políticas públicas de saúde que propõem garantir o acesso aos serviços, aos insumos e as informações sobre os métodos de concepção e contracepção. Nessa perspectiva às mulheres não pode ser atribuída a culpabilização e a criminalização pela gravidez indesejada e abortamento, uma vez que o apoio institucional é um direito negado e não exercido.

O abortamento constitui forte causa de internamentos obstétricos em países pobres, representando a incapacidade do sistema público de saúde de prover informação suficiente sobre métodos contraceptivos para prevenir gestações em vez de interrompê-las. No Brasil, as altas taxas de utilização de serviços de saúde por abortamentos refletem as

dificuldades persistentes de contracepção e planejamento familiar. Além disso, a mortalidade por aborto serve como indicador da qualidade dos procedimentos abortivos, um ponto importante onde tal prática é ilegal e, portanto, clandestinamente realizada (LIMA, 2000).

Quanto piores as condições em que se realiza o aborto, incluindo as técnicas utilizadas, a qualificação de quem o faz, maiores as possibilidades de complicações e piores as consequências para a mulher que o sofre. É evidente que quanto menores os recursos econômicos das mulheres, piores as condições em que será feito o aborto.

Conclui-se, portanto, que o aborto provocado é de maior risco para quem não tem condições econômicas para pagar a sua realização com as melhores condições técnicas e por pessoas especializadas (HARDY ;ALVES,1992). Para Rabay e Soares (2008)

A ineficiência do planejamento familiar, a dificuldade de acesso a serviços de saúde reprodutiva, a clandestinidade do aborto e a situação de vulnerabilidade social feminina tornam o aborto inseguro um problema de grande magnitude, uma expressão da injustiça social, além de violação dos direitos reprodutivos das mulheres.

O aborto é, portanto, um problema social e político, com envolvimento de aspectos econômicos, educacionais e religiosos, mas que freqüentemente se apresenta como uma questão do setor da saúde (Hofmeister, 1982; Hardy et al, 1993) surpreendente a demanda por abortamentos no Brasil, a despeito de sua ilegalidade e do fato de a opinião dominante na sociedade lhe ser contrária — principalmente nas classes sociais mais baixas, com piores níveis educacionais (Osis et al, 1994).

Tanto faz o aborto ser ou não provocado, ao chegar a um serviço de emergência obstétrica com abortamento em curso ou com complicações decorrentes do aborto, as mulheres são tratadas como criminosas, as últimas a serem atendidas, até que muitas fiquem seqüeladas ou morram. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005).

É clara a necessidade de discutir o tema de forma a respeitar a opinião feminina, bem como resolver os problemas implicados na gênese dessa demanda, uma vez que até mesmo os profissionais de saúde já se mostraram incapacitados para a tomada de decisões apropriadas e para oferecer orientação e assistência na escolha da melhor solução para as gestações indesejadas (LEÓN AGUIRRE et al, 1997).

Acima de tudo, no processo dessas redefinições/ mudanças, é preciso fazer com que as vozes femininas sejam ouvidas na identificação de suas necessidades e de seus desejos. As mulheres que decidem interromper voluntariamente uma gravidez indesejada demandam

compreensão, apoio, um momento a mais que lhes permita compartilhar suas experiências subjetivas, ou seja, suas angústias, suas dores e o vazio de um útero que já não está mais habitado, mesmo que assim o tenham determinado (PEDROSA; GARCIA, 2000).

- *VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO.*

Violência institucional foi a segunda tendência temática mais debatida nas pesquisas. Esses estudos trazem à luz o debate sobre o acesso das mulheres em situação de abortamento aos serviços de saúde por ser é muitas vezes danoso pelas violências praticadas contra elas, modeladas por valores e normas sociais próprios de uma cultura patriarcal que influenciam as relações entre trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde.

Colas et al. (2007), afirmam que os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para que suas opiniões pessoais não influenciem na garantia do atendimento humanizado às mulheres, já que um dos princípios da bioética contemporânea é o respeito à autonomia pessoal (MARTA; JOB, 2008).

Nesses casos, elas se expõem a discriminação e ao preconceito, até mesmo nos casos de abortamentos previsto pela Lei, como é no caso da interrupção da gravidez por estupro ou quando há risco de morte materna. A violência institucional (Nogueira, 1994) se caracteriza por atitudes preconceituosas, discriminatórias e condenatórias, além de verbalizações de mesmo caráter, determinando a forma de assistir as pessoas em situação de abortamento.

Além dos aspectos morais e religiosos, outros aspectos dificultam a adoção de atitudes mais justas e acolhedoras por parte dos profissionais e saúde. A formação acadêmica voltada para a valorização dos aspectos reprodutivos da mulher com ênfase na maternidade, a ausência de políticas públicas de proteção, apoio e assistência à mulher em situação de aborto inseguro, a inexistência de transversalidade da concepção de gênero nas políticas e nas ações nos serviço de saúde e, em consequência disso, a existência de estereótipos culturais vinculados à condição feminina, além da criminalização do aborto, são fatores que servem de barreiras.

Segundo Souto (2008) os serviços de saúde são locais adequados para o desenvolvimento de um trabalho individual ou coletivo, de orientação e encaminhamento, pois é a mulher que mais vai ao sistema de saúde em busca de assistência para si mesma ou para os filhos, sobretudo na atenção básica, local próprio de acolhimento e vínculo na rede de

serviços de saúde. A transversalidade do conceito de gênero nas ações e serviços e saúde e como viés de compreensão das questões de saúde reprodutiva, sobretudo do abortamento inseguro, contribuiriam para o acesso justo e digno aos serviços de saúde, considerados espaços sociais que garantem sua inserção frequente e regular, que favorecem vínculo e acolhimento propícios, enquanto estratégias de aproximação das mulheres.

Observando esses aspectos, as políticas públicas de atendimento à mulher, já estão se propondo as modificações na forma como elas vêm sendo assistidas, considerando-as como sujeitos de direito e, por conseguinte, permitem a possibilidade do resgate de sua cidadania. Gesteira (2008) salienta que os profissionais de enfermagem no momento da assistência priorizam às parturientes, puérperas e gestantes de alto risco em detrimento da assistência às mulheres que abortam, expressando assim a sua discriminação, “à medida que idealizam que tal ato corresponde a crime perante a lei e que estas mulheres são pecadoras também diante da lei de Deus”.

Levando em consideração a RESOLUÇÃO COFEN nº 311/2007, das responsabilidades e deveres, Art.5º: exercer a profissão com justiça, compromisso, *equidade*, resolutividade, dignidade, competência, *responsabilidade*, honestidade e lealdade; a prática da enfermagem que deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. Entende-se que as concepções filosóficas, moralistas e religiosas não devem interferir no atendimento a qualquer indivíduo em situação de risco, e que as condições humanitárias devem ser no mínimo dignas e respeitadas para consolidar o dito acolhimento empregado nos serviços de saúde. Para Rabay e Soares (2008)

os valores das profissionais cultivados na tradição judaico-cristã, baseada no patriarcado, possuem fortes noções de culpa e pecado. O patriarcado definiu o principal das mulheres como reprodutora, cuja missão primordial realizadora é ser mãe. [...] Dessa forma, o exercício da vida sexual e reprodutiva oscila entre o prazer, a obrigação e a culpa, a decisão e o arrependimento. Assim, negar o destino da maternidade através da interrupção da gravidez, resulta em sentimento de culpa e arrependimento.

Desse modo atitudes discriminatórias e preconceituosas existentes nos serviços de saúde e adotadas pelos profissionais de saúde não contribuem positivamente com a redução da morbimortalidade materna causada em parte por práticas clandestinas e inseguras de abortamento, não contribuem com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, e nem com o exercício dos direitos humanos a que as mulheres em situações de abortamento tem direito. A questão da transversalidade do gênero nas políticas de saúde e nas ações de saúde é uma

estratégia para minimizar estereótipos culturais que os profissionais de saúde geralmente compartilham e para uma mudança paradigmática nas questões da saúde da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto inseguro está na pauta das discussões no campo da saúde e em outras áreas do conhecimento. Este estudo de revisão se propôs a investigar na literatura quais as tendências temáticas contempladas nos estudos sobre aborto inseguro. As categorias empíricas identificadas foram *políticas públicas de atenção a saúde da mulher* e *violência institucional no atendimento á mulher*, definidas a partir da técnica de análise temática de conteúdo.

A necessidade de políticas públicas efetivas no atendimento as mulheres em situação de aborto inseguro foi o principal enfoque dado às pesquisas. A questão da transversalidade do gênero nas políticas públicas e nas ações de saúde, foi apontada com uma estratégia na busca de se minimizar estereótipos culturais com relação ao abortamento inseguro. A inexistência dessa transversalidade na gestão dos serviços de saúde e na formação profissional contribui para o fortalecimento dos estereótipos culturais vinculados à condição feminina, o não reconhecimento do atendimento integral, digno e justo como uma questão de negação dos direitos de igualdade, e de direitos humanos.

A violência institucional praticada contra as mulheres em situação de abortamento nos serviços públicos de saúde foi segunda tendência temática nos estudos analisados. Atitudes preconceituosas, discriminatórias e condenatórias adotadas no atendimento ás mulheres em situação de abortamento, foram entendidas como resultantes de valores morais e religiosos dos profissionais de saúde e apontados como fatores que dificultam a adoção de atitudes mais justas e acolhedoras por parte destes. . A formação acadêmica, a ausência de políticas públicas efetivas de proteção, apoio e assistência à mulher em situação de aborto inseguro, e a inexistência do entendimento e da concepção de gênero nas políticas e nas ações nos serviço de saúde, estariam também contribuindo para a construção de estereótipos culturais vinculados à condição feminina, além da criminalização do aborto.

As duas categorias analisadas – políticas públicas e violência institucional – foram apontadas nos estudos como pontos de fragilidade e lacunas existentes nos serviços de saúde constituindo fatores influenciadores para compreensão da dinâmica, das consequências e, sobretudo da magnitude do problema do aborto inseguro no país.

Sabe-se que criminalizar o aborto e punir as mulheres que o pratica ferem um princípio constitucional de direito a liberdade, privacidade e bem-estar. Em respeito a este princípio, a sociedade deve reconhecer a competência das mulheres para decidir sobre sexualidade e reprodução sem descriminalização ou coerção. Optar pela concepção, maternidade, anticoncepção ou pela interrupção de uma gravidez não desejada é uma questão de direito e cabe ao Estado oferecer as condições necessárias para seu pleno exercício.

REFERÊNCIAS

ALVES J. E. D. **Gravidez Indesejada**: um problema econômico, 2007. Disponível em <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/gravidez_indesejada_prob_economico_15jul07.pdf> Acesso em 17/01/2008.

BRASIL. Código Penal. **Revista dos Tribunais**. Nona Edição. São Paulo, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Atenção Humanizada ao Abortamento, Norma Técnica, Série A**. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF, 2005.

COLAS O; AQUINO N.M.R; MATTAR R. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 29, n.9, p. 443-445, 2007.

COOK, R.J. **Leis e políticas sobre o abono**: desafios e oportunidades. São Paulo, IWHC, 1991.

CLARKE M., OXMAN A.D., editores. **Manual de Revisores Cochrane 4.1.6** [actualización enero de 2003]. Em: The Cochrane Library, Número 1, 2003. Oxford: Update Software. Atualizado trimestralmente.

GESTEIRA S.M.A, DINIZ N. M. F, OLIVEIRA E. M. **Acta Paul Enferm**. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso das profissionais de enfermagem. v.21, n.3, p. 449-453, 2008.

GIL A.C. **Métodos e Técnicas da pesquisa social**. Editora Atlas, São Paulo, 1999.

HARDY, E. & ALVES, G. Complicações Pós-Aborto Provocado: Fatores Associados. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8 n.4: p. 454- 458, out/dez, 1992.

HOFMEISTER VA. Estudo do término de gestações de trabalhadoras em indústria. **Rev Bras Saude Ocup** v.10, n.380, p. 38-42, 1982.

LEÓN AGUIRRE DG, SALINAS URBINA AA. **Los médicos em formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México.** v.13 n.2: p. 227-235, 1997.

LIMA B.G.C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.** v. 7n.3, 2000.

MARTA G.N.; JOB J.R.P. **Aborto: uma questão de saúde pública** Medicina:Ribeirão Preto, n.41, v.2, p. 196-199, abr./jun. 2008.

MOURA, E. R. F. & SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**,v. 39 n.5:p. 795-801, 2005.

NOGUEIRA M.I. **Assistência pré-natal: práticas de saúde a serviço da vida.** São Paulo: Hucitec;157 p.,1994.

OSIS MJ, HARDY E, FAÚNDES A, ALVES G, BALAREZO G. Opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. **Cadernos Saúde Pública**,v.10,n.3; 10(3):p. 320–330, 1994.

PEDROSA, I.L.; GARCIA, T.R. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, dezembro 2000.

RABAY, G.; SOARES G.S. **Abortamento inseguro: assistência e discriminação.** João Pessoa: Cunha- Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis.** Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte, 2005.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007. Disponível em <http://www.revistajuridica.com.br/content/legislacao.asp?id=36907>. Acesso em 24/03/2009.

ROCHA. B. I. M. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Rev. Bras. Estud. Popul.** V.23 n.2 São Paulo July/Dec. 2006.

SOUTO, C.M.R.M. **Violência conjugal sob o olhar de gênero.** (Tese de doutorado) Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. 2008.

TAKIUTI AD. A saúde da mulher adolescente-1993. In: Madeira FR. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos; p. 213-90,1997.

ABORTO SENTIMENTAL: UM ESTUDO SOBRE GÊNERO E BIOÉTICA

Daiane Couto de Souza¹
Mailson Marques de Souza²
Maria Eliane de Araújo Moreira³
Ronaldo Cartaxo Filgueiras Júnior⁴
Thiago de Medeiros Dutra⁵

RESUMO

O aborto em caso de estupro, juntamente com aquele que visa proteger a vida da gestante são as modalidades de aborto permitidas pelo direito brasileiro. O primeiro caso, chamado de aborto sentimental, tem sido muitas vezes atacado como inconstitucional e antiético. Não obstante os diversos argumentos apresentados a favor de tal ato, urge expor dois pontos nesta questão: a Bioética e o Gênero. A Bioética surge neste cenário como uma forma de se impedir a banalização da vida através de uma anomalia técnica da legislação que, não se importa com a vida humana que está sendo gerada, permite um aborto causado por estupro, mas não dedica uma linha sequer à ética que deve ser implementada neste procedimento desumano que é o aborto. Aliás, é possível haver ética quando retiramos o direito de alguém ter vida? Além disso, as relações de gênero são, primordialmente, relações de poder, sendo certo que na seara da sexualidade feminina se manifesta de forma mais contundente o controle e o poder masculino. Justa feita, tem-se no aborto sentimental mais uma expressão desta relação de poder que impede o pai de possuir a sua prole, negando direitos sucessórios aos filhos “legítimos”. Tais pensamentos são por demais mesquinhos, eles negam a dignidade humana do feto, não pelo o que ele realmente é (um ser vivo), mas pelo modo como foi concebido. Temos, portanto, mais dois argumentos que não encerram a questão do aborto sentimental, mas que acrescentam e enriquecem o debate acadêmico, político e jurídico sobre a questão.

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Santa Emília de Rodat, dayane159@hotmail.com.

² Graduando em Enfermagem, Faculdade Santa Emília de Rodat, mailson_ms@hotmail.com.

³ Graduada em Enfermagem, Especialista e Mestre da Universidade Federal da Paraíba, enf_elimoreira@hotmail.com.

⁴ Graduando em Direito, Universidade Federal da Paraíba, ronaldinho_cf@yahoo.com.br.

⁵ Graduando em Direito, Universidade Federal da Paraíba, thiagomedeirosdutra@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O aborto é um assunto bastante controverso, implicando no debate sobre a ética, o direito, a liberdade, a responsabilidade e o poder de o ser humano dispor de seu próprio corpo, a religião etc. De início, já vemos que uma abordagem simplista e unidimensional do referido problema não gera princípios norteadores ou um embasamento teórico necessário para o encerramento do assunto.

Necessita-se, portanto, de uma análise ampla, que envolva os campos da Bioética; do Biodireito; da engenharia genética, cujos avanços contemplam a possibilidade de diagnosticar anomalias fetais graves que inviabilizam a vida do feto; e, mais recentemente, do Gênero, como um distribuidor de papéis sociais que subjuga as mulheres em relação aos homens. Enfim, o objetivo deste trabalho é abordar a questão do aborto sentimental sob dois enfoques apenas: a questão do gênero e da Bioética. Aquele trará uma noção sobre a legitimação social de tal conduta; este, sobre saúde pública.

A legislação penal (Art. 128, CP) não pune o abortamento praticado por médico em duas situações: quando não há outro meio de salvar a vida da gestante; e quando a gravidez resultou de um estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Vê-se, rapidamente, ao analisar os referidos permissivos legais do abortamento, que há uma profunda discrepância entre os dois casos. O primeiro ressalta o conflito entre a vida da gestante e a expectativa de vida do feto, ou seja, dois direitos que se justapõem e, no conflito, prevalece o mais forte, qual seja, a vida da gestante. No segundo caso, estamos diante de uma anomalia jurídica. O Código Penal equipara a vida humana em desenvolvimento com a dor causada no estupro, saliente-se que esta última, com certeza, não é pífia, ao contrário, é causticante, mas não se pode sobrepor ao direito à vida do feto.

Através de uma análise das questões de Gênero e da Bioética, almeja-se argumentar contra este dispositivo legal que pouco (ou nada) ajuda no contexto social em que está inserido, ao contrário, reforça a idéia de superioridade do homem sobre a mulher, haja vista a carga patriarcal que está depositada na figura do estupro e do aborto permitido, e se transforma em um grave risco à saúde pública que, diante das omissões legais, se depara com questões do tipo: quantos abortos em caso de estupro podem ser realizados por uma prostituta que, continuamente, haja vista a sua “profissão”, é estuprada? Um feto no oitavo mês de uma gestação resultante de estupro pode ser abortado?

Enfim, não nos deteremos neste trabalho em discutir o aborto como algo viável, legítimo ou possível; resta-nos aqui, sendo para tal de bastante relevância, posicionar este tipo de aborto como uma questão de Gênero e ressaltar alguns problemas Bioéticos que este permissivo legal acarreta.

Não é dispensável lembrar que estes escritos não visam encerrar a questão do abortamento legal. A análise de dois pontos de vista (Bioética e Gênero) não põe fronteiras em um assunto que, por si só, representa um alargamento e uma profundidade do tamanho das discussões que são cotidianamente levantadas.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo trata de uma pesquisa bibliográfica, cujo conteúdo é pertinente ao tema em destaque que segundo Severino (2002), é aquela desenvolvida mediante a tentativa de resolução de um problema (hipótese), por meio de referencial teórico, encontrado em literatura afim. O objetivo é conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre determinado assunto.

Local de Estudo

Esta pesquisa bibliográfica abrange como local de estudo essencial o acervo atual das Bibliotecas de Instituições Públicas e Particulares de Ensino Superior da cidade de João Pessoa - PB.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2009 aos últimos dias do mês corrente e têm como instrumento, consultar artigos selecionados em periódicos, portais da internet, bem como livros e manuais do Ministério da Saúde.

Análise dos Dados

De início foram realizadas leituras, visando à seleção do material específico. Em seguida leitura analítica para a compreensão do conteúdo e por fim, interpretação e revisão do conteúdo, viabilizando a construção do texto que contém o resultado da pesquisa.

FUNDAMENTAÇÃO DA LITERATURA

Dentre as várias espécies de abortamento existentes, podemos destacar algumas delas. O aborto espontâneo é aquele que se apresenta de modo natural numa gravidez, ocorrendo quando o próprio organismo feminino interpreta a presença do feto como sendo um corpo estranho e o “rejeita”, expulsando-o. Isso se dá sem interferência externa e de modo involuntário, acontecendo geralmente com embrião ou feto com má-formação genética em que deixam de ter as funções vitais antes do final da gestação, ocasionando um abortamento. Suas causas mais freqüentes são as anormalidades cromossômicas, as infecções (rubéola, varíola, malária, *Salmonella typhi*, *Citomegalovirus*, *Brucella*, *Toxoplasma*, etc.), e as alterações anatômicas (mioma, má-formação uterina, doenças endócrinas, tireoidopatias, diabetes, entre outras).

Uma outra modalidade é a acidental em que a gestante ingere uma substância tóxica para o feto, sem ter conhecimento de que tal medicamento possui esta característica lesiva. Isso se torna extremamente comum nas mulheres que desconhecem seu estado gestacional. Vale salientar que as duas formas até aqui relatadas se apresentam como indiferentes penais, mas, no entanto, a segunda delas só poderia ser considerada conduta criminosa se a nossa legislação admitisse a forma culposa do aborto. Mesmo assim, em situações como esta, poder-se-ia considerar a figura do perdão judicial, pois se tornaria despicienda tal punição, uma vez que há a faculdade outorgada ao magistrado de não aplicar a sanção penal ao caso concreto, em razão das circunstâncias reduzirem a reprovabilidade da conduta, sendo dado ao juiz, em nome desse substitutivo penal, o poder discricionário de renunciar, em nome do Estado, ao direito de punir, originando assim a extinção da punibilidade.

Já o aborto voluntário é a interrupção provocada da gravidez, seja pela ingestão premeditada de medicamentos, seja por procedimentos mecânicos. Esta infração penal é tipificada como crime contra a vida, pelo Código Penal brasileiro, nos arts. 124 e seguintes, apresentando-se sob as formas de aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art. 124 do CP); aborto provocado por terceiro, sem o consentimento da gestante (art. 125 do CP) ou com o consentimento desta, desde que menor de quatorze anos, alienada ou débil mental, ou ainda mediante fraude, grave ameaça ou violência (art. 126, c/c art. 127, ambos do CP).

Existem ainda duas modalidades previstas pelo art. 128 do Código Penal Brasileiro, no entanto são vislumbradas sob um prisma diverso ao dos artigos anteriores, qual

seja o da autorização da prática abortiva, desde que ocorridas situações fáticas que se subsumam ao referido mandamento legal. Trata-se do aborto terapêutico com o intuito deliberado de salvar a saúde da mulher e do chamado aborto sentimental. No primeiro, procura-se resguardar a saúde física da gestante em casos extremados, no entanto as técnicas biomédicas já evoluíram a tal ponto que, na maioria das vezes, a gestante é submetida ao tratamento adequado a partir do terceiro ou quarto mês de gravidez e obtém o sucesso esperado com a intervenção. Lógico que, se não for possível tal procedimento, surge o conflito de dois direitos fundamentais, o direito à vida da gestante e o direito ao nascimento do nascituro, entretanto a legislação veio para solucionar a questão.

Já o segundo permissivo legal refere-se ao aborto sentimental que se configura em caso de estupro. Como podemos visualizar, dois bens entram em confronto: em um pólo, a vida do feto, tutelada por nosso direito desde a concepção, em outro, a honra da mulher vítima de estupro, ou a dor pela recordação dos momentos angustiantes e sofríveis pelos quais passou durante o ato criminoso. Embora crime vil, repugnante e covarde, um estupro, na triste escala das brutalidades, situa-se muito aquém da determinação do fim da vida de um ser. A vida gerada por tal crime hediondo é real e revestida de todos os direitos inerentes aos demais seres humanos, tendo a violência como triste circunstância. A legislação infraconstitucional possibilita o fim de uma vida e, concomitantemente, a mesma legislação estabelece que o estuprador deve ser condenado a uma pena infinitamente menos gravosa, apesar de dura.

É por essas contradições que enfrentaremos os aspectos éticos e jurídicos que envolvem o aborto sentimental neste trabalho.

Como não poderia deixar de ser, o estudo etimológico sempre nos fornece as primeiras linhas de qualquer trabalho científico e, no caso do aborto, não seria diferente. Deriva da palavra em latim “*abortus*”, onde “*ab*” significa privação e “*ortus*”, nascimento. Privação de nascimento, portanto, significa o aborto. Segundo o jurista Aníbal Bruno (1976, p.160), “provocar aborto é interromper o processo fisiológico da gestação, com a conseqüente morte do feto. Tem-se admitido muitas vezes o aborto ou como a expulsão prematura do feto, ou como a interrupção do processo de gestação”.

Utilizar o conceito de aborto de Aníbal Bruno, escrito há três décadas, é uma forma de iniciar um demonstrativo histórico da nossa problematização, mostrando, primeiramente, que o abortamento é uma questão antiga, já enfrentada e discutida em inúmeras civilizações e, posteriormente, repousa em princípios do patriarcado, ou seja, de

imposições às mulheres que, no fundo, representam questões eugênicas, sucessórias, discriminatórias etc.

O abortamento foi considerado uma conduta criminosa, pela primeira vez, no Código de Hamurábi. Filósofos como Licurgo, Sólon e Hipócrates mantiveram um pensamento negativo da prática. Não obstante tais opiniões, Platão e Aristóteles, pensando na manutenção da *pólis* ou na criação de uma cidade perfeita e utópica, conceberam a possibilidade da ação abortiva. No direito romano, passa-se por uma transição que influenciou o pensamento, a cultura e o direito latino. Nas palavras de Giuseppe Armani (1995, p. 2):

Para o direito romano antigo, o aborto não tinha existência autônoma como crime, a Lei das XII Tábuas e as leis republicanas não tratavam da matéria. A conduta era considerada crime contra a mulher, porquanto o ser humano em vida intrauterina era tido como uma porção do corpo da mulher ou parte de suas vísceras (*mulieris pars vel viscerum*). Geralmente, ficava-se a salvo da punição quando não implicasse óbito da mulher ou mesmo agressão à sua saúde. Sob o governo de Septímio Severo (193-211 d.C.), **a lei romana passou a tratar do aborto como uma privação do pai ao direito de possuir sua prole.**

E assim é até hoje. O aborto sentimental é protegido pelo direito como uma forma de garantir a prole marital, o direito sucessório e a perpetuação da família. Logicamente, tal concepção está arraigada também no direito à vida do feto, mas não se pode negar a carga patriarcal que repousa neste conceito. O fato é que o aborto é proibido pelo direito brasileiro, mas, não obstante, a lei permite o aborto em dois casos¹: quando não há outro meio de salvar a vida da gestante; e quando a gravidez resultou de um estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

O direito penal surge para proteger bens jurídicos relevantes na sociedade. O crime de homicídio foi criado para proteger a vida humana; o crime de furto, proteger o bem subtraído; o crime de estupro... O estupro está tipificado no direito brasileiro como um crime contra os costumes, ou seja, uma mulher é violentada sexualmente, sofrendo danos físicos e psicológicos, mas o direito encara que apenas a sua honra foi prejudicada. Inúmeros são os juristas que vêem neste posicionamento uma questão de gênero. Vejamos, inicialmente, o que é gênero, segundo Carmen Hein de Campos (2005, p. 23):

O gênero constitui-se como conceito sociológico na década de 60 e, muito recentemente, vem sendo empregado no direito. Como conceito sociológico, é utilizado como uma categoria analítica que reconhece que as diferenças

¹ Saliente-se o posicionamento jurisprudencial do STF que vem aceitando o abortamento em casos de fetos anencefálicos

entre homens e mulheres são construídas socialmente e se fundam em relações de poder. Por intermédio das relações de gênero, papéis sociais diferenciados são atribuídos ao feminino e ao masculino com sobrelevação do sexo masculino.

As relações de gênero são, primordialmente, relações de poder, sendo certo que na seara da sexualidade feminina se manifesta de forma mais contundente o controle e o poder masculino. Danielle Martins Silva, em seu artigo “A vitimização feminina no crime de estupro: o viés sexual da violência de gênero” diz que:

Não causa espanto, ainda sob a ótica da divisão sexual de trabalho entre os gêneros que, especificamente para a hipótese de gravidez resultante de estupro exista uma excludente de culpabilidade para o aborto, também denominado aborto sentimental. Trata-se de faces de uma mesma moeda: se o estupro representa o poder masculino imposto e exercido mediante violência sexual contra a mulher, a não-punibilidade do aborto praticado em decorrência deste crime representa uma espécie de benesse do patriarcado, no intuito de tutelar a reprodução que porventura não aconteça dentro dos limites estabelecidos para o exercício do papel feminino (mãe, esposa e reprodutora de herdeiros). (*grifo nosso*) (LIMA; 2009:66)

Vê-se, rapidamente, ao analisar os referidos permissivos legais do abortamento, que há uma profunda discrepância entre os dois casos. O primeiro ressalta o conflito entre a vida da gestante e a expectativa de vida do feto, ou seja, dois direitos que se justapõem e, no conflito, prevalece o mais forte, qual seja, a vida da gestante. No segundo caso, estamos diante de uma anomalia jurídica. O Código Penal equipara a vida humana em desenvolvimento com a dor causada no estupro, saliente-se que esta última, com certeza, não é pífia, ao contrário, é causticante, mas não se pode sobrepor ao direito à vida do feto.

O estudo das questões de Gênero responde à permissão legal do aborto em caso de estupro como uma simples forma de impedir o nascimento de alguém que não merece ser o sucessor, é uma forma de bloquear o nascimento de alguém que não é do sangue marital. Apesar de aparentar ser um argumento conspiratório, este tipo de aborto legal foge dos mais simples princípios do direito e da Bioética. Ele exclui a vida do feto pelo simples fato dele não ser legítimo na relação, por ser fruto de um pecado, como se os fins do ato justificassem os meios. Isto é uma ameaça aos direitos humanos.

Como já foi dito, além de representar uma questão de Gênero, o aborto permitido fere os mais basilares ditames da Bioética. Atualmente, o conceito de Bioética está definido nos mais diversos campos de conhecimento e abrange uma gama enorme de situações complexas que necessitam de profissionais da Medicina, da Enfermagem, da Filosofia, do Direito, da Psicologia e de outras áreas que possam apreciar cada caso com sua

particularidade e pensar “soluções possíveis” para as situações concretas colocadas no dia-a-dia desses profissionais tais como: eutanásia, embriões crio-conservados, aborto, procriação assistida etc.

O aborto, assunto de interesse da Bioética, é polêmico, por envolver os conceitos de vida e morte que atualmente se apresentam bastante controversos, em razão do estado atual das pesquisas realizadas na área médica. Ao mesmo tempo, faz parte do dia-a-dia de hospitais e da vida de milhares de mulheres, evidenciado tal fato por estatísticas. A cada dia são realizados 55 mil abortos inseguros no mundo, sendo que 95% desse total ocorrem em países em desenvolvimento. São responsáveis por uma de cada 8 mortes maternas. Em nível mundial, para cada sete nascimentos é realizado um aborto inseguro. Ainda, em relação à América Latina, esse mesmo relatório estima que 10% a 30% dos leitos nos serviços de ginecologia e obstetrícia estão ocupados por mulheres com diagnóstico de aborto.

A questão é a seguinte: A lei penal se limitou a dizer que o aborto em gestação proveniente de estupro é permitido, mas não se sabe a forma como este aborto deve ser feito, não se sabe quantas vezes ele pode ser realizado na mesma pessoa ou até que período da gestação é permitida a intervenção médica na gestante.

Interessa-nos expor o pensamento do professor Genival Veloso de França:

Legalizado o aborto, estariam todos os obstetras disponíveis à prática abortiva? Acredito que não. Ninguém pode ser violentado na sua consciência. Ainda mais: os professores de obstetrícia estariam no dever de colocar no currículo de ensino de sua especialidade, não apenas os conhecimentos na assistência à gestante e ao feto, mas, também, conhecimentos de como matar com mais eficiência e destreza o embrião humano? É possível conciliar uma medicina que cura com uma medicina que mata? Ao que nos consta, a medicina sempre contou com o mais alto respeito humano pelo irrestrito senso de Proteção à vida do homem e não como instrumento de destruição.

A legalização do aborto levanta inúmeros questionamentos que requerem o olhar atento de diversas ciências, dentre elas, a Bioética. Até onde esta permissibilidade é uma afronta direta à vida do feto. Não adianta o Código Penal dizer que exclui a culpabilidade o aborto praticado em gestação proveniente de estupro. Uma prostituta que, devido ao ofício por ela praticado, está propensa normalmente ao estupro, pode abortar quantas vezes? Hoje, entende-se que o estupro pode ser praticado pelo marido, gerando a punição pela Lei Maria da Penha. Portanto, uma gestante que vê seu casamento encerrar no oitavo mês de gestação pode dá cabo à sua gestação, haja vista o feto ser fruto de um estupro do próprio marido. Se a medicina não se especializa, pela sua própria essência, em formas de se tirar a vida, quais os

procedimentos que devem ser adotados pela equipe médica no aborto de um feto de um mês, de dois, de três...

A Bioética surge neste cenário como uma forma de se impedir a banalização da vida através de uma profunda anomalia técnica da legislação brasileira que, repleta de pensamentos patriarcais, não se importa com a vida humana que está sendo gerada, permitindo um aborto causado por estupro, mas não dedicando uma linha sequer à ética que deve ser implementada neste procedimento desumano que é o aborto. Aliás, é possível haver ética quando retiramos o direito de alguém ter vida? Fica a questão!

Muito se discute a respeito do aborto e de sua legalização, existindo defensores de correntes abortistas e pró-vida. Uns reclamam que a prática abortiva deve ser liberada e a base da argumentação situa-se no fato de que as mulheres são donas de seu próprio corpo e podem utilizá-lo da forma que melhor lhes aprouver. Outros reagem, reclamando o direito à vida e afirmando que o nascituro não pode ser culpado pela inconseqüência de seus genitores ou pela fatalidade de um estupro e nem pode pagar com a vida por isso.

Afora toda a discussão acerca do início da vida, sabemos que o aborto é considerado crime em nosso país, sendo tipificado no capítulo que versa sobre os crimes contra a vida na parte especial de nosso Código Penal, porém surgem as seguintes indagações: a legalização do aborto torná-lo-ia juridicamente lícito, no entanto tal procedimento seria ético? No foro íntimo das mulheres que o praticariam, haveria uma justificativa que não fosse unicamente jurídica?

Jamais poderemos confundir a ética com a moral, pois a primeira é gênero da qual a segunda é espécie, uma está abrangida pela outra, sendo a moral um dos aspectos da ética. Esta quer significar o modo de ser no mundo, a morada, o jeito, enfim a individualidade do ser humano, assim como quer significar os usos e costumes, a maneira de atuar de acordo com o tempo e cultura, sendo também a moral determinada em razão do momento histórico.

Percebe-se que a diferença é sutil, mas a ética é formada pela junção concomitante desses dois aspectos. Se houver o primeiro, mas faltar o segundo (ou o contrário) não podemos considerar que tal atitude reveste-se de ética. Então para reconhecer uma atitude como sendo ética, ela deve ser admitida como valor aceito em determinada sociedade e também observar o conjunto das qualidades individuais do ser objeto da ação.

Portanto, a prática abortiva pode ser legalizada (*abolitio criminis*) dentro do ordenamento, pode até passar a ser vista com os olhos da aceitação pela sociedade, mas jamais poder-se-á considerá-la ética, uma vez que sua possibilidade jurídica e sua

permissibilidade social apenas a torna aceitável sob o ponto de vista da moral, porque, dentro do aspecto ético, a individualidade do nascituro, ser objeto da ação, será desacatada.

Um grandioso exemplo desta situação foi o período da escravidão brasileira, vivenciada até o século XIX. Até aquele momento, era uma prática legal e, além disso, a moral concebida na época a autorizava, pois não via mal algum em se ter escravos. Na realidade, ter escravos era sinônimo de riqueza.

O ordenamento e a moral do período atestavam a escravidão, mas a individualidade do sujeito escravizado jamais fora respeitada. Qual seria seu sentimento em relação à sua condição? Temos, portanto, um demonstrativo de que a escravidão era moral e legal, porém antiética.

Logo, mesmo que o aborto venha a ser legalizado e que mudemos nossas concepções morais, entendendo-o como aceitável, nunca poderemos afirmar que se trata de um procedimento ético porque jamais será inteiramente benéfico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros argumentos podem ser elencados em favor da possibilidade de se abortar em caso de estupro, dentre eles, podemos citar: a existência de programas de saúde pública que efetuam o aborto sentimental em gravidez de doze semanas, com acompanhamento tanto psicológico quanto medicamentoso; e a dor causada na gestante que se vê “obrigada” a carregar o fruto de algo que lhe causou tantas feridas, seja física ou psicológica. Mas, como foi dito inicialmente, não foi do alvedrio deste trabalho se deter nestas questões até pertinentes, diga-se de passagem.

O que não se pode negar é que há princípios na Bioética mitigando a possibilidade do aborto sentimental e que o mesmo está provido de conceitos patriarcais em sua mais pura essência. Quanto à ética, para ser assim reconhecida, ela deve ser admitida como valor aceito em determinada sociedade e também observar o conjunto das qualidades individuais do ser objeto da ação. Quanto ao Gênero, criou-se uma repugnância ao feto advindo do estupro, como se o mesmo fosse menos digno de vida do que aqueles que nascem do amor de um casal.

Torna-se, portanto, inviável o aborto em caso de estupro, haja vista os dois argumentos aqui apresentados. Talvez não! Talvez eles ainda sejam insuficientes. O que se sabe é que, na luta pela revogação da lei que permite o aborto sentimental e contra o sentimento de justiça que tal ato está eivado, surge a Bioética e o Gênero como dois aspectos,

antes invisíveis, que agora precisam ser levantados, analisados e esmiuçados em qualquer debate acadêmico, político ou jurídico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos de; DINIZ, Débora. **Bioética e aborto**. Disponível em: <http://www.portal.medico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIaborto.htm>. Acesso em: 25 ago 2009.

ALVES, Ivanildo Ferreira. **Crimes contra a vida**. Belém: UNAMA, 1999.

ARMANI, Giuseppe; GLIOZZI, Ettore; MODONA, Guido Neppi. Aborto. In: **Enciclopédia Garzanti del diritto**. Italy: Garzanti, 1995.

BALBINO, Rodrigo Pasqua de Oliveira. **O aborto "ético" e o direito à vida: aspectos constitucionais e de dogmática penal**. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9510>>. Acesso em: 29 mar 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, Carmen Hein de. **Lei Maria da Penha: um novo desafio Jurídico**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2009.

CAMPOS, Márcio Ribeiro de. **A questão do aborto e a ética**. Disponível em: <<http://recantodasletras.uol.com.br/artigos/874668>> Acesso em: 25 ago 2009.

FRANÇA, Genival Ferreira. **Aborto - Breves reflexões sobre o direito de viver**. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/mariangela/aborto.pdf>>. Acesso em: 25 ago 2009.

LIMA, Fausto Rodrigues de, SANTOS, Claudiene. **Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2009.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed., São Paulo: Cortez, 2002.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA ABORDAGEM DE PACIENTES TESTEMUNHAS-DE-JEOVÁ

Airton Vieira Leite Segundo¹
Maria Sueli Marques Soares²
Rogério Dubosselard Zimmermann³

RESUMO

Os Testemunhas-de-Jeová representam uma ordem religiosa que, de acordo com suas interpretações de livros da Bíblia (Gênesis 9:3-4, Levítico 17:10 e Atos dos Apóstolos 15: 28,29), não permitem que alguém da religião ou da família se submeta à transfusão de sangue e derivados. Casos graves nesse sentido têm surgido, provocando a movimentação da opinião pública, resultando em situações difíceis para médicos e cirurgiões-dentistas, pois suas formações os direcionam para salvar vidas. Porém, se realizarem a transfusão contra a vontade do paciente, sujeitar-se-ão às conseqüências de natureza civil e penal, pela intervenção não consentida no corpo do paciente. Percebe-se que a recusa à transfusão de sangue mediante risco de morte é questão de interesse muito abrangente e alvo de incansáveis discussões. O presente trabalho objetiva realizar uma discussão acerca do assunto baseada em revisão de literatura, enfatizando os aspectos éticos e legais na abordagem desses pacientes. Conclui-se que haja vista tratar-se de conflitos de valores científicos, religiosos e filosóficos, não é fácil apresentar soluções prontas, capazes de abranger todos os casos.

PALAVRAS-CHAVE: Testemunha de Jeová. Transfusão sangüínea. Ética.

¹ Doutorando em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial e Odontologia Legal.

² Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade federal da Paraíba

³ Professor Doutor da Disciplina de Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia de Caruaru e do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A realização de procedimento terapêutico que inclua transfusão sanguínea em pacientes adeptos à religião intitulada "Testemunhas-de-Jeová" é uma questão polêmica que há tempos preocupa médicos, cirurgiões-dentistas e instiga juristas. Esta religião utiliza passagens bíblicas, que sob sua interpretação, proíbem a recepção de sangue e quem assim o fizer, se tornará impuro para entrar no reino de Deus.

Os pacientes pertencentes a esta religião não aceitam, em hipótese alguma, receber transfusões de sangue total, elementos figurados isolados (hemácias, leucócitos ou plaquetas) ou plasma sanguíneo, ainda que autólogas, com sangue previamente armazenado, bem como a doação de sangue¹.

Do ponto de vista jurídico, trata-se de uma questão complexa por envolver elementos de natureza distinta coexistentes, como, por exemplo, as obrigações médicas de caráter legal, a liberdade de consciência do paciente e o direito ao seu próprio corpo, a intimidade pessoal e familiar, a responsabilidade legal dos pais sobre seus filhos e o interesse do Estado em preservar a vida dos seus cidadãos.

Os profissionais da saúde vêem-se acuados diante de tal situação por carregarem consigo o dever de salvaguardar o direito mais essencial de qualquer ser humano: a vida. Os juristas, por sua vez, sentem-se instigados a resolver o conflito de direitos fundamentais que o tema proporciona. De um lado, está o direito indisponível à vida e do outro, o direito de liberdade de religião, ambos protegidos igualmente por nossa Constituição.

Diante desse fato, profissionais de saúde optam muitas vezes por impor seus conceitos científicos ao paciente e diante da recusa do mesmo, tornam-se omissos ao caso. Rotular um conflito como insolúvel é uma justificativa para se distanciar dele. Com esse autoritarismo, perde o profissional a oportunidade de aprender a lidar com esses pacientes e o paciente o direito de recursos alternativos na resolução dos seus problemas de saúde.

A questão da transfusão de sangue transcende o aspecto religioso, extrapolando a interpretação de um escrito bíblico. Portanto, é razoável que o ordenamento jurídico permita a recusa de certo indivíduo à realização de transfusão sanguínea, em casos imprescindíveis à preservação de sua vida, por convicções religiosas? E se esta pessoa estiver em eminente risco de morte e não puder manifestar sua vontade naquele momento? Pode o médico ou cirurgião-dentista, nesta situação, deixar de realizar a transfusão sanguínea com base na recusa manifestada pelos responsáveis por aquele paciente? O que ocorre então, se o paciente é um

menor de idade? Têm os pais o direito de dispor da vida de seus filhos? O que é ético e legalmente correto diante dessa situação?

Estes e outros questionamentos serão debatidos neste trabalho, visando prestar esclarecimentos a respeito deste tema polêmico, sem julgar crenças religiosas ou instituir protocolos de tratamento, apenas enfatizando seus aspectos éticos e legais, proporcionando aos profissionais de saúde um embasamento sobre o assunto.

REVISÃO DA LITERATURA

Fruto do pluralismo religioso, a religião Testemunha-de-Jeová foi fundada em 1870 por Charles Russel em Pittsburgh (Pensilvânia-EUA). Atualmente o grupo é composto por cerca de seis milhões de adeptos em mais de 230 países e é considerada uma das religiões que mais crescem no Brasil. Em número de adeptos, nosso país só perde para os Estados Unidos, de acordo com a página eletrônica oficial da Sociedade Torre de Vigia². Os seguidores não aceitam a transfusão sanguínea baseados em trechos da Bíblia (Gênesis 9:3-4, Levítico 17:10 e Atos dos Apóstolos 15: 28,29).

A transfusão sanguínea representa o meio mais utilizado para tratar os sinais e sintomas de pacientes com anemia sintomática crônica ou que sofreram grandes perdas sanguíneas. Ela promove resultados imediatos, mas de curta duração. A transfusão também está associada a riscos de transmissão de patologias, como os vírus da hepatite ou da imunodeficiência adquirida, além de outros efeitos adversos como reações alérgicas ou hemolíticas, sobrecarga circulatória de ferro e possível imunossupressão³. Apesar dos rigorosos controles a que os bancos de sangue estão sujeitos, a transfusão sanguínea não é um recurso totalmente livre de complicações¹.

O princípio da beneficência requer, de modo geral, que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados danos. Esse princípio procura o bem-estar e interesses do paciente por intermédio da ciência médica e de seus representantes ou agentes. O princípio bioético da autonomia ou respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem, que sejam autônomas, quer nas suas escolhas, quer nos seus atos⁴.

A legislação brasileira apresenta artigos que podem ser aplicados a esta situação.

Na Constituição Brasileira, no artigo 5º, inciso VI, consta que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos”⁵.

O Código de Ética Médica em seu artigo 46 relata que “é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente risco de morte”. Já no artigo 56 “é vedado ao médico desprezar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”⁶.

O Código de Ética da Odontologia refere no artigo 7º, inciso XII que “constitui infração ética iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu representante legal, exceto em casos de urgência e emergência”. O artigo 7º, inciso I afirma que “constitui infração ética discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”⁷.

O Código Penal em seu artigo 135 deixa claro: “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal,... à pessoa em grave e iminente perigo” é crime punido com detenção de 01 a 06 meses ou multa e no artigo 29 “quem, de qualquer modo, concorre para o crime, incide nas penas a este cominadas, na medida de sua culpabilidade”⁸.

De acordo com Leme, em princípio, a liberdade religiosa deve prevalecer se o paciente tiver no gozo pleno de suas faculdades mentais e em condições de manifestar validamente suas convicções religiosas. É seu o direito de decidir sobre qualquer intervenção em seu corpo, da mesma forma que optou por se deslocar até o hospital, clínica médica ou odontológica. No entanto, na hipótese do paciente não conseguir expressar validamente sua recusa à terapia, diante do seu estado de inconsciência ou incapacidade de se manifestar, o médico ou cirurgião-dentista, na posição de garantir a sua vida, possui o dever legal e ético de indicar a transfusão. Além do mais, estando presentes os elementos da urgência e do perigo imediato, não é outra a atitude esperada, até porque a lei penal assim já determina⁹.

Analisa-se, de início, no capítulo dos direitos da personalidade, o conteúdo do artigo 15 do Código Civil. Este determina que "ninguém será constrangido a submeter-se, com risco de morte, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica". Ao determinar a ilicitude de qualquer intervenção, com risco de morte, sem o consentimento prévio do paciente, este artigo objetiva reforçar o direito fundamental à liberdade de escolha, privilegiando a autonomia individual do paciente¹⁰. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, num julgamento no campo civil relacionado às Testemunhas-de-Jeová e o ato médico de transfundir, obteve como decisão que em caso de iminente perigo de vida, é direito e dever do médico empregar todos os tratamentos, inclusive cirúrgicos, para salvar o paciente, mesmo contra a vontade deste, a de seus familiares e a de quem quer que seja, ainda que a oposição

seja ditada por motivos religiosos. Importa ao médico e ao hospital demonstrar que utilizaram a ciência e a técnica apoiadas em séria literatura médica, mesmo que haja divergências quanto ao melhor tratamento. O Judiciário não serve para diminuir os riscos da profissão médica ou da atividade hospitalar¹¹.

Para Soriano, quando o médico realiza a transfusão sem a autorização do paciente, independente ou não de um mandato judicial, o iminente perigo de vida justifica, plenamente, a existência do estado de necessidade e não poderá, por isso, ser responsabilizado, sob o ponto de vista penal ou civil¹².

Já Bastos defende que o paciente tem direito de recusar determinado tratamento médico ou odontológico, inclusive a transfusão de sangue, com fundamento no artigo 5º, inciso II da Constituição Federal. Por este dispositivo, fica certo que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei (princípio da legalidade). Como não há lei obrigando o médico ou o cirurgião-dentista a realizar transfusão de sangue no paciente, o adepto à religião Testemunhas-de-Jeová que se encontrar nesta situação, certamente poderá se recusar a receber o referido tratamento, não podendo, por vontade do profissional, ser constrangido a sofrer determinada intervenção. O seu consentimento, nesta hipótese, é fundamental¹³.

O parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida a respeito da objeção em receber tratamento por motivos religiosos relata que:

1) A recusa em aceitar transfusões de sangue e hemoderivados se enquadra no direito de o doente decidir sobre os cuidados de saúde que deseja receber, desde que lhe seja reconhecida a capacidade para tal e existam condições para a exercer.

2) A recusa de tratamento com sangue e hemoderivados em situação de perigo de vida, só pode ser considerado pelo médico quando é o próprio destinatário da terapêutica a manifestá-la de um modo expresso e livre.

3) Caso haja uma recusa válida o médico e/ou outros profissionais de saúde têm o dever de a respeitar.

4) É de máxima conveniência, para fins probatórios, que o consentimento seja adotado de forma escrita.

5) A manifestação antecipada de vontade tem apenas um valor indicativo, não dispensando a obtenção do consentimento informado que obriga a um efetivo esclarecimento quanto às consequências da recusa de tratamento.

6) Em situações de extrema urgência com risco de morte em que o paciente não possa manifestar o seu consentimento, este é dispensado, prevalecendo o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética médica¹⁴.

Por outro lado, o artigo 5º da Constituição Federal de 1988 define a liberdade religiosa e o direito à vida como Direitos Fundamentais do cidadão. Moraes enfatiza que o Estado deve assegurar o direito à vida, não apenas no sentido de estar vivo, mas também no sentido de garantir ao cidadão uma vida digna quanto à sua subsistência¹⁵. Assim, numa visão mais ampla, a Carta Magna não está apenas garantindo o funcionamento biológico do indivíduo, mas o seu bem estar físico, emocional, psicológico e espiritual. Não se pode reduzir o ser humano a uma abordagem puramente fisiológica¹⁶.

Leite relata que o único propósito para que o poder possa legitimamente ser exercido em uma comunidade civilizada, sobre um indivíduo e contra a sua vontade, é o de prevenir danos a outros. Seu próprio bem, seja físico ou moral, não constitui suficiente justificação. Não se pode obrigar alguém a suportar algo em virtude de que seria melhor para si ou porque, pela opinião dos outros, o atuar desta maneira seria mais inteligente e mais justo¹⁷.

Kipper alerta que a realização da transfusão sanguínea contra a vontade dos Testemunhas-de-Jeová não respeita os valores de crença do paciente e, conseqüentemente, sua autonomia, pois o deixaria com a “mancha do pecado”, tirando-o a pureza com que gostaria de se entregar a Deus, humilhando-o e estigmatizando-o no seu grupo de convivência¹⁸.

Um dos princípios fundamentais da ética médica contemporânea é o de que adultos competentes têm o direito de decidir sobre o seu próprio corpo e que o médico deve obter um consentimento livre e informado do paciente, ou de seu representante se for incompetente, antes de praticar qualquer ato médico¹².

A Constituição Federal de 1988 preceitua no artigo 227 que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão⁵.

Kipper faz uma revisão sobre os aspectos éticos que envolvem o caso de tomada de decisões de substituição em pediatria e relata um caso de uma menina de nove anos de

idade, pertencente a uma família de Testemunhas-de-Jeová, candidata a transplante renal, cujos pais se opõem ao uso de derivados do sangue. Um integrante da equipe médica denunciou o caso e solicitou parecer da Comissão de Ética Médica do hospital. Como resultado foi produzido um parecer que, baseado nos aspectos éticos e legais revistos na literatura em casos semelhantes, privilegiou o princípio da beneficência, sob a justificativa de preservar um bem supremo, a vida, e recomendou a intervenção do Juizado da Infância e da Juventude no sentido de fazer prevalecer os maiores benefícios do paciente e a preservação de seus melhores interesses. O autor, entretanto, recomenda que também seja feito o possível para que tal paciente não seja transfundido, justamente respeitando essa concepção de vida e buscando resguardar as pessoas que a vivenciam, em atenção ao princípio fundamental da bioética, que é o respeito à dignidade e à autonomia de crença da pessoa humana¹⁸.

DISCUSSÃO

Ao tratar sobre a recusa à transfusão de sangue, observa-se que a questão é considerada complexa do ponto de vista jurídico, por envolver elementos de naturezas distintas e que coexistem em uma mesma situação, como, por exemplo, as obrigações médicas e odontológicas de caráter legal, a liberdade de consciência do paciente e o direito ao seu próprio corpo, a intimidade pessoal e familiar, a responsabilidade legal dos pais sobre seus filhos e o interesse do Estado em preservar a vida dos seus cidadãos^{9,12,19}.

Autores enfatizam a existências de métodos alternativos que minimizam, porém não substituem, em certos casos, a necessidade da transfusão sangüínea, os quais podem ser empregados no pré, trans e pós-operatório^{2,20-25}. Esses métodos de tecnologia moderna deveriam ser utilizados, não somente em pacientes Testemunhas-de-Jeová, mas também em todos outros pacientes, haja vista a transfusão sangüínea apresentar riscos, ainda que minimizados, tais como a infecção por partículas virais e reações de incompatibilidade.

De fato, em resposta à pressão de grupos religiosos, os pesquisadores têm desenvolvido meios para evitar as transfusões sangüíneas, principalmente no que se refere às cirurgias eletivas ou programadas. Entretanto, remanesce o problema especialmente nos casos em que há uma grande perda de sangue e o tratamento, chamado alternativo, diante da emergência, não é suficiente para manter a vida do paciente.

A observância da atual legislação brasileira pode levar ao entendimento de dois pontos de vista distintos: a idéia que a vida é o bem maior, devendo ser resguardada sobre

todos os outros direitos e o respeito à crença religiosa do paciente, levando à não-transfusão, independente do risco de sua morte.

A bioética estabelece como princípio a beneficência, que procura o bem-estar e interesse do paciente por intermédio da ciência médica e de seus representantes ou agentes. Mas ao mesmo tempo defende a autonomia, regendo que o médico ou cirurgião-dentista respeitem a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças⁴.

A Constituição Brasileira, a qual é soberana aos códigos civil e penal, estabelece a liberdade de crença e livre exercício dos cultos religiosos. De acordo com a liberdade religiosa, qualquer um pode adotar o culto ou a fé que mais lhe convier, sem que o Estado possa violar os sentimentos individuais. O mesmo não ocorrerá, porém, quanto às exteriorizações dos mesmos. Determinadas práticas religiosas, ofensivas à moral e a ordem pública, são necessariamente proibidas porque podem provocar tumulto que tragam danos ao particular ou à coletividade. Neste caso específico estaria comprometendo a ordem pública, uma vez que haveria sacrifício desnecessário de vidas humanas²⁶.

No entanto, vale salientar que nenhum direito e garantia individual é absoluto: a própria Constituição enfatiza que a liberdade religiosa não atinge grau absoluto, não sendo permitidos a qualquer religião ou culto, atos atentatórios à lei, sob pena de responsabilização civil e criminal^{15,26}.

Também os Códigos de Ética Médica e Odontológica estabelecem a autonomia dos respectivos profissionais na realização de procedimentos que objetivam salvar a vida do paciente em casos de urgência e emergência. Já o Código Penal define como crime a não prestação de socorro à pessoa em grave e eminente perigo de morte.

Na interpretação de Basílio, as conseqüências jurídicas só surgirão no caso de atuação médica ou odontológica sem consentimento e o efeito danoso se dará por agir sem autorização, pelo que responderá por perdas e danos. Por este artigo, o risco de morte do paciente cria a obrigação do médico ou cirurgião-dentista de colher o seu consentimento sobre o método terapêutico a ser aplicado, sob pena de responder civilmente pelos danos aos seus direitos de personalidade que o tratamento forçado pode causar. E ainda que o Código de Ética Médica, no seu artigo 46, garanta a sua livre atuação em caso de perigo de vida, este não pode se sobrepor às liberdades públicas e clássicas garantidas aos cidadãos na Constituição Federal²⁷.

Como citado anteriormente, o artigo 5º da Constituição Federal de 1988 garante como Direitos Fundamentais, a liberdade religiosa e o direito à vida. Baseando-se na convicção de que a vida não se limita à esfera biológica, devendo estar firmada sobre o princípio da dignidade da pessoa humana, pode-se considerar que a intervenção judicial, muitas vezes solicitada por médicos e cirurgiões-dentistas diante da recusa à transfusão de sangue, viola frontalmente a liberdade individual e a dignidade da pessoa. Essa intervenção, com o propósito de autorizar o médico ou cirurgião-dentista a realizar o procedimento transfusional, estaria garantindo a vida do paciente no aspecto biológico, mas estaria retirando sua dignidade¹³.

Outra questão controversa é no caso de menores de idades. Quando um paciente é declarado incompetente ou incapaz, o problema imediato que se apresenta ao médico ou cirurgião-dentista é quem deve tomar as decisões em seu lugar e como isso deve ser feito. Inaugura-se, assim, o complexo campo das decisões de representação ou decisões de substituição. Na hipótese de uma criança, a solução pode estar no pátrio poder, pois os pais ou tutores têm, em tese, o direito de decisão¹².

O poder familiar não é absoluto, uma recusa ao tratamento do filho menor por razões de crença religiosa constituir-se-ia em exercício abusivo do pátrio poder, uma vez que o Estado transporta para os pais o dever de garantir a vida de seus filhos. Porém, se atuarem em sentido diverso, não se pode permitir que a vontade dos pais se sobreponha ao direito de viver de seus filhos, impondo-se, portanto, a intervenção estatal⁹.

De acordo com Tokarski, a vida do menor e do incapaz deverá ser sempre garantida até o momento em que ele possa, conscientemente, usufruir os seus direitos individuais, incluindo seu direito à liberdade religiosa¹⁹.

O paciente Testemunha-de-Jeová e seus responsáveis possuem um Termo de Isenção de Responsabilidade, notificando que não aceitam transfusão de sangue e derivados. Para eles é uma decisão maturada e sustentada. No entanto, não se pode garantir em que circunstâncias esses termos foram assinados e que informações foram fornecidas, tendo portanto apenas um valor indicativo, não dispensando a obtenção do consentimento informado que obriga a um efetivo esclarecimento quanto às consequências da recusa de tratamento.

Se o paciente tiver no gozo pleno de suas faculdades mentais, em condições de manifestar validamente suas convicções religiosas, é seu o direito de decidir sobre qualquer intervenção em seu próprio corpo e no caso de atuação médica-odontológica sem

consentimento, o efeito danoso se dará por agir sem autorização, pelo que responderá por perdas e danos^{9,27}. Neste sentido, cabe ao intérprete-aplicador do direito analisar se está diante de um conflito real ou aparente de direitos fundamentais e, deste modo, apresentar uma solução ao caso concreto, uma vez que não existe lei que regule tal situação. O intérprete adotará critérios de solução de conflito utilizando-se de princípios e ponderação de valores^{9,19}.

Grande parcela da doutrina defende que o direito à vida é o primeiro e mais importante de todos os direitos, pois, se assim não fosse, de nada adiantaria assegurar os outros direitos fundamentais. No entanto não há lei que obrigue alguém a fazer esse ou aquele tratamento, incluindo, também, a transfusão de sangue.

O interessante é que não é só o caso das Testemunhas-de-Jeová que chama à atenção para a aplicação do referido princípio. No caso do paciente que recusa se submeter à quimioterapia, a qual na visão do médico seria a única opção de tentar reverter o seu quadro clínico ou pelo menos estender seu tempo de vida, sem dúvida, forçá-lo ao tratamento causaria mais sofrimento do que benefícios e sua decisão é respeitada.

A transfusão determinada pelo médico ou cirurgião-dentista, quando não houver outra forma de salvar o paciente, está igualmente amparada pelo disposto no Código Penal. Eventual violação da liberdade de consciência ou da liberdade religiosa cede ante um bem jurídico superior que é a vida, na inevitável relação de proporcionalidade entre os bens jurídicos tutelados²⁸.

Quando se trata de pacientes menores de idade, a situação se torna mais delicada, visto que os pais possuem o pátrio poder, ou seja, são seus representantes legais de acordo com o Novo Código Civil. No entanto, quando os pais recusam uma terapia claramente benéfica, os melhores interesses da criança devem prevalecer. A questão que é profundamente considerada nesta circunstância é o risco-benefício^{12,18}.

A jurisprudência internacional tem evoluído no sentido de que se respeite a vontade do paciente independente dos riscos dela decorrentes. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, alguns hospitais e Cortes adotam a teoria de que qualquer paciente adulto que não seja declarado incapaz tem o direito de recusar um tratamento, não importa quão prejudicial tal recusa possa ser para sua saúde. O assunto é relativamente novo no Brasil, devendo haver maior discussão do tema em face dos direitos constitucionais à vida e à liberdade religiosa, aparentemente incompatíveis nesse caso. A prevalência de um direito sobre o outro não pode ser simplista, merecendo análise eventuais conseqüências nefastas à saúde mental do paciente, criadas pela transfusão não consentida por motivos religiosos²⁹.

CONCLUSÃO

Primeiramente, os profissionais de saúde devem respeitar as ideologias seguidas pelos seus pacientes, não os discriminando, mesmo que estas estejam de encontro aos seus conceitos científicos, religiosos e filosóficos. Tratando-se de conflito de valores, não é fácil apresentar soluções prontas, capazes de abranger todos os casos.

No que condiz às situações eletivas em que o paciente não corre risco de morte, a doutrina inclina-se para o entendimento de que a vontade do paciente, com sustentação no direito fundamental à liberdade religiosa, deve ser respeitada. Existem também, as alternativas à transfusão sanguínea que representam meios e técnicas para minimizar o risco da necessidade de transfusão sanguínea durante procedimentos cirúrgicos, os quais podem ser utilizados nesses casos.

Em situações de urgência em que o paciente provavelmente poderá necessitar de transfusão, o profissional deve fazer uso de todos os recursos disponíveis para preservar a vida do paciente e realizar uma consulta do caso ao Ministério Público, que emitirá um parecer quanto à conduta que deverá ser adotada.

Nas emergências, em que existe um risco eminente de vida, após utilizar todos os meios alternativos, o profissional deverá seguir seu Código de Ética e prescrever a transfusão para preservar a vida do paciente.

Quando se referir a menores de idade, deve-se seguir as mesmas orientações e, em caso de extrema necessidade, consultar o Ministério Público, que poderá retirar o pátrio poder temporariamente para que realize a transfusão.

REFERÊNCIAS

Begliomini H, Begliomini BDS. Técnicas hemoterápicas em cirurgia renal percutânea em pacientes testemunhas de Jeová. Rev. Col. Bras. Cir. 2005;32(6):350-352.

Vale NB do, Delfino J. As nove premissas anestesiológicas da Bíblia. Revista Brasileira de Anestesiologia 2003;53(1):127-136.

Engert A. Recombinant human erythropoietin in oncology: current status and further developments. Ann Oncol. 2005;16(10):1584-1595.

Clotet J. Por que Bioética? Bioética 1993;1(1):13-19.

Constituição Federal. Disponível em:

www.senado.gov.br/web/senador/alvaroi/b_menu_esquerdo/4_biblioteca_virtual/Constituicao_Federal.pdf Acesso em: 17 set. 2006.

Código de Ética Médica. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal=> Acesso em: 17 set. 2006.

Código de Ética Odontológica. Disponível em:

http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf Acesso em: 17 set. 2006.

Bitencourt CR. Código Penal Comentado. 2002, São Paulo, Saraiva, 1267p.

Leme ACRP. Transfusão de sangue em testemunhas de Jeová. A colisão de direitos fundamentais. Jus Navigandi 2005;9(632). Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6545>> Acesso em: 16 set. 2006 .

Pinto AL de T, Windt, MCV dos S, Céspedes, LS. Código de processo civil. 2002, São Paulo, Saraiva, 32º ed., 1045p.

Rio Grande do Sul. Tribunal de Justiça. Apelação cível nº 595000373. relator: Des. Sérgio Gischkow Pereira. Porto Alegre, RG, 28 de março de 1995. Disponível em: http://www.tj.rs.gov.br/site_php/jprud/result.php?reg=5 Acesso em: 26 de set. 2006.

Soriano AG. Terapia transfusional: Aspectos jurídicos. Jus Navigandi 2001;6(52). Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2405> Acesso em: 16 set. 2006.

Bastos CR. Curso de direito constitucional 1997, São Paulo, Saraiva, 808p.

Silva PM. Parecer sobre objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos. Presidência do Conselho de Ministros 46/CNECV/05. Parecer Nº 46 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa, 27 de Junho de 2005.

Moraes A. Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentário aos arts. 1º a 5º da Constituição a República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência 2000, São Paulo, Atlas, 334p.

Marini B. O caso das testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue: uma análise jurídico-bioética. Jus Navigandi, 2005; 9(661). Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6641>. Acesso em: 16 set. 2006.

Leite MS. Medicina Moderna e direito penal. Revista dos Tribunais, 1993; 63(679): 418.

Kipper DJ. Até onde os pais têm o direito de decidir por seus filhos? Jornal de Pediatria 1997; 73(2): 6.

Tokarski MC. Liberdade e vida: a recusa à transfusão de sangue à luz dos direitos fundamentais. Jus Navigandi 2005; 10(891). Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7711>. Acesso em: 16 set. 2006.

Alghamdi AA, Albanna MJ, Guru V, Brister SJ. Does the Use of Erythropoietin Reduce the Risk of Exposure to Allogeneic Blood Transfusion in Cardiac Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis . J Card Surg 2006; 21(3):320-326.

Pronzato P. Cancer-related anaemia management in the 21st century. Cancer Treatment Reviews 2006; 32 Suppl 2:S1– S3.

Vansteenkiste JF. Every 3 weeks dosing with darbepoetin alfa: A new paradigm in anaemia management. Cancer Treatment Reviews 2006; 32 Suppl 2:S11-S15.

Verrastro T. Hematologia e hemoterapia, Fundamentos de Morfologia, Fisiologia, Patologia e Clínica 1998, São Paulo, Atheneu, 316p.

Macdougall IC, Tucker B, Thompson CR, Baker LR, Raine AE. A randomized controlled study of iron supplementation in patients treated with eritropoietin. Kidney Int 1996; 50(5):1694-1699.

Pogrel MA, McDonald A. The Use of Erythropoietin in a patient having major oral and maxillofacial surgery and refusing blood transfusion. J Oral Maxillofac Surg 1995;53(8):943-945.

Cretella Junior J. Curso de liberdades públicas, 1986, Rio de Janeiro, 91p.

Basílio FA. O princípio da dignidade da pessoa humana e a recusa a tratamentos médicos com hemotransfusão por motivos de convicção religiosa. Jus Navigandi, 2005; 9(809). Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7311>. Acesso em: 16 set. 2006.

Bitencourt, CR. Manual de direito penal: parte especial. 2001, São Paulo, Saraiva, 134p.

Muriel CS. Aspectos jurídicos das transfusões de sangue. Revista dos Tribunais, 1994; 83(706): 30-35.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO BIBLIOGRÁFICA

Tattiana Dias de Carvalho¹
Mayza Raphaella P. de Oliveira²
Karelline Izaltemberg V. Rosenstock³
Sérgio Ribeiro dos Santos⁴
Débora Raquel Soares G. Trigueiro⁵

RESUMO

Os avanços na área da saúde vêm impondo uma reorientação acerca dos aspectos éticos profissionais, não obstante, as conquistas e ampliação do exercício legal também acarretam desafios éticos ao profissional de enfermagem. Frente a esta problemática, o atual estudo propõe fazer uma reflexão da importância da ética e da legislação nas ações profissionais do enfermeiro e refletir sobre o exercício da profissão de acordo com a legislação. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, cuja fonte de informação foi constituída por artigos científicos nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS – MS e Bibliomed, assim como livros da literatura científica da área, abordando duas categorias norteadoras - ética e moral: a importância social e aspectos éticos e legais da atuação do enfermeiro nos serviços de saúde. As discussões apontam a relevância da ética e da moral nas representações sociais a fim de alcançar o aperfeiçoamento e a humanização da assistência prestada ao paciente, o surgimento da bioética como uma nova proposta na análise das questões éticas dos grupos sociais, além de que o conhecimento e a compreensão da ética permitem ao enfermeiro exercer com competência, resolutividade e segurança o seu papel profissional na sociedade. Conclui-se, portanto, que é imprescindível a incorporação de aspectos éticos e legais na vivência profissional do enfermeiro, contribuindo para uma assistência completa e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Ética. Leis. Enfermagem.

¹ Graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

² Graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e pesquisadora vinculada ao CNPq. E-mail: mayza_bela@hotmail.com.

³ Bacharel em Enfermagem pela UFPB e discente do Curso de Licenciatura da UFPB. E-mail: mrosenstock@ig.com.br; deborasgt@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutor em Sociologia. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB/CCC. E-mail: srsantos207@gmail.com

⁵

INTRODUÇÃO

Atualmente, a preocupação com a ética vem emergindo de maneira marcante em nossa sociedade, mais precisamente no âmbito da saúde, devido às novas descobertas e experimentos científicos. A enfermagem vem aprofundando suas reflexões e questionamentos sobre a sua prática cotidiana, a fim de enfrentar esses desafios, bem como as questões éticas que cotidianamente surgem (ALVES et al, 2008). A busca de soluções para os muitos dilemas enfrentados na área da saúde necessita de um esforço coletivo dos profissionais que aí atuam, sendo que a equipe de enfermagem pode oferecer uma contribuição importante, já que são os profissionais que mais tempo permanecem com o cliente.

O trabalho de enfermagem tem se diversificado indo desde o cuidar, seja do indivíduo, família e grupo da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde. O enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde, apesar das reações surgidas pela classe médica (ARAÚJO, 2003). Surgem, junto com este avanço, os problemas éticos relativos ao desempenho da profissão de enfermagem, sendo necessária que o profissional de enfermagem tome conhecimento de seus direitos e deveres, ampliando-se, assim, a segurança em suas ações e a possibilidade de estar exercendo as suas atividades dentro daquilo que lhe cabe, evitando possíveis complicações legais posteriores.

A ética profissional é uma parte da ciência moral, mais do que limitar-se a um feixe de normas, ela busca humanizar o trabalho, isto é, procura colocá-lo a serviço do homem, da sua promoção e da sua finalidade social. É tarefa da ética profissional, detectar os fatores que, numa determinada sociedade, esvaziam a atividade profissional tornando-a alienada; portanto, é tarefa da ética profissional realizar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha, por finalidade, salvar e dar segurança a sociedade no que diz respeito à atividade profissional (TREVISAN et al, 2002).

Assim, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi criado para que eles pudessem conhecer o conjunto de deveres, princípios, direitos, responsabilidades e proibições pertinentes à conduta ética (SANTOS et al, 2009). É oportuno destacar, que o código leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, o interesse do profissional e de sua organização, ainda pressupõe que estes profissionais prestem uma assistência sem riscos ou danos e acessível a toda a população (COFEN, 2007).

A ética, no contexto da Enfermagem, abrange comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes compreendidas no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano com finalidade de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, os cuidados de enfermagem devem estar relacionados a ações livres de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (WALDOW, 2001).

Diante do exposto, percebemos que a ética é difícil de ser vivenciada, disseminada e divulgada na prática, uma vez que muitos valores estão envolvidos nesse contexto, tais como valores culturais, sociais e religiosos que vêm de encontro ao caráter do indivíduo (FREIRE, 2005). Além disso, outras dificuldades são percebidas quando alguns profissionais de enfermagem não demonstram priorizar os princípios da ética e da bioética.

Assim, o objetivo deste artigo é fazer uma reflexão da importância da ética e da legislação nas ações profissionais do enfermeiro e refletir sobre o exercício da profissão de acordo com a legislação. O exercício da enfermagem deve estar baseado em valores morais da profissão, em seu código de ética, na bioética e nos direitos do paciente hospitalizado, integrando cuidado humano qualificado, guiado pelo respeito, por livre consentimento e pela promoção do paciente como um protagonista e sujeito do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, cuja fonte de informação foi constituída por artigos científicos nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS – MS e Bibliomed, assim como livros da literatura científica da área.

Utilizamos como descritores de busca: ética, enfermagem, bioética, legislação de enfermagem e lei do exercício profissional. Estes descritores foram utilizados separadamente como também nas várias combinações possíveis, buscando, assim, filtrar artigos compatíveis com a temática.

Na leitura e análise das publicações, buscamos as convergências e contradições, sendo que, ao organizarmos os dados, destacaram-se dois tópicos principais – Ética e moral: a importância social e Aspectos éticos e legais da atuação do enfermeiro nos serviços de saúde – os quais serão apresentados a seguir.

As categorias foram estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória, o que é pertinente, pois o pesquisador pode definir as categorias a serem investigadas antes do trabalho de campo e após a coleta de dados, ele também poderá

reformulá-las visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo (MINAYO, 1996).

ÉTICA E MORAL: A IMPORTÂNCIA SOCIAL

A ética vem sendo abordada desde a antiguidade, variando de acordo com o momento histórico e com a linha de pensamento dos estudiosos. É comum utilizar como sinônimos os termos ética e moral, porém não os são, a ética se instituiu como uma reflexão teórica que analisa ou legitima criticamente os fundamentos que norteiam a ação moral (TRAUTMAN, 2002).

De acordo com Chauí (1999), a ética experimenta a maneira como a cultura e a sociedade definem para si mesmas o que julgam ser a violência e o crime, o mal e o vício e, como contrapartida, o que consideram ser o bem e a virtude. Sendo assim, segundo a autora, os valores morais determinam à conduta humana moral como boa ou má, de acordo com a sua aceitação ou não; a consciência moral não só conhece tais diferenças, mas também se reconhece como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos e pelas conseqüências do que faz e sente. Consciência e responsabilidade são condições indispensáveis da vida ética.

A ética e a moral têm uma grande importância nas representações sociais, essa é uma reflexão teórica que analisa os fundamentos da ação moral. As representações sociais definem-se como um sistema de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, orientando comportamentos e intervindo na definição da identidade individual, social e na construção de objetos; é a partir destas representações, que o indivíduo sofre a pressão das mesmas dominantes na sociedade, e é nesse meio que pensa e exprime seus sentimentos (JODELET, 2001). Com o avanço das profissões liberais, surge a necessidade do estabelecimento de regras relativas às práticas ou exercícios dessas profissões, elaborando-se os códigos de deontologia, que indicam o conjunto de deveres ligados a uma profissão.

O código de ética é um corpo de princípios que relaciona as principais práticas de comportamento permitidas e proibidas no exercício da profissão (LISBOA, 1997). Os códigos de ética dos profissionais de saúde devem estar direcionados ao respeito e à privacidade, à livre opção do paciente em escolher o profissional, ao consentimento informado, seguindo a evolução científica e tecnológica. A conduta ética deve pautar-se no compromisso ético com a qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade (BARROSO et al, 2005).

Partindo do momento histórico da humanidade, de enormes desafios à ética, surge a bioética como uma nova proposta na análise das questões éticas dos grupos sociais. A bioética tem sido descrita enquanto o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais (CLOTET, 1993).

Para Connor e Fuenzalida (1990), a bioética exprime um conceito amplo envolvendo quatro importantes aspectos: a) compreende os problemas relativos aos valores presentes em todas as profissões de saúde; b) aplica-se nas investigações biomédicas; c) aborda diversas questões sociais; d) extrapola a questão da vida e da saúde humana. Segundo os referidos autores, a bioética se norteia em três princípios básicos: a autonomia, que é a capacidade dos seres humanos de pensar e emitir juízos sobre o que consideram melhor; a beneficência, que é o tratamento dispensado pelo profissional aos pacientes, respeitando suas decisões e promovendo seu bem-estar; e a justiça que é a obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado.

Particularmente na área da saúde, os novos marcos contextuais têm contribuído para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às condutas frente às situações-dilema. Tais situações denotam o quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e o quão relevantes são as conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

É no âmbito das relações humanas que se dá a prática cotidiana da equipe de enfermagem e nelas pode se dar à formação do "sujeito ético". Segundo Cohen e Ferraz (1995), essa condição permite ao homem reconhecer os conflitos que representam o significado de estar no mundo, sendo que é a resolução desses conflitos que lhe permitirá autodeterminar-se. Dessa forma, procuram evidenciar que não nascemos éticos, mas que nos tornamos éticos no decorrer de nossas existências.

Assim, de acordo com Boemer e Sampaio (1997), a equipe de enfermagem, dada essa proximidade mais constante com os pacientes, tem a possibilidade de compartilhar de seus anseios em relação a determinados tratamentos. Sob essa perspectiva, a enfermagem pode estar contribuindo com o paciente no exercício de sua autonomia, já que é uma área que tem se voltado também para as relações humanas e para uma visão holística do homem. Esta formação de caráter humanístico pressupõe o fornecimento de subsídios para lidar com valores humanos.

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram que estão cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem uma dimensão humana nas relações profissionais, principalmente, às associadas à autonomia, justiça e necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana (SANTOS et al, 2009). Assim, é importante refletir sobre considerações éticas que necessitam fundamentar as ações de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais, a qual necessita estar na base de todo processo de intervenção no campo interdisciplinar da saúde.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Durante a vivência em instituições hospitalares, observamos que pairam muitas dúvidas sobre o que é atribuição do enfermeiro, ou seja, qual sua competência técnica e legal. Técnica no que se refere aos conhecimentos técnicos necessários para o exercício profissional e legal, aquela conferida por formação acadêmica, que por força de lei, é exclusiva do enfermeiro (CARBONI; NOGUEIRA, 2006).

No contexto atual, estamos circundados por questões éticas em todas as facetas de nossas vidas. Por conseguinte, tem havido um interesse maior pelo campo da ética, na tentativa de obter uma melhor compreensão de como estas questões nos influenciam. Por isso, uma consciência dos conceitos filosóficos relacionados com a moral, condutas éticas e a compreensão do papel do enfermeiro, ajudarão na articulação de suas posições e no desenvolvimento das habilidades necessárias na tomada de decisões éticas (HANSEL, 2002). Citando Smeltzer e Bare, (2006, p. 92) podemos dizer que:

“A estrutura ética básica da profissão de enfermagem é o fenômeno do cuidado humano. As teorias de enfermagem que incorporam as dimensões biopsicossociais e espirituais enfatizam um ponto de vista holístico com o humanismo ou o cuidado como núcleo central. À medida que a profissão de enfermagem se esforça para delinear a sua própria teoria ética, o cuidado é citado frequentemente como a base moral.”

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil - Resolução COFEN 311/2007 - reestruturado e aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2007, constitui uma declaração pública que visa o aprimoramento do comportamento ético do profissional, expressando questões morais, valores e metas da Enfermagem.

Este código está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem e (COFEN, 2007, p.1):

"... leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população”.

Dentre outras questões importantes, o código aborda (BRASIL, 2007):

DOS DIREITOS:

- Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.
- Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.
- Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade [...].

DAS RESPONSABILIDADES E DEVERES:

- Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.
- Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.
- Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional [...].

PROIBIÇÕES:

- Promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, de organizações da categoria ou instituições.
- Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais. [...]

No ambiente hospitalar, os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional da saúde, têm freqüentes oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos

pacientes. Como líderes de equipe, ou seja, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a fonte principal de contato pessoal, íntimo e contínuo com os pacientes, não obstante seu envolvimento com a tecnologia e com a burocracia hospitalar (TREVISAN et al, 2002).

O enfermeiro deverá utilizar sua criatividade ao planejar as ações de enfermagem, ao tomar decisões e adequar os recursos humanos e materiais à implementação da assistência planejada e desejada (TREVISAN; MENDES; ÉVORA; ANSEMI,1989). Entendemos que, deste modo, o enfermeiro estará cumprindo o que determina a Lei de nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional de enfermagem e descreve as atribuições dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Segundo a legislação, compete privativamente ao enfermeiro, dentre outros (BRASIL, 1986): direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar; participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica; prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia.

Além da lei, existem resoluções, que definem soluções para questões pertinentes à enfermagem. Para Trevisan (2002), o exercício da função gerencial pelo enfermeiro no Brasil é um ponto permeado por desentendimentos e incompreensões, pois o fato de o enfermeiro incorporar funções gerenciais no seu trabalho, em grau considerado acentuado por alguns autores, tem sido a causa de muita polêmica na profissão. Esta discussão aumenta na medida em que se torna evidente a dicotomia entre o que se espera do enfermeiro, na visão dos teóricos de enfermagem, e o que se verifica ser a sua ação cotidiana nas instituições de saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, através da Resolução 194/1997, determina que o enfermeiro pode ocupar, em qualquer esfera, cargo de direção-geral nas instituições de saúde, públicas e privadas, cabendo-lhe ainda, privativamente, a direção dos serviços de Enfermagem. É imprescindível, contudo, que não se perca de vista que a ação

gerencial do enfermeiro deverá ser fundamentada nos valores da profissão, no seu Código de Ética e nos direitos do paciente hospitalizado.

A valorização do enfermeiro perante sua equipe, pacientes, profissionais de outras áreas e administradores das instituições de saúde depende de sua atuação, chamando para si aquilo que lhe é devido, segundo a Lei, pois ele é o profissional com competência para liderar, dar cuidados a pacientes graves, realizar procedimentos de maior complexidade e supervisionar de perto sua equipe, dentre tantas outras atribuições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste estudo percebe-se que o exercício da profissão de enfermagem deve estar baseado em princípios éticos e legais, que permitam maior reflexão a respeito da consciência ética, apresentando um espaço para que possamos realizar discussões no âmbito da ética dos princípios, baseada na beneficência, autonomia e justiça. Os enfermeiros são responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhes conferem a oportunidade de orientá-lo e de prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, desempenharão com ele e para ele.

Sendo assim, cabe aos profissionais de enfermagem se interar a respeito de suas leis, para que possa oferecer uma assistência livre de danos, pois uma vez que ele conhece quais as suas ações, ele poderá exercer suas funções com mais segurança e responsabilidade. Este conhecimento contribuirá para uma assistência de enfermagem completa e de qualidade para o paciente, devendo pensar no direito à saúde analisando os problemas na dimensão interpessoal do comportamento social, considerando a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos e suas participações na construção das próprias realidades sociais dos sujeitos/grupos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Patrícia Chaves et al. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mai 2009.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos. Prática Profissional e Construção da Identidade do Enfermeiro no PSF. [Tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, 2003.

Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/politicaetrabalho/arquivos/artigo_ed_19/artigos/artigo_08.pdf. Acesso em: 10 Mai 2009.

BARROSO, L. M. M. et al. Aspectos éticos da interação enfermeiro-puérpera com HIV/AIDS. **J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/revista17-3-2005/aspectos-eticos.pdf>. Acesso em: 10 Mai 2009.

BOEMER, Magali Roseira; SAMPAIO, Mauren Alexandra. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 Set 2008.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências. Disponível em: <http://www.lei.adv.br/7498-86.htm>. Acesso em 12 Set 2007.

CARBONI, Rosadélia M.; NOGUEIRA, Valnice O. Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional. **Rev. paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010088892006004000009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 Set 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo, Ática, 1999.

CLOTET, J. Por que bioética ?. **Rev. Bioética**, Brasília, v.1, n.1. 1993. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v8/Textbiomed.doc>. Acesso em: 12 Mai 2008.

COFEN. **Resolução 194/1997**. Direção-geral de Unidades de Saúde por Enfermeiros. Disponível na www.corensp.org. Acesso em: 28 Abr 2008.

_____. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível: www.portalcofen.gov.br/2007. Acesso em: 20 Abr 2008.

COHEN, C.; FERRAZ, F.C. Direitos humanos ou ética das relações. In: SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995.

CONNOR S.S.; FUENZALIDA, H.L. **Bioethics: issues and perspectives**. Washington: Panamerican Health Organization, 1990.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

HANSEL, Tânia Dubou. **Processo de re-significação ética do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos**. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0393.pdf>. Acesso em: 30 Mai 2009

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LISBOA, Lázaro Plácido. **Ética geral e profissional em contabilidade**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. A importância de ser ético: da teoria a prática de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná, v.14, n.1, Jan/Mar. 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/14142/9520>. Acesso em: 25 Ago 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRAUTMAN, Dagmar Aparecida. **Educação, ética e tecnologia: Impressões e reflexões**. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~edla/orientacoes/trautmandagmar.pdf>. Acesso em: 30 Mai 2009.

TREVISAN, M.A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev Latino-Am. Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 1, Jan/Fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago 2009.

TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; ÉVORA, Y.D.M.; ANSEMI, M.L. O significado da administração da assistência ao paciente. **R. Gaúcha Enferm.**, v.10, n.1, 1989. Disponível em: [http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo38 fin.pdf](http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo38%20fin.pdf). Acesso em: 13 Out 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Eloíse Maria de Lima Gouveia¹

Ana Aline Lacet Zaccara²

Tatiana Ferreira da Costa²

Lorrayne Félix de Lima³

Vicente Neto Gadelha⁴

RESUMO

A esquizofrenia é caracterizada pela distorção no senso da realidade, com alterações de comportamentos, podendo ser de isolamento, agressivo ou regressivo, e podendo apresentar alucinações. Em tal contexto, a bioética tem sido atualmente uma importante referência para se avaliar a ética em relacionamentos profissionais e institucionais que envolvam pessoas doentes. Tal contribuição da bioética se tornou particularmente importante pelo fato de se ressaltar a necessidade do respeito à autonomia dos sujeitos, como condição para a ética dos relacionamentos. Apesar da doença, os enfermeiros necessitam acreditar e estimular a pessoa à inserção social, objetivando a remissão dos sintomas. Para que isso ocorra, a bioética servirá como subsídio para um melhor desempenho dos profissionais, objetivando uma melhor qualidade da assistência. Este estudo visa ressaltar a importância do conhecimento da bioética relacionada à esquizofrenia, de modo a esclarecer a atuação do enfermeiro neste meio. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos e periódicos on-line pertinentes a temática. A enfermagem diante deste processo tem um papel bastante relevante no cuidado dos pacientes portadores da esquizofrenia. Os mesmos merecem atenção específica, qualificada e humanizada. O paciente, bem como sua família deve ser orientado para participarem efetivamente da terapêutica, para que assim seja alcançada uma melhor qualidade de vida. Assim, o enfermeiro deve agir de acordo com os preceitos éticos e legais.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia. Bioética. Enfermeiro.

¹ Acadêmica de Enfermagem da UFPB do 7º Período. Bolsista de PIBIC. Pesquisadora do NEPB. eloisemlgouveia@gmail.com.

² Acadêmicas de Enfermagem da UFPB do 6º Período. Pesquisadoras do NEPB. tatxianaferreira@hotmail.com. anazaccara@hotmail.com.

³ Acadêmica de Enfermagem da UFPB do 8º Período. Bolsista de PIBIC. Pesquisadora do NEPB. lorryne.fl@hotmail.com.

⁴ Graduado em Direito pela UFPB. Pesquisador do NEPB. Orientador. netovgadelha@gmail.com

INTRODUÇÃO

No início do século passado, a partir de um psiquiatra suíço, Eugen Bleuler, foi criado o termo esquizofrenia. Para ele esse diagnóstico clínico era considerado como uma das doenças mentais mais severas (CASTRO; FUREGATO, 2008).

As doenças mentais constituem, ainda hoje, um campo do conhecimento bastante complexo, com inúmeras inquietações para a ciência. A esquizofrenia, está inserida no grupo das psicoses funcionais, e é caracterizada pela distorção no senso da realidade, com alterações de comportamentos, podendo ser de isolamento, agressivo ou regressivo, e podendo apresentar alucinações. Compreende manifestações variadas de pensamento, e que variam de acordo com cada paciente.

Para lidar com esta situação é referenciada a Bioética, “a qual tem por objetivo o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde” (GAUER et al, 2008). Neste contexto, a bioética é bastante relevante para a equipe de enfermagem em especial para o enfermeiro que geralmente tem maior proximidade com os usuários dos serviços de saúde, visto que, serve como ponto crucial para o estudo das relações interprofissionais e entre profissionais e pacientes. Em se tratando dos portadores de esquizofrenia, estes necessitam de apoio para um melhor delineamento dos direitos que lhe são devidos, por apresentarem dificuldades em compreender sua autonomia.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidado as pessoas acometidas por esta patologia. É preciso o conhecimento de que essas pessoas são seres humanos singulares que apresentam alterações emocionais, acarretando em mudanças de comportamento. Apesar da doença, os enfermeiros necessitam acreditar e estimular a pessoa à inserção social, objetivando a remissão dos sintomas. Para tanto, a bioética servirá como subsídio para um melhor desempenho dos profissionais, objetivando uma melhor qualidade da assistência.

Diante do exposto, verificou-se a necessidade de estudar sobre a atuação do enfermeiro na assistência aos portadores de esquizofrenia, com uma visão diferenciada, a fim de expandir a informação aos estudantes e profissionais da área, finando uma prestação de cuidados mais ampliada e baseada em fundamentações bioéticas. Para que assim, a assistência possa ser prestada visando promover a autonomia dos pacientes, com um cuidado qualificado e voltado para os preceitos éticos e legais.

Desta forma, este estudo visa ressaltar a importância do conhecimento da bioética relacionada à esquizofrenia, de modo a esclarecer a atuação do enfermeiro neste meio.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este trabalho trata-se de uma pesquisa tipo revisão bibliográfica, realizada a partir de levantamento de artigos científicos publicados em periódicos on-line, na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, na Lei Nº 10.216 de abril de 2001, e entre outras leis pertinentes a temática.

A pesquisa bibliográfica vale-se de materiais já elaborados, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002).

REFERENCIAL TEÓRICO

Esquizofrenia

A saúde mental pode ser definida e entendida como a capacidade de viver, trabalhando as perdas e as situações dolorosas da vida, conseguindo expressar, dar e receber afeto, na medida e de acordo com as pessoas e as circunstâncias. Ainda hoje, a saúde mental é um campo de inúmeras inquietações teóricas para ciências e um grande desafio prático na assistência a doentes mentais.

A CID-10 F20 apresenta a esquizofrenia como o transtorno mais comum das doenças mentais e define à esquizofrenia como um transtorno caracterizado, geralmente, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, por afeto inadequado ou embotado.

A Esquizofrenia constitui o mais comum dos transtornos psiquiátricos graves. A incidência anual de esquizofrenia é de 2 a 4 por 10.000 indivíduos com idade entre 15 e 54 anos, não havendo diferenças significativas entre os países (KAPNAN; SADOCK; GREBB, 1985).

Segundo APA (2002), a esquizofrenia geralmente se manifesta no indivíduo, em sua adolescência ou com atraso na idade adulta. Situa-se na primeira metade da faixa dos vinte anos para homens e final da faixa dos 20 para as mulheres. Essa diferença entre homens

e mulheres, é explicada pelo fato dos homens sofrerem fatores estressantes mais cedo que as mulheres, que possuem taxas hormonais, desta forma quando estas chegam na menopausa e as taxas dos hormônios caem, as mulheres tornam-se mais susceptíveis a adquirirem a doença. A idade que se inicia a doença é um importante fator para o prognóstico, pois enquanto mais cedo, antes dos 20, o prognóstico é pior (TOSTES; MORAES, 1989).

A esquizofrenia é difícil de ser definida ou descrita, porém vários fatores biológicos, psicológicos e sociais podem ser ou não favoráveis para o aparecimento da doença. As heranças genéticas constituem os fatores biológicos, que se manifestam com alterações na liberação de neurotransmissores ou ainda por lesões cerebrais. Enquanto os fatores psicossociais envolvem a interação do indivíduo com o ambiente que incluem: ansiedade muito intensa, estado de estresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas, entre outros (LIMA; CAETANO, 1995).

O quadro clínico é variável, podendo começar gradual ou repentinamente. Todavia, seu curso é frequentemente crônico e recorrente. Ele oscila entre remissão completa e deterioração mental grave, com a maioria dos pacientes sofrendo de incapacidade em níveis distintos. A doença acarreta importantes déficits psicológicos, sociais e vocacionais (KAPNAN; SADOCK; GREBB, 1985).

Os sintomas podem ser divididos em negativos ou defeituosos e positivos ou floridos. Os sintomas negativos manifestam-se por discurso pobre, isolamento social, desmotivação e embotamento emocional, enquanto os sintomas positivos são exacerbações de funções normais ou anormalidades e distorções e incluem delírios e alucinações, hiperatividade e hostilidade. Alucinações, delírios, processos de pensamentos ilógicos ou incomuns e déficit na expressividade emocional e no funcionamento psicossocial são os sintomas mais frequentes (LEVINSON, 1991).

De acordo com o mesmo autor, no tratamento da esquizofrenia é aconselhável que seja feita uma combinação entre: psicofármacos, orientação psicológica e mudanças no seu ambiente. A internação em hospitais psiquiátricos só é aconselhável em casos de urgência.

Direitos dos pacientes mentais

A Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU sobre a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental é um marco no campo dos direitos das pessoas com doenças mentais (WACHENFELD, 1992).

Esta Resolução teve suas origens nos anos 70, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar a questão do abuso da psiquiatria para fins de controle de dissidentes políticos. O escopo do trabalho ampliou-se de uma preocupação inicial com os critérios diagnósticos em uso em certos países para incluir o exame de maneiras de proteger os doentes mentais de fato e, finalmente, maneiras de melhorar a assistência à saúde mental, em geral. Vários documentos de trabalho se sucederam (Relatórios Daes, Palley e Steele) culminando com o texto da Resolução finalmente aprovada em dezembro de 1991 (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1992).

A Resolução 46/119 contém 25 Princípios. Em que estão incluídos: "Não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos."

O mesmo Princípio segue especificando o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento (UNITED NATIONS, 1994).

De acordo com o autor supracitado, outro ponto importante diz respeito à distinção a ser feita entre internação involuntária e tratamento involuntário. Em primeiro lugar, nenhum tratamento (involuntário) poderá ser imposto ao paciente de internação voluntária; em segundo lugar, um tratamento involuntário só poderá ser imposto ao paciente quando atenda ao maior interesse de suas necessidades de saúde.

Ainda, a internação só poderá se efetuar mediante determinação, por profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim, que a pessoa tem uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em caso de risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o acesso a um estabelecimento de saúde mental será processado da mesma maneira que o acesso a qualquer outro estabelecimento de saúde, o que significa que qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.

A sociedade brasileira vivencia, atualmente, uma transformação no modelo de assistência ao paciente com transtorno psiquiátrico conhecida nacionalmente, desde a década

de 80, como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta se deve ao conjunto de fatores e atores que buscam substituir o modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar que tem como centro de atendimento o hospitalar psiquiátrico (BERTOLOTE, 1993).

Segundo o mesmo autor, a Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluindo as ações da saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa "De Volta Para Casa", entre outros.

Esta redução progressiva do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos é amparada pela Lei Nº 10.216 de abril de 2001, porém é recomendado que aconteça concomitantemente à criação de serviços comunitários de assistência à saúde mental. Deste modo, nos últimos anos, observa-se a multiplicação de iniciativas de implantação de serviços substitutivos que buscam construir uma rede assistencial na própria comunidade para, conseqüentemente, haver uma natural redução de leitos para internação integral (ANGHER, 2009).

O conjunto dos marcos legislativos do Sistema Único de Saúde, Constituição Federal (1988), Leis 8080/1990 e 8142/1990, Lei Federal 10.216/2001 possibilitou e estabeleceu diretrizes para uma assistência à saúde mental centrada em recursos comunitários e em um atendimento extra-hospitalar, ou seja, preconiza a desinstitucionalização, além de garantir os direitos dos sujeitos acometidos por transtornos psiquiátricos (ANGHER, 2009).

A estratégia do programa (PSF) se iniciou no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes. Seu principal propósito é o de reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família (TANSELLA; WIL LIAMS, 1987).

Uma das propostas deste programa é a de que os profissionais, através das trocas existentes em seus relacionamentos com as famílias e comunidade, busquem humanizar e adequar a assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, objetivando a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce da qualidade de vida.

Ainda, neste programa, utiliza-se como estratégia as ações de prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O mesmo favorece o atendimento domiciliar, propiciando uma assistência mais humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e redução das internações, contrapondo-se aos trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de saúde voltadas para atividades técnicas (UNITED NATIONS, 1994).

Para tanto, a Lei nº 10.216/2001 vem preconizar atendimento aos portadores de transtornos psiquiátricos preferencialmente em nível comunitário e junto à família, enfocando a melhoria da qualidade de vida que tem implícita a promoção da saúde mental e o acompanhamento de pacientes e de sua família nas ações básicas. Sendo assim, não é possível haver uma (re) inserção social com a família desassistida, pois, para contar com sua colaboração no processo terapêutico é necessário que os profissionais estejam presentes no processo, assistindo-a (ANGHER, 2009).

LEI

Art 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Assistência de Enfermagem ao paciente esquizofrênico

A demora na procura do tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico do paciente, pois pode levar a uma ruptura significativa dos níveis psíquico, físico e da rede social do doente. O tempo de tratamento para que ocorra o fim do quadro agudo também se torna mais demorado devido essa intervenção tardia (LOUZÃ, 2000). É importante descobrir quais intervenções podem contribuir no tratamento do surto esquizofrênico e como essas cumprem o papel de ajudar o indivíduo e sua família a se

colocarem frente aos seus problemas e estigmas associados ao transtorno. A intervenção de enfermagem logo no início do transtorno oferece uma oportunidade única no tratamento da esquizofrenia.

No aspecto biológico, a enfermagem observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do jovem paciente e de sua família. No campo psicossocial, pode se envolver em diversas atividades, tais como a visita domiciliar, a coordenação de grupos de pacientes em oficinas e outros temas. A promoção do acesso do paciente e família aos recursos da comunidade pode contribuir para a reabilitação do doente e da família. O cuidado de enfermagem, com enfoque no sistema familiar, tem se mostrado bastante útil por permitir observar os aspectos biopsicossociais do paciente e de sua família e contribuir para uma melhor articulação do grupo com a comunidade (GALERA, 2002).

As ações de enfermagem ocorrem em serviços específicos para o atendimento e em serviços de saúde primária. Assim que pacientes e famílias apresentam uma melhor aceitação da nova condição, são encorajados a enfrentá-la através de atividades com recursos da comunidade, o que possibilita a recuperação da vida social e, uma reabilitação mais rápida e eficiente. A prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição.

A avaliação das necessidades específicas e as ações de enfermagem aplicadas a cada família variam de acordo com a individualidade de cada uma delas. É necessário a prevenção para futuros episódios, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar, seu papel frente à sociedade e entre seus próprios membros, bem como a estimulação dos pacientes, após o surto esquizofrênico, a usar recursos disponíveis na sociedade como trabalhos voluntários, atividades em grupos, exercícios físicos, lazer, entre outros.

As ações de enfermagem concentram-se em implementar avaliações biopsicossociais com atenção às características culturais do paciente; criar planos para melhorar as condições de saúde do paciente e de sua família; orientar paciente e família sobre as características da doença, do tratamento e sobre os recursos disponíveis; promover e manejar, dentro da saúde mental, os efeitos da doença através do ensino, da pesquisa, proporcionando adequado aconselhamento à família e ao paciente; manejar e coordenar sistemas de integração de cuidados que integrem as necessidades do paciente e da família,

promovendo um entendimento e uma melhor aceitação da doença, o que leva à melhor adesão ao tratamento e uma melhor reabilitação social (KAPLAN, 1997).

Perspectiva da bioética ante a esquizofrenia

A doença mental constitui um campo de inúmeras inquietações teóricas para as ciências, e de desafios práticos no atendimento a pacientes portadores de esquizofrenia. Em tal contexto, a bioética tem sido atualmente uma importante referência para se avaliar a ética em relacionamentos profissionais e institucionais que envolvam pessoas doentes. Tal contribuição da bioética se tornou particularmente importante pelo fato de se ressaltar a necessidade do respeito à autonomia dos sujeitos, como condição para a ética dos relacionamentos. Sabe-se, por outro lado, como pode ser complexa a autonomia de doentes mentais, e como, conseqüentemente, pode ser difícil delinear o respeito ético que lhe é devido (ANJOS, COSTA, ZAHER; 2007).

Segundo os autores supracitados a autonomia é uma decisão racional, expresse ou não a referência, a autonomia é uma decisão que exprime a preferência, seja ou não racional. A este princípio fica associado o consentimento informado no contexto da consulta profissional. Entretanto, além da liberdade de optar, a ação autônoma também pressupõe a liberdade de ação, requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as suas escolhas feitas e as decisões tomadas. Desta forma, a pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas, para escolher entre as opções que lhe são apresentadas.

Afirmam ainda que a conquista do respeito à autonomia é um fenômeno histórico bastante recente, que vem deslocando, pouco a pouco, os princípios da beneficência e da não maleficência como prevalentes nas ações de assistência à saúde. O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Existem pessoas, porém, que, de forma transitória ou permanente, tem sua autonomia reduzida, como no caso as crianças, os doentes mentais entre outros.

O doente mental tem sua autonomia reduzida, mas esta deve ser respeitada. É muito fácil dizer que os profissionais da saúde só podem administrar a liberdade e direitos do paciente respeitando sua totalidade. Este respeito à totalidade do doente mental no ambiente psiquiátrico por vezes não pode ser praticado em toda sua extensão.

De fato, a autonomia exprime a dignidade da pessoa, porque franqueia sua liberdade autocontrolada e responsável, mas, ao mesmo tempo, pode tornar-se terrível arma

contra o próprio bem do paciente, pois a decisão geralmente vale, conforme o grau de esclarecimento e informação do sujeito que decide, e é motivada essencialmente pelo medo, ou seja, pela emotividade. Essa noção de consentimento esclarecido, que garante a autonomia do doente, é a pedra angular de toda a ética (LERPAGNEUR, 2003).

Acredita-se a qualidade de vida do doente pode ser garantida pelo bom atendimento, boas acomodações nos hospitais, higiene e alimentação. Entretanto, os profissionais que atuam na saúde mental devem procurar ter um envolvimento e um comprometimento com seu trabalho, buscando realização profissional pautada nos princípios e valores da ética e da bioética para assim oferecer uma assistência humanizada, relacionada a percepção daquele paciente em sua totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem não se limita a realização de procedimentos técnicos, mas consiste numa ciência ampla que tem como fator primordial o cuidado integral e humanizado ao cliente. Um campo bem peculiar é o trabalho de enfermagem com pacientes com doença mental, pois envolve vários fatores psicológicos e sociais.

Observa-se que o campo da saúde mental passou por inúmeras transformações ao longo da história. Antes tratados de forma grotesca e cruel, os doentes mentais não eram respeitados na sua totalidade. Nos dias atuais, essa realidade se modifica constantemente. Com a criação do Programa de Saúde da Família, a assistência a esses pacientes permitiu um maior acompanhamento do tratamento da esquizofrenia e de seu prognóstico, pois visa uma vigilância contínua da evolução da doença através do suporte e do estímulo ao paciente para que ele se (re) integre socialmente.

A bioética, neste contexto, tem sido bastante relevante, visto que visa respeitar a autonomia do paciente, fornecendo aos profissionais da saúde as melhores formas de abordar os pacientes mantendo uma relação de empatia entre ambos. Todos os profissionais devem agir de forma ética durante o exercício de sua profissão, para que possa fornecer uma melhor assistência aos portadores de esquizofrenia, embora este fato não seja observado constantemente em nossa sociedade.

Portanto, a enfermagem tem um papel crucial antes, durante e após a terapêutica para os esquizofrênicos. Tanto o indivíduo, como a família e a sociedade devem ser integrados neste processo. O enfermeiro deve servir como subsídio e apoio, através da realização de visitas domiciliares, em casos das pessoas que são tratadas em casa; explicar

tudo que a família necessita saber, para que assim o paciente se sinta mais seguro e confie nos que estão ao seu redor; manter boas relações profissionais, facilitando o acesso a toda a evolução do paciente. Possibilitando, desta forma, sua reabilitação e uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANGHER, A. J. **Vade Mecum acadêmico de direito**. 5 ed. São Paulo: Rideel, 2009.

APA - American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed, rev. **Porto Alegre: Artes Médicas**, 2002.

COSTA, José Raimundo Evangelista da; ANJOS, Márcio Fabri dos; ZAHER, Vera Lúcia. **Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética**. Centro Universitário São Camilo – 2007

GALERA, S.A.F. **Avaliação construtiva de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que tem um portador de esquizofrenia entre seus membros [tese]**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

KAPLAN, B. J; GREBB, J. A. **Esquizofrenia**. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editores. **Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 1985.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A., editores. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Terapias biológicas. p. 809-946.

LEPARGNEUR, H. **Procurando fundamentação para a humanização hospitalar**. *Mundo Saúde* 2003; 27: 219-230.

LEVINSON, D. Pharmacologic treatment of schizophrenia. **Clin Ther** , 1991.

LIMA, C. O. M; CAETANO, D. Evolução histórica do conceito de esquizofrenia. **J Bras Psiquiatr**, 1995.

LOUZÃ, M. R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Rev Bras Psiquiatr**. 2000; 22(suppl 1):45-6.

TANSELLA, M; WILLIAMS, P. The Italian experience and its implications. **Psychol. Med.**, 1987.

TOSTES, L. R. N; MORAES, L. R. N. Esquizofrenia: curso, evolução e prognóstico. **J Bras Psiquiatr**, 1989.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.** Int. Dig. Health Leg., 43:413-23, 1992.

UNITED NATIONS. **Human rights: a compilation of international instruments.** New York, United Nations, 1994

WACHENFELD, M. **The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights.** Nord. J. Int. Law, p.109-292, 1992.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CAPTAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Débora César de Souza Rodrigues¹

Daiane Medeiros da Silva²

Eloíse Maria de Lima Gouveia³

Hérika Brito Gomes da Silva⁴

Juliana Paiva Góes da Silva⁵

RESUMO

A enfermagem, que incorpora o saber de várias áreas em sua formação, participou de vários avanços na ciência, dentre estes a realização do primeiro transplante no Brasil, em 1965. O processo de doação de órgãos é complexo, e o enfermeiro tem aí um papel determinante, sendo o responsável por avaliar a clínica do potencial doador e orientar ou promover a manutenção hemodinâmica deste, em consonância com os princípios éticos e legais. Cabe ao enfermeiro zelar pelo controle rígido dos termos de doação e recepção, controlar e atualizar a lista de receptores, elaborada por ordem cronológica e obedecendo às prioridades exclusivamente médicas, promover um controle rigoroso dos tecidos captados e já liberados, bem como daqueles que ainda aguardam resultados de testes laboratoriais. Neste sentido o cuidar na enfermagem deve ser entendido como um agir ético e empático voltado não para uma atenção intervencionista, mas para uma assistência integral dentro de uma concepção humanística. Portanto, o estudo visa conhecer um pouco mais sobre toda a problemática que envolve os transplantes, esclarecendo sobre o trabalho do enfermeiro nesse campo, com ênfase nos aspectos éticos e legais. Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica, realizada em artigos científicos, monografias, periódicos on line, no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE – Resolução 311/2007, e na Resolução 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

¹ Estudante de graduação em Enfermagem da UFPB. debora_sje@hotmail.com.

² Estudante de graduação em Enfermagem da UFPB. daianemedeiros19@hotmail.com.

³ Estudante de graduação em Enfermagem da UFPB. eloisemlgouveia@hotmail.com.

⁴ Estudante de graduação em Enfermagem da UFPB. herika_bgomes@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. julianapaiva5@gmail.com

INTRODUÇÃO

A história dos transplantes teve início há muitos séculos, sendo descrita inicialmente na *Ilíada* de Homero. Segundo a mitologia de São Cosme e São Damião, posteriormente a amputação de uma perna de um ancião, realizou-se o transplante com uma perna proveniente de um soldado que morreu no mesmo dia (MAGALHÃES, A.; MAGALHÃES J. e RAMOS, P., 2007).

Consequentemente, muitos transplantes foram realizados, porém, sem êxito. No entanto, a partir da década de 40, com avançar dos estudos e da medicina, surgiu o conhecimento sobre um relevante problema, a rejeição, em parte solucionada com o progresso da farmacologia com a descoberta de um imunossupressor, a Ciclosporina. (PEREIRA, 1996).

Apesar de não ser uma temática nova, os transplantes envolvem princípios bem complexos. Eles consistem numa alternativa de melhor qualidade de vida e terapêutica de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, na tentativa de obter o restabelecimento de um órgão ou tecido lesado. Bem como, ser utilizados em caso de acidentes, lançando mão de alguns tipos mais diferenciados como, por exemplo, o transplante de rosto.

Apesar do conhecimento atual sobre os benefícios dos transplantes, a questão da rejeição, ainda consiste numa grande problemática, pois muitos pacientes de pós-operatório sofrem intercorrências clínicas como infecções e rejeições, as quais consistem nos principais fatores de morbi mortalidade depois das cirurgias dos órgãos transplantados. Sendo que mais de 80% dos transplantes realizados são satisfatórios de acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2009).

São três os tipos de transplantes: *autólogo* (transplante de outro local dentro ou no corpo do indivíduo que o recebe), *homólogo* (transplante entre indivíduos de uma mesma espécie). Geralmente se refere a indivíduos geneticamente diferentes ao contrário do transplante *isogênico* para indivíduos geneticamente idênticos e *heterólogo* (transplante entre animais de espécies diferentes).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), os órgãos e tecidos que podem ser doados são: córneas, coração, pulmões, rins, pâncreas e ossos, mas eles diferem no tempo de captação e de preservação extracorpórea. A região sudeste é aquela na qual acontecem mais transplantes e mais incidente em pacientes de 40 a 60 anos, da cor branca do sexo masculino.

Ainda que o rim seja o órgão de maior incidência em transplantes sólidos no país, vindo depois os enxertos de córnea, os outros tipos vêm aumentando nos últimos anos como os de pâncreas, fígado e coração. (COLOMBO; SILVA, 2004).

Com o desenvolvimento dessa prática, originou-se um conceito relevante, a morte encefálica, a qual traz consigo indagações, pois foi tirada do coração a fonte de vida e direcionada agora para o cérebro, exigindo, portanto, uma equipe multiprofissional preocupada em realizar seu trabalho com ética e responsabilidade para realizar o diagnóstico.

A ABTO identificou que há a subnotificação dos transplantes, pois para cada oito potenciais doares de órgãos e tecidos, somente um é notificado, fazendo aumentar ainda mais a demora nas filas de espera. No entanto, o nosso país ainda é considerado o segundo na realização de cirurgias desse tipo, sendo somente 10% realizada pelo sistema particular, evidenciando que apesar de ser um procedimento caro e delicado está sendo levado muito a sério pelo Sistema Público de Saúde.

Nesse campo entra a atuação do enfermeiro, incorporando saberes e conquistando seu lugar de modo eficaz como especialista, no que diz respeito a uma atuação profissional em equipe, visando um aumento na quantidade de doares a partir de mais divulgação, orientando sobre a importância dos transplantes, tirando as dúvidas tanto para potenciais doadores ou receptores.

Diante do exposto, verificou-se a necessidade de estudar sobre os transplantes, com uma visão diferenciada, a fim de expandir a informação dos graduandos e profissionais de enfermagem, para que os mesmos realizem a assistência baseando-se em fundamentações científicas. Mesmo havendo uma subnotificação, vê-se a necessidade de um aprofundamento sobre a temática para melhorar o número de doadores e a qualidade de vida dos transplantados, contribuindo para uma intervenção precoce na perspectiva de diminuir os riscos.

Desta forma, o transplante de órgãos e tecidos deve ter uma maior divulgação e esclarecimento por parte do Ministério da Saúde, pois muitas pessoas deixam de doar por falta de informações ou esbarram em burocracias do sistema. Portanto, o estudo visa conhecer um pouco mais sobre toda a problemática que envolve os transplantes, esclarecendo sobre o trabalho do enfermeiro nesse campo, com ênfase nos aspectos éticos e legais.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão bibliográfica, realizada em artigos científicos, monografias, periódicos on line , no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE – Resolução 311/2007 , e na Resolução 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A pesquisa bibliográfica vale-se de materiais já elaborados, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Aspectos conceituais

Um dos grandes avanços alcançados na história da medicina ocorreu com o desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento de algumas doenças terminais de alguns órgãos (GARCIA, 2006). Esse tratamento consiste na remoção ou isolamento parcial de uma parte do corpo e seu implante no corpo da mesma pessoa ou de outra (CINTRA; SANNA, 2005).

Tal procedimento antes considerado como relativamente arriscado, era realizado apenas em pacientes com doença renal grave, e em pacientes com doenças terminais do pulmão, coração e fígado (GARCIA, 2006).

Essa insegurança em relação a essa terapêutica se deu devido ao desconhecimento dos mecanismos de rejeição e de todo o aspecto imunológico que envolve esse procedimento. Porém, pela superação de algumas dificuldades técnicas na captação e implantação e a melhor compreensão quanto à conservação do órgão doado, têm-se conseguido efetiva implantação desta prática terapêutica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009). Uma das principais características dos transplantes, que o distingue de outras cirurgias, diz respeito ao fato do mesmo ter uma peculiaridade única, ou seja, a sua realização só é possível a partir da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador, vivo ou falecido. Na maioria dos casos os órgãos são obtidos a partir de doadores

falecidos, com exceção de uma pequena parcela de transplantes renais, hepáticos e de casos excepcionais de transplante pulmonar e pancreático (GARCIA, 2006).

Este mesmo autor relata que uma das limitações que se tem com os doadores falecidos, faz referência à questão que para a obtenção dos órgãos destes, deve-se ter confirmada a morte encefálica, a qual não poderá ser diagnosticada pelo médico que faz parte da equipe que irá realizar o transplante, além da manutenção temporária e artificial dos batimentos cardíacos e a circulação sanguínea, e principalmente a autorização da família para a doação do órgão.

Na história do Brasil, o primeiro transplante de órgãos ocorreu em 1965, em São Paulo. Após este fato foi criada ainda nessa cidade, no ano de 1991, uma central de notificação de órgãos e tecidos mais conhecida como central de transplantes, composta inicialmente por enfermeiros. Estes profissionais eram responsáveis pela obtenção do consentimento das famílias para a doação e de explicar o procedimento as mesmas. Entretanto, essa terapêutica ainda está em fase de expansão nos países em desenvolvimento, uma vez que requer uma infra-estrutura de apoio bastante complexa, tornando-o um recurso muito caro e de alcance muito restrito (CINTRA; SANNA, 2005).

Aspectos Éticos e Legais – Atuação do Enfermeiro

Segundo a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, o profissional desta área atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e de acordo com os preceitos éticos e legais. Ele deve participar das ações que objetivem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, exercendo suas atividades com competência.

Essa profissão, que incorpora o saber de várias áreas em sua formação, participou de vários avanços na ciência, dentre estes a realização do primeiro transplante no Brasil, em 1965, o transplante renal (CINTRA; SANNA, 2005).

O enfermeiro tem atuado em todas as equipes que trabalham em um processo de doação: na comissão de divulgação, captação de órgão e tecidos para transplante, nas gerências de captação e nas comissões intra-hospitalar de doação, tendo como objetivo desenvolver atividades no processo de detecção de pacientes e captação de órgãos, bem como rotinizar e organizar atividades de orientação e conscientização.

O processo de doação de órgãos é complexo, e o enfermeiro tem aí um papel determinante, sendo o responsável por avaliar a clínica do potencial doador e orientar ou promover a manutenção hemodinâmica deste, em consonância com os princípios éticos e legais (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2006).

Assim, o preceito ético é caracterizado como a não discriminação de doadores e receptores quanto à idade, ao sexo, raça, religião, nacionalidade quer por parte de enfermeiros, quer por outros profissionais de saúde (LIMA; MAGALHÃES; NAKAMAE, 1997).

A atuação do enfermeiro no transplante de órgãos e tecidos, disposta no artigo 1º, da Resolução 292/2004 incumbe: planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os Procedimentos de Enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos, sendo, portanto, de suma importância que o enfermeiro se capacite para exercer tal função. Dentre as funções, podemos citar: entrevistar o responsável legal pelo doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido. Este momento traz consigo uma grande responsabilidade, pois mediante a perda do parente, temos que demonstrar confiança e realizar todos os esclarecimentos possíveis para que o responsável se sinta sensibilizado para realizar a doação.

Já de acordo com Capítulo III Artigo 4º da referida Resolução ao enfermeiro incumbe aplicar a SAE, em todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós transplante (no nível ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar). Assim como para a Resolução 311/2007, seção II, artigo 43, é proibição para o enfermeiro: “Colaborar, direta ou indiretamente como outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente ao transplante de órgão, tecidos [...]”

Cabe ao enfermeiro zelar pelo controle rígido dos termos de doação e recepção, controlar e atualizar a lista de receptores, elaborada por ordem cronológica e obedecendo às prioridades exclusivamente médicas, promover um controle rigoroso dos tecidos captados e já liberados, bem como daqueles que ainda aguardam resultados de testes laboratoriais (AMATUZZI et al, 2000).

É perceptível a importância de uma abordagem diferenciada aos pacientes transplantados, com atenção aos detalhes e à individualização das condutas, pois o sucesso do procedimento está intimamente relacionado à atuação da equipe multiprofissional (CANERO; CARVALHO; GALDEANO, 2004).

Cabe ao enfermeiro planejar a assistência integral a estes pacientes, de forma ordenada e científica, utilizando o processo de enfermagem, de modo que as necessidades individualizadas dos clientes, familiares e comunidade possam ser satisfeitas e devidamente aplicadas à prática de enfermagem, documentando, desta forma, as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente, para atingir seus objetivos (CANERO; CARVALHO; GALDEANO, 2004).

Para Silveira et al (2005):

A enfermagem, enquanto ciência preocupada com o indivíduo, tem como compromisso orientar a sociedade a cerca transplante de órgãos e tecidos, conscientizando-a e dessa forma criando condições para que a fila de espera por um órgão e/ou hemoderivados sejam consideradas em sua relevância. Contribuindo para que o transplante, doação de órgãos, transfusão sanguínea possam ser repensados como um ato sincero de amor ao próximo. Considera-se que o respeito à autodeterminação do assistido e sua família fundamenta-se na dignidade humana e deve nortear os princípios da Enfermagem. Percebe-se que o respeito aos valores culturais da comunidade podem representar uma força positiva para o conforto e a recuperação do paciente se ele estiver seguro de que estes serão respeitados, ou contribuir para a recusa da terapêutica indicada levando ao comprometimento da reabilitação.

Neste sentido o cuidar na enfermagem deve ser entendido como um agir ético e empático voltado não para uma atenção intervencionista, mas para uma assistência integral dentro de uma concepção humanística (COSTA et al, 2004)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição Federal, nossa carta magna, afirma que todos nós temos direito a saúde e a uma vida digna, no entanto, devido a alguns enfermidades ou acidentes, alguns órgãos ou tecidos podem deixar de funcionar de forma adequada diminuindo a possibilidade de conservação da vida. Nesse caso, se insere o grande papel dos transplantes de órgãos e tecidos, visando a sobrevivência das pessoas e a garantia da qualidade de vida dos cidadãos.

Apesar, de não ser uma prática nova, pois já foi descrita por Homero em *Ilíada*, e de saber dos seus benefícios, poucas pessoas têm consciência da relevância do ato de doar um órgão ou tecido, seja por acreditar em crenças ou mitos, seja por falta de informações ou ainda, dificuldades de saber a quem procurar no caso da existência de potenciais doadores.

Um dos grandes problemas é a subnotificação dos possíveis doadores, e nesse campo entra o papel tão importante da equipe multiprofissional, em particular da enfermagem, pois o enfermeiro é responsável por atuar em todo procedimento de captação,

desde a notificação dos prováveis doadores até a exposição do trabalho realizado á população. Um dos papéis fundamentais é saber conversar com a família, sem esquecer da ética, levando em consideração todo momento de dor, mas lembrando que aquela parte a ser doada poderá representar a expectativa de uma nova vida ou recomeço para o doador, deixando a família livre para escolher o que achar melhor.

Portanto, é necessária uma política eficiente de divulgação pelo Ministério da Saúde e demais órgãos públicos na perspectiva de ampliar o número de doadores, para diminuir as enormes filas de espera pelos órgãos. É preciso buscar meios que visem à qualidade de vida das pessoas que necessitam de órgãos doados, as quais só querem ter seu direito de cidadania e vida garantidos, por isso devemos nos preocupar com a vida destas pessoas para que elas possam viver dignamente.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI et al. Banco de tecidos: estruturação e normatização. **Rev. Bras. Ortop.** São Paulo; v. 35, n. 5. Mai. 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. São Paulo. 2009. Disponível em: <www.abto.org.br>. Acesso em: 09 Jul.2009.

CÂMARA, N. O. S.; SILVA, A. P. Insuficiência renal crônica em transplantes de órgãos não renal. **Revista da Associação Médica Brasileira: Panorama Internacional Clínica Médica.** São Paulo; v.50, n.1. 2004.

CANERO, T. R.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L.E. **Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático.** São Paulo: Einstein. 2004. v.2, n.2, p.100-104.

CINTRA, V.; SANNA, M.C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.58, n.1, Jan./Fev. 2005.

COLOMBO, A. L.; SILVA, V. P. Infecções fúngicas em pacientes submetidos a transplantes renais. **Prática Hospitalar,** São Paulo, v. 7, n.42, Nov./dez. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 292/2004.** Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 311/2007.** Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA et al. **Assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal:** aspectos éticos e legais do enfermeiro. In: 7º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2004, Fortaleza. Anais..., 2004.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Rev. da AMRIGS**. Porto Alegre, v.50, n.4, p. 313-320, out./dez. 2006.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LIMA, A. A. F; SILVA, M. J. P; PEREIRA, L.L. Percepção do enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. **O mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, p. 409-416, jul./set. 2006.

LIMA, E.D.R. P; MAGALHÃES, M.B.; NAKAMAE, D.D. Aspectos ético-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. **Rev. latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 5-12, Outubro, 1997.

MAGALHÃES, A. C. S. P.; MAGALHÃES, J. A. P.; RAMOS, R.P. **O Enfermeiro na Central de Captação de Órgãos**. São Paulo: [s.n.], 2007.

PEREIRA, W. A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. Rio de Janeiro; MEDSI, 1996. 454 p.

SILVEIRA et al. **Transplante, doação de órgãos e transfusão sanguínea:** aspectos éticos, legais, científicos e sociais. In: CREUTZBERG, M. et al. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]. Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: < <http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=78834&popup=1>>. Acesso em: 23 Jul. 2009.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: REFLEXÃO SOBRE OS PRINCÍPIOS RISCO E PROTEÇÃO

Danielle Figueiredo Patricio¹
Kamilla Kafran França de Vasconcelos²
Luana Rodrigues de Azevedo³
Alan Dionizio Carneiro⁴

RESUMO

O ambiente cirúrgico exige dos profissionais que atuam nele, principalmente, da equipe de enfermagem, atenção contínua, técnicas específicas, agilidade e concentração no procedimento. A segurança e eficácia do trabalho de enfermagem no Centro Cirúrgico é constantemente baseada em minimizar as situações de risco oriundos deste ambiente de trabalho e de suas relações interpessoais e na maximização de medidas de precaução. Deste modo, em seu papel gerencial, o enfermeiro visa garantir a continuidade da assistência e a segurança no cuidado ao paciente. Neste sentido, este estudo teve como objetivo refletir a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico à luz dos princípios risco e proteção. Para tanto, esta investigação consiste numa pesquisa bibliográfica desenvolvida com a contribuição de documentos normativos, livros e artigos de periódicos que dispunham sobre o assunto. Na consecução deste trabalho percebeu-se que os princípios risco e proteção não se identificam como uma ciência, mas buscam nela seus subsídios para compreender e proporcionar medidas que objetivem minimizar os acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e proteger a integridade e a capacidade funcional do trabalhador, e, por conseguinte, potencializar a credibilidade externa da instituição bem como contribuir para a auto-realização dos profissionais de saúde. Dentro da ótica em que se vem analisando a assistência em enfermagem, considera-se que os parâmetros legais e éticos devem ser bem compreendidos pela equipe multiprofissional e, que acrescidos aos princípios risco e precaução, podem ser um instrumento fundamental para o melhor funcionamento do ambiente hospitalar assim como do centro cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Cirúrgica. Risco. Medidas de Proteção.

¹ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG-Campus Cuité. Paraíba. E-mail: danny-figueiredo@hotmail.com

² Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Paraíba. E-mail: kamilla@kafran.net

³ Relatora. Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Paraíba. E-mail: luana.rodrigues86@gmail.com

⁴ Orientador. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité. Pesquisador do NEPB/UFPB. Mestre em Enfermagem. Cuité. Paraíba.

REFLEXÕES INICIAIS

No sistema do centro cirúrgico encontramos uma equipe de saúde multiprofissional e interdisciplinar que reúne, dentre os quais, médicos cirurgiões, profissionais de enfermagem, técnicos de diversas áreas especializadas, trabalhadores operacionais, responsáveis por atividades burocráticas e de cuidados elementares, integrando, ainda, a este conjunto de relações, o paciente e sua família.

O ambiente cirúrgico exige dos profissionais que atuam nele, principalmente, da equipe de enfermagem, atenção contínua, técnicas específicas, agilidade e concentração no procedimento.

O preparo da sala e de instrumentos, aparelhos e equipamentos, estão inclusos no exercício da enfermagem, nas especificidades de responsabilidade profissional em centro cirúrgico. O enfermeiro tem o papel de assistir o paciente durante toda a estada no hospital, seja no pré-operatório, no intraoperatório, ou no pós-operatório, devendo a enfermagem ficar atenta a todas as eventuais e possíveis intercorrências que poderão surgir, a fim de atuar na recuperação plena do paciente.

No que tange à visita pré-operatória, sua principal finalidade é identificar o grau de ansiedade do paciente. No pré-operatório é exigido da enfermagem um conhecimento sólido sobre todos os aspectos do cuidado do paciente cirúrgico, tais como verificar o estado emocional do paciente, se os exames do pré-operatório estão completos, esclarecer todo o procedimento retirando todas as suas dúvidas.

Neste sentido, o centro cirúrgico por si só, é um episódio estressante e complexo para o paciente. Convém destacar que a preocupação, o medo e a ansiedade influenciam diretamente na fisiologia do organismo, portanto é necessário que tais situações sejam diagnosticadas e medidas de ajuste e precaução sejam tomadas, uma vez que essas alterações emocionais e fisiológicas, decorrentes, inclusive, do anúncio do diagnóstico cirúrgico, podem influenciar de maneira significativa tanto no procedimento cirúrgico como na reabilitação do paciente.

Segundo Oguisso (2006, p.106), no centro cirúrgico, insere-se no contexto do cuidado de enfermagem, o estabelecimento de

[...] uma relação de empatia com o paciente cirúrgico, interagindo e procurando estabelecer um diálogo, dando oportunidade ao paciente para perguntas e dúvidas sobre o procedimento, duração, para onde será levado depois da cirurgia, o que poderá acontecer, quando voltará para seu quarto, enfim expor pensamentos que lhe ocorre na véspera de uma cirurgia, aos quais o enfermeiro deve responder com simplicidade e calma, com o

objetivo de prepará-lo para a recuperação de sua saúde, colaborando em todas as fases para que tudo ocorra bem.

Assim, além dos benefícios para o paciente, como a confiança e diminuição da ansiedade, tais cuidados pré-operatórios oferecem ao enfermeiro do centro cirúrgico a oportunidade de uma atuação mais próxima com o paciente cirúrgico. Ao mesmo tempo, estes cuidados proporcionam a enfermagem um melhor reconhecimento da profissão, motivando ainda mais o trabalho do enfermeiro do centro cirúrgico.

Na fase pós-operatória, o enfermeiro deve prestar assistência ao paciente, verificar o seu estado psicológico, determinar o nível de satisfação do paciente com os cuidados prestados no período pré-operatório, colaborar com o plano de alta, auxiliar no curativo final, tranquilizá-lo quanto à cirurgia que realizou e sua desenvoltura, observar as necessidades básicas afetadas e trabalhar assistência específica.

É importante ressaltar que o enfermeiro do centro cirúrgico é o responsável técnico, também, pela central de material e esterilização, tendo uma responsabilidade na escolha dos métodos de esterilização e os produtos que precisam ser submetidos ao reprocessamento.

Deste modo, em seu papel gerencial, o enfermeiro não pode negligenciar os questionamentos que envolvem o preparo e a esterilização dos produtos, e o prazo de validade. O gerenciamento dos recursos materiais engloba a avaliação da qualidade dos materiais ofertados para o uso e os riscos previsíveis aos usuários submetidos ao ambiente cirúrgico, a fim de garantir a continuidade da assistência e segurança no cuidado ao paciente.

Diante do exposto este estudo tem por objetivo:

- Refletir a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico à luz dos princípios risco e proteção.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2002) corresponde àquela desenvolvida a partir da contribuição de diversos autores sobre determinado assunto, e que se encontram compilados em artigos, livros e periódicos, com fins de possibilitar uma melhor compreensão ou análise das principais contribuições teóricas da literatura sobre o tema em questão.

Costa (2005) ressalta a importância da operacionalização da pesquisa bibliográfica, versando sobre os passos metodológicos que o pesquisador se propõe a seguir,

como forma de elucidar melhor a relação da literatura selecionada com o problema e os objetivos propostos.

Desta forma, procuramos sistematizar o estudo mediante as seguintes etapas operacionais:

1. Levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho: Os pesquisadores separaram materiais relacionados à temática proposta para a concretude da pesquisa, a partir de uma aguçada busca na literatura em geral. Para tanto, foram utilizados como fonte da investigação: documentos normativos, livros, periódicos, monografias, dissertações e teses, disponíveis inclusive *on line*.

2. Seleção do material para construção do trabalho: Esta fase consistiu na seleção, criteriosa, de todo material considerado relevante e pertinente ao objetivo proposto, a partir de uma leitura pormenorizada de cada material escolhido, em especial, os documentos legais e éticos. Em seguida, extraíram-se citações diretas e indiretas de acordo com cada tópico a ser explorado e suas respectivas referências.

3. Construção Preliminar do Texto: Consequente às etapas de seleção, os pesquisadores procederam à construção de um esboço preliminar do texto, a partir do material previamente selecionado e pertinente com o objetivo proposto.

4. Elaboração do Relatório Final: *A posteriori*, a pesquisa foi estruturada em capítulos, para uma melhor visualização da temática bem como, possibilitando a construção da redação final do trabalho, de forma clara, objetiva e coerente com o objetivo proposto para a investigação.

É importante destacar que os pesquisadores levarão em consideração as disposições éticas sobre pesquisa, contempladas na Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme elencados abaixo:

CAPÍTULO IV

Das Responsabilidades e Deveres

Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Art. 93. Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções tecnicocientíficas.

Proibições

Art. 100. Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicados (COFEN, 2007).

ARGUMENTAÇÃO TEÓRICA

Do Princípio Risco

A palavra risco origina-se do latim *risicus*, do verbo *resicare*-cortar; significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável, às vezes até previsível.

Riscos acontecem a todo tempo no nosso dia-a-dia e nos deparamos com eles a todo instante, envolvendo-nos vez por outra e na grande maioria das vezes nem os percebemos, isso porque o risco é qualquer possibilidade de perigo. O risco é um valor estimado que levasse em consideração a possibilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano (ENGELHARDT, 2005).

Neste sentido, considerar o risco como um princípio parece impróprio, uma vez que tal princípio baseia-se numa incerteza, isto é, na possibilidade de uma ocorrência que denominamos dano. No entanto, a capacidade de planejamento e racionalidade que o ser humano possui permite imaginar ou pressupor, com base nas ações que são desenvolvidas num setor como um centro cirúrgico, perigos previsíveis, ameaças, e que devem ser considerados para a promoção de parâmetros seguros para a realização destas atividades. Todavia, faz-se oportuno destacar que o princípio risco nunca é plenamente esgotado, pois há limites para a previsibilidade (MORIN, 2005).

No âmbito da enfermagem, os trabalhadores potencialmente expostos aos riscos, precisam estar informados e treinados para evitar problemas de saúde, e métodos de controle deve ser instituídos para prevenir acidentes. Os riscos inerentes que acometem os trabalhadores de enfermagem, dependendo de sua natureza, concentração, intensidade, e tempo de exposição, são capazes de causar danos a saúde e riscos ocupacionais. Os riscos ocupacionais são todas as situações de trabalho que pode romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que origine acidentes ou enfermidades, isso sugere a necessidade de procedimentos preventivos para o controle dos riscos.

De acordo com a Portaria nº 3.214, do Ministério do Trabalho do Brasil, de 1978, são classificados cinco tipos de risco, que são eles:

1. Riscos de acidentes: Qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade, e seu bem estar físico e psíquico. São exemplos de risco de acidente: as máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, entre outros.

2. Riscos ergonômicos: Qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos

de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho.

3. Riscos físicos: Consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração.

4. Riscos químicos: Consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

5. Riscos biológicos: Consideram-se como agentes de risco biológico as bactérias, vírus, fungos, parasitos, como a exemplo do vírus HIV.

Os trabalhadores de enfermagem estão vulneráveis a muitos riscos ocupacionais desde um contato com material biológico a um estresse. Isto se deve ao fato dos trabalhadores de saúde terem contato direto na assistência aos pacientes, ao tipo e a frequência de procedimentos realizados, tais como: sondagens, incisões, presença de sangue, secreções, cateteres. Quanto ao estresse ocupacional, tornou-se parte do cotidiano da equipe de enfermagem, por sua diversidade de tarefas e o compromisso em oferecer assistência de melhor qualidade.

No ambiente de trabalho, os riscos poder ser ocultos, quando o trabalhador não suspeita de sua existência; latentes, quando causam danos em situações de emergência; reais, quando conhecidos por todos. Os acidentes do trabalho, por sua vez, relacionam-se com o avanço tecnológico e a mecanização de trabalho em saúde.

Contudo, o Acidente do Trabalho propriamente dito, segundo a legislação previdenciária, é um evento casual danoso, capaz de provocar lesão corporal ou perturbação funcional, perda ou redução da capacidade para o trabalho ou morte da vítima. Geralmente é previsível e evitável, oriundo de alguma ação inapta ou descuidada por parte do indivíduo (vítima ou agressor), seja por descumprir as normas de segurança e higiene do trabalho, ou seja, por não estar integrado em uma planificação preventiva de acidentes oferecida pela empresa. Ou ainda, estar numa condição de ambiente de trabalho que ofereça perigo e, ou, risco ao trabalhador.

Já os riscos podem apresentar diferentes causas, como por exemplo, eventos naturais, atividades humanas, em relação aos eventos naturais a atitude pode ser de defesa,

mesmo quando o risco é previsto ou previsível. Em se tratando em eventos de riscos oriundo de atividades humanas, diferentemente, a atitude deverá e poderá ser ao mesmo tempo de defesa e proteção (SGRECCIA, 2004).

É também importante falar a respeito dos riscos intrínseco e externo relacionados a atividades profissionais e aos ambientes de vida, como por exemplo, a produção de energia nuclear que implica um risco intrínseco, enquanto as fabricações automóveis implicam risco externo que pode coincidir com acidente.

Vale destacar as diferenças: o risco externo não é geralmente previsível e também a estatística do acidente nem sempre é significativa, o risco intrínseco, contudo, depende do próprio produto, isso prever um limite de risco aceitável, isso é um conceito que na visão ética pode ser admitido se proporcional aos benefícios que trazem ao homem, como por exemplo, a quimioterapia.

As condições preventivas e as necessidades de tornar o trabalhador psicologicamente interessado em seu trabalho para evitar acidentes. É inevitável certa cota de risco e que enfrentá-lo com consciência e livre escolha por um bem superior, é aceitável, já o risco adicional, injustificado e evitável deverá ser impedido.

Deve se pensar no verdadeiro sentido da obrigação apenas quando o risco se faz parte integrante de uma profissão o livremente escolhida, quando haja sempre uma fundada esperança de contribuir para o bem de outros e não seja possível tomar outras medidas. É assim para o profissional de saúde em situações de riscos de infecção por exemplo. O enfermeiro deve realizar um trabalho de informação e formação para a prevenção de riscos e acidentes (SGRECCIA,2004).

É claro que o risco não é só natural, mas também pode ser instrumental, é preciso por tanto abordar alguns aspectos particulares, como a identificação dos riscos e possibilidades operacionais, e também algumas questões éticas como salvar a todos sem distinção, mas rápido possível e com utilização de todos os meios disponíveis, um exemplo ético é de nunca deixar um senhor em risco de vida para cuidar de uma criança ou um adulto que embora ferido não corra perigo de vida.

Deve-se ter o cuidado não só com os riscos e acidentes com o paciente, mas também como o profissional de saúde, a obrigação de salvaguardar o trabalhador do risco, da doença profissional e do acidente, e sobre a melhoria de suas condições de saúde, é fundamentado no dever de proteger a vida, a integridade física, e a saúde de toda a pessoa. E isto é fundamental no caráter dos direitos e deveres.

Do Princípio Precaução

Precauções são aqueles procedimentos universais que se deve proceder para cuidar dos pacientes com doenças infecciosas e também para todas as doenças transmissíveis. Seria o mínimo de cuidado que o profissional deve adquirir para evitar contaminação tanto para si próprio quanto para os pacientes, também ponderam que as precauções vêm prevenir o acidente profissional e a abrangência transcende (MELO; NEVES; PEREIRA,2006).

Deste modo, entender a precaução como um princípio bioético ou que seja capaz de direcionar ações seguras num serviço de saúde, é compreender que tal instituição ou serviço possui dois fatores intrínsecos à sua natureza, quais sejam, a vulnerabilidade e a susceptibilidade. Assim, considerar a organização de um serviço de enfermagem no centro cirúrgico implica em compreender que nenhum serviço é seguro em sua totalidade (vulnerabilidade), nem, tampouco, está sujeito à incolumidade, à violação (susceptibilidade) (KOTTOW, 2005).

Trazem que a vigilância, a prevenção e o controle de infecção, entre pacientes, devem ser estabelecidos pela equipe, seria uma maneira de você prevenir de algum tipo de acidente de trabalho. Enfim, são aqueles procedimentos básicos que toda a equipe utiliza com o objetivo de segurança e proteção individual, coletiva e do paciente na prevenção de agravos à saúde.

A Segurança do Trabalho não se identifica nitidamente como uma ciência, mas busca nela seu subsídio para compreender e proporcionar medidas que objetivem minimizar os acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e proteger a integridade e a capacidade funcional do trabalhador, e, por conseguinte, potencializar a credibilidade externa da instituição bem como contribuir para a auto-realização dos profissionais de saúde.

Assim, a utilização das precauções é recomendada na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor, sem considerar ou não a presença de sangue visível e pele com solução de continuidade e mucosas.

As medidas de precaução corroboram com as medidas de biossegurança como as de: lavagem das mãos, uso de barreiras (luvas, avental, gorro, máscara), cuidado com artigos,

equipamentos e roupas utilizados durante a assistência, controle de ambiente (protocolos de processamento de superfícies, manejo dos resíduos de serviço de saúde), descarte adequado de material perfurocortante e acomodação do paciente, conforme nível de exigência, enquanto fonte de transmissão de infecção. E não podemos deixar à margem a imunização dos profissionais, pois é uma garantia de proteção prévia para as doenças imunopreveníveis (SÊCCO; GUTIERREZ; MATSOU, 2002).

A biossegurança pode ser definida segundo Hinrichsen (2004), como um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes as atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços que possam comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Convém mencionar uma digressão ao relatar que o princípio precaução observa que o profissional, e não só o paciente, pode estar submetido a situações danosas ou de perigo eventual. Constituem um exemplo de tais ocorrências, as doenças ocupacionais que decorrem da exposição cotidiana do trabalhador a agentes nocivos de qualquer natureza, presentes no ambiente de trabalho. São espécies dessas doenças: as doenças do trabalho e as doenças profissionais. As primeiras estão associadas a fatores relacionados ao trabalho, porém, não estão ligadas ao exercício de determinada profissão.

São medidas que visam a prevenir a transmissão de microorganismo e tem objetivo principal o profissional de saúde e o paciente. É importante conscientizar-se da necessidade da utilização das medidas de biossegurança para saúde. Reduzir a contaminação por microorganismo adotando medidas de prevenção e controle de infecção, resguardar saúde dos profissionais, das pessoas que atuam no atendimento, a saúde do paciente.

Legalmente, a Biossegurança está vinculada à Lei Nº 8974, de 5 de janeiro de 1995 (Presidência da República - Ministério da Ciência e Tecnologia) que trata do uso das técnicas de Engenharia Genética dos Organismos Geneticamente Modificados (OGM's). O Decreto Nº 1.752/95, acompanhando esta Lei, cria a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, ligada ao Ministério da Ciência e Tecnologia que responde pela regulação, controle e fiscalização dos OGM's em todo território.

Historicamente, os profissionais de enfermagem, estão ligados e preparados para o cuidado, para assistência integral do paciente. (Mauro et al. (1976) Apud Sêcco, I. A. de O.) refere que o pessoal de enfermagem tem a função de contribuir para a prevenção da vida e saúde das pessoas, embora não consigam resolver os problemas relativos à sua própria saúde.

Afinal, “quem cuida de quem cuida?” “quem cuida daquele que tem como essência o cuidado na sua profissão?” (COSTERANO; LACERDA,2001).

Estas indagações tem se tornado uma constante diante das discussões a respeito dos trabalhadores de enfermagem, das suas condições de trabalho é organizado desenvolvido (AQUINO et al., 1993; ROBAZZI; MARZIALE,2000). Diante disto é visto a importância da implementação das medidas de biossegurança na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

É importante ressaltar os direitos e deveres do enfermeiro enquanto profissional para execução de maneira ética. Segundo a Resolução COFEN n. 311 (2007) sobre os deveres podemos enfatizar:

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Os enfermeiros além dos deveres para com o paciente possuem também seus direitos, dentre os quais podemos destacar: Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos. Ter acesso às informações, relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional. Participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade. Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

A partir dos direitos e deveres citados sobre a enfermagem podemos levar em consideração a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico e o emprego dos mesmos no desenvolvimento do trabalho diariamente no cotidiano.

REFLEXÕES FINAIS

Para Groah (1997, p. 13), “na enfermagem de centro cirúrgico, se vêem a aliança entre o cuidado, a tecnologia e a ética, enfatizando a importância de se balancear cada uma delas”.

Deste modo, seria difícil assistir o paciente sem conhecer e assumir com responsabilidade essas novas tecnologias de maneira que possa promover e proteger a

dignidade humana. Assim, cabe à enfermeira respeitar os direitos do paciente, informar-lhe a respeito do procedimento que será realizado, vê-lo com um ser biopsíquicosocial, que necessita de informação e assistência de enfermagem integral.

O centro-cirúrgico deve ser compreendido como uma das unidades mais complexas do hospital devido sua especificidade, presença de agente estressores devido às suas possibilidades de risco à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica.

A cirurgia abrange ou não a abertura do corpo com a finalidade diagnóstica, terapêutica ou estética. A partir deste conceito, podemos dizer que a enfermagem cirúrgica é aquela que trata dos cuidados globais de enfermagem prestados aos pacientes no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Esses cuidados objetivam diminuir os riscos cirúrgicos, dar maior segurança ao paciente e reabilitá-lo para se reintegrar à família e a sociedade o mais rápido possível (ALEXANDRE; SILVA, 1997).

Logo, a relação enfermeira-paciente deve ser alicerçada na confiança e no respeito mútuo, o princípio da autonomia que concede ao paciente o direito de ser respeitado.

O enfermeiro está sempre susceptível aos riscos cirúrgicos, por deparar com várias situações que colocam suas vidas e a vida dos pacientes em risco e também de toda a equipe. Ele deve estar sempre atento aos acidentes que podem vir a acontecer, estando sempre preparado para lidar com tal situação e agir de maneira correta.

A precaução deve ser baseada na prudência e na vigilância no trato das atividades potencialmente expostas aos riscos, no âmbito cirúrgico estes riscos são aparentes devido aos equipamentos em geral, e também inaparentes se tratando de está em contato direto com fluidos corpóreos que podem estar contaminado.

Assim sendo, o objetivo, do risco é que os enfermeiros precisam estar informados e treinados para evitar problemas de saúde, e métodos de controle deve ser instituídos para prevenir acidentes; e os desígnios da precaução visam à proteção individual, coletiva e do paciente.

Dentro da ótica em que se vem analisando a assistência em enfermagem, considera-se que os parâmetros legais e éticos devem ser bem compreendidos pela equipe multiprofissional e, que acrescidos aos princípios risco e precaução, podem ser um instrumento fundamental para o melhor funcionamento do ambiente hospitalar assim como do centro cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE J. C. Cuidados de enfermagem no centro cirúrgico. 10 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997.

AQUINO, Kátia Stancato. Relato de experiência: área de administração aplicada à enfermagem na UTI da UNICAMP. Rev. Hospital Administração e Saúde, São Paulo, v. 17, nº 4, jul./ago. 1993.

ARAÚJO, I.E.M.; NORONHA, R. Proposta de comunicação em Enfermagem: Visita Pré-Operatória de Enfermagem. 48o. Congresso Brasileiro de Enfermagem. *Livro de Resumos*. São Paulo: ABEn.

BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 NR - 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995. (Manuais de legislação, 16).

CALVACANTE, NJF, PEREIRA, NA. Saúde Ocupacional. In: FERNANDES, AT, FERNANDES,

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COREN/GO. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Brasília (DF) 2000.

COSTA, S.F.G. da. Curso para elaboração de trabalhos científicos: roteiro para reflexão – II Módulo. João Pessoa, 2005. 25p. Mimeografado.

COSTENARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001. 96p.

ENGELHARDT. H.T. A bioética do risco: enfrentando a finitude humana. In.: SCHRAMM, Fermin Roland et al. Bioética, Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

GERMANO, Raimunda Medeiros. A ética e o ensino da ética na enfermagem no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GHELLERE, Terezinha; ANTONIO, Maria Cecília; SOUZA, Maria de Lourdes. Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem. Florianópolis, UFSC, 1993.

GROAH, Linda K. Enfermagem perioperatória: a essência de qualidade e do cuidado. Rev. SOBECC, São Paulo, jul/set 1997.

HEINRICH, J. Occupational safety: selected cost and benefit implications of needlestick prevention devices for hospitals. Washington, DC. [periódico na Internet].2004. [acesso em 2008 Set 12] Disponível em <www.osha-slc.gov>.

KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In.: SCHRAMM, Fermin Roland et al. Bioética, Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

MAURO, M. Y. C. et al. Pesquisa em Enfermagem: fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem. Rev.Bras. Enfermagem, Brasília, v.29, n.4, p.7-24, 1997.

MORIN, E. O método 6: ética. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MOV, RIBEIRO FILHO, N. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área de Saúde. São Paulo (SP):Atheneu, 2000.

OGUISSO, Taka. SCHMIDT, Maria. FREITAS, Gernival. Dimensões éticos-legais na enfermagem: São Paulo, 2006.

SANTOS, A.P.B.; NOVAS, M.M.V.. PAIZANTE, G.O. Acidentes de trabalho e biossegurança no ambiente hospitalar. Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde, 3(1):51-62. 2008

SCHRAMM, Fermin Roland et al. Bioética, Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

SÊCCO, Iara Aparecida de Oliveira; GUTIERREZ, Paulo Roberto; MATSUO, Tiemi. Acidentes de trabalho em ambiente hospitalar e riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem. Semina cienc. biol. saude;23:19-24, jan.-dez. 2002.

SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética. v.2. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, M.A.A. Rodrigues; CESARETTI, I.U.R. Enfermagem na unidade de Centro Cirúrgico. São Paulo: EPU; 1997.

AUDITORIA NO COTIDIANO DA ENFERMAGEM: UM ENFOQUE ÉTICO E JURÍDICO

Marcella Costa Souto¹
José da Paz Oliveira Alvarenga²
Solange Fátima Geraldo da Costa³
Kalina Coeli Costa⁴
Maria Lúcia de Oliveira Bezerra⁵

RESUMO

O termo auditoria tem origem latina - vem de *auditare*, que significa ouvir repetidas vezes. No contexto mundial, as instituições de saúde vêm ao longo do tempo, passando por modificações, visando atender às necessidades dos usuários, levando essas organizações à implementação de estratégias que busquem a melhoria na oferta dos serviços. Trata-se de um artigo de revisão, desenvolvido no período compreendido de março à abril de 2009, a partir de trabalhos pertinentes à temática, publicados nos idiomas português e inglês, incluindo livros e alguns artigos científicos acessados na Base de Dados Scientific Electronic Libray Online (SciELO). O auditor deve ter suficiente formação educacional, conhecer o ramo de negócios, serviços ou atividades desenvolvidas pela organização e ser adequadamente treinado. Além de conhecimento técnico-prático, ter conduta ética, compromisso com o sigilo profissional, imparcialidade diante dos fatos, facilidade de relacionamento interpessoal e a habilidade na comunicação escrita. Portanto, é inegável a relevância da auditoria e da tomada de decisão no exercício da enfermagem, visto que a participação crescente do enfermeiro quanto profissional integrante da equipe de auditoria em saúde tem sido uma tendência observada nas últimas décadas. O processo decisório auditoria no contexto da enfermagem constitui ferramenta fundamental no campo administrativo da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria. Enfermagem. Ética.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Pós – Graduanda em Gerontologia. Email: marcellasouto@hotmail.com

² Enfermeiro. Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração – UFPB.

³ Enfermeira. Docente da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras. email: kalinacoeli@gmail.com

⁴ Enfermeira. Docente da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras.

⁵ Enfermeira. Profª Drª Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração – UFPB. Email: solangefgc@gmail.com

INTRODUÇÃO

O termo auditoria tem origem latina - vem de *auditare*, que significa ouvir repetidas vezes. No contexto mundial, as instituições de saúde vêm ao longo do tempo, passando por modificações, visando atender às necessidades dos usuários, levando essas organizações à implementação de estratégias que busquem a melhoria na oferta dos serviços. Dentre as estratégias está a execução responsável da auditoria, uma vez que a mesma sendo realizada de modo superficial interfere negativamente na administração dos serviços, visto que depende dos registros em prontuário a fim de comprovar a assistência e as despesas hospitalares.

A auditoria tem sua origem de uma forma primitiva, porém eficiente na área contábil com registros do ano de 2.600 a.C. A partir do século XII d.C. o nome de auditoria é incorporado à atividade de análise contábil encontrando-se na Inglaterra seu maior desenvolvimento. Esta prática foi utilizada pelos ingleses para denominar a tecnologia contábil de revisão (*auditing*), mas hoje tem sentido abrangente. Atualmente, a auditoria subsidia a tomada de decisão nas organizações modernas nas diversas áreas do conhecimento, como por exemplo: saúde, contabilidade, educação, entre outras.

Na área da saúde a auditoria aparece, pela primeira vez, segundo Kurcgant (1991) no trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918. Neste estudo, o referido médico verificou a qualidade da assistência prestada aos pacientes a partir dos registros de seus prontuários.

No Brasil, o surgimento da auditoria em saúde data da década de setenta. Começou por meio do processo de reorganização da Previdência Social, privilegiando uma prática de saúde curativa e especializada e que desencadeou o então processo de privatização do setor saúde. A partir de então, tornou-se necessária a implementação da auditoria no país, com a finalidade de controlar a utilização dos serviços e reduzir as fraudes, que eram freqüentes.

Vale salientar, que posteriormente, o princípio da auditoria na área da saúde, focalizou-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, visto que esta é o cerne para a prática dos profissionais de saúde. Sendo assim, a auditoria incorporou-se à rotina das instituições de saúde com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência requerida pelo paciente, os processos internos e as contas hospitalares.

A necessidade de controle e a administração racional dos recursos levaram ao fortalecimento da auditoria. Esta também é definida como uma função organizacional de

revisão, avaliação e emissão de opinião quanto ao ciclo administrativo em todos os momentos/ambientes das entidades. Essa definição destaca a integração e vinculação da função de auditoria com o funcionamento das organizações.

Convém ressaltar que as diversas definições de auditoria surgiram para adequá-la às suas inúmeras áreas de aplicação, visando atender às respectivas peculiaridades. Na visão de Crepaldi (2004), auditoria consiste no levantamento, estudo e avaliação sistemática das transações, procedimentos, operações, rotinas e as demonstrações financeiras de uma entidade. O autor acrescenta que, a auditoria consiste em avaliar a política da empresa, em termos de adequação, comunicação, aceitação, aplicação e controle, seus objetivos, a utilização dos recursos, seja de natureza financeira, econômica e humana.

O Ministério da Saúde (2000) considera auditoria como o exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.

Desse modo, a auditoria tem como finalidades a avaliação da qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde, bem como para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um artigo de revisão, desenvolvido no período compreendido de março à abril de 2009, a partir de trabalhos pertinentes à temática, publicados nos idiomas português e inglês, incluindo livros e alguns artigos científicos acessados na Base de Dados Scientific Electronic Libray Online (Scielo).

Segundo Fachin (2006), a pesquisa bibliográfica diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras. Tem como base fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e à produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

A operacionalização deste estudo obedeceu aos seguintes passos: seleção das fontes bibliográficas relevantes para o estudo; leitura crítica e reflexiva das fontes literárias selecionadas; recorte dos segmentos literários que contemplavam aspectos relativos ao objeto do estudo; e construção do relatório da pesquisa

REVISÃO DA LITERATURA

Para colaborar com o êxito da prática da auditoria na área da saúde, Araújo (1972) classifica quanto ao tipo apresentado a auditoria retrospectiva. Esta modalidade se propõe a avaliar fatos passados verificando os elementos que o evidenciam. E a auditoria concorrente, realizada enquanto o paciente está hospitalizado utilizando-se da avaliação do prontuário e entrevista com o paciente. Além destas, temos também a auditoria prospectiva que é baseada em pressupostos acerca de acontecimentos que possam ocorrer no futuro e engloba as previsões e as projeções da organização.

A respeito da classificação da auditoria, esta refere-se às necessidades de realização por parte das instituições. Quanto à forma de intervenção, classifica-se em interna e externa. A auditoria interna é praticada por elementos da própria instituição, sendo realizada de forma periódica ou contínua, tem-se destacado pelas contribuições que pode fornecer às organizações, subsidiando a tomada de decisão e a correção de falhas. A auditoria externa é realizada por auditores estranhos à instituição e por ela contratados para tal e difere da auditoria interna principalmente em quatro aspectos: a amplitude da independência deleitada pelo auditor; os interesses aos quais atende; a ênfase em relação à aplicação das técnicas de auditoria e a extensão do trabalho analítico executado.

Portanto, as ações do auditor, interno ou externo, são de extrema importância para o desenvolvimento de qualquer organização, especialmente daquelas que trabalham com a oferta de serviços, visto que a manutenção da qualidade neste caso implica em uma constante avaliação das necessidades do usuário as quais os serviços se destinam.

Quanto ao tempo, classifica-se a auditoria em contínua, quando avalia-se integralmente ao logo do tempo, e em periódica, quando a avaliação ocorre em períodos definidos, porém, sem prender-se à sua continuidade. Quanto à natureza identifica em normal, quando avalia-se em períodos determinados com objetivos regulares de comprovação e, em específica, mediante a atendimento a uma necessidade do momento. Classifica ainda quanto ao limite, sendo total, ao abranger todos os setores da instituição ou parcial quando limitada a alguns serviços.

Neste prima, uma vez destacado a classificação da auditoria, faz-se mister, na realização desta atividade, dispor de pessoal qualificado e competente. O auditor deve ter suficiente formação educacional, conhecer o ramo de negócios, serviços ou atividades desenvolvidas pela organização e ser adequadamente treinado. Além de conhecimento

técnico-prático, outras características são extremamente necessárias ao profissional designado para realizar a auditoria, dentre elas destacam-se a conduta ética, o compromisso com o sigilo profissional, a imparcialidade diante dos fatos, a facilidade de relacionamento interpessoal e a habilidade na comunicação escrita.

Kurcgant (1991) chama atenção que a auditoria deve ser executada por uma comissão constituída considerando-se a realidade da instituição e suas possibilidades em ter profissionais disponíveis para a realização dessas atividades, e assegurando-se sempre a representatividade das unidades envolvidas no processo.

Dessa forma, convém salientar que entre os membros da comissão deve haver segundo a referida autora, um coordenador e um secretário, e dentre as características de seus membros são necessários os seguintes requisitos, ter noção básica de auditoria; conhecer a instituição; interesse e compromisso pelo assunto e pelo desenvolvimento do trabalho; envolvimento com o cuidado do paciente; e ter facilidade de trabalhar em grupo.

Portanto, os membros da comissão de auditoria devem exercer funções primordiais, tais como, elaborar normas e objetivos; elaborar e revisar o instrumento de auditoria; aplicar o instrumento; tabular e analisar os dados; e elaborar o relatório. Desse modo, além de recursos humanos para a formação de uma comissão de auditoria, há recursos materiais imprescindíveis para o bom funcionamento desta atividade. Sendo assim, a comissão deve possuir um local no hospital destinado a ela – com arquivos, escrivaninha, formulários, computador, impressora e outros materiais indispensáveis.

Quanto à amplitude e profundidade de ação da auditoria, esta depende, segundo Chiavenato (2006), das decisões tomadas com relação à cobertura da mesma a qual orientará o seu procedimento. O referido autor acrescenta que as auditorias começam por uma avaliação das relações organizacionais que afetam a administração do potencial humano. E a partir daí, aplica-se uma variedade de padrões e medidas: examinam o relatório do pessoal; analisam, comparam e preparam um relatório final que inclui recomendações para mudanças e alterações. Os auditores têm um papel fundamental na implementação de políticas de práticas éticas nas empresas, o que certamente resultará em ganhos e benefícios para a sociedade.

É oportuno ressaltar que devido às limitações da auditoria, existe risco inevitável de que distorções relevantes resultantes de fraude e, em menor grau, de erro possam deixar de ser detectados. Caso se descubra posteriormente que, durante o período auditado, exista distorção relevante não refletida, resultante de fraude e/ou erro, isto não indica que o auditor

não cumpriu com as normas e os procedimentos de auditoria. O que vai determinar se o auditor cumpriu estas normas é a adequação dos procedimentos de auditoria adotados nas circunstâncias e do seu relatório com base nos resultados desses procedimentos.

No âmbito da enfermagem, a auditoria surge na década de cinquenta e está inserida na auditoria em saúde possibilitando a análise das questões específicas e relativas à enfermagem. Direcionada para a avaliação da qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, tornando-se um importante instrumento para o planejamento de suas ações. Esta atividade foi assumida progressivamente pelos enfermeiros, ganhando novos direcionamentos, inclusive no sentido da racionalização dos custos envolvidos na sua prática.

Dessa forma vem sendo concebida como o exame oficial dos registros e anotações de enfermagem. Isto reflete que a auditoria de enfermagem representa a função de controle do processo administrativo, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos.

Por outro lado, Kurcgant (2005) define auditoria de enfermagem como a avaliação sistemática da qualidade de enfermagem prestada ao paciente pela análise dos prontuários, acompanhamento do paciente in loco e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar.

Estes conceitos tornam imprescindível diferenciar a auditoria em enfermagem, que tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência, da denominação auditoria de enfermagem que corresponde, usualmente, nos serviços de saúde, à auditoria de contas hospitalares. Embora os conceitos de auditoria em enfermagem afirmem sua aproximação com a qualidade da assistência, esta diferenciação promove cisão entre essas duas formas de auditar.

No tocante às finalidades da auditoria, segundo a maioria dos estudiosos da área como Araújo e Kurcgant, essas são determinadas pela sua área de aplicação. Nesse sentido, a auditoria em enfermagem pode ser utilizada, para identificar áreas de deficiência em relação à assistência de enfermagem prestada e fornecer dados para melhoria da qualidade do cuidado.

No entendimento de Kurcgant (2005), em um processo de auditoria em enfermagem que visa à melhoria da qualidade da assistência, sendo bem instalado e bem conduzido dentro de uma instituição, podem-se obter benefícios para os pacientes, para a equipe de enfermagem, e para a instituição. Sendo assim, os pacientes recebem uma assistência de melhor qualidade, para a equipe de enfermagem é proporcionada à

oportunidade para o desenvolvimento profissional, e para a instituição, a auditoria torna-se um meio e verificar o alcance dos seus objetivos.

Quanto à fonte de dados para a realização da auditoria, o enfermeiro pode utilizar-se de diversos tipos para a sua execução, como o prontuário do paciente, entrevistas com os usuários, com funcionários, observações, protocolos, dentre outros. A escolha para a sua utilização deve pautar-se nos objetivos da auditoria, bem como o instrumento para tal fim.

A construção de instrumentos para a execução da auditoria na visão de Cianciarulo (2002), constitui-se em um desafio para o enfermeiro, considerando que ele deve contemplar os objetivos de acordo com a estrutura, processo e resultado da assistência, definindo o caminho a percorrer para o alcance da qualidade.

Convém mencionar algumas limitações encontradas frente à realização da referida atividade, já que a auditoria em enfermagem não avalia a assistência total ao paciente, visto que o cuidado total ao paciente inclui atuação de outros profissionais, sendo necessária uma auditoria integrada.

Kurcgant (2005) comenta que a auditoria em enfermagem deve ser vista como um processo educativo e ético, onde não se busca o responsável pela falha, mas sim se questiona o por quê do resultado adverso. Dessa forma, a auditoria obterá melhores resultados e uma melhor participação da equipe, uma vez que não haverá sanções ou punições e sim, um meio de aprendizado onde o profissional poderá fazer uma reavaliação do seu trabalho, observando onde houve falha, a fim de que se obter uma assistência mais adequada e satisfatória. Assim, a realização da auditoria deve estar pautada em princípios éticos e técnico-científico da enfermagem e na legislação vigente do país.

Nesse contexto, cumpre assinalar que a prática da auditoria de enfermagem tornou-se atividade privativa do enfermeiro pautada na Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986 do Exercício Profissional em vigor no país, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987. Vale salientar também que a Resolução nº 266/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina que:

- É da competência privativa do Enfermeiro Auditor no Exercício de suas atividades: organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

Quanto integrante de equipe de Auditoria em Saúde:

- O Enfermeiro Auditor tem autonomia em exercer suas atividades sem depender de prévia autorização por parte de outro membro auditor, Enfermeiro, ou multiprofissional;

- O Enfermeiro Auditor para desempenhar corretamente seu papel, tem o direito de acessar os contratos e adendos pertinentes à Instituição a ser auditada;
- O Enfermeiro Auditor, para executar suas funções de Auditoria, tem o direito de acesso ao prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessário;
- O Enfermeiro Auditor, no cumprimento de sua função, tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.
- O Enfermeiro Auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

Sob o Prisma Ético:

- O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético;
- O Enfermeiro Auditor como educador deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria de Enfermagem, e Auditoria em
- O Enfermeiro Auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios Profissionais, Legais e Éticos no cumprimento com o seu dever;
- A Competência do Enfermeiro Auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de Profissionais de Enfermagem.

Esta resolução reflete a valorização do profissional para o exercício da auditoria, bem como expressa a responsabilidade ética e legal do profissional. Sendo, portanto, necessário que o enfermeiro auditor conheça e respeite os documentos basilares que norteiam a referida atividade.

Diante do exposto, observa-se que a realização da auditoria está intimamente ligada à tomada de decisão, que consiste em uma das competências almejadas para o profissional de saúde viabilizar seu trabalho. Dessa forma, o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões. Para este fim, Fleury recomenda que eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

O fenômeno da tomada de decisão tem sido estudado por diversos autores, de diferentes áreas do conhecimento, tanto no enfoque quantitativo como qualitativo. No

contexto histórico, o processo de tomar decisões, emergiu como parte do trabalho dos administradores, sendo destacado por diversos praticantes e estudiosos da administração, como Fayol e Mintzberg, entre outros.

De um modo geral, a teoria da decisão busca estabelecer de forma sistemática, quais as variáveis que influenciaram as pessoas em suas escolhas. Várias são as definições para o processo decisório, dentre elas temos, a análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis, do curso de ação que a pessoa deverá seguir, envolvendo critérios utilizados pelo administrador para fazer sua escolha pessoal. No entanto, as decisões são tomadas em resposta a algum problema a ser resolvido, alguma necessidade a ser satisfeita ou algum objetivo a ser alcançado.

Contudo, o processo decisório é realizado na forma de “cadeias de decisões”, visto que envolve avaliações, mudanças e aprimoramentos, sempre buscando a melhor decisão, que poderá ser substituída, posteriormente. Como processo, envolve fenômenos individuais e sociais, fatos e valores.

Embora sejam buscadas decisões lógicas e racionais, os comportamentos envolvidos implicam sempre aspectos subjetivos, pessoais e éticos, que antecedem e ultrapassam o momento da decisão. Dessa forma, a decisão passa da simples forma de determinar o que deve ser feito para a complexa aquisição da resposta às necessidades do outro e reconhecer os próprios poderes e limitações.

No campo da área de saúde, os profissionais da equipe, especificamente o enfermeiro, continuamente se defrontam com situações que exigem decisões e nem sempre estão suficientemente instrumentalizados para participar do processo decisório nas organizações de saúde.

Vale ressaltar que esta atividade necessita ser coerente com a filosofia do trabalho, com o estilo de liderança e a maneira como o profissional se compromete com a profissão e com seu grupo de trabalho, uma vez que o enfermeiro no cargo gerencial tem como prerrogativa a tomada de decisão, defrontando-se com situações diversas que lhe exige conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes e imparciais para uma conduta que venha ao encontro de valores pessoais e, ao mesmo tempo, atenda aos objetivos da organização.

Diante dessa realidade, a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, no Art. 11, inciso I, especificando a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e da unidade de Enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas

prestadoras desses serviços; e o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.

É oportuno destacar que o processo decisório permeia as funções do Enfermeiro, isto é, as atividades como o planejamento, a organização, a coordenação e a execução e avaliação dos serviços de enfermagem, entre outras. Sendo a tomada de decisão uma das suas atividades mais essenciais do processo de trabalho; ou seja, o enfermeiro se depara com diversas situações que exigem conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes e precisas para uma tomada de decisão, e ainda, que esteja em consonância com valores pessoais, éticos e institucionais.

Para alcançar a competência de tomar decisões, algumas etapas precisam ser cumpridas. Conhecer a instituição e sua missão, avaliar as reais necessidades dos usuários e realizar o trabalho pautado em um planejamento que contemple o detalhamento de informações tais como: idéias e formas de operacionalizá-las; recursos viáveis; definição dos envolvidos e dos passos a serem seguidos; criação de cronogramas de trabalho e envolvimento dos diversos níveis hierárquico (MARX, 2000).

Segundo os estudiosos sobre processo decisório, como por exemplo, Chiavenato e Kurcgant existem algumas fases que podem ou não ser percorridas, de forma consciente ou inconsciente, quando se tomam decisões. Os autores acrescentam que o estudo dessas etapas do processo e de como as decisões são tomadas podem contribuir para que o duro aprendizado por acerto e erro seja amenizado.

Sob a ótica de Ciampone (2003), a análise de problemas constitui-se de uma série de processos, que podem ser aprendidos para serem utilizados como instrumentos do processo de trabalho gerencial e que ajudam a qualificar as decisões dos profissionais de saúde e gestores, de modo participativo, ouvindo todos os envolvidos na situação e escolhendo ações que obtenham o máximo sucesso na resolução do problema, com o menor custo e com o mínimo de desvantagens ou riscos para todos os envolvidos.

As habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento. Chiavenato estrutura seu modelo em sete etapas: 1) Percepção da situação que envolve algum problema; 2) Análise e definição do problema; 3) Definição de objetivos; 4) Procura de alternativas de solução ou de cursos de ação; 5) Avaliação e comparação dessas alternativas; 6) Escolha (seleção) da alternativa mais adequada ao alcance dos objetivos; 7). Implementação da alternativa escolhida.

O cultivo de método científico, a qualidade de resolução do problema administrativo/de liderança e a tomada de decisão apresentarão significativa melhora. (HUSTON; MARQUIS, 2005). Para Kurciant, o conhecimento do processo decisório pelo enfermeiro pode ajudá-lo a adquirir maiores habilidades e atitudes mais seguras na tomadas de decisão.

De acordo com Peres, as referidas habilidades compõem-se do pensamento crítico sobre as situações com base em análise e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo. Dentre os conhecimentos da área de administração a serem adquiridos nesta temática estão: o conhecimento da cultura e das estruturas de poder das organizações, o processo gerencial da tomada de decisão composto pelo estabelecimento de objetivos, procura de alternativas, avaliação de alternativas, escolha, implementação e avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na assistência, o processo de enfermagem é considerado por Marquis (2005) como um sistema que merece ser citado como efetivo para a tomada de decisão. Contudo, apreende-se que prevalece, principalmente no ambiente de gestão hospitalar, o raciocínio pautado no planejamento normativo como base para os processos decisórios. Isto é, em geral estabelece-se um único plano de ação, sem que se faça previsão dos cenários de implementação. Dessa forma, o planejamento consiste em proposta idealista.

Contudo, é necessário que o enfermeiro tenha domínio do processo de trabalho e seja capaz de estabelecer relações significativas na instituição, e que contribua para uma tomada de decisão mais acertada e, conseqüentemente, para melhor resultado do trabalho.

Logo, o enfermeiro deve estar em constante busca de novos conhecimentos para acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para a resolução de problemas, capacidade de negociação, decisões criativas e inovadoras, ter uma visão global e pensamento crítico. Assim, este profissional estará melhor preparado para exercer o processo de tomada de decisão.

Para isso, faz-se necessário que o enfermeiro desenvolva habilidades gerenciais e capacidade de utilizar instrumentos; e a informação e o conhecimento. Estes são as bases para a tomada de decisão.

Além do enfermeiro possuir competência técnica, é necessário assumir o compromisso com o processo de gestão, que exige qualidades como a criatividade, a

inovação, a intuição, a emoção, a capacidade de se relacionar e, principalmente, a capacidade de manter-se atualizado, incluindo a importância da postura ética que é essencial na posição do enfermeiro em suas funções administrativas, principalmente no processo de tomada de decisão.

Tomar decisão é fundamental no gerenciamento de enfermagem e faz parte da rotina diária, e o uso de modelos de etapas de tomada de decisão auxilia a entender e analisar uma situação, o processo de encontrar a melhor alternativa, e conseqüentemente, resultados e avaliação satisfatórias, levando a decisões acertadas.

O enfermeiro deve ser capaz também de minimizar as dificuldades a que estar exposto e aprenda a lidar com a nova situação, podendo desempenhar, satisfatoriamente, seu papel no processo de tomada de decisão e garantir a qualidade da assistência ao paciente em todos os níveis de atenção à saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho em enfermagem - saúde, em parceria com outros profissionais.

Mediante as considerações apresentadas é inegável a relevância da auditoria e da tomada de decisão no exercício da enfermagem, visto que a participação crescente do enfermeiro quanto profissional integrante da equipe de auditoria em saúde tem sido uma tendência observada nas últimas décadas. O processo decisório auditoria no contexto da enfermagem, constitui ferramenta fundamental no campo administrativo da profissão.

REFERÊNCIAS

BESSIE L. MARQUIS & CAROL J. HUSTON, Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática 2005.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 5ª ed. São Paulo: Makdon Books, 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 266/201. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor. Rio de Janeiro, 2001.

FACHIN, O. Fundamentos de metodologia. São Paulo: Atlas, 2006.

KURCGANT, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.

_____. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

SANTOS, S.R. dos. Administração aplicada a enfermagem. João Pessoa: Universitária, 2002.

BIODIREITO CONSTITUCIONAL

Antonio da Silva Campos Junior

RESUMO

Este trabalho tem como tema a unidade entre a finalidade da ética e os princípios da bioética e do Direito Constitucional. Neste século as Constituições se consolidam passando a incorporar novas matérias, fenômeno que permite a juridicização de vários temas. A bioética consiste uma resposta ética às questões posta pelo desenvolvimento da ciência. São objeto da bioética os problemas morais que discutem a proteção da vida. A partir dessas considerações é possível concluir que a técnica deve se submeter à ética. A bioética ao cuidar da vida humana permite o desenvolvimento de um novo campo do saber. O biodireito surge como disciplina que tem como fontes a bioética, a biogenética, a medicina e a ética. O biodireito como ramo do direito, e a bioética como ramo da ética, passam a operar transdisciplinarmente a partir de um elemento comum, a capacidade normativa que lhes são inerentes. Neste contexto, pode-se afirmar a natureza constitucional da bioética, pela qual o biodireito eleva os princípios que lhes são comum ao plano constitucional, numa concepção holista que tem no princípio da dignidade da pessoa humana seu termo inicial e final. O problema está delimitado na constatação de um fenômeno que pode ser definido como a juridicização da bioética. Tal fenômeno permitiu uma nova disciplina o biodireito constitucional.

PALAVRAS CHAVE: Bioética. Biodireito. Constituição. Ética.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como realidade a unidade entre a finalidade da ética e os princípios da bioética e do direito constitucional, como paradigma hermenêutico das relações do biodireito. Assim pode-se afirmar que a liberdade científica deve considerar os princípios políticos estabelecidos constitucionalmente.

Atualmente vive-se uma nova fase do constitucionalismo que apresenta como principais características, uma base democrática, a idéia de que os direitos humanos constituem a principal matéria do Estado Democrático de Direito, e que a natureza constitucional dos direitos estabelecem um sistema de valores que se expressam na Constituição. Neste prisma, como elemento essencial do ordenamento positivo, o valor da liberdade compõe com o princípio da dignidade da pessoa humana, realçando o princípio da igualdade, numa idéia que atribui a Constituição força jurídica vinculante. Logo, nenhuma ação científica terá proteção se colocar em perigo a dimensão da dignidade humana.

No Brasil, a Lei 11.105/05 estabelece que o descarte de organismos geneticamente modificados – OGM - e seus derivados devem observar o princípio da precaução para a proteção do meio ambiente, da vida e da saúde humana, demonstrando assim a materialização holística do biodireito.

O problema está delimitado na constatação de um fenômeno que pode ser definido como a juridicização da bioética. Tal fenômeno quando angulado pelo direito, tem permitido a idéia de um biodireito constitucional.

O desenvolvimento do trabalho resulta de pesquisa que operou análise interpretativa relacionando conceitos teóricos. Numa perspectiva dogmática do direito, as análises foram procedidas de textos teóricos, leis e jurisprudência. Neste prisma, tomam-se, estes textos como documentos atuais, símbolos que refletem, em sede de Direito, um momento da sociedade.

A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DA BIOÉTICA

Neste século as Constituições têm suas importâncias destacadas, incorporando novas matérias que simbolizam a sociedade que representam. Este fenômeno denominado de constitucionalização significa um tempo em que os temas são juridicizados. Esta ampliação tem como motivo condutor o engrandecimento dos direitos fundamentais.

É neste tom que a bioética se relaciona com o princípio da dignidade humana, permitindo que se fale em uma juridicização da bioética. Assim, os direitos a liberdade, a vida

e a um meio-ambiente saudável, como matéria constitucional, ganham uma especial proteção e garantia. Permitindo que se questione juridicamente a liberdade de atuação da ciência em face dos direitos da pessoa humana. Daí surge questões, tais como, as dúvidas quanto a possibilidade de se traçar contornos a liberdade de atuação de um cientista e os limites que o Poder Público pode impor a ciência.

Mesmo que a Constituição vigente proclame em seu artigo 5º, IX, a liberdade da atividade científica, tal permissão não é absoluta em razão do valor da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado democrático de direito em que se constitui a República do Brasil, conforme estabelecido no artigo 1º, III, do referido Diploma. Logo, nenhuma ação científica terá a liberdade protegida se colocar em perigo a dimensão da dignidade humana. Neste norte argumenta Durand (2007, p.248),

(...) que o recurso ao direito se generalizou em nossas sociedades. O Estado intervém cada vez mais na sociedade (...). Esse Estado qualificado de “Estado de direito” manifesta-se pelas constituições, pelas leis, pelos regulamentos de aplicação, pela jurisprudência. Essa normatividade é bem mais aceita porque emana de uma autoridade legítima e dispõe do mais forte poder coercitivo estabelecido em nossas sociedades. Sua autoridade se baseia também no caráter aceitável e crível da imagem da ordem social que ela contribui para criar.

O biodireito, que surge como uma nova disciplina, para se desenvolver como estudo jurídico da vida, tem como fontes a bioética e a biogenética, salienta que a finalidade científica não pode desprezar os princípios da ética, nem as postulações do direito, por isso, o campo de atuação do biodireito compreende a defesa das liberdades individuais e o abuso contra a humanidade e ao meio-ambiente. Existe, portanto, uma intermediação entre ética e direito na regulação do agir científico, que permite identificar nos dois o mesmo objeto. A ética, naquilo que diz respeito à consciência moral, cuidando da ação humana. E o direito, atuando entre o fático e o normativo, regulando os resultados externos de uma ação, sob o prisma da legalidade. Assim, pode-se verificar, em razão do mesmo objeto de análise, que os dois saberes desenvolvidos podem ser considerados numa unidade. Senão veja-se, a ordem jurídica usa a moral para fundamentar a validade e vigência das normas e justificar os valores protegidos constitucionalmente, logo, ao se valer da ética, o direito não a torna secundária, mais, ao contrário, a torna evidente na realidade. Assim, Dantas (2007, p.49) afirma.

A bioética busca entender o significado e o alcance das novas descobertas criando regras que possibilitem o melhor uso dessas novas tecnologias, entretanto, estas regras não possuem coerção. Surge então o Direito como uma ciência que busca normatizar e regular as condutas dos indivíduos na sociedade, um conjunto de normas impostas coercitivamente pelo Estado

com o objetivo de regular a conduta entre indivíduos com o Estado. *O Direito que regula a Medicina e a Biologia é chamado de Biodireito.*

A bioética, por conseqüência, para cuidar e influenciar os procedimentos que afetam a vida humana tem que se valer de um biodireito. Neste sentido Junges (1995, p.124) nota que: “Aos poucos acorda-se para esta necessidade e surge uma nova área nas ciências jurídicas. É compreensível e necessário que o direito intervenha depois da ocorrência de fatos e sua análise.” Assim, a dignidade da vida humana é alçada a um enfoque metajurídico em razão de sua base antropológica e justificação ética, servido de lastro sobretudo, a Constituição e as Declarações Internacionais sobre os direitos humanos.

A bioética, quando ultrapassa o universo axiológico e é posta no ordenamento jurídico, transmuda-se em biodireito. Um exemplo, deste ultrapassar de dimensão, consiste o desenvolvimento da biotecnologia e seus impactos nos direitos humanos. Assim, direito e ética enfrentam situações derivadas do desenvolvimento tecnológico e científico, os (bio)riscos, que podem decorrer dos abusos da investigação científica, das ciências que tratam da vida e da saúde. Daí o surgimento de um conhecimento que materializa o biodireito, referido à manifestação genética, à biotecnologia e à bioengenharia.

A Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que em seu preâmbulo afirma que os Estados membros do Conselho da Europa, outros Estados e a Comunidade Européia, signatários da referida Convenção, convencidos da necessidade de se respeitar o ser humano, simultaneamente, como indivíduo e membro pertencente à espécie humana e reconhecendo a importância de assegurar a sua dignidade. Conscientes dos atos que possam por em perigo a dignidade humana pelo uso impróprio da biologia e da medicina. Resolvidos a tomar, no âmbito das aplicações da biologia e da medicina, as medidas adequadas a garantir a dignidade do ser humano e os direitos e liberdades fundamentais da pessoa, acordam no artigo segundo, o primado do ser humano, assim, “O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência”.¹

Na mesma afinação, a Resolução sobre os ataques ao direito à vida dos deficientes, do Parlamento Europeu (Ata de 23/05/1996 Direitos do Homem – B4-0650/96),

¹ Gabinete de Documentação e Direito Comparado: Direitos Humanos. Disponível em: [HTTP://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaN...](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaN...) Acesso em: 16 de agosto de 2009.

convida, tendo em conta a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a ter em conta, no âmbito da investigação bioética, os princípios fundamentais do direito do homem.¹

No Brasil, a Lei 11.105/05, que regulamenta os incisos II, IV e V, do §1º, do artigo 225 da Constituição Federal, estabelece como norma, em seu artigo 1º, que o descarte de organismos geneticamente modificados – OGM - e seus derivados devem observar o princípio da precaução para a proteção do meio ambiente, da vida e da saúde humana.

É importante enfatizar que o conceito de “vida” é concebido, em termos jurídicos, como direito a vida, o que impõe o dever de respeito à vida do outro. Essa proteção dialética é a própria essência do direito, marcando de maneira particular a evolução do Direito Constitucional, passando a hermenêutica constitucional, por conseguinte, a compreender uma teoria dos direitos fundamentais.

Cuidando o Direito Constitucional da liberdade, seja quando foca o homem seja quando foca a sociedade, a evolução científica não podia ficar de fora, seja no que diz respeito às experiências seja no que toca a preservação da vida. Assim, considerando a relação entre ética, bioética e direito, observamos, como consequência, que os princípios da bioética não podem contradizer os princípios éticos. Logo, fixado o objeto material da bioética, compreenderemos o conteúdo do biodireito, perspectiva que mais interessa ao jurista, visto que, a Constituição, enquanto núcleo de um ordenamento organiza o direito com base em normas morais. Neste sentido, Dantas (2008, p. 145) relata que “Esta constatação permite que se fale, atualmente, em *Biodireito Constitucional* ou, autoriza a existência de uma *Bioconstituição*.”

A TRANSDISCIPLINARIDADE DA BIOÉTICA

Etimologicamente, a palavra bioética vem de dois termos gregos: *bios* (vida) e *ethos* (costume) o último, derivou, a partir do século XIV, o termo *éthikê*, relativo aos costumes. Coloca-se, assim, a questão essencial da relação entre a vida (em sentido amplo) e a moral. A bioética consiste, portanto, uma abordagem sistemática e multidisciplinar da conduta das ciências. Vejamos a afirmação de Russ (1999, p.140).

Esta definição permitirá talvez encontrar critérios justos nos diferentes campos que a bioética abraça. Situada numa perspectiva resolutamente ética,

¹Disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/pv2/pv2?PRG=DOCPV&APP=PV2&DATE=230596&DAT...>
Acesso em: 16 de agosto de 2009.

leva em conta o projeto do outro e o respeito, descartando assim toda perspectiva tecnocrática.

A bioética é um novo campo de saber que, recorreria às ciências biológicas para melhorar à qualidade de vida do ser humano. Este argumento permite que se indague o seguinte, seria a ciência que garantiria a sobrevivência na Terra, em virtude de um descontrolado crescimento da tecnologia industrial? A bioética teria um compromisso com o bem dos seres humanos e o equilíbrio do ecossistema?

A bioética seria uma resposta da ética as novas situações oriundas da ciência, ocupando-se não só dos problemas éticos, provocados pelas tecnociências, como também, dos decorrentes da degradação do meio ambiente, da destruição do equilíbrio ecológico. Constituiria, portanto, uma resposta aos riscos inerentes à prática tecnocientífica e biotecnocientífica, como os riscos associados aos organismos geneticamente modificados, que podem ter originado o aparecimento de novas doenças viriais ou o ressurgimento de antigas moléstias mais virulentas, e os riscos ecológicos, resultantes da queimada, da poluição, do corte de árvores, da introdução de organismos geneticamente modificados no meio ambiente ou da redução da biodiversidade. (Diniz 2002, p.9-10)

Assim, às questões quanto à segurança biológica e à transmutação dos valores morais, apenas a bioética poderia avaliar os benefícios, desvantagens e perigos para o futuro da humanidade.

Admitindo-se, portanto, que bioética cuida da vida humana e dos conhecimentos práticos e técnicos, ela não pode ter princípios diferentes da ética. Pois os princípios da bioética derivam da aplicação dos primeiros princípios éticos as ciências práticas e as técnicas relativas à vida humana. O que permite que seja observada como um estudo sistemático da conduta humana na área das ciências humanas, enquanto se examina esta conduta a luz de valores e princípios morais.

A ética se ocupa dos atos humanos e sua finalidade. A atividade humana que não têm relação direta com uma finalidade moral, que são produtivas em função de alguma razão verdadeira, a chamamos técnica. Em tese, a da unidade do conhecimento, não deveria haver contradições entre ética e técnica, pois ambas derivam da razão. Entretanto, a técnica muitas vezes se contrapõe a ética, assim, quando a razão invocada para uma ação técnica contradiz o fim último, é quando se tem uma ação imoral.

A partir destas considerações é possível concluir que a pretendida autonomia absoluta da técnica frente à ética não tem justificativa racional, sendo, portanto, imoral.

Nestes termos, fazem parte da bioética problemas morais que discutem a proteção da vida humana e do meio ambiente.

A MATERIALIZAÇÃO DO BIODIREITO

Toda mudança social ou política tem como fundamento um movimento de idéias, logo, toda mudança de paradigma nas ciências nasce de uma ação reflexiva. Um marco da civilização, em sua mais distante história, afirma Freud, ocorreu quando um ser humano, ao se desentender com outro, em lugar de responder com uma ação física agressiva, esbravejou algo, este é o embrião da argumentação, ação que substitui a violência física no convencimento que se procura de alguém para fazer ou deixar de fazer algo.

A bioética como palco, as novas tecnologias como texto, a genética, os alimentos transgênicos, o meio ambiente, a biodiversidade, o desenvolvimento sustentável, o embrião, a morte, a vida, o transplante de órgãos e os direitos humanos, como atores, compõem uma peça em cuja encenação se transmite a idéia de que é impossível, pois inaceitável juridicamente, se efetuar qualquer pesquisa científica, até que se comprove a inexistência de conseqüências maléficas ao ser humano ou ao meio ambiente. (Constantinov, 2008).

O biodireito busca suporte na produção teórica que versa a respeito da bioética, e a trata como um conhecimento aberto, portanto de investigação ampla. Neste sentido, a bioética desponta como um saber que cuida da vida e do meio ambiente natural, de um modo geral, e da vida humana, de maneira particular, ajudando na interpretação dos novos desafios advindos dos avanços das tecnologias. A bioética já tem seu estatuto epistemológico definido, impondo-se como uma ética aplicada às comissões de bioética (Junges, 2006).

O biodireito como ramo do direito, e a bioética como ramo da ética, passam operar numa unidade relacional em razão de uma característica, ambas são ordens normativas de caráter prescritivo no que tange aos avanços da ciência e as correspondentes implicações na vida do ser humano (Sá, 2009).

Assim, plantas “engenheiradas”, a doença da vaca louca, a reação aos alimentos transgênicos, a gestação de fetos acéfalos, introduzem o direito em um cenário composto pela medicina e ciências biológicas, num diálogo em que se busca um consenso em face de questões críticas da vida, com destaque para a saúde e o meio ambiente, num contexto em que o tom é o da dignidade da pessoa humana. Neste norte a bioética e o biodireito têm como destaque o princípio da precaução (Constantinov, 2008).

Com a informática e a comunicação em tempo real, pode-se assegurar que a legislação vive em contínua atualização, o certo é que o direito, neste quadro, é dinâmico, isto quer dizer que não basta ler e entender o texto das leis, visto que atualmente direito nem sempre é sinônimo de lei, sendo necessária uma interpretação sistêmica, onde se harmoniza a Constituição, demais normas, a jurisprudência, a doutrina, e, com a decisão do STF – RE 466.343-SP (03.12.08) os tratados internacionais. Assim, o direito pode também ser constituído, e não meramente declarado, pelo Judiciário.

Para o estudo que se pretende desenvolver é importante que se discuta se a bioética se constitui um campo multidisciplinar, visto que, na prática da bioética as normas jurídicas constituem uma realidade, que funcionando como freios permitiram a reflexão ética (Durand, 2007). Nestes termos é possível pensar o biodireito como um sistema interpessoal de coordenação, concebido num processo onde a dignidade humana está vinculada a uma finalidade que conjuga as idéias de justiça e liberdade.

O direito vive um processo de repersonalização das relações jurídicas, a finalidade primeira consiste, na tutela da pessoa humana conforme os princípios estabelecidos na Constituição Federal, que centraliza e sistematiza todo o ordenamento, influenciando também as relações privadas. Neste prisma, se estuda a garantia de um patrimônio mínimo existencial como forma de afirmação da dignidade da pessoa humana. Neste cenário Dantas (2009, p.10) afirma que:

A questão não é apenas jurídica, pois a partir do instante em que se reconhece a existência de valores constitucionais, estes se espraiam em todas as direções, tais como no *Biodireito*, na *Bioética* e na *Deontologia Médica*, valendo lembrar que a área abrangida pelo *Biodireito* alcança, inclusive, as questões ambientais.

A pretensão é no sentido de formar uma razão-ético-jurídica, onde o direito terá papel fundamental para a devida valorização da condição humana. Assim, a dignidade é adjetivável a mulheres e homens apenas por serem humanos. A dignidade da pessoa humana afirma a “personalização” do direito se constituindo em seu eixo filosófico-hermenêutico. Neste sentido Dantas (2008, p.145) salienta que “Esta constatação permite que se fale, atualmente, em *Biodireito Constitucional* ou, autoriza a existência de uma *Bioconstituição*”.

Nessa perspectiva, a de reconhecimento da tutela de valores e situações existenciais, ressalta o pensamento do professor italiano Perlingieri (2002, p.01), que afirma que o estudo do direito se opera na unidade da complexidade social com a juridicidade, assim, a transformação da vida social implica mudanças na interpretação normativa, visto que, em

sua abordagem, a realidade social não se aparta da realidade jurídica. Por isso, a função do jurista envolve considerações de aspectos ideológicos, políticos, sociais e éticos, isto é, de coexistência.

Estas mudanças que acontecem e a protagonização do biodireito como o vetor das possíveis respostas, visto que os problemas existem e são variados em face da complexidade das questões, estabelecem a importância de uma nova disciplina o biodireito constitucional.

Pois, os temas que se pretende que sejam da análise do biodireito revestem-se de valores morais, impondo um diálogo entre direito, ética, filosofia, antropologia, medicina, biologia e a engenharia genética, a luz da transdisciplinaridade.

Portanto, o tema se desenvolve sob o pálio da teoria constitucional contemporânea, isso quer dizer que a construção da norma deve ter como termo inicial a interpretação do sistema de princípios jurídicos, considerando que princípios são valores éticos com força normativa.

Assim, afirma-se a natureza integral e totalizante da constitucionalização da bioética, pela qual o biodireito constitucional tem como razão elevar os princípios da bioética ao plano constitucional, numa concepção político-integrativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pós-moderno é vocábulo que busca denominar a sociedade contemporânea, é um conceito que exprime idéias variadas, cujo denominador comum é a desconstrução da modernidade a partir da crise dos modelos teóricos de compreensão da realidade. No universo do direito a ruptura é identificada com o abandono dos paradigmas do Estado liberal, desta forma, a doutrina tem identificado “dimensões” de direitos e garantias fundamentais: a dimensão do constitucionalismo liberal seria a primeira dimensão, o constitucionalismo social a segunda dimensão, a proteção dos direitos coletivos marcando a terceira dimensão e a quarta dimensão destacada com o biodireito e os problemas originados em face da ciência, a exemplo da genética e da clonagem. Assim, o biodireito consiste um tema atual.

A nossa contemporaneidade tem como elementos caracterizadores as evoluções rápidas, as contradições e a complexidade. O Direito em sua dimensão científica tenta compreender esta sociedade mutante, assim, os paradigmas de um Direito comprometido com a verdade metafísica, calcada em premissas lógicas, que buscam enquadrar todo caso jurídico, cedem espaço para as tramas de um Direito principiológico, composto de cláusulas gerais que tutelam de forma mais coerente a sociedade complexa do séc. XXI, que vê a medicina e a

biologia progredirem, obrigando o direito a se preocupar com as problemáticas que vêm na esteira destas evoluções. Por conseguinte, as pesquisas que tem o biodireito como objeto tem grande relevância científica.

A crise vivida pelo direito impôs questionamentos aos conflitos que emergem dos problemas biojurídicos. Neste contexto, um problema presente em todo sistema de codificação fechado, é o fato dos valores sociais e ideológicos não permanecerem imutáveis com o passar do tempo. Com a contemporaneidade, e as revoluções que a caracteriza, o dinamismo empreendido pela ciência fez com que surgissem diversas situações não tuteladas pelo direito. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceram-se mudanças, tanto nos pressupostos políticos do Estado como na interpretação de todo o sistema, isso, em face da elevação da dignidade da pessoa humana e do efetivo exercício da cidadania como fundamentos do ordenamento jurídico nacional. Essas transformações exigem uma mudança no método de interpretação do Direito. Assim, na hermenêutica jurídica, a principal referência serão as normas constitucionais, vistas agora como instrumentos de superação do dinamismo da atividade econômica e das peculiaridades do processo legislativo.

A efetividade do direito passa a se deter na realidade das relações, considerando a relatividade das categorias conceituais e a necessidade de uma interpretação dialética, a ser desenvolvida entre o ordenamento jurídico e a realidade científica. Trata-se de uma renovação do sistema que passa a operar através da influência da Constituição, abordando os problemas e raciocinando as respectivas soluções através de um novo método, o que permite o reconhecimento e tutela de outros valores e situações existenciais. Essa argumentação se distancia da visão patrimonialista na compreensão dos mais importantes institutos do Direito. O Estado passa então, em razão de suas finalidades políticas e sociais específicas a proteger os direitos humanos, para tanto intervindo nas relações privadas.

Neste sentido é de se destacar a Lei 11.105/05, denominada de a Lei da Biossegurança, a força normativa da Constituição e a realidade de um sistema aberto, marcos para o direito. Assim, a constitucionalização do Direito passa a condicionar as relações entre direito e ciência.

O microssistema do biodireito, com princípios e fundamentos próprios, é o que melhor subsidia respostas que envolvam aspectos ambientais. Estas questões viabilizam, a partir da ética, o caminho do biodireito, estabelecendo a pertinência geral do tema.

Em síntese, conclui-se este trabalho que originariamente chama-se de *Biodireito Constitucional*, no qual foram expostas as pretensões de um direito constitucionalmente humanizado e a sua importância nas transformações jurídicas sociais.

Estas são as razões de um biodireito constitucional a partir de um argumento, a juridicização da bioética.

Assim, afirmou-se a integração da ética com um direito constitucionalizado, onde o biodireito constitucional tem como razão elevar os princípios da bioética ao plano constitucional, numa concepção político-integrativa.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fábio. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2007.

ARNAUD, André-Jean. *Dicionário enciclopédico de teoria e de sociologia do direito*. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

BARBOSA, Heloisa Helena. MEIRRELLES, Jussara M. L. de. (orgs.) *Novos temas de biodireito e bioética*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BARRETTO, Vicente de Paulo. *Dicionário de filosofia do direito*. Rio Grande do Sul: Ed. Unisinos. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BARROS, José D'Assunção. *O projeto de pesquisa em história: da escolha do tema ao quadro teórico*. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. *Constituição Federal (1988)*. Disponível em: [www.planalto/legislação.gov.br](http://www.planalto.gov.br/legislação.gov.br).

_____. *Lei 6.938/1981*. Disponível em: [www.planalto/legislação.gov.br](http://www.planalto.gov.br/legislação.gov.br).

_____. *Lei 11.105/2005*. Disponível em: [www.planalto/legislação.gov.br](http://www.planalto.gov.br/legislação.gov.br).

CONSTANTINOV, Givanildo Nogueira. *Biossegurança e patrimônio genético*. Curitiba: Juruá, 2008.

CORRÊA, Elídia Aparecida de Andrade. (coord.). *Biodireito e dignidade da pessoa humana*. Curitiba: Juruá, 2009.

DALLA-ROSA, Luiz Vergílio. *Uma teoria do discurso constitucional*. São Paulo: Landy, 2002.

DANTAS, Ivo. *Direito constitucional comparado: introdução, teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

_____. *Constituição e processo*. Curitiba: Juruá, 2008.

_____. *A era da biotecnologia constituição, bioética e biodireito*. Revista de Atualidades Jurídicas. Março/abril 2008. n. 01. Disponível em: www.oab.org.br/oabeditora/revista/0803.html. Acesso em: 30 de agosto de 2009.

DIMOULIS, Dimitri. Coord. *Dicionário de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2007.

DINIZ, Maria Helena. *Dicionário jurídico*. São Paulo: Saraiva, 1998. 4 vols.

_____. *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2002.

DURAND, Guy. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola, 2007.

GALINO, Bruno. *Teoria intercultural da constituição*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. *A nova filiação: o biodireito e as relações parentais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

JUNGES, José Roque. *Bioética: hermenêutica e casuística*. São Paulo: Loyola, 2006.

_____. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1995.

JUNIOR, Oswaldo Giacoia. *Pequeno dicionário de filosofia contemporânea*. São Paulo: PubliFolha, 2006.

LEITE, Marcelo. *Os alimentos transgênicos*. São Paulo: PubliFolha, 2000.

LOLAS, Fernando. *Bioética: o que é como se faz*. São Paulo: Loyola, 2001.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. (coord.) *Biodireito em discussão*. Curitiba: Juruá, 2008.

MIRANDA, Jorge. *Sobre o direito constitucional comparado*. Separata de Direito e justiça, v. 2, p. 201-222, 1981/1986. Portugal.

OLIVEIRA, Simone Born de. *Da bioética ao biodireito: manipulação genética & dignidade humana*. Curitiba: Juruá, 2008.

PAULO, Vicente. ALEXANDRINO, Marcelo. *Direitos fundamentais: Teoria geral e art. 5º da CF/88*. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

PERLINGIERI, Pietro. 2. ed. *Perfis de Direito Civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

PESSINI, Léo. BARCHIFONTAINE, Cristian de Paul. (orgs.) *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996.

Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito
III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba

ROLLA, Giancarlo. *La Carta de los derechos fundamentales de la Union Europes em una perspectiva comparada: técnicas de codificación y cláusulas de interpretacion*. Revista de Derecho Constitucional Europeo. ISSN: 1697-7890. Año 6, número 11, enero-junio de 2009. Disponível em: <http://www.ugr.es/~redce/REDCE11/ReDCEsumario11.htm>.

ROSENVALD, Nelson. *Dignidade humana e boa-fé no Código Civil*. São Paulo: Saraiva, 2005.

RUSS, Jacqueline. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Scipione, 1994.

_____. *Pensamento ético contemporâneo*. São Paulo: Paulus, 1999.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Manual de biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang Sarlet. Org. *Constituição, direitos fundamentais e direito privado*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2006.

SILVA, José Robson da. *Paradigma biocêntrico: do patrimônio privado ao patrimônio ambiental*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

STRAUSS, Anselm. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VIEIRA, Adriana Carvalho Pinto. JUNIOR, Pedro Abel Vieira. *Direitos do consumidor e produtos transgênicos: uma questão polêmica para a bioética e o biodireito*. Curitiba: Juruá, 2008.

BIOÉTICA E IDOSO: LANÇANDO UM OLHAR SOBRE O DIREITO DE VIVER DIGNAMENTE

João Paulo Lopes da Silva¹
Maria Zélia Araújo²

RESUMO

O fenômeno da longevidade se apresenta na contemporaneidade como uma das questões mais desafiadoras em face das mudanças e da crescente expansão da população idosa. Envelhecer é um processo natural pelo quais todos os seres humanos terão que passar. É um processo que sofre influências de fatores sociais, fisiológicos e psicológicos. O referido estudo trata-se uma revisão da literatura, fundamentada nos direitos de viver dignamente do idoso, que por sua vez não são respeitados na sociedade. Objetivou-se nesse estudo, descrever e analisar os dilemas e conflitos da longevidade entre a rotina e a qualidade de vida, a partir do contexto bioético, numa abordagem holística. A pesquisa foi baseada na leitura de livros, artigos em revista e em meio eletrônico, assim como em outros documentos científicos, que ofereceram um suporte bibliográfico para que a temática abordada fosse discutida e analisada com bases nas premissas bioéticas, fundamentadas nos princípios da enfermagem sobre a terceira idade. Assim, a luz dessa discussão, percebeu-se o rápido e elevado crescimento demográfico de idosos no Brasil, assim como os estigmas impostos pela sociedade, na qual provoca o isolamento e exclusão da sociedade. Nesse contexto, a enfermagem desempenha um importante papel na inserção dessas pessoas na sociedade. É necessária a adoção de programas e de discussões acerca dessa questão, para que se viabilizem soluções para esta problemática.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Bioética. Enfermagem.

¹ Graduando em Enfermagem, pela Faculdade de Campina Grande - UNESC FACULDADES. Email: euamigo_pb@hotmail.com

²Profª. do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Campina Grande - UNESC FACULDADES – Mestre em Sociologia. Email: zelinha_araujo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como eixo central a questão do direito de viver dignamente do idoso. A intenção é a de, por meio de uma revisão crítica sobre o tema, dar subsídios para discussões que possam propiciar uma melhor qualidade de vida a terceira idade.

No florescer do século XXI, a humanidade caminha em passos largos em direção a velhice. Estima-se que em 2050 o número de jovens seja igual ao número de idosos. Golini (1988) ressalta que o século XX foi o século do crescimento populacional, enquanto o século XXI será o século do envelhecimento.

Litré (1978) apud Costa (2005) conceitua a velhice como a última etapa da vida, cujo início se fixa no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o gênero de vida e uma série de circunstâncias.

Para Costa (2005, p. 280) a velhice é “um fenômeno etário, social e biológico imediato, que não se consolida uma só vez. Mas emerge de sintomas e atos sociais, cavando seu próprio leito, como um rio”.

Praticamente em todo o mundo, a cada ano aumenta a proporção de idosos na população total. Isso é uma decorrência da diminuição nas taxas de mortalidade e de natalidade que vem ocorrendo, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Embora fisiologicamente frágeis e com alterações anatômicas que os limitam em algumas atividades, os idosos vem conquistando seu espaço na sociedade. Espaço este, que já outrora teria sido ocupado por ele mesmo.

Por questões diversas oriunda da ideologia de uma sociedade capitalista, que enuncia que “só o trabalho humano gera riquezas”, e o idoso, por não possui a mesma disponibilidade física que possa vir gerar determinados lucros para a sociedade, geralmente é descartado e substituído por outros que estejam em melhores aparências conforme o olhar da sociedade.

A sociedade moderna rejeita o idoso, não oferece nenhuma sobrevivência a sua obra. Perdendo sua força de trabalho, ele não é mais produtor, nem reprodutor (VESENTINI, 2001). Os próprios idosos, muitas vezes, só se sentem velhos quando as pessoas lhe rejeitam ou lhes repreendem por fazerem “coisas de jovens”.

Nos discursos antienvelhecimento, o velho nos é apresentado sempre como o portador de excessos de rugas, aquele que tem o andar claudicante, as

extremidades trêmulas e um comportamento caricato, que vai da inutilidade à condição de estorvo na vida da família (COSTA, 2005, p.284).

Analisando esse contexto, Soares (2001) ressalta que dar vida ao tempo, em vez de dar tempo a vida, deve ser um projeto contemporâneo, já que, sob determinadas condições, sobreviver é sinônimo de infraviver e sobremorrer.

Diante das crescentes demandas da população idosa e indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde dessa população, o Ministério da Saúde, lançou o Programa Nacional de Saúde do Idoso, cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2004).

Discutir essa realidade social inevitável e dar a ela os devidos rumos é um dever da bioética que se caracteriza por ser uma ferramenta ética que agrupa conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos, cujos efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real e potencial os sistemas vitais (GUIMARÃES; CUNHA, 2004). A questão do idoso tem se tornado um desafio para nossa época, pois a falta de programas e de infra-estrutura voltada para essa questão é algo que precisa de profundas discussões e reflexões.

Destarte, o objetivo desse estudo centra-se em analisar e descrever os dilemas e conflitos da longevidade entre a rotina e a qualidade de vida levada pelas pessoas da terceira idade, a partir do contexto bioético, numa abordagem holística, fundamentada nos princípios da Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e exploratória, sobre a qual, de acordo com Andrade (1997, p. 104) “é o primeiro passo de todo trabalho científico e, tem por objetivo aprofundar o conhecimento sobre determinado assunto, facilitar o entendimento do problema pesquisado e avaliar a possibilidade de desenvolver uma boa pesquisa”. A pesquisa descritiva, segundo Gil (1999), têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Teixeira (2005) descreve a pesquisa bibliográfica como uma base para sustentação de um problema, com foco nas contribuições de diversos autores, mediante consulta a documentos sobre a determinada temática abordada.

A coleta de dados foi baseada na leitura de livros, revistas científicas e artigos disponíveis na internet que tratam da temática em questão. A análise deu-se com a interpretação dos dados obtidos com a pesquisa e agrupados por subtemas para uma melhor compreensão da revisão literária, fortalecendo a validade do estudo.

CASUÍSTICA E REVISÃO LITERÁRIA

A discussão do tema pertinente a questão proposta, será apresentada por subtemas para que se possa ter uma melhor compreensão da temática em questão.

Aspectos Conceituais e Bioéticos do Envelhecimento

A história da civilização humana parece passar por uma imensa transformação, na qual os valores referenciais que funcionam como balizadores das estruturas de equilíbrio sociocultural estão caindo ou sendo severamente questionados (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002).

A bioética tornou-se uma prática vital ordinária que dispõe de tradicionais regras normativas de conduta sobre as quais normalmente não se pergunta demasiado. O progresso técnico ampliou de tal maneira nossas possibilidades de ação que estamos ante problemas para os quais não existem soluções, mas procura-se explicar os vários “comos” e “por quês” que surgem diante de tais dilemas. (LEME, 2006, p. 751).

O fenômeno do envelhecimento se apresenta na contemporaneidade como uma das questões desafiadoras em face das mudanças e demandas específicas em face das mudanças e demandas específicas que o crescimento demográfico provoca. De acordo com Duarte (2001) o Brasil que antes era denominado um país jovem, hoje, já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido. Estima-se que em 2025, a população com mais de 60 anos ultrapasse os 33 milhões de pessoas.

A velhice pode ser compreendida como uma etapa natural ininterrupta ao ato do tempo sobre os indivíduos, que atinge todos os seres dependentes e influenciados por muitos elementos (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais) possibilitando a cada ser que envelhece atributos próprios.

De acordo com Leite e Marinho (2008) os referenciais para determinação do critério de velhice variam de uma sociedade para outra, podendo relacionar-se com o cessar das atividades produtivas ou questões ligadas a saúde física e mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) consideram o envelhecimento

como uma construção da existência humana, que tem se manifestado de forma distinta entre os diversos países do mundo.

O Brasil, nas últimas décadas, vem sofrendo um complexo processo de transição epidemiológica, havendo uma tendência a redução da mortalidade geral e da mortalidade infantil, assim como o aumento da expectativa de vida e conseqüente elevação da participação dos idosos na composição demográfica (RUIZ; LIMA; MACHADO, 2004).

É preciso poderar que o envelhecimento da população traz como uma das suas conseqüências, um aumento na prevalência dos problemas de saúde característico do idoso. Embora, essa questão seja um ciclo o qual todas as pessoas terão de atravessar, torna-se imprescindível que se busque meios que possibilitem ajudar a melhorar a qualidade de vida dessa categoria que é estereotipada com concepções errôneas, como invalidez, senilidade, decadência e inferioridade que são impostas a esses sujeitos.

Marques (2007, p.46) salienta que “envelhecer é um processo normal e inevitável, não necessariamente uma enfermidade”. Portanto, envelhecer é um processo esplendoroso e contínuo, que se dá do crescimento intelectual, emocional e psicológico.

Nessa perspectiva, Ducken, (1998, p. 99) afirma que:

O mundo precisa de algo mais que a energia dos jovens que os leva para frente. Ele requer a força também da sabedoria que preserva valiosos elementos de tradição. E quem melhor possui do que os idosos. Sua bondade, calma, paciência equilibrada e tranqüilidade sorridente das pessoas maduras podem ser encorajamento, estímulos e guia para todos.

Assim, é importante salientar que o conhecimento que é inerente aos idosos, é de fundamental importância na constituição da nossa cultura. Pois, são eles que com suas crenças e saberes baseificam a estrutura da sociedade.

Políticas Públicas na Terceira Idade

A revolução tecnológica vivenciada nas últimas décadas tem proporcionado uma maior longevidade as pessoas, tendo como conseqüência o aumento do número de idosos. Os desafios trazidos por essa população têm diversas dimensões, ao qual sofre influência de diversos eixos sociais, econômicas e ambientais.

No Brasil o valor do idoso é reconhecido no ordenamento jurídico, apesar da mentalidade utilitarista da nossa sociedade que os marginaliza. Tal reconhecimento é devido, em primeiro lugar, porque são seres humanos e, por isso, dignos de respeito, em segundo lugar, em função de suas necessidades peculiares decorrentes da idade; por fim, porque são

peças que muito contribuíram e ainda podem contribuir, para a construção de uma sociedade justa e solidária (KEINERT; ROSA, 2009).

A política pública de atenção do idoso se relaciona com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como as ações reivindicatórias dos movimentos sociais. A Constituição Federal de 1988 introduziu em suas disposições o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter conotação ampliada da cidadania (SIMSON; NERI; CACHION, 2003).

Posteriormente, em 1994, houve uma edificação na legislação brasileira, a partir da lei 8.842, que criou a Política Nacional do Idoso (PNI), o qual estabeleceu normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo-lhes autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania.

Esta política objetiva melhorar as condições sociais, econômicas e ambientais para promoção da longevidade com qualidade de vida para a terceira idade. O artigo 1º da Política Nacional do Idoso garante os “direitos sociais do idoso por meio da sua autonomia, interação e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, p.1).

A partir dessa legislação difundiu-se a todos, inclusive aos próprios idosos os direitos e garantias a eles conferidos para que possam, então, exigir seu cumprimento utilizando todos os meios possíveis. Essas atitudes nada mais são do que medidas para que se respeite a vida em toda a sua plenitude, desde a infância até a velhice. Pois o direito à vida só é efetivado se houver dignidade (KEINERT; ROSA, 2009).

Em setembro de 2003, após sete anos tramitando no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso foi aprovado através do Projeto de Lei nº 3561/1997, que dispõe de 118 artigos que torna a terceira idade, pelo menos teoricamente amparada legalmente.

A Política de Saúde do Idoso, apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) visa como propósito principal, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria, ao máximo da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venha a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Todavia, diante de tais conquistas, Leite e Marinho (2008) apontam a necessidade de se observar algumas falhas na elaboração da Política Nacional do Idoso, no tocante as questões do preconceito, desprezo e injúrias, pois falta uma especificação na lei com relação a

criminalização e discriminação dos idosos e também com relação a falta de regulamentação criteriosa para os funcionamentos dos asilos e outras entidades que punem os idosos através da agressão física ou mesma psicológica.

Suporte Familiar e Envelhecimento

Propiciar um ambiente familiar e agradável para o idoso é dever dos filhos ou mesmo dos responsáveis por estes, no caso quando não se existe família.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 130, apresenta a família como base para a sociedade e coloca como dever da família, da sociedade e do Estado, amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e lhes garantido o direito a vida (BRASIL, 2004).

As relações familiares sempre foram um importante ponto de questionamento de diferentes culturas, pois com o aumento da expectativa de vida da população, com a redução do âmbito familiar e com as crescentes demandas de trabalho e sobrevivência estas questões estão cada vez mais atuais (GOLDIM, 2004).

Dessa problemática, surge uma interrogação: Devemos manter nossos familiares velhos em casa, recebendo uma complementação de renda por esta tarefa? Ou devemos mantê-los em instituições, com o acréscimo de impostos para gerar o lucro necessário?

Essa entre outras questões surgem no cotidiano, colocando a pessoa idosa como um inválido, ou melhor, como uma cruz que deverá ser carregado por um longo percurso da vida, até que essa por meio natural ou patológica venha a falecer.

Goldim (2004), afirma que uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, abordando as referente as perguntas propostas, revelaram que a população fica dividida entre as duas questões, porém ele aponta que o sentimento demonstrado pelos entrevistados com relação ao idosos, no caso seus pais, eram de gratidão, reciprocidade e deveres para com pessoas mais vulneráveis.

O referido autor referencia que Aristóteles, na *Ética a Nicômacos*, propunha que a dívida dos filhos para com os seus pais era impagável, aceitando a tese de que os filhos devem amparar os pais envelhecidos. Ele propunha que "quando se trata de prover a subsistência, temos de ajudar nossos pais antes de quaisquer outras pessoas, já que lhes devemos a nossa subsistência até certa idade".

Outros autores referem que não devemos nenhuma dívida, e que seria melhor se eles fossem colocados em asilos, pois assim diminuiria o trabalho e as preocupações.

Esse tipo de situação, geralmente é vivenciado nos contextos da nossa sociedade, que assume uma postura de poder, como se a opinião dos idosos ou mesmos os seus sentimentos não tivessem valor algum para a tomada de qualquer decisão, seja ela no âmbito familiar ou mesmo nos rumos de sua própria vida.

Esta situação de perda de humildade e de ocupação de espaços de poder nas famílias, segundo Goldim (2004), foi magistralmente expressa por William Shakespeare, em *Rei Lear*. Ao repassar o poder para a geração seguinte, os filhos passavam a ser a instância maior que podiam exercer o poder de uma forma impiedosa sobre os seus próprios pais, configurando muitas vezes, em situações de abuso.

Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado (CALDAS, 2003).

Para acompanhar o fluxo de tais mudanças são imprescindíveis programas e serviços para idosos. Essas ações são urgentes e necessárias, pois muitos idosos isolados, dependentes e abandonados necessitam de alternativas à assistência familiar de que não dispõem (IDEM).

Assim, viver melhor na velhice “é uma meta a ser alcançada, adotando-se medidas e programas para que idosos sejam vistos como um recurso valioso para a sociedade e não como um fardo” (ALBUQUERQUE, 2003, p.43).

Envelhecendo com Dignidade e Saúde: Um desafio no papel da Enfermagem

A ciência durante muitos anos investiu grandes esforços no prolongamento da vida dos indivíduos, alcançando êxito somente no último século. Um envelhecimento bem-sucedido relaciona-se a maneira pela qual um idoso consegue adaptar-se as inúmeras situações de ganho e perdas com as quais se depara. Assim, diante do crescente aumento no número de idosos, surge a necessidade de uma assistência preventiva, como também curativa da população idosa.

Para Sayeg (1998) as políticas públicas devem visar e manter os idosos como cidadão participativo e ativo, sendo necessária a intervenção nos meios primários para a manutenção da saúde pessoal, da família e da comunidade.

Roach (2003) assegura que o processo de envelhecimento apresenta quatro características fundamentais, as quais interagem e determinam o envelhecer de cada ser humano: Caráter Universal (todos os seres humanos envelhecem, exceto se este percurso for interrompido por uma fatalidade); Caráter Progressivo (o envelhecer decorre com o avançar da idade, embora algumas demonstrem mais sinais do tempo que outras); Caráter Intrínseco a Natureza (parece originar-se de dentro do organismo); e Caráter Externo (o processo de envelhecimento é afetado, por fatores extrínsecos como ambiente, padrão de vida entre outros).

Diante de tais processos, a terceira idade oferece uma clientela socialmente diversificada e relevante, despontando características peculiares ao processo de envelhecimento.

Muitas vezes, no cotidiano entre profissional e paciente, por pressão da família, surge o dilema de dizer ou não a verdade para os pacientes idosos, com o objetivo de preservá-lo do impacto e da ansiedade. Na realidade, o dilema não é revelar ou não a verdade, mas sim qual a forma mais adequada de comunicá-la.

Mesmo em situações de muito comprometimento físico ou mental, as pessoas não perdem a sua dignidade, esta é uma característica inerente ao ser humano. O paciente não pode ser desqualificado, deixando de ser informado, deixando de ser ouvido. Muitas vezes um familiar, ou outro cuidador, assume o papel de interlocutor com o profissional, interpretando e relatando sentimentos e sensações que só a própria pessoa é capaz de sentir, alijando o velho do diálogo e desqualificando a expressão de suas necessidades e vontades (GOLDIM, 2004).

Cabe ao profissional reconhecer e avaliar se o idoso apresenta algum comprometimento que não possa tomar as suas próprias decisões. Assim, por meio do consentimento do paciente ele pode indicar algum familiar ou alguém que seja de sua inteira confiança para responder por ele.

Destarte, é importante que os profissionais de enfermagem estejam aptos para prestar os devidos cuidados nos idosos. Na medida em que se ocorre a compreensão das alterações biopsicossociais, ocorre a possibilidade de se aproximar do universo ao qual o paciente está inserido e poder ajudá-lo, amenizando dificuldades e patologias, sejam elas biológicas ou psicossociais, colaborando com a adaptação a sua realidade e com sua inserção na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento humano deve ser entendido como uma experiência diversificada entre os indivíduos no qual uma multiplicidade de fatores ocorre.

A partir desse estudo, pode-se constatar que a qualidade de vida dos idosos é demasiadamente afetada por estigmas impostos pela sociedade, e estes por sua vez, apresentam-se mascarados de peculiaridades de forma a direcionarem os idosos ao isolamento social, a alienação, ao desespero, assim como ao declínio da sua saúde física e mental.

O estudo ainda aponta a necessidade imediata de se reformular as políticas sociais e de saúde em nosso país, para que se alcance, em parte, essa explosão demográfica, evitando transtornos para aqueles que já se encontram como para aqueles que já se encaminham rumo a terceira idade com expectativas de uma melhor qualidade de vida.

Assim, a partir das constatações verificadas, espera-se que este estudo possa gerar discussões acerca dos reais direitos que a terceira idade possui, assim, como projetos que viabilizem a inserção dos idosos como parte essencial em todos os eixos da sociedade, lhes garantido o direito a autonomia e de envelhecer dignamente, como descreve o Manual do Idoso no artigo 10, do capítulo II que trata do direito a liberdade, do respeito e a dignidade.

REFERÊNCIA

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de Trabalhos na graduação**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de Vida do Idoso: Assistência Domiciliar faz a Diferença**. São Paulo: Casa do Psicólogo – CEDECIS, 2003.

BEZERRA, A. L. D. ; ALEXANDRE, J. N. M. **Lazer e qualidade de Vida na Terceira Idade: Percepção dos Idosos de um Centro de Convivência Campinense**. 2008. 64p. Monografia (graduação) Faculdade de Campina Grande - FAC-CG- União de Ensino Superior de Campina Grande- UNESC, 2008.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde. 2 ed. rev.- Brasília:Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome: **Estatuto do Idoso**. 2 ed. Brasília, set.2004.

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez. 1999.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação integrado para o desenvolvimento da política nacional de saúde do idoso**. Brasília, 1996.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. vol.19, no.3,Rio de Janeiro, Jun, 2003.

CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. Ética em Saúde. Algumas Reflexões Sobre nossos Desafios para o Século XXI. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **A Ética na Saúde**. São Paulo: Pioneira, 2002.

COSTA, S. I. F. Bioética Clínica e Terceira Idade. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n.3, 2005, p. 279-288.

DUARTE, Y. A. O. **O Processo de Envelhecimento e Atenção ao Idoso**. São Paulo: EEUSP, 2001.

DUCKEN, A. P. **Saber Envelhecer**. Petrópolis: vozes, 1998.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. R.. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 85-90.

GOLDIM, J. R. **Bioética, relações Familiares e Envelhecimento**. 22/08/2004. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/gerfam.htm>>. Acesso em: 18 set.2009. as 16:59 h.

GOLINI A. Aspectos demográficos. In: Actas da 3ª. **Conferencia Internacional Longevidade e Qualidade de Vida**. Cidade do Vaticano. 1988

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: Marco Legal e institucional. **Boletim Envelhecimento &Saúde**. n.47, São Paulo, abr. 2009.

LEITE, M. P. G.; MARINHO, M. L. S. **Qualidade de vida na terceira idade**: estudo na percepção dos idosos do Centro Municipal de convivência de Campina Grande – PB. 2008. 90 p. Monografia (graduação). Faculdade de Campina Grande - FAC-CG- União de Ensino Superior de Campina Grande- UNESC, 2008.

LEME, L. E. G. Problemas Éticos em Geriatria. In: FILHO, E. T. C.; NETTO, M. P. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 751-762.

MARQUES, R. O. **Gestão Social como Fator de Qualidade de Vida para a Terceira Idade**. 2007. 64p. Monografia (graduação). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande: UEPB, 2007.

ROACH, S. Teorias do Envelhecimento. In: **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 33-43.

RUIZ, V. R.; LIMA, A. R.; MACHADO, A. L. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 38, n. 2, p. 190-196, 2004.

SAYEG, M. A. **Envelhecimento Bem Sucedido e o Autocuidado**: Algumas Reflexões. Arquivo de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v.2, p. 96-97, set/dez. 1998.

SOARES, M. L. B. Envelhecimento e dependência. **Cadernos de Bioética**. XI(27): 123-28, 2001.

SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHION, M. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003.

VESENTINI, J. W. **Sociedade e Espaço**. 42 ed. São Paulo: Ática, 2001.

TEIXEIRA, G. **Porque e para que a pesquisa bibliográfica?** 28/03/2005. Disponível em: <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=21&texto=1354>>. Acesso em: 18 set. 2009.

CASAMENTO E CONJUGALIDADE: NOVAS MUDANÇAS E CONTEXTOS A LUZ DA LITERATURA

Márcia Andréa Rodrigues Andrade¹
Maria Cláudia Oliveira da Silva²

RESUMO

A modernidade se difundiu amplamente por vários âmbitos da esfera social, inclusive no que se refere à sexualidade. Ela passou do conjunto dos impulsos biológicos e da repressão social para um campo de iniciativa social criativa e de ação simbólica. Nesse contexto, acerca dos novos rumos para o estudo da sexualidade, entra em cena o casamento e a conjugalidade, suas modificações e conseqüentemente suas implicações na esfera social. É importante nesse novo contexto em que se encontra o casamento, o indivíduo inteirar-se de tais questões, com o intuito de entender sua nova lógica na modernidade, suas inovações, contradições e conseqüências, tentando dessa forma esclarecer o que para muitos seja uma meta de vida, nesse mundo tão cheio de mudanças. O presente estudo busca elucidar tais conceituações que emergiram do casamento, fazendo um tipo de comparação à luz da literatura e das principais mudanças que ocorreram com o passar dos tempos. A pesquisa é de caráter bibliográfico e foi feita a partir dos questionamentos debatidos através dos textos nas aulas durante a graduação sobre sexualidade e saúde, bem como artigos disponíveis na internet. O presente trabalho, que é um artigo de revisão, vem demonstrar a importância do estudo sobre a conjugalidade, pois é um assunto que ganhou grandes repercussões sociais, em face de sua mudança e que encontra certos “links” de discussão, não só para o casamento, mas para o estudo da AIDS, gênero, moralidade, entre outros.

PALAVRAS - CHAVE: Mudança. Casamento. Conjugalidade.

¹ Graduada em Pedagogia e Enfermagem. Estudante do curso de especialização em urgência e emergência. E-mail márcia_dearodrigueshotmail.com

² Graduada em Enfermagem e Especialista em Saúde da Família. E-mail claudiaufpb@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A sexualidade atualmente tem sido objeto de estudo não apenas das ciências sociais, mas de diversas ciências devido o tema abrir uma enorme quantidade de subtemas que envolvem diversos assuntos. Neste sentido, a Sexualidade pode ser abordada em relação à família, ao parentesco, ao casamento [...] Não existe abordagem unitária da sexualidade nas Ciências sociais, e a sua pluridisciplinaridade fortalece a tentativa de articulação entre diversas abordagens (LOYOLA, 2000).

Segundo Heilborn (2005), posteriormente aos anos 70 e 80 onde teve início os estudos sobre sexualidade no Brasil, a temática foi avançando, versando sobre temas como identidade, casamento, planejamento familiar, relações entre sexos, constituição da sexualidade, sempre com tensões que giravam em torno de problemáticas sobre sexualidade e reprodução.

À medida que novos conceitos normatizadores foram surgindo, as pesquisas tornaram-se mais abrangentes e novas mudanças também foram aparecendo. Esses tipos de mudanças indicam uma dissociação entre as normas estabelecidas e a realidade dos relacionamentos íntimos na sociedade contemporânea (GIDDENS, 2000).

Para Bozon (2004:145), “os debates público contemporâneos sobre as questões sexuais suscitam indagações tanto sobre o sentido das mudanças recentes na sexualidade quanto sobre as evoluções da sociedade”.

Os estudos em sala de aula, textos, os debates e demais subsídios encontrados em acervos da internet apontam para a grandiosidade e complexidade do tema sexualidade. O objetivo do artigo é resgatar através dos textos sobre sexualidade, os principais questionamentos acerca do casamento e suas relações com a modernidade, fazendo este aparato teórico no intuito de elucidar questões importantes, bem como esclarecer ao leitor as mudanças que ocorreram, assim como os acontecimentos e fatores sociais provenientes de tais mudanças, entendendo dessa forma como esse processo foi construído socialmente e seus resultados na então conjugalidade contemporânea.

Conforme aponta Franch (2008 p. 4), para descobrir de que modo o casamento é significado pelos sujeitos [...] é preciso aproximar - se da esfera subjetiva da produção de sentido desse evento.

Como salienta Zordan; Falcke; Wagner (2005), a percepção que o indivíduo tem sobre casamento é socialmente construída [...] as pessoas antes de se casarem já carregam

dentro de si idéias sobre o que é casamento, bem como as expectativas que tem a seu respeito. Deixando claro deste modo a importância de se estudar o tema nas ciências sociais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, desenvolvido mediante informações contidas em livros, periódicos, revistas e documentos acessados da Internet, visando conhecer o que já se estudou sobre conjugalidade e casamento.

Segundo Fachin (2003, p125), a pesquisa bibliográfica diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras. Tem como finalidade fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e proporcionar a “produção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação” das informações coletadas para o desempenho da pesquisa. Fundamenta-se na consulta do acervo bibliográfico, que é um manancial inesgotável de sabedoria humana.

Para Gil (2002, p44), a pesquisa bibliográfica é realizada mediante consulta a material já elaborado, “constituído principalmente de livros e artigos científicos” em outros termos, o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica consiste no exame desse manancial, para apreensão e análise de todo o conhecimento que já se produziu sobre determinado assunto que assumimos como objeto de pesquisa científica.

CASAMENTO: aspectos iniciais, mudanças e significações

Etiologicamente o casamento deriva do latim *casamentu*, definido como ato solene de união de duas pessoas de sexos diferentes, capazes e habilitadas, com legitimação religiosa e/ou civil (FERREIRA¹, 2009).

Casar é conjugar e reside aí o fato de o casal encerrar, ao mesmo tempo, duas individualidades. Na prática, isso equivale a transformar dois sujeitos, dois desejos, duas visões de mundo, duas histórias, dois projetos de vida e duas identidades individuais numa única identidade conjugal (BALLONE, 2003).

Nesse contexto a que a autora se refere, uma pessoa casa-se com outra no intuito de tentar conviver pacificamente e quem sabe construir uma família, essa convivência se dá com outro sujeito muitas vezes totalmente diferente de você, com personalidades que lhe são próprias, com atitudes singulares, criação, hábitos e costumes diferentes, onde basicamente tudo conta para o processo de permanência no relacionamento.

Para Feres (1998), o casamento passa a ser um ato dramático onde um par de indivíduos, cada um com seu passado, se unem e se redefinem. O casal passa não só a reconstruir o presente, mas o passado, moldando uma memória comum a partir do passado individual.

Mundialmente existem diversos tipos de casamentos os quais variam conforme as religiões, variando com o tipo de celebração, como por exemplo, o da religião católica, em que muitas vezes os casais tendam a marcar a cerimônia na paróquia com antecedência para poderem fazer o enlace; temos também o judaico celebrado pelo rabino e que não pode acontecer aos sábados nem tão pouco em dias de festas religiosas; o casamento grego famoso pela quebra de pratos; o ortodoxo onde o casamento é dividido em duas partes, ou seja, uma anterior com o noivado e outra posterior que significa a própria celebração; o evangélico feita por um pastor, contudo, os noivos firmam um compromisso perante o ser celestial; e por fim o muçulmano onde o casamento é considerado um acordo legal onde cada parte é livre para incluir suas condições. Seus rituais mudam de acordo com cada país, mas segundo o islã nenhuma mulher pode ser forçada a casar, porém seus pais podem sugerir um pretendente que lhe seja conveniente (OLIVEIRA, 2005).

Na nossa realidade, o ritual ainda existe, sobretudo, em algumas famílias tradicionais brasileiras que sonham em ver principalmente suas filhas entrando ao altar de véu e grinalda, com as devidas homilias, poses para fotos etc. Isso obviamente fica a cargo do poder aquisitivo de tais famílias e/ou dos noivos que optarem por esse tipo de comemoração, haja vista que nos dias atuais, basta chegar a um cartório e concretizar o matrimônio, não sendo, deste modo, necessária tais festividades.

Diante desses exemplos, fica ainda mais claro a condição de fenômeno social abarcado pelo casamento (produto de um contrato legal, jurídico ou religioso) presente em todas as culturas e em todas as épocas. Embora existam vários modelos socioculturais, em questão, demonstra-se sempre o papel de marido e esposa, independente de como se caracterize a relação estabelecida entre os sujeitos, onde o elemento básico preconizado é a supremacia masculina e a fecundidade (ZORDAN; FALCKE; WAGNER, 2005).

De acordo com Lopes et AL. (2006,p. 56):

“A função do ritual de casamento seria ajudar o individuo a se ajustar a uma nova vida, a de casado, sendo que os comportamentos esperados de uma pessoa casada, em nossa sociedade, são muito diferentes dos de uma pessoa solteira [...] As cerimônias de casamento ou rituais de casamento celebram a formação de um novo casal, assim como o fato de a assunção dos papéis de marido e mulher claramente demarcarem o início de um novo núcleo

familiar, a passagem para a adultez e a potencial transição para a parentalidade.”

Assim, o casamento seria uma relação social que fornece aos indivíduos dela participante a interpretação da realidade tornadas consistentes por meio da conversa (HEILBORN, 1999).

No sentido de suscitar muitas divergências que gira em torno das mudanças nos relacionamentos conjugais entre sujeitos do mesmo sexo, mas especificamente relacionado ao casamento gay masculino, contudo o avanço, e isso podemos notar em alguns países (no mundo há 17 ao todo) como Argentina, Estados Unidos, Canadá, França, Alemanha, Portugal, Bélgica, Suíça, Croácia, Holanda entre outros, que já aceitam a união entre homens, contudo apenas a Bélgica Espanha e Holanda aceitam o casamento como matrimônio (MELLO, 2005).

De acordo com o autor acima citado, em alguns desses países o argumento para a aceitação do casamento homossexual é que a iniciativa promove o fortalecimento e a duração das uniões monogâmicas, contribuindo deste modo para assegurar todo o aparato legal aos possíveis viúvos.

Para os dois tipos de uniões a literatura afirma que o casamento não é mais uma instituição que, ao mesmo tempo, marca o início da vida em comum e a protege, contudo ainda assim existem as exceções. Destarte, ele (o casamento) não é mais atrativo na medida em que é concebido como um aprisionamento aos papéis determinados. Isso porque, as novas condutas individuais mudaram com o passar do tempo (SINGLY, 2007).

A mudança que se configura nas novas formas de “olhar” o casamento, o que para alguns seria a junção de duas almas que se amam traduzindo a essência do amor e do romantismo, para outros, seria único e exclusivamente uma espécie de contrato no sentido de dependência recíproca entre parceiros. De fato o casamento vem sofrendo grandes transformações, desde o “até que a morte nos separe” até os que seguem a lógica do soneto do amor eterno de Vinícius de Moraes “Que seja infinito enquanto dure”.

Com relação a isto Zordan; Falcke; Wagner (2005) afirma que, no passado entre as regras para um bom casamento incluía-se a escolha de alguém de mesmo nível social, sendo escolhido pelas famílias juntamente com a regulamentação do dote, ou seja, os bens a serem dados no ato do matrimônio. Somado a esse contexto evidencia-se a valorização da questão financeira ao fato de que o principal item do contrato do casamento é a referência ao regime de comunhão e separação de bens.

Os casais que hoje se unem, não acreditam que o casamento “protege o laço afetivo” ou que “é a prova do outro de que é amado de verdade” (Singly, 2007). Isso porque a duração da união só tem valor se o cônjuge encontrar nesta a satisfação de suas expectativas.

Giddens (1993) refere-se a essa análise dizendo que se entra em um relacionamento hoje apenas pela própria relação, ou seja, pelo que pode ser derivado por cada pessoa da manutenção de uma associação com outra, e que só continua enquanto ambas as partes considerarem que extraem dela satisfações suficientes, para nela permanecerem.

Os valores do individualismo influenciam a construção e a manutenção do casamento, de modo que os ideais contemporâneos priorizam a autonomia dos sujeitos sobre os laços de dependência (FERES- CARNEIRO, 1998).

Diante dos motivos que estão relacionados para a união, podemos citar alguns como o medo de ficar sozinho na velhice, onde a união seria a cura para a solidão e a sensação de vazio. Loyola (2000) ao escrever sobre este motivo argumentou que embora os motivos sejam diferentes, um deles não pode deixar de ser lembrado, que seria justamente a escassez de homens.

Outro motivo seria os vários anos de namoro como premissa de um futuro casamento, e também o desejo de construir um lar que represente conforto e segurança (BALLONE, 2003).

Sinal dos tempos ou não, a motivação e os requisitos para casar mudou muito. Houve épocas onde as juras de amor eterno era a motivação quase exclusiva para nutrir as expectativas de sucesso matrimonial, hoje se fala, por exemplo, em afinidades de personalidade.

Antes do final do século XVIII, nos casamentos existia certo amor entre os companheiros, ligado as responsabilidades mútuas dos cônjuges no que concerne ao cuidado da família e da propriedade. Hoje em dia, quando um relacionamento não está “dando certo” há uma autonomia de ambas as partes para a separação, simples e prática. E como a facilidade do divórcio que ocorreu com a nova lei acaba por finalizar ainda mais as novas mudanças nesse processo tanto de conjugalidade como de des-conjugalidade.

Há também que se destacarem nesse novo período as uniões estáveis, mas que não passaram pela igreja nem pelo cartório. Ferreira² (2003) denomina esse fato de coabitação, que em outras palavras descreve os casais sem registros, ou seja, abrange as pessoas que coabitam qualquer vinculação institucional sem estarem legalmente casadas.

Como mostra Ballone (2003), entre os jovens, 31% vivem as chamadas uniões informais, ou seja, não são formalmente casados. Nunca foi tão grande o número de casais vivendo juntos sem passar pelo cartório ou pela igreja, caracterizando uma nova maneira das pessoas se relacionarem. Oito de cada dez homens separados se juntam a mulheres solteiras em média nove anos mais jovens que eles. Sete em cada dez matrimônios registrados no Brasil terminam em até dez anos. Uma mulher com menos de 30 anos e sem filhos volta a se casar três anos depois da separação. Se tiver filhos, esse tempo de espera para um novo casamento pode ser maior, em torno de quatro anos e meio.

Entretanto, apesar de tamanho número de pessoas coabitarem devido aos vários motivos convenientes que o casamento proporciona, o mesmo não é como diria nos ditos populares “um mar de rosas”, há problemas e conflitos para a manutenção da conjugalidade, como há em qualquer âmbito da vida social. E como consequência desta instabilidade conjugal, vem o desapontamento e o divórcio.

Como mostra Heilborn (2004), a identidade do casal é situacional. Vários fatores vão influir no casamento seja positivamente ou negativamente, dentre os mais importantes demonstrados pela autora, destaca-se a “servidão mútua”, “monitoramento pessoal”, “contabilidade simétrica”, “reforma do outro” e assim por diante. E ainda acrescenta, afirmando que são múltiplas as explicações como o casamento desliza do pólo positivo para o negativo.

DIVÓRCIO: O Pólo Negativo...Ou Não?

A vida conjugal tornou-se instável, ou seja, sua fragilidade mudou de sentido em relação a outras épocas. Esse período contemporâneo é caracterizado por um maior domínio do destino individual razões que reforçam um sistema de valores que aprova essa autonomia da separação. Há milhares de motivos para o divórcio, assim como para o casamento.

Para Feres - Carneiro (1998), o divórcio é um fenômeno bastante complexo e envolve características pluridimensionais, e que ocorre entre os casais de forma particular.

Sobre o divórcio, Giddens (2002) mostra que essa ruptura no casamento é uma crise nas vidas pessoais dos indivíduos, que apresenta perigos para sua segurança e sensação de bem – estar, ao mesmo tempo em que abre novas oportunidades para seu desenvolvimento e felicidade futuros. E ainda, quanto mais tempo os parceiros viveram juntos isso obviamente antes de se separar, mais longo será o período de luto, no sentido de demorar sob o aspecto da sensibilidade a começar novamente um novo relacionamento. Contudo, essa afirmação não é

regra, ademais o segredo está em passar por esse período de luto para como bem o autor descreve “retomar o controle de si”.

De acordo com as estatísticas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Em 2007 dos 916.006 casamentos realizados no Brasil, (2,9% a mais do que em 2006), o número de dissoluções (soma dos divórcios diretos sem recurso e separações) chegou a 231.329, ou seja, para cada quatro casamentos foi registrado um divórcio. Há exatamente 30 anos depois de instituído em lei o divórcio atingiu sua maior taxa na série mantida pelo IBGE desde 1984. Nesse período a taxa de divórcios teve crescimento superior a 200%, passando de 0,46%, em 1984, para 1,49%, em 2007. Em números absolutos os divórcios concedidos passaram de 30.847, em 1984, para 179.342 em 2007. Em 2006, o número de divórcios concedidos chegou a 160.848. O aumento do número de divórcios pode ser explicado não só pela mudança de comportamento na sociedade brasileira, mas também pela criação da Lei 11.441, de 04 de janeiro de 2007, que desburocratizou os procedimentos de separações e de divórcios consensuais, permitindo aos cônjuges realizarem a dissolução do casamento, através de escritura pública, em qualquer tabelionato do país. As Estatísticas do Registro Civil, divulgadas hoje pelo IBGE, permitem ainda calcular a idade média dos homens e das mulheres à época do casamento. Em 2007, observou-se que, para os homens, a idade média no primeiro casamento foi de 29 anos, e para as mulheres, 26 anos (BRASIL, 2007).

E com relação a essas mudanças legais do casamento que fizeram grande diferença, a começar pelo Estatuto da Mulher Casada, criado em 1960 e regulamentado pela lei 4.121 de 1962, muito embora as maiores mudanças só ocorreram a partir de 1977 com a lei 5.115, que oficializou o divórcio no território brasileiro e, desde então, a quantidade de separações e divórcios têm aumentado significativamente em termos de lei a Constituição de 1988 facilitou a conversão da separação em divórcio com a lei 10.406 de 2002, que modificou substancialmente o Código Civil. Já a lei 5.869, a união estável (informal) adquiriu o status de casamento. E, por fim em 2007 a lei 11.441 alterou, dentre outros, o artigo 1.124a do Código Civil - lei 5.869, facultando a separação e o divórcio em cartório, para os casos consensuais e sem outros impedimentos. Portanto, as análises sociais e estatísticas devem considerar estas e outras modificações. Configurando deste modo as mudanças jurídicas com relação aos aspectos jurídicos dos casamentos e/ou uniões estáveis (ANGHER, 2009).

Esta mudança do perfil jurídico com relação ao divórcio, de certa forma facilitou muito a vida dos casais, tanto na hora de selar o compromisso se deslocando a um cartório,

quando na hora de desfazê-lo, uma vez que basta assinar alguns papéis e pronto, o indivíduo em alguns dias adquire o estado civil de solteiro novamente.

Mas, do ponto de vista sociológico, sobretudo, aos estudos relacionados à família, Singly (2007) considera que quanto mais forte é a adesão ao sistema de valores em que as relações devem sustentar o indivíduo na busca de si, mais o casal é frágil, ou seja, mais propício a separação.

Ainda de acordo com a autora, o divórcio provoca dentre outras coisas, um empobrecimento para a maioria das mulheres no sentido de que a mudança no estado civil levaria a uma degradação do estatuto da moradia, logo uma mudança negativa no nível de vida. Outra característica do divórcio é seu poder de provocar entre os cônjuges um sentimento de fracasso, de perda ocasionando um luto por determinado período de tempo.

Segundo Feres - Carneiro (2003), é que os cônjuges se divorciam não porque desqualificam o casamento, mas porque o valorizam tanto que não aceitam que a relação conjugal não corresponda às suas expectativas. Ou seja, não é a condição de estar casado ou os problemas que antes se percebia, como a infidelidade, por exemplo, que faz um indivíduo se separar, mas a sua expectativa que fracassou ao aliar-se a outra pessoa para viver. Portanto, longe de significar uma desvalorização do casamento, o divórcio reflete uma exacerbada exigência dos cônjuges. No processo de separação, a identidade conjugal, construída no casamento, vai aos poucos se desfazendo, levando os cônjuges a uma redefinição de suas identidades individuais.

Assim fica claro que, não só ocorreram mudanças no processo de união, mas também do processo de separação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste processo de constantes mudanças fica um tanto impossível fazer uma conclusão sobre o estudo da conjugalidade, pois a própria modernidade encontra-se em mudança, os indivíduos em sociedade adquirem ações que vão se modelando com o passar dos tempos em cada contexto que se analise, isso na verdade é um desafio a todos os estudiosos do assunto, pois neste cenário as tendências vão sendo se articulando e dependendo do referencial que se queira examinar, os resultados podem ser bastante intrigante e sob o ponto de vista sociológico esclarecer questionamentos pertinentes para o estudo da sexualidade e a transformação da conjugalidade na modernidade e um grande avanço para a ciência.

Há muito ainda o que estudar, encontrar os problemas também faz parte desse imenso caminho em busca da chave para se entender todo o processo. Segundo Loyola (2000), enfrentar esses problemas é criar as condições necessárias para uma reflexão mais rigorosa sobre a questão da sexualidade, que leve em conta inclusive seu papel político e sua contribuição para a reprodução, tanto dos grupos e classes no interior da nossa sociedade, como de nosso sistema social como um todo.

O resultado que se chegou tende a mostrar que os interesses dos indivíduos em construir um relacionamento diferem em vários sentidos, e que estes relacionamentos tendem a ser tanto formais como informais, a demais outras mudanças substanciais foram ocorrendo com o passar do tempo principalmente com os divórcios, que de acordo com as estatísticas estão ficando cada vez mais freqüentes, esse grande número de divórcios aumentou não porque o casamento signifique algo de importante, mas pelo contrário, é por sua extrema importância que os cônjuges não aceitam que a união não corresponda as suas expectativas.

Deste modo, ao término do trabalho é que se observa como é importante o estudo sobre a sexualidade e as diferentes roupagens que a mesma proporciona, enfatizado neste estudo sobre o casamento. Vale salientar também que diversos autores enfatizam as mudanças sobre o casamento de maneira diferente, mas compreendem que de fato a união matrimonial, está vinculada a diversos fatores, não apenas o que concerne aos sentimentos dos cônjuges. É claro que para classificar melhor e até do ponto de vista matemático quantificar, seria pertinente um estudo mais empírico a fim de se estabelecer a teoria perante a prática. Contudo esse ponto é apenas um dos tantos a serem acrescentado e mais uma vez deixa claro que a conclusão serve para o início de mais estudos e questionamentos.

Para Giddens (2002, p. 26), por mais estimada e aparentemente estabelecida que uma determinada doutrina científica seja, ela está aberta à revisão, ou poderá vir a ser inteiramente descartada à luz de novas idéias ou descobertas.

Enfim, acredito que o trabalho proporcionou de uma forma bastante clara e humilde atender as principais mudanças sobre o casamento revelando deste modo, possíveis reflexões que são pertinentes não apenas para o estudo da sexualidade para a vida de qualquer indivíduo enquanto ser social.

REFERÊNCIAS

ANGHER, A; J. Vade Mecun: Acadêmico de Direito. 8ª Ed. São Paulo: Rideel, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6022: artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, Maio, 2003.

BALLONE, G; J. O Casamento. Revista Psiweb. 2003. Disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/familia/casamento.html>> .Acesso em 11 de julho de 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estatísticas do Registro Civil 2007. Brasília: IBGE, 2007. Disponível em: < www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em : 18 de julho de 2009.

BOZON, M. In: FGV. A nova normatividade das condutas sexuais ou dificuldades de dar coerência às experiências íntimas. Rio de Janeiro, 2004. p. 119 – 153.

FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERES - CARNEIRO, T. Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. Revista Estud. psicol. (Natal) vol.8 no.3 Natal Sep./Dec. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>> , Acesso em: 15 de julho de 2009.

_____.Casamento Contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. Revista Psicol. Reflex. Crit. v.11 n.2 Porto Alegre 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em 25 de julho de 2009.

FERREIRA², P; M. Tendências e Modalidades da Conjugalidade. Revista Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 43, 2003, pp. 67-82. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp)> Acesso em 25 de julho de 2009.

FRANCH, M. Tempo e gênero entre mulheres jovens em união conjugal em grupos populares do Recife. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2008. Caxambu, MG. p. 2-17.

GIDDENS, A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. Conversas com Anthony Giddens: o sentido da modernidade. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

_____. A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da universidade Estadual Paulista, 1993.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HEILBORN, M; L. Sexualidade, Família e Ethos Religioso. 1ª Ed. Garamond: Rio de Janeiro, 2005.

_____. Dois é Par. Garamond: Rio de Janeiro, 2004¹.

_____. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LOYOLA, M; A. A antropologia da sexualidade no Brasil. *Physis* [online]. 2000, vol.10, n.1, pp. 143-167.

LOPES, R; de C; S et AL. Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho. *Psicol. estud.* [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 55-61.

OLIVEIRA, F; de. Os vários tipos de cerimônias de casamentos. 2005. Disponível em <<http://www.noivasecia.com.br/conteudo.php?cod=327>>. Acesso em 10 de julho de 2009.

SINGLY, F; de. *Sociologia da família contemporânea*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

ZORDAN, E; P; FALCKE; D; WAGNER; A. In: *Edipucrs. Como se perpetua a família?: a transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre, 2005. p. 47 – 65. Disponível em:<<http://books.google.com/books>>. Acesso em 08 de julho de 2009.

CUIDAR HUMANIZADO AO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO: VISÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Maria das Graças Melo Fernandes¹
Marcella Costa Souto²
Solange Fátima Geraldo da Costa³
Lara de Sá Neves⁴

RESUMO

O cuidado tem sido expresso na literatura como uma ontologia, uma ética, uma metodologia de investigação, incluindo as formas de ser. O cuidado é mais que um ato singular, ou seja, é um modo de ser no mundo que fundamenta as relações que se estabelecem com os outros. Apesar das reflexões realizadas por estudiosos de diferentes campos das ciências sociais e de saúde com relação a importância dessas relações para a promoção da humanização do cuidado ao idoso hospitalizado, ainda se verifica no contexto dos serviços de saúde situações que caracterizam um cuidado desumano ou um descuidar. A priori, o significado da humanização na área da saúde, há muitos anos vem sendo debatido de modo crescente e sendo elaborado por diversos autores, sempre relacionando a aspectos relacionais dos atores sociais envolvidos. Trata-se de um estudo exploratório que envolveu 25 estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Conclui-se que os estudantes de enfermagem demonstraram preocupação em humanizar o cuidado prestado ao idoso hospitalizado, evocando em seu discurso o desejo de não fragmentá-lo no cuidado, assim como de favorecer uma relação baseada no respeito aos seus valores, reconhecendo seu modo de ser e de viver.

Palavras-chave: Cuidar humanizado. Idoso. Enfermagem.

¹ Enfermeira. Especialista em Gerontologia social pela SBBG. Doutora em Sociologia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e em Gerontologia. Email: marcellasouto@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

⁴ Enfermeira do Programa Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O cuidado tem sido expresso na literatura como uma ontologia, uma epistemologia, uma ética, uma metodologia de investigação, incluindo as formas de ser (SILVA, 1998). Conforme Boff (1999), o cuidado é mais que um ato singular, ou seja, é um modo de ser no mundo que fundamenta as relações que se estabelecem com os outros.

Waldow (1998), em consonância com o pensamento desses autores, define o cuidado como uma forma de ser, de viver, de se expressar, como um compromisso com o bem-estar geral, na preservação da dignidade humana e da vida.

O cuidado nessa perspectiva é humanizado, onde as relações entre o cuidador e o receptor de cuidados são implementadas de sujeito para sujeito. Apesar das reflexões realizadas por estudiosos de diferentes campos das ciências sociais e de saúde com relação a importância dessas relações para a promoção da humanização do cuidado ao idoso hospitalizado, ainda se verifica no contexto dos serviços de saúde situações que caracterizam um cuidado desumano ou um descuidar, particularmente nos setores onde se enfatiza mais o uso da tecnologia do que o contato com as pessoas.

Os dados empíricos que dispomos, fundamentados através da nossa prática profissional, nos permite afirmar que os indivíduos com poucos recursos socioeconômicos bem como evidenciando sinais de fragilidade como aqueles apresentados pelos idosos, possuem maior chance de receberem um cuidado fragmentado nos serviços de saúde, especialmente naqueles de natureza pública, pois, há um alheamento dos que efetivam esse cuidado de que o idoso é um ser holístico, ou seja, mais que a soma de suas partes, com sistemas fisiológicos e psicossociais interagentes.

Corroborando com essa assertiva, Gomes e Fraga (2001) afirmam que na sua experiência em hospitais públicos têm observado que muitas das necessidades do cidadão neste contexto, aqui representado pelo idoso, são esquecidas por parte daqueles que estão engajados no cuidado. Por outro lado, as autoras ressaltam que são impostas para esse cidadão restrições do tipo: limitações no contato com a família, redução de visitas, tratamento não individualizado e, especialmente, cuidado desumano em virtude das normas e rotinas para que o setor “funcione bem.”

Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2004) salientam que no ambiente hospitalar, no geral, as pessoas são transformadas em “objeto do cuidado”, perdendo sua identidade pessoa, o que as torna dependentes e passivas, à espera do “poder científico” que os profissionais da saúde julgam ter.

Apesar da problemática ora exposta no que se refere a carência do idoso de um cuidado humanizado no contexto hospitalar, ressaltamos que algo começa a ser feito no sentido de superar essa questão. Estamos numa fase de mudança, de construção de uma nova concepção, de cuidar, onde haja uma valorização do “acolhimento” do ser cuidado nos diferentes locais onde se efetivam as práticas de saúde, garantindo-lhe um atendimento de qualidade.

Uma consequência disso é a ampliação do conceito de cuidado humanizado para uma dimensão que extrapola uma “ação solidária”. Nesta perspectiva, Frota (2001) destaca que o cuidar humanizado reflete a concepção de qualidade, onde o cuidador é percebido como uma presença dinâmica, capaz de acolher, refletir, reconhecer e desempenhar, com competência e sensibilidade, uma assistência voltada às necessidades do receptor de cuidados.

Corroborando esse pensamento, Mezomo (1991) afirma que o cuidado humanizado no ambiente hospitalar significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais. Do mesmo modo, Santos et al. (2001, p.22) ressaltam que “hospital humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa [...],” aquele que busca superar suas expectativas e necessidades. -

Além da necessidade de focalizar nossa atenção nas questões conceituais referentes ao entendimento do fenômeno sobre investigação, com vistas a proporcionar suporte teórico para a implementação de um cuidado humanizado ao idoso, ressaltamos a importância de realizarmos um trabalho educativo/reflexivo envolvendo estudantes universitários de cursos da área de saúde no sentido de preparar futuros profissionais com uma melhor visão do cuidar centrado na pessoa idosa.

Para o alcance dessa meta, se faz necessário buscar apreender a compreensão desses estudantes sobre cuidado humanizado ao idoso, bem como, identificarmos as estratégias utilizadas pelo grupo para efetivar tal cuidado. Considerando o exposto, este estudo visa o alcance dos seguintes objetivos: compreender a visão de estudantes de enfermagem sobre o cuidado humanizado ao idoso hospitalizado; identificar estratégias adotadas pelos estudantes participantes do estudo para humanizar o cuidado ao idoso no contexto hospitalar.

REVISÃO DE LITERATURA

A priori, o significado da humanização na área da saúde, sob a ótica de Bolela (2008), há muitos anos vem sendo debatido de modo crescente e sendo elaborado por diversos autores, sempre a relacionando a aspectos relacionais dos atores sociais envolvidos.

Minayo (2006) aborda a humanização do setor saúde como um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações. Desse modo, Backes (2006) acrescenta que esta prática requer ainda um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo uma nova postura ética que permeia todo o processo de trabalho em saúde.

Neste enfoque, vale destacar que o termo "humanização" vem sendo utilizado de modo freqüente no âmbito hospitalar e emerge visando o desempenho com competência e responsabilidade de uma assistência de qualidade que resgate o valor do ser humano em sua totalidade e sem discriminação, ou seja, direcionando cuidados de saúde de uma forma holística. Sendo assim, sob a ótica de Pessini e Bertachini (2004), a humanização dos cuidados em saúde considera a essência do ser e o respeito à sua individualidade.

Nesse enfoque, Deslandes (2004) refere o emprego da noção de humanização para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado não apenas sob o ponto de vista técnico, mas também associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Sendo assim, a humanização precisa do aporte da ciência e da tecnologia, mas acima de tudo, precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas (MINAYO, 2006).

Portanto, o processo de humanização no cenário hospitalar está intimamente ligado a um agir ético que transcende a doença e a técnica; que percebe e reconhece que mais do que cuidar de uma patologia faz-se necessário acolher o ser humano, identificando suas limitações, contudo, reunindo esforços que subsidiem um enfretamento satisfatório.

De maneira geral o ser humano é envolvido por sentimentos, atitudes e ações próprias. Assim também ocorre no processo de hospitalização, considerando que cada um reage de uma maneira diferente frente a ele. É preciso olhar o paciente como ser único, com necessidades e crenças individuais, construídas a partir de seu mundo subjetivo e social, que precisam ser incorporadas ao cuidado (BOLELA, 2008).

No entendimento de Mezzomo (2003), no que se refere ao âmbito hospitalar, uma prática humanizadora possuirá em seu cerne aspectos de recuperação e reabilitação da saúde, o que caracteriza uma prática curativista, bem como aspectos de conservação e manutenção salutar da vida, que é tarefa contínua.

No entanto, os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentadas pela profissão implicam em superação da relevância dada à competência técnico-científica em detrimento da humanização; a superação dos padrões rotineiros de produzir atos em saúde, bem como a construção da utopia da humanização como um processo coletivo de ser alcançado (COLLET; ROZENDO, 2003).

Sendo assim, entende-se a humanização como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, englobando a equipe multiprofissional da instituição, levando em consideração que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (MOTA, 2006).

Portanto, vale destacar que a enfermagem, tendo como “objeto” de sua prática o cuidado ao paciente, exerce um papel relevante na humanização da assistência, uma vez que conforme Miranda (2003) dentre as profissões da saúde, a enfermagem é a que está mais próxima ao paciente. Portanto o enfermeiro deve estabelecer um cuidado que busque preservar a dignidade da pessoa humana a partir de um relacionamento interpessoal em que são considerados os aspectos subjetivos do paciente.

Sendo assim, o profissional de enfermagem como partícipe desse processo de humanização hospitalar deve possuir competência técnica e científica, assim como competência humana ao promover bem-estar e conforto fortalecidos por um relacionamento empático firmado na confiança, na relação de ajuda e reponsabilização diante da pessoa vulneralizada pelo adoecimento ao ser em todo o seu ciclo vital. Desse modo, presta-se uma assistência de qualidade à criança, adolescente, adulto e, principalmente, à pessoa idosa, uma vez que vivencia fortemente diversas alterações físicas, biológicas, psíquicas, econômicas e sociais.

Portanto, o cuidar é de grande importância quando dispensado ao cliente e torna-se mais relevante ainda, quando é direcionado a pessoas idosas. Percebe-se que o profissional de enfermagem que assistem esses pacientes têm o desafio de encontrar significados e respostas aos questionamentos do processo de viver – adoecer, curar, morrer – e de implementar medidas para promover a vida ou aliviar o sofrimento.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo exploratório, que na concepção de Gil (2009) tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas a obter uma compreensão geral sobre um determinado fato.

Quanto aos participantes, envolveu 25 estudantes do Curso de Enfermagem que estiveram em estágio no Hospital Universitário Lauro Wanderley, com atividades de cuidado voltadas para pacientes idosos. Vale ressaltar que, no processo de pesquisa foram considerados os aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que diz respeito à autonomia dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento de coleta de dados compreendeu um questionário contemplando dados relacionados às características dos participantes do estudo e questões subjetivas referentes ao objeto de investigação, por permitir ao participante responder essas questões com maior liberdade. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2003. Tal instrumento foi construído no mês de setembro, conforme cronograma em anexo.

A análise dos dados referentes às características dos participantes, foi realizada numa abordagem quantitativa através do índice de frequência e percentual, com demonstração por meio de representação gráfica. Já as informações pertinentes à compreensão dos estudantes sobre o cuidado humanizado ao idoso hospitalizado, bem como as estratégias adotadas por eles para efetivar tal prática, foram analisadas numa abordagem qualitativa.

Quanto à técnica de análise de dados, foi utilizada a Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação de dados discursivos utilizados na pesquisa qualitativa que permite resgatar a compreensão sobre um determinado tema num dado universo.

RESULTADOS

Dados relacionados ao objeto do estudo

Neste tópico do estudo apresentaremos os achados pertinentes a concepção de cuidado humanizado dos participantes da pesquisa, bem como as estratégias efetivadas por eles para implementar tal cuidado ao idoso hospitalizado.

Quadro 1 — Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos estudantes de enfermagem, em resposta à pergunta: Em sua concepção, o que você compreende por cuidado humanizado?

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
--------------------------	---

Cuidado holístico	<p><i>É um cuidado que visa não somente as necessidades corporais, mas também psicológicas, emocionais, familiares e individuais; é um cuidado voltado para atender as necessidades do cliente com responsabilidade, segurança, afeto, paciência, harmonia, enfim, desenvolver um cuidado com amor; trata-se da elaboração e execução de cuidados que atendam as necessidades psicológicas, biológicas e espirituais do paciente, buscando o restabelecimento e manutenção de sua saúde; é prestar um cuidado de qualidade assistindo ao ser humano como um todo vendo não só a patologia; é a visão do homem como um todo, um ser biopsicossocial; é o processo que visa o cuidar de forma mais assistencial e prestativa, tendo em vista todas as necessidades corporais, mais também psicológicas, emocionais e individual de cada paciente; processo através do qual o indivíduo é tratado não só o corpo, mente, espírito; ver o ser humano holisticamente, como pessoa com suas dificuldades, limitações; é a atenção técnica-científica, aliada a todas as dimensões do indivíduo, atendendo suas diversas necessidades com solidariedade, respeitando seu pudor natural.</i></p>
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)
Tratamento respeitoso e sensível	<p><i>Tratar com respeito e atenção suprimindo as necessidades físicas e psicológicas; é uma forma mais sensível de tratar o paciente idoso, respeitando-o como gente que ama e é amado; é a forma sublime de tratar o paciente idoso, buscando desta forma superar suas necessidades, medos e anseios; está totalmente relacionado ao respeito, a ter como prioridade o bem-estar, e um tratamento digno; é respeitar o ser humano através de ações simples como: agradecer, pedir licença, ou seja, amar; é prestar um tratamento individualizado e consciente, com carinho, respeito e atenção as pessoas a qual se interage; é a forma de tratar o ser humano com respeito e</i></p>

solidariedade, podendo se expressar através de ações como ouvir, agradecer, etc.; é a promoção de uma assistência realizada entre humanos com respeito e ótica profissional humana.

Conforme explícito pelos participantes da pesquisa o cuidado humanizado compreende um cuidado holístico ou global e, ainda, um tratamento respeitoso e sensível. Cabe destacar que o cuidar do ser humano na sua totalidade, com competência técnicocientífica e humana, constitui um grande desafio para o enfermeiro, pois implica transformar o ambiente pouco humanizado do hospital, muitas vezes desacompanhada de afeto, atenção e solidariedade, num cenário onde o valor e o significado da vida humana sejam o eixo norteador da ação cuidativa desenvolvida nesse ambiente.

Segundo Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004), um caminho possível e adequado para a humanização do cuidado se constitui, acima de tudo, na presença solidária do profissional, refletida numa forma de cuidar que desperta no ser humano, sentimentos de guarida e confiança.

Ampliando essa análise, Betinelli (2002) ressalta que para a ocorrência de um cuidado holístico e, conseqüentemente, humanizado deve se observar a vivência da solidariedade ética por parte de quem cuida. Esse tipo de solidariedade, conforme o autor, consiste no respeito ao corpo do idoso, à sua individualidade, à sua intimidade, ao seu espaço e às suas crenças, aspectos considerados pelos estudantes de enfermagem envolvidos neste estudo, explícitos no discurso do sujeito coletivo ora analisado: “atendendo suas necessidades com solidariedade, respeitando seu poder natural”, especialmente nos momentos em que se faz necessário a exposição do seu corpo.

Segundo Ferreira e Almeida Filho (2001), expor o corpo da pessoa, especialmente do idoso, configura-se numa violência psicológica e afeta sua integridade moral, pois a nudez associa-se a vergonha (categoria moral) e a sua perda classifica social e moralmente a pessoa. Estes autores recomendam que a nudez do corpo inerente ao processo de cuidar deve se restringir ao espaço intersubjetivo que se estabelece entre os participantes do cuidado (discente de enfermagem/idoso).

No que concerne a concepção de cuidado humanizado dos participantes do estudo como “tratamento respeitoso e sensível” ressaltamos que essa terapêutica constitui um

“cuidado atencioso” que só será implementada se compreendermos o idoso em sua totalidade, nas suas diferenças, no pluralismo, na diversidade e, principalmente, no pressuposto de que a vida humana, como bem fundamental, é resultante de um conjunto de experiências e vivências. A forma como o estudante de enfermagem lida com as experiências e vivências da pessoa idosa, especialmente no contexto hospitalar, irá nortear a relação terapêutica.

Conforme Roach (2003), quando o idoso sente que o estudante de enfermagem presta um cuidado atencioso, isso pode ser a alavanca para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, definida pela autora como um processo interpessoal entre o cuidador e o ser cuidado no qual o primeiro usa ações específicas para ajudar aquele que demanda seus cuidados na resolução ou eliminação de problemas físicos, emocionais ou espirituais.

Uma vez apreendida, de algum modo, a concepção dos estudantes sobre cuidado humanizado, interrogamo-los acerca das estratégias adotadas por eles para a efetivação de um cuidado humanizado ao paciente idosos hospitalizado. Frente a esse questionamento os estudantes de enfermagem, mediante o discurso do sujeito coletivo, sintetizaram suas respostas em três idéias centrais: “individualização do cuidado”, “implementação dos cuidados necessários” e “comunicação efetiva”.

Quadro 2 — Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos estudantes de enfermagem, em resposta à pergunta: Quais as estratégias que você utiliza para a efetivação de um cuidado humanizado ao paciente idoso hospitalizado?

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Individualização do cuidado	<i>Assisto o idoso de forma diferenciada, uma vez que suas necessidades são maiores do que a de outros indivíduos; procuro conhece-lo para identificar suas necessidades e a partir delas procuro desenvolver uma assistência individualizada; atendendo as suas necessidades de modo particular; busco entender que ele é um paciente diferenciado, que além da morbidade, tem uma história singular; proporciono conforto; busco suprir todas as suas necessidades.</i>
Idéia central (2)	Discurso do sujeito coletivo (2)

Implementação dos cuidados necessários	<i>Ajudo a realizar suas atividades; realizo todos os cuidados; realizo todos os procedimentos necessários para proporcionar o seu bem-estar; presto cuidado de acordo com suas necessidades; realizo atividade como banho, higiene e outros; auxílio e incentivo sempre que possível a realização do autocuidado.</i>
Idéia central (3)	Discurso do sujeito coletivo (3)
Comunicação efetiva	<i>Manter um diálogo aberto; converso para esclarecer dúvidas; tento falar claramente, utilizo linguagem acessível; procuro escutá-lo; procuro ouvi-lo com atenção e paciência; converso com o idoso para conhecê-lo melhor.</i>

Quanto ao cuidado individualizado, ressaltado pelos participantes do estudo, compreendemos está inserido no princípio de beneficência, pois, só nesta direção podemos implementar um cuidado que venha a atender as expectativas e necessidades reais do idoso como um ser particular. Contrariamente, estamos proporcionando-lhe ações genéricas que poderão implicar na ocorrência de iatrogenias, num descuidar.

O envelhecimento em si conduz o idoso a demandar a individualização do cuidado, pois, apesar de ser um fenômeno natural, suscita vulnerabilidades na vida daquele que o vivencia. Os idosos, sem necessariamente estarem doentes ou hospitalizados, têm muitas vezes problemas complexos. Portanto, se faz necessário decodificar suas necessidades de forma alerta, tendo sempre em mente o respeito pelos seus anseios. Esta decodificação, válida para todas as idades, é muito mais importante quando se trata de idosos hospitalizados, pois, além de estarem fisicamente enfermos, apresentam, no geral, dificuldades familiares, psicológicas, sociais e muitas outras que requerem um cuidado pertinente.

Assim como os participantes deste estudo, Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004, p.99) também consideram a individualização do cuidado como uma estratégia de humanização: “humanizar o processo do cuidado se resume [...] no esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas; estimulando suas potencialidades; e considerando sua autonomia nas escolhas.”

Além do interesse de desvelar a concepção dos estudantes de enfermagem sobre cuidado humanizado, bem como identificar as estratégias adotadas por eles para implementar

esse tipo de cuidado ao idoso hospitalizado, objeto de análise no tópico anterior deste escrito, solicitamos ao grupo investigado que falasse sobre sua vivência ao cuidar de um idoso nesse contexto. Ante essa experiência, o discurso do sujeito coletivo aponta uma “vivência gratificante” como sua idéia central (quadro 3).

Quadro 3 — Idéia central e discurso do sujeito coletivo dos estudantes de enfermagem, em resposta à pergunta: Fale um pouco de sua vivência ao assistir um paciente idoso hospitalizado?

Idéia central (1)	Discurso do sujeito coletivo (1)
Vivência gratificante	<i>As pessoas idosas que assisti eram muito fortes, pois, apesar da patologia e idade avançada, transmitiam uma alegria contagiante; sempre que assisto um idoso tenho uma vivência agradável, pois este exterioriza mais os seus sentimentos, despertando uma maior sensibilidade; minha vivência sempre foi ótima; é muito gratificante assistir um idoso, pois, aprendemos muito com suas experiências; minha vivência é bastante gratificante, pois o idoso esta sempre disposto a dialogar; vivenciar o cuidado dos idosos sempre foi muito bom, pois eles sempre estão dispostos a cooperar, a dar conselhos e a contar suas experiências; é algo prazeroso, pois o idoso exterioriza com mais facilidade os seus sentimentos, tornando-o mais acessível.</i>

Conforme verificamos os estudantes de enfermagem consideram gratificante cuidar do idoso, especialmente pela possibilidade de crescimento pessoal que essa ação possibilita, dada a experiência de vida, maturidade e abertura expressas pelo idoso.

Ao expressarem essa vivência os participantes do estudo explicitam uma concepção da velhice como um tempo de “sabedoria e serenidade”, derivadas principalmente da experiência, fruto de um ter passado por, de ter tido vivências anteriores as quais o sujeito coletivo percebe como condutas modelares para o indivíduo e a sociedade estabelecer relações humanizadas em diferentes contextos o que também constitui uma forma de cuidado humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização no âmbito da saúde tem se mostrado necessária, e no cenário hospitalar, por que não dizer urgente. Situações de descaso para com os usuários do Sistema Único de Saúde tem ocorrido, com frequência, em todos os níveis de atenção, dentre eles temos, dificuldades de acesso, mau acolhimento e fragmentação das ações de cuidado (BOLELA, 2008).

Como verificamos ao longo deste trabalho, os estudantes de enfermagem demonstraram preocupação em humanizar o cuidado prestado ao idoso hospitalizado, evocando em seu discurso o desejo de não fragmentá-lo no cuidado, assim como de favorecer uma relação baseada no respeito aos seus valores, reconhecendo seu modo de ser e de viver.

Na organicidade do cuidado hospitalar, a efetividade de um cuidado humanizado ao idoso impõe que os profissionais da saúde, especialmente os discentes de enfermagem compreenda-o e trate-o com individualidade, respeitando a sua história de vida e seus conhecimentos, e, além disso, sejam na sua essência humanos. A humanização não acontecerá apenas por exigência dos padrões éticos e sociais vigentes na sociedade, ela deve estar intrínseca ao modo de viver das pessoas, especialmente daqueles que se propõem a cuidar de outros.

Ante a meta de se implementar um cuidado humanizado ao idoso os estudantes de enfermagem precisam vencer o desafio de compatibilizar habilidades técnicas e humanas no desempenho de suas ações, de modo que a multidimensionalidade do viver da pessoa idosa seja considerada. Por esse prisma, a atenção aos idosos assume dimensões e complexidade crescentes.

Por fim, ressaltamos que um cuidado humanizado, eficaz e ético em prol do idoso requer que os profissionais de saúde, aqui representados pelos estudantes de enfermagem, respeitem os idosos no tocante a sua tomada decisão sobre as escolhas terapêuticas e outros aspectos do seu cuidado, e, ainda, no que concerne às diferenças culturais, raciais, religiosas, de sexo e outras.

Diante das considerações apresentadas, o cuidado ao paciente idoso perpassa pelo respeito a sua integridade enquanto ser humano, proporcionando uma continuidade de cuidados que preservem sua identidade pessoal.

REFERÊNCIAS

BACKES, B. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão ética. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v.14, n. 1, p. 132-135. Jan/ fev 2006.

BERTACHINI, L.; GONÇALVES, M. de J. A comunicação como fator de humanização na terceira idade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BOLELA, F. A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Universidade de São Paulo. Dissertação. 125 f. Ribeirão Preto, 2008.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e o trabalho na enfermagem. **Ver Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar./ abr. 2003.

DESLANDES, Suely F.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

FERREIRA, M. D. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Os mecanismos disciplinadores do hospital: as(os) enfermeiras(os) e o poder sobre o corpo do cliente hospitalizado. **Escola Ana Nery – Revista de Enfermagem**, ano 1, n.1, p.103-116, 1997.

FROTA, M. L. M. Enfermagem obstétrica: o cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 52., 2000, Recife. **Anais...** Recife: ABEn, 2001, p.179-185.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, I. L. V.; FRAGA, M. de N. de O. Direitos da pessoa hospitalizada: conhecimento e prática dos enfermeiros. **Rev. RENE**, v.2, n.1, p.103-110, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

MEZZOMO, A. A. Progresso X humanização. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1 p.17-20, 2004.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VERAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, ago. 2006.

PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

SANTOS, R. de L. A. dos. Princípios éticos na prática gerontológica. In: PAPALÉO SANTOS, S. R. dos. et al. **Humanização da qualidade no hospital**: participação de profissionais de saúde. *Temas em Saúde*, ano 1, n.1, p.21-26, 2001.

SILVA, M. J. P.; GRAZIANO, K. V. A abordagem psicossocial na assistência ao adulto hospitalizado. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p.291-296, 1996.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RESGATE NA LITERATURA

Iluska Pinto da Costa¹
Francisca Cristiane Pessoa Lima²

RESUMO

O enfermeiro como profissional da atenção básica, depara-se cotidianamente com dilemas éticos que interferem na resolutividade e eficácia das ações de saúde. A preocupação com os aspectos éticos na assistência a saúde não se restringe a simples normatização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, mas estende-se ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando que a essência da bioética é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade. Dentro deste contexto o presente estudo objetivou identificar os principais dilemas éticos vivenciados por enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Portanto, foi utilizado como recurso metodológico um levantamento bibliográfico realizado durante o período de setembro de 2008 a março de 2009, a partir de obras literárias e artigos relacionados ao tema, tendo como palavras-chaves: ética e enfermagem. A análise dos resultados mostrou que os principais dilemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção básica são referentes à própria organização do sistema de saúde; as relações interpessoais entre os membros da equipe da saúde; aos aspectos inerentes a tomada de decisões no cotidiano envolvendo situações que demandam sigilo e confidencialidade (abuso sexual, maus-tratos, informação de diagnósticos graves) e as limitações impostas pelo próprio programa. Conclui-se, que os dilemas éticos estão presentes na rotina das unidades básicas de saúde, mas, perdem espaço para as situações limites estabelecidas pelo próprio programa. Desse modo suscita-se a necessidade de ampliar as discussões no campo da bioética na atenção básica, procurando soluções para tais questões, com vistas à melhoria da assistência prestada.

Palavras- Chave: Dilemas; Ética; Enfermeiros.

¹ Enfermeira Especialista do Programa de Saúde da Família e de Saúde coletiva.

² Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras -PB

INTRODUÇÃO

O projeto do Sistema Único de Saúde – SUS começou a ser discutido na década de 1970 e foi criado em 1988, com a constituição federal, surgindo com expressão de um processo político de redemocratização do país. Considerando o Brasil como um país de ampla extensão territorial, enormes desigualdades sociais, escassez de recursos e o envolvimento de atores sociais distintos, surgem questionamentos acerca da aplicabilidade e eficácia de um sistema único que norteasse a atenção à saúde como direito de cidadania e dever do estado. Contudo, o SUS foi criado como um sistema que deveria ser construído lentamente com a colaboração de todos os atores sociais nele envolvidos (NUNES et al., 2007).

Segundo Mendes (2002), a atenção básica constitui um dos grandes pilares de sustentação do SUS, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde como:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos, famílias e comunidades por meios aceitáveis e a um custo suportável pelas comunidades e países, independentemente do seu estágio de desenvolvimento. Ela é parte integrante e indissociável do sistema de serviços de saúde, atuando como primeira forma de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde.

Dentro do contexto da atenção básica, o Programa Saúde da Família (PSF) integra um conjunto de medidas com o propósito de constituir-se uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do sistema único de saúde (CARBONE; COSTA, 2004).

Senna (2002) ressalta que a adoção do PSF parte do reconhecimento de que a introdução de mudanças substanciais no setor da saúde, desde a implantação do SUS, apesar de inegáveis avanços, tem resultados pouco perceptíveis na estruturação e organização dos serviços de saúde, exatamente por não promoverem alterações significativas no modelo assistencial.

A expansão do programa saúde da família no cenário nacional traz consigo questões referentes à conduta ética inadequada no processo de cuidar no espaço do PSF. Tais questões são percebidas por profissionais e usuários dos serviços de saúde, no entanto, são por vezes, ignoradas. Zoboli (2006), afirma que as questões éticas em saúde, diferem segundo o nível das ações e dos procedimentos oferecidos; os sujeitos éticos envolvidos; o cenário do serviço de saúde e as soluções encontradas para tais questões.

Contudo, a falha em perceber os problemas éticos vividos na atenção básica pode colocar em risco a atenção à saúde prestada nas Unidades Básicas, rompendo o vínculo

estabelecido entre os profissionais e usuários, ainda que pareçam sutis, a abordagem inadequada destas questões éticas, pode acarretar conseqüências negativas para os usuários de forma individual, para as famílias, para a relação destes com a equipe de saúde e para toda a comunidade adstrita (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006).

Problemas comuns na atenção básica e que podem ser vistos como dilemas éticos referem-se à deficiência na compreensão da estratégia de saúde da família como instrumento de reorganização dos serviços de saúde; a falta de continuidade da atenção à saúde; infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde; deficiência do sistema de apoio diagnóstico; obstáculos relativos ao trabalho em equipe e à formação dos profissionais de saúde que, por vezes, não se adequar as especificidades do trabalho na estratégia de saúde da família (MENDES, 2002).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem contemplado na Resolução do COFEN nº 311/2007 estabelece como princípios fundamentais que os profissionais de enfermagem devem:

Atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais; respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões; exercer suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007).

Zoboli (2006) salienta que a atenção à saúde realizada nas unidades básicas merece lugar nas discussões sobre bioética. A atenção básica quando comparada com a assistência hospitalar, lida com fatos e valores distintos e, por vezes, de maior amplitude, demandando mais investigações que possibilitem aprofundar esta interface da bioética e da atenção básica.

O enfermeiro como profissional da atenção básica, depara-se cotidianamente com dilemas éticos que interferem na resolutividade e eficácia das ações de saúde, limitando significativamente a prática do cuidar.

A escolha do tema é justificada pela amplitude da problemática, pela necessidade de estudos que abordem a dimensão da bioética na atenção básica, especialmente no nível local, e, sobretudo, pela minha vivência, enquanto enfermeira de uma unidade de saúde da família, onde ocorrem situações envolvendo dilemas éticos relacionados à prática do cuidar e a tomada de decisões. Diante desta realidade o estudo proposto tem o objetivo de demonstrar

a opinião de diferentes autores sobre os principais dilemas éticos vivenciados por enfermeiros que atuam na atenção básica com enfoque na Estratégia Saúde da Família.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A bioética é objeto de interesse acadêmico nos centros universitários brasileiros. Poucos campos disciplinares experimentam uma condição tão privilegiada para contemplar as práticas sociais e científicas contemporâneas e suas especificidades. Atualmente no cenário nacional, tem cabido a bioética um lugar de destaque na elaboração de perspectivas dialógicas que contribuam para a busca de acordos éticos. No Brasil, a bioética tem conquistado cada vez mais espaço junto à sociedade civil, as entidades de defesas dos direitos humanos, as instituições públicas e privadas voltadas para a pesquisa e a oferta de serviços de saúde e assistência social (COSTA; FONTES; SQUINCA, 2006).

A palavra ética, do grego *ethos*, refere-se aos costumes, a conduta de vida e as regras que regem o comportamento humano. Circunscrevem-se ao agir humano, nos comportamentos cotidianos. Etimologicamente, ela tem o mesmo significado de moral, sendo usual o emprego destas palavras uma pela outra (ZOBOLI, 2004).

Uma outra definição da palavra ética é encontrada na obra de Jardimino (1998) como a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Esta concepção opõe-se a concepção tradicional, segundo a qual ela representa um simples capítulo da filosofia, mais preocupada com a confirmação de princípios filosóficos do que com a realidade moral da sociedade.

O termo bioética define uma nova ciência ética, que engloba humildade, responsabilidade, competência interdisciplinar e intercultural e que potencializa o senso de humanidade, funcionando como uma ponte entre as ciências biológicas (bio) e os valores morais (ética) do indivíduo (COSTA; FONTES; SQUINCA, 2006).

Para abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a bioética considerada como ética da vida se sustenta em quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos serviços de saúde. São eles: beneficência; não-maleficência; autonomia e justiça (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2004).

Com relação ao princípio da justiça, é importante que haja uma distribuição equitativa dos recursos para a assistência da comunidade que efetivamente garanta que as

peessoas com maiores necessidades sejam atendidas quanto à manutenção da saúde e qualidade de vida (CONSTANTINO; HIRCHHEIMER, 2005).

A autonomia é a capacidade de decidir nas questões que dizem respeito a si próprio, como indivíduo e preconiza que, quando o indivíduo tem condições de pensar e agir de modo livre e independente é dele o direito de decidir, participar e consentir sobre as decisões que dizem respeito a sua pessoa. Este princípio também deve ser considerado nas questões inerentes ao sigilo das informações recebidas (BERLINGUER, 1993).

O princípio da beneficência estabelece a obrigação de cumprir o bem terapêutico do usuário dos serviços de saúde. Junto a este princípio, mesmo sendo diferente, vem o princípio da não-maleficência, que traz como preceito, não prejudicar e não fazer aos outros um mal ao qual o indivíduo não se opõe (BELLINO, 1997).

Considerando a relação existente entre os princípios da bioética e sua aplicabilidade na assistência a saúde do indivíduo, Oguisso; Zoboli (2006) afirmam que a saúde pública é, sem dúvida, um campo vasto para o estudo e compreensão de questões de ordem ética. As autoras ressaltam ainda, que ao intervir no processo saúde-doença da coletividade, com a finalidade de proporcionar melhores condições de vida e saúde para a população, os profissionais que atuam na saúde pública deparam-se cotidianamente com confrontos e conflitos gerados por divergências entre interesses individuais e coletivos, entre a liberdade individual e o bem-estar comum.

Taffner (2005) ressalta que na enfermagem de um modo geral, as questões éticas estão voltadas para o relacionamento com a equipe multiprofissional, a instituição, o usuário e a prestação de cuidados. Dentre os problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção básica e que interferem na prática do cuidar, a privacidade e a confidencialidade das informações encontram-se entre as questões éticas mais habitualmente referidas na literatura.

Fortes e Martins (2000), ressaltam que a privacidade é um princípio derivado da autonomia e que engloba a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que tem o direito de decidir quanto ao sigilo de suas informações pessoais. O autor reforça que no trabalho em equipe multiprofissional, a troca de informações é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na assistência ao indivíduo em sua totalidade. Porém, as informações devem ser limitadas àquelas que cada elemento da equipe necessite para realizar suas atividades em benefício do usuário. Sendo, portanto, necessário uma conduta ética por parte dos profissionais de saúde.

Em se tratando de saúde pública, Durand (2007) ressalta que a formulação e implementação de políticas públicas de saúde também envolvem debates de ordem ética, pois questões como determinantes de saúde, relação prevenção/cura, acesso a tratamentos e listas de espera são comumente suscitadas e todas estão relacionadas à organização dos serviços e alocação de recursos e compreendem um amplo espaço para debates e discussões entre interesses individuais e necessidades coletivas.

Dentro da Estratégia Saúde da Família, a atuação da enfermagem compreende conhecimentos científicos e técnicos, acrescidos de práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, pesquisa e assistência. Este profissional presta serviços ao ser humano dentro do contexto saúde-doença, atuando na promoção da saúde em atividades com grupos sociais ou com indivíduos, respeitando a individualidade dentro do contexto social no qual está inserido (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Diante da extensão das ações atribuídas ao enfermeiro, surge a necessidade de orientar e guiar legalmente estes profissionais quanto à sua conduta ética, destacando-se a importância do código de deontologia da categoria, segundo o qual os profissionais de enfermagem respeitam a vida, a dignidade e os direitos do ser humano, em todas as fases do seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. Estabelecendo ainda, que as atividades de enfermagem devem ser exercidas com justiça, competência, responsabilidade, honestidade e autonomia, respeitando sempre os preceitos legais da profissão (COFEN, 2007).

METODOLOGIA

O recurso utilizado para o presente estudo foi um levantamento bibliográfico realizado durante o período de setembro de 2008 a março de 2009, a partir de obras literárias e artigos relacionados ao tema, tendo como palavras-chave: ética e enfermagem. Os artigos utilizados foram selecionados por meio de pesquisa via internet, através do banco de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online). A análise dos artigos foi realizada mediante a comparação dos dilemas éticos encontrados e reflexão a respeito da prática de enfermagem, fundamentada em literatura pertinente a temática.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os principais pontos levantados neste estudo demonstram que para vários autores a resolutividade das questões éticas enfrentadas no cotidiano dos profissionais de enfermagem está diretamente ligada ao conhecimento e a formação ética destes profissionais.

Rego (2003) chama atenção para a formação dos profissionais de saúde. De acordo com o autor esta deve contemplar o estudo da ética, tendo em vista que a capacidade de identificar uma situação que envolva uma decisão ética é também uma questão cognitiva, uma vez que não se poderia reconhecer algo sobre o qual não se tenha conhecimento.

Ainda para este autor, o ensino e os conteúdos discutidos nas escolas e universidades precisam acompanhar essa evolução, pois, ao atuar nessa realidade, o profissional acaba se deparando com situações que envolvem questões éticas. Na enfermagem, ciência do cuidado humano é indispensável à reflexão sobre essas questões, já que, freqüentemente, os enfermeiros enfrentam dilemas de cunho ético em seu cotidiano, denotando a existência de divergências entre a teoria e a prática.

Lunardi *et al* (2004) concorda com este pensamento ao afirmar que a enfermagem tem suas atividades orientadas por princípios e normas contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, porém mesmo com os códigos, leis e princípios estabelecidos, torna-se desafio o desempenho da prática de enfermagem, já que os conteúdos nem sempre abordam os importantes dilemas éticos que se apresentam no desempenho cotidiano das atividades de saúde. Problematizar o cotidiano, perceber as dificuldades, contradições, elaborar questionamentos é o primeiro passo para se falar em ética.

Outro tópico enfatizado pelos autores refere-se à relação entre ética, prática de enfermagem e os sistemas de saúde. Para Campos; Barros; Castro (2004) o Sistema Único de Saúde assume o compromisso ético de desenvolvimento de política de promoção da saúde, pautada na integralidade e gestão participativa e tem como um de seus eixos temáticos as condições e relações de trabalho.

No entanto, para Senna (2002) estas propostas entram em contradição no que diz respeito a visão idealizada e às condições de trabalho enfrentadas pelos enfermeiros: a baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, acúmulo de funções, a precariedade de recursos materiais, a insegurança no trabalho, dificuldades com os serviços de referência e contra-referência, além de dificuldades de comunicação e relacionamento da equipe de enfermagem com os demais integrantes da equipe.

Situações específicas como o atendimento à criança, ao adolescente, ao idoso, a informação de diagnósticos graves, que sugerem risco iminente de vida, violência, maus-

tratos, abuso sexual, direitos sociais, requerem dos profissionais de saúde atitudes que não encontram respaldo na ética tradicional e hegemônica, são capazes de gerar conflitos vivenciados cotidianamente pelos enfermeiros e permeados por questões éticas como sigilo e confidencialidade, necessitando da busca de fundamentação, documentação, consulta e acima de tudo reflexão bioética.(ZOBOLI;FORTES,2006)

Oguisso; Zoboli (2006) afirmam que os profissionais da estratégica saúde da família apontam os problemas éticos em relação aos membros da equipe de trabalho como mais importantes que aqueles decorrentes da relação com o usuário e suas famílias. Para as autoras existe um paradoxo relativo à interdisciplinaridade: por um lado ela enriquece e qualifica o trabalho realizado, e por outro, gera conflitos de variadas naturezas inclusive éticas.

Dentro da Estratégia Saúde da Família, os principais dilemas éticos podem resultar da própria organização do sistema de saúde; das relações interpessoais (entre os membros da equipe de saúde; relação profissional/usuário); de aspectos inerentes a cada profissional; das limitações impostas pelo programa, etc. Segundo Silva; Zoboli; Borges (2006), a própria multidisciplinaridade, pode suscitar tais problemas. Para os autores a estrutura dos serviços com base na multidisciplinaridade não tem garantido resposta adequada, pois apesar da construção teórica deste modelo ter vislumbrado inúmeras possibilidades, na prática ele ainda está organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas agregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica e na busca da autonomia, resultando na compartimentização do cuidado.

Nas obras analisadas várias questões foram abordadas tendo em vista o cuidar como a essência da profissão de enfermagem. A atitude ética do cuidar do profissional para com o paciente está presente cada vez que ele reconhece seus clientes como pessoas iguais a ele, que precisam ser ouvidas e compreendidas para que exista a interação e, por conseguinte, o cuidado efetivo. É importante que os profissionais respeitem seus direitos e incentivem a autonomia e a auto-estima daqueles que cuidam.

Para Koerich; Machado; Costa (2004), a preocupação com os aspectos éticos na assistência a saúde, estende-se ao respeito a pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando que a liberdade constitui a essência da bioética, devendo ser praticada com compromisso e responsabilidade. Nesse enfoque, Oliveira e Marcon (2006) ressaltam que a postura ética pautada no respeito e no compromisso com as famílias pelas quais são

responsáveis, são atitudes indispensáveis aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, pois favorecem a criação do vínculo profissional/usuário no ambiente do PSF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tantas transformações que estão ocorrendo na sociedade, o enfermeiro depara-se com dilemas éticos em seu cotidiano, que exigem das mesmas ações efetivas.

Considera-se, diante deste estudo, que apesar da abordagem multidimensional (política, social, cultural e espiritual) que vem sendo atribuída ao tema pelos pesquisadores, se faz necessária reflexão constante acerca dos aspectos éticos que permeiam a prática de enfermagem. Novos estudos ainda precisam ser realizados, devendo fazer parte de discussões acadêmicas e profissionais de modo a construir nova ética, baseada no cuidado humano, essência da enfermagem.

Contudo, percebe-se que a melhoria da atuação dos profissionais de saúde, com ênfase na atuação do enfermeiro, somente é possível através da adoção de condutas pautadas nos princípios da ética e bioética de modo a valorizar a dimensão humana daqueles que buscam assistência nos serviços de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BELLINO, F. **Fundamentos da bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru, SP: EDUSC, 1997.

BERLINGUER, G. **Questões de vida**: ética, ciência e saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção básica** : programa saúde da família. Brasília: MS, 2000.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R.B; CASTRO, A.M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** ,vol. 9, p.745, mar, 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 240/2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providencias**. Rio de Janeiro: COFEN, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 311/07**, 08 fev, 2007. disponível em:< **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**>. Acesso em: out 2007.

CONSTANTINO, C. F; HIRSCHHEIMER, M. R. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. **Bioética**. Brasília, vol. 13, nº 2, p. 85-93, 2005.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, S. I. F; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org). **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

COSTA, S; FONTES, M; SQUINCA, F. (Org). **Tópicos em bioética**. Brasília: letras livres, 2006.

DURAND, G. **Introdução geral a bioética**: história, conceitos e instrumentos. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2007.

FORTES, P. A. C; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 53, nº especial, p. 31-33, dez 2000.

JARDILINO, J. R. L. **Ética**: subsídios para a formação de profissionais na área da saúde. São Paulo: Pancast, 1998.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética para dar início e reflexão. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.14, n. 1, p. 106 - 110, mar. 2004.

LEOPOLDO, S. T ; SILVA, F. Da ética filosófica à ética em saúde. In: COSTA. S. I. F; GARRAFA, V; OSELKA, G. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

LUNARDI, V.L.et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, vol.13, p.8, jun.2004.Disponível em:<<http://www.sicelo.br/scielo.php>> Acesso em:dezembro de 2008.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NUNES, L. A. et al. **Por dentro do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2007.

OGUISSO, T; ZOBOLI, E. (orgs). **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri, SP: Manole, 2006.

OLIVEIRA, R. G; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no programa saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá- Paraná. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 41, nº 1, p. 65-72, jan 2006.

REGO, S. A. **Formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cadernos de saúde pública**. Vol. 18, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielophp>>. Acesso em: out 2007.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética**: aspectos médicos sociais. São Paulo: Loyola, 1997.

SILVA, L. T; ZOBOLI, E. L. C. P; BORGES, A. L. V. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do PSF. **Revista Cogitare Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 133-142, mai/ago. 2006. Disponível em :<<http://www.scielo.br/sciolo.php>> Acesso em: 12 de janeiro de 2009.

SILVA, L. T; ZOBOLI, E. L. C. P; BORGES, A. L. V. Bioética em atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do psf. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, vol. 11, n° 2, p. 133-42, ago 2006.

TAFFNER, V. B. M. **Dilemas éticos**: a percepção de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica, 2005. 108 f. Dissertação- (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. **A descoberta da ética do cuidado**: o foco e a ênfase nas relações. Revista da escola de enfermagem da USP. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-7, out. 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 6, abr/jun. 2006. Disponível em : <<http://www.scielo.br/sciolo.php>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2009.

DIMENSÃO ÉTICA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE FACE AOS DIREITOS HUMANOS DO INDIVÍDUO COM HANSENISE

Ana Karina Lima Buriti¹
Fernanda Sibely Ribeiro Batista²
João Domingos dos Santos Neto³
Rosana Ferreira da Costa⁴

RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, ocasionada pelo *Mycobacterium Leprae*. Trata-se de um processo destrutivo, lentamente progressivo que atinge principalmente a arquitetura nervosa periférica e troncos neuronais profundos, a doença de Hansen em estágios avançados, pode ocasionar distúrbios de sensibilidade em diversas estruturas que podem evoluir para deformidades e incapacidades físicas, em diferentes graus. Na busca incessante pelo conhecimento, dissertar sobre a dimensão ética dos profissionais da saúde face aos direitos humanos do indivíduo com Hanseníase, o presente estudo tem como objetivo descrever as Leis dos direitos humanos da saúde do indivíduo Hansênico; descrever os cuidados dos profissionais da área de saúde e a efetividade da equipe multidisciplinar na atenção e otimização do atendimento a pessoa com Hansen a fim de debater questões de ordem prática para implantação efetiva de outros profissionais da saúde nas equipes interdisciplinares que atuam diretamente com pacientes acometidos de Hansen em todas os níveis de atenção a saúde: da atenção primária ao processo de reabilitação. Para que fosse possível a realização desta pesquisa, adotamos a abordagem bibliográfica, delineando traços de um estudo qualitativo baseado em evidências. E com isto concluímos que o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o biodireito, em especial, voltado para as doenças de notificação compulsória pela geração de agravos que as acompanham, principalmente nos casos de Hanseníase e AIDS, formentam a discussão sobre a efetividade das Leis e Portarias vigentes no cenário político-social da realidade do cotidiano destes indivíduos ensejando a utopia de uma sociedade igualitária que permita o acesso gratuito e de qualidade da assistência à saúde nos mais diferentes níveis de atenção à saúde voltados para pacientes com Hanseníase.

¹ Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral pela UNP e Especialista em Audiologia Clínica pela FIP. anak_buriti@yahoo.com.br

² Fonoaudióloga. Especializanda em Audiologia Clínica pela NSL. fernandaribeiro_fga@hotmail.com

³ Fisioterapeuta. Especialista em Análise Neurofuncional Pediátrica pela UEPB. jdnfisio@hotmail.com.br

⁴ Fonoaudióloga. Especializanda em Audiologia Clínica pela NSL. mildate@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Diante do longo processo de separação social dos leprosos da antiguidade a patologia atualmente denominada hanseníase gera polêmica e instabilidade de segurança a respeito do desconhecimento dos procedimentos de cura.

Por se tratar de uma patologia dotada de elevados potenciais físicos sociais e psíquicos no indivíduo canaliza-se uma gama de leis deste âmbito estudado milenarmente a fim de cessar o preconceito alheio social.

Embasado na gradativa evolução dos tratamentos clínicos, terapêutico e medicamentosos desde os primórdios da humanidade o indivíduo com esta patologia adquire novas possibilidades a seu prol dos aspectos supracitados.

Uma vez a auto estima destes, completamente deformada pela segregação social mediante as sofríveis condutas características da patologia, somadas as multivariadas preocupações a respeito da qualidade de vida interação-social dos hanseníacos.

A partir destas motivações secularmente observadas por diversos pesquisadores de áreas afins, surgiu a necessidade da formulação legal canalizando os direitos humanos sociais, beneficiando-os relativamente garantindo a maximização do processo saúde doença aos processos de cura reabilitação.

Destacamos a ética do cuidado, cuja perspectiva tem especial significado nas relações que se estabelece. Falar sobre a dimensão ética do agir, quando a desumanização dos contextos e das relações dos profissionais se tornou uma preocupação crescente, leva a que se questione a qualidade dos cuidados dos profissionais da saúde. Estes cuidados desenvolvidos com base no respeito pela vida, dignidade e direitos humanos, devem constituir-se na garantia da defesa da liberdade da pessoa humana. Só nesta perspectiva, faz sentido evocar a qualidade da assistência à saúde. A dimensão ética assume particular relevância no processo de tomada de decisão e a sua clarificação e assunção por parte dos profissionais da área de saúde, nos seus comportamentos profissionais, torna-se um desafio.

Seres humanos antes vistos como restos mortais da sociedade, ressuscitam sua importância junto aos demais cidadãos, e reescrevem uma nova história de luta em defesa e preservação dos direitos humanos dos indivíduos com Hansen juntamente aos outros grupos marginalizados.

No tocante a temática, e o envolvimento do profissional da área de saúde em relação aos direitos humanos do indivíduo, dito como paciente, em sua atuação de trabalho, despertou-nos o interesse em desenvolver um estudo na busca de respostas para o seguinte

questionamento: “Quais as condutas da Bioética e Biodireito que o profissional da área da saúde pode apresentar diante de um indivíduo com a doença de Hanseníase?”

Logo, para responder ao questionamento proposto, este trabalho tem o objetivo de:

- ⇒ Descrever as Leis dos direitos humanos da saúde do indivíduo Hansênico;
- ⇒ Descrever os cuidados éticos dos profissionais da área de saúde e a efetividade da equipe multidisciplinar na atenção e otimização do atendimento a pessoa ao indivíduo Hansênico.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Hanseníase trata-se de uma doença infecto contagiosa crônica ocasionado pelo *Mycobacterium leprae*. Trata-se de um processo destrutivo e lentamente progressivo que atinge particularmente os nervos periféricos. O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial da doença em número de casos, o que o torna uma região potencialmente endêmica, revelando-se uma grande preocupação para a organização mundial de saúde. (COURA, 2005; FOÁCCIA, 2005; FONSECA, 2003; HINRICHSEN, 2006; OMS - 2006-2010).

Embasado em Tosta (2001), na atualidade, diversos autores elaboraram estudos acerca das reações Hansênicas e suas respectivas manifestações, buscando referências condizentes dirigidas à interação entre o Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Imunológico (SI), assemelhando as substâncias produzidas por estes diferentes sistemas que interagem entre si para os mecanismos de defesa do organismo humano tais como: neuro-hormônios, hormônios endócrinos (encefalinas e endofinas) na produção de células imunes.

A Paraíba encontra-se na faixa de alta endemicidade. E o maior índice de doença no estado ocorre na faixa etária de 25 a 60 e representam o maior número de casos para a classificação operacional das formas tuberculóides e virchowianos. Os órgãos frequentemente acometidos pela hanseníase pela pele são: o derme, a cavidade nasal e laríngea, região óptica, membros distais, troncos nervosos profundos e pavilhões auriculares, (local de predileção para a instalação do bacilo). (CHAVES, 1997; FONSECA, 2005)

A possibilidade da ocorrência de reações, períodos de inflamação aguda no curso da doença podem causar graves danos, como perda da função dos nervos devido ao edema e a pressão exercida sobre o nervo. Essa inflamação é causada pela ação do sistema imunológico, sendo esta, uma resposta usual do organismo frente à infecção que podem levar determinadas estruturas a perda total irreversível das suas funções. (ANDRADE, 2005; GOULART, 2008;

HINRICHSEN, 2205; QUEIROGA, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; SANTOS et al 2000).

O impacto social patológico ainda é um estigma generalizado, tanto em países e áreas endêmicas, quanto em países que concentram baixíssimo índice da mesma. Comumente têm-se a mistificação social a respeito da perfeição estética, ao se depararem a um patamar determinado de indivíduos com as diferenciais características da doença (deformidades ou/e incapacidades), a sociedade entra em estado de choque propriamente dito, causando preconceito e exclusão, representando em termos práticos uma aparência desagradável repulsiva e nauseante na maioria dos casos. (BACONCINI, 1990 apud JUNQUEIRA, 2006).

Sendo esta patologia uma doença crônica progressiva, se faz necessária uma intervenção multidisciplinar. A integralidade de conhecimentos pertencentes a diversas áreas da saúde contribuem para despertar nos demais profissionais participantes da equipe acerca da visão óptica do Fonoaudiólogo, principalmente referente à probabilidade e ocorrência de perdas funcionais de músculos faciais e funções estomatognáticas, bem como, no que se refere as funções auditivas, considerando os estudos publicados referentes a incidência e prevalência de perdas auditivas nesta população. (BARBOSA, 2004; RODRIGUES, 2003; QUEIROGA, 1997; RUSSO, 2005; SILVA et al s/d; SBFA, 2004)

A integralidade como princípio básico do SUS está inserido na conduta relevante desta ciência em assisti-los. Para a assistência da saúde, na área Fonoaudiológica da saúde coletiva focalizada no paciente com Hansen, refere-se a diversos estágios evolutivos desde a prevenção primária, detecção, diagnóstico, monitoramento, a reabilitação dos distúrbios da comunicação humana em especial os auditivos, os quais são ocasionados pela presença do bacilo supracitado e suas respectivas complicações e implicações para o mecanismo auditivo.

Diante da gama problemática enfrentada por aqueles que possuem a doença concomitantes ao conjunto de repercussão depressiva, enfatiza-se o reconhecimento precoce a luz de equipes interdisciplinar ou multidisciplinares inserindo as condutas audiológicas e consequentemente o tratamento medicamentoso e terapêutico, como um leque de solução não tardia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental voltada aos aspectos legais no campo da saúde do indivíduo com Hanseníse, contidas on-line no site do Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde, e na Constituição Federal.

O estudo será realizado por meio do levantamento de documentos legais relacionados aos direitos da saúde do doente de Hansenise.

1 etapa: Levantamento breve histórico da evolução social focalizando a sinopse das políticas públicas criadas em defesa do doente portador de hanseníase; assim como, os aspectos legais relacionado com a saúde do indivíduo com Hanseníase.

2 etapa: Atuação dos profissionais da área de saúde que lidam com o doente com Hansenise, e suas correlações com leis em vigor; buscando uma fundamentação teórica baseada na bioética e biodireito do indivíduo com hanseníase.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A constituição brasileira prevê que todo cidadão deve ser bem atendido, avaliado e ter acesso ao atendimento multiprofissional, quando necessário, é um direito de todos os brasileiros.

A equipe que acompanha o tratamento do indivíduo com hanseníase é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde. Assim como, os serviços ambulatoriais como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a assistência psicológica e a assistência social, e ainda, o nutricionista e o fonoaudiólogo, como descreveremos abaixo na tabela 1.

Tabela 1 - Descreve os objetivos de cada profissional da saúde na assistência ao paciente com hanseníase.

PROFISSIONAIS	OJETIVOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
Médico Clínico geral Médico Dermatologista Médico Cirurgião Médico Otorrinolaringologista	✓ Consultar, avaliar e acompanhar o paciente; ✓ Diagnosticar e encaminhar à exames complementares; ✓ Tratar adequadamente, com os medicamentos específicos, incluindo o PQT (Poliquimioterápico); outros medicamentos, quando indicados; ✓ Ser encaminhado para outros especialistas ✓ Avaliar as reações e dores nos nervos (neurites); ✓ Avaliar o grau de incapacidade; ✓ Promover Cirurgias reparadoras;
Enfermeiro Assistente Social	✓ Acompanhar o tratamento de feridas. ✓ Buscar os comunicantes (familiares, amigos, colegas íntimos, etc) que precisam fazer exames clínicos e tomar a BCG. ✓ Buscar incentivos para evitar o abandono do tratamento, por meio de ações que facilitem o ir e vir do paciente, através de vales transportes, alimentação

	e outras ações; ✓ Facilitar o contato entre o paciente e a Previdência Social, na busca de seus direitos; ✓ Facilitar o contato entre o paciente e a instituição empregadora, para facilitar os seus direitos; ✓ Criar uma boa relação com a comunidade, por meio de ações educativas, em escolas, associações comunitárias, sindicatos, e outros espaços que possam ajudar as pessoas com hanseníase.
Fisioterapeuta	✓ Reabilitar as incapacidades físicas, pré e pós aquisição de órtese e prótese.
Nutricionista	✓ Reabilitar as carências nutricionais.
Fonoaudiólogo	✓ Reabilitar o paciente com dificuldade de deglutição; Realizar exames de diagnóstico auditivo; Reabilitar com uso de prótese auditiva.
Psicólogo	✓ Ouvir o indivíduo, de modo a auxiliá-lo na compreensão e na aceitação do diagnóstico da hanseníase e contribuir para que ele tenha condições de enfrentar o processo de adoecimento. Este apoio pode ajudá-lo a conhecer mais sobre ele mesmo e a fortalecer a sua vida até a sua cura e às vezes até muito tempo depois da cura.
Agente comunitário de saúde	✓ Orientar o paciente sobre prevenção de incapacidades, podendo também, auxiliar o enfermeiro e o assistente social.

Dentre as especialidades médicas, a dermatologia, neurologia, otorrinolaringologia e a infectologia caminham juntas a fim de minimizar as multivariadas e, por competências, estabelecem condutas clínico-medicamentosas a fim de tratar respectivamente as afecções na derme; arquitetura funcional dos troncos nervosos profundos e periféricos; desobstrução das cavidades orais, paranasais e da orelha média; bem como do controle a extinção do bacilo. ANDRADE(2005); COURA (2005); FOCACCIA (2005); HINRICHSEN (2005); KOYUNKU, (1997); LOPES FILHO (2004); PENA (1998); PREVEDELLO (2007); RUBIN (2006).

O fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e ainda o fonoaudiólogo podem auxiliar nas incapacidades física. O uso de órteses e próteses são necessários na reabilitação, pois estes equipamentos aumentam as possibilidades de independência e inclusão das pessoas no trabalho e na comunidade.

Por possuírem condutas terapêuticas e reabilitadoras muito semelhantes, a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia também constituem elo integrante no atendimento aos pacientes com Hansen principalmente nos estágios mais evolutivos da doença, e o perfil dos pacientes

que são encaminhados para estas duas modalidades de tratamento são aqueles que evoluem com deformidades em membros e sistemas musculares próprios que possuem incapacidades físicas em diferentes graus ou com tendências a adquirirem tais incapacidades bem como atuam nos processos de reabilitação músculo esquelética: fisioterapeuta e relacionadas as funções e estruturas funcionais como a marcha, pega de objetos e que envolvem órgãos dos sentidos como a visão por exemplo, ficam a cargo do terapeuta ocupacional. (CREFITO, s/d)

Enquanto o nutricionista trabalha com a composição nutricional da reabilitação das carências nutricionais do paciente com Hansen, dentre outras funções, a Fonoaudiologia atuante no setor ambulatorial ou em leito na área de Motricidade Oral objetivará devolver ou adaptar as múltiplas alterações nas funções estomatognáticas prejudicadas por edema e outras manifestações patológicas nas estruturas orais e adjacências a fim de retroceder sinais e sintomas da disfagia oral e faríngea nesta população. (BARBOSA, 2007)

No que se refere a comunicação humana e seus distúrbios, a Fonoaudiologia e a Otorrinolaringologia estão interligadas às funções auditivas da prevenção a reabilitação destas funções cada qual às suas competências. As perdas auditivas são consideradas por Barbosa (2007); Rodrigues (2005) e Batista (2008) como um fator relevante a ser considerado como agravante para o isolamento social destes sujeitos principalmente no que se refere aos distúrbios da comunicação oral (recepção e compreensão da informação falada) que são acarretados em detrimento do comprometimento auditivo que geralmente encontra-se na faixa de acometimento leve a severo.

De acordo com Russo *et al* (2005) a intervenção odontólogo junto aos pacientes com hanseníase compreende desde a fase preventiva com a higienização da cavidade oral para evitar as infecções oportunistas e o surgimento de doenças periodontais severas a protetização alveolar destes sujeitos, em estágios mais avançados da Hansen que comportará os recursos da reabilitação dentística - estética.

As condutas do psicólogo na assistência a pessoas com doenças crônicas em geral são as mesmas, no entanto, diversos efeitos psicológicos desencadeados frente ao estigma da Hansen frequentemente estão associadas a não aceitação da doença, vergonha, fuga e isolamento social, labilidade emocional, déficits na auto-estima e n os relacionamentos familiares, somados ao estresse, dor física social pelo medo de manifestações mais brutais da doença (JUNQUEIRA, 2006; BAIALARDUI, 2007).

Ao relatar a experiência de um grupo de relatos, Baiardi (2007) traz um paralelo entre a situação real do doente de Hansen e o que e a criação de programas de acolhimento,

escuta e maximização da qualidade de vida e auto-estima ao associar a figura do paciente com hanseníase a como um ser que perde sua identidade e as características básicas para ser aceito nos meios aos quais estão inseridos. Frente a doença, quebra-se o elo com estes determinados grupos e conseqüentemente levam o indivíduo a segregação social e ao isolamento familiar, ocupacional e interacional.

A autora supracitada faz a relação entre a situação do portador de Hansen comumente encontrada por psicólogos. No entanto, tais comportamentos tendem a ser banidos quando os centros de atendimento a estes pacientes passam a oferecer programas de acolhimento e escuta conjunta. Frente a esta definição, a autora torna pública a efetividade desta modalidade de tratamento ao descrever o seu trabalho junto a equipe de psicólogos com grupos de sujeitos acometidos pela doença.

O assistente social poderá orientar e encaminhar o indivíduo com Hanseníase à aquisição gratuita de órteses e próteses, cujo estado ou município fornece, mediante seus direitos à saúde, que descreveremos a seguir.

A tabela 2 abaixo, descreve as leis e portarias legais em defesa dos indivíduos acometidos pela hanseníase a fim de traçar um paralelo entre a legislação vigente e os direitos assegurados por estas.

TABELA 2 - Leis referenciadas e suas ementas, relacionada aos Direitos Humanos de indivíduo acometido pela Hanseníase.

REFERÊNCIA/ LEI	EMENTA
LEGISLAÇÃO SANITÁRIA DA PRIMEIRA REPÚBLICA Decretos nº 5.156, de 1904 (Regulamento Sanitário Federal), e 10.821, de 1914	previam o isolamento de pessoas com hanseníase em colônias construídas especificamente para esse fim.
DÉCRETO FEDERAL Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923	a disposição de que o isolamento das pessoas com hanseníase deveria ocorrer, preferencialmente em colônias, definidas nesta norma como estabelecimentos nosocomiais.
MINISTÉRIO DA SAÚDE Decreto n. 76.078 04/08/1975, (DOU, de 05/08/1975)	adotou o termo hanseníase em 29 de março de 1995 pela Lei federal número 9.010. Tornou-se assim, obrigatório o uso da terminologia hanseníase em substituição ao termo “lepra” ⁹ . Porém a adoção não foi universal, além de não ter sido acompanhada de um esforço

	educativo, para mudar as atitudes diante da doença.
CONSTITUIÇÃO FEDERAL O artigo 196, 1988	afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”
ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU - Artigo I, 1948	“Toda pessoa tem o direito de ser tratada pelos agentes do Estado com respeito e dignidade”
BRASIL O Decreto nº. 3.298 de 20 de dezembro de 1999,	garante às pessoas com deficiência programa de prevenção, de atendimento especializado e de inclusão social, qualificação profissional e incorporação no mercado de trabalho.
DECRETO Nº. 3.298 DE 20/12/1999 Artigo 18	“Incluem-se na assistência integral à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência a concessão de órteses, próteses [...] dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa portadora de deficiência.”
MINISTÉRIO DA SAÚDE- SUS A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990	regulamenta no título I, artigo 2º, reafirma: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”
O DECRETO Nº. 5.296 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2004. Capítulo II, art. V, parágrafo 1º. Inciso I. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, adotada pela organização das nações unidas – ONU, em 13 de dezembro de 2006.	considera pessoa portadora de deficiência a pessoa que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de alguma atividade, podendo apresentar deficiência física; deficiência auditiva; deficiência visual; deficiência mental e deficiência múltipla.
DECRETO Nº. 5.296/2004, Artigo 6º	O atendimento prioritário compreende Tratamento diferenciado e atendimento imediato
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DOU DE 19/09/2007 LEI Nº 11.520, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007	Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.

A pessoa que apresenta uma incapacidade ou falta de capacidade para realizar alguma atividade, nem por isso perde os seus direitos de poder realizar outras atividades e até mesmo readquirir a capacidade perdida. (DECRETO nº 5.296, cap. II, art. V, , inciso I). Da mesma forma assegura a pessoa atingida por hanseníase que pode vir a adquirir uma deficiência, uma dificuldade de ordem física, como rigidez nas articulações das mãos, que pode levá-la a uma incapacidade de costurar, pegar um copo, e outras coisas mais.

Diversas outras lei dos direitos humanos são citadas para assegurar o direito da pessoa atingida por Hanseníase, que são em comum a diversas outras incapacidades por doença, são elas:

- Direito de acesso: é a pessoa poder ser incluída em todas as necessidades básicas do ser humano como ter água, saneamento básico, energia, ambientes saudáveis, escola, universidade, saúde, trabalho, cultura, lazer, esporte, turismo e muitos outros. Conforme Lei nº 8.213/91 regulamentada pelo Decreto nº 3.298 de 1999.

- Direito à acessibilidade: é a pessoa poder usar, com segurança e autonomia, os espaços, os mobiliários e os equipamentos urbanos, as edificações, os serviços de transporte e os meios de comunicação e informação as pessoas.

Na Lei nº 11.520, o congresso nacional decreta no Art. 1º É assegurado, às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, pensão mensal vitalícia correspondente a setecentos reais, conforme disposto em regulamento.

Junqueira (2006); Claro (2003) e Gonçalves (1979) trazem em seus estudos a constância do isolamento social e laborativo uma vez que grane parte da rotina dos indivíduos hansenicos encontram,-se na faixa etária de aptidão pro ativa para as atividades ocupacionais, concentrando nestas atividades, maior parte do sua rotina diária. Sem trabalho, surge o sentimento de incompetência e auto-rejeição, que posteriormente podem os conduzir a estados depressivos ou psicossomáticos. Com a saída definitiva ou gradual das atividades empregatícias remuneradas e razão da pensão vitalícia, que lhe são de direito, quando estes horários e atividades não são remanejadas para fins terapêuticos e sócio-interacionais, indiretamente podem maximizar o sentimento de morte social entre esta população e conseqüentemente a não aceitação da doença, abandono do tratamento, substima e baixos índices de satisfação pessoal.

Art. 2º A pensão de que trata o art. 1º será reajustada anualmente conforme os índices concedidos aos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.

Art. 3º A pensão especial de que trata esta Lei, ressalvado o direito à opção, não é acumulável com indenizações que a União venha a pagar decorrentes de responsabilização civil sobre os mesmos fatos.

Parágrafo único. O recebimento da pensão especial não impede a fruição de qualquer benefício previdenciário.

Art. 4º O Ministério da Saúde, em articulação com os sistemas de saúde dos Estados e dos Municípios, implementará ações específicas em favor dos beneficiários da pensão especial de que trata esta Lei, voltadas à garantia de fornecimento de órteses, próteses e demais ajudas técnicas, bem como à realização de intervenções cirúrgicas e assistência à saúde por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.

Muitas pessoas que tem a doença não tem conhecimento de seus direitos, com isso, a falta de informação faz com que as pessoas demorem a procurar auxílio. Em diversos artigos encontrados sobre o assunto, observamos que ainda existe a dificuldade no entendimento dos conceitos pelos pacientes e na visão deles, pela sociedade, podendo esta ser uma das causas do estigma. A falta de informação se estende aos aspectos da doença como a forma de transmissão, tratamento entre outros (FEMINA, 2007)

CONCLUSÃO

A temática ora apresentada propôs induzir o leitor a reflexão da dimensão ética dos profissionais da saúde estabelecendo elo intrínseco entre a otimização do atendimento interdisciplinar na reinserção dos indivíduos hansênicos na vida social como mecanismo de melhoria na qualidade de vida destes sujeitos.

O debate de inter-profissões da saúde a cerca das condutas éticas, competências e lacunas interdisciplinares evidentes na espera do atendimento público abre um leque de níveis informações relativas a eficácia destes serviços bem como propõe-se a solucionar problemas de ordem prática e essencial como por exemplo a globalização do atendimento fonoaudiológico, nutricional, Terapêutico-Ocupacional, etc, que atualmente, se funcionam, o fazem em condições mínimas de atuação pela ausência do interesse político-administrativo para regularização destas profissões nas equipes interdisciplinares dos Centros de Referência e Distritos Sanitários de saúde.

O conhecimento dos profissionais da saúde sobre o Biodireito, em especial, o biodireito voltado para as doenças de notificação compulsória pela geração de agravos que as acompanham, principalmente nos casos de Hanseníase e AIDS, formentam a discussão sobre a efetividade das Leis e Portarias vigentes no cenário biojurídico e político-social da realidade do cotidiano destes indivíduos e sociedade.

REFERÊNCIAS

CHAVES, A. E. P. **Participação do Enfermeiro no Programa de Controle da Hanseníase em Centros de Saúde: Análise e Depoimentos.** [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública], João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde-CCS, UFPB, 1997.

CLARO, L. B. L et al., **Redução dos índices de Abandono Terapêutico no Programa de Controle da Hanseníase. A Experiência de um Serviço de Saúde** no Rio de Janeiro, Out/Dez 2003.

CORTELA, D.C.B; IGNOTTI, E. **Lesões Visíveis na Hanseníase: O papel do Cirurgião-Dentista na Suspeita de Casos Novos.** Revista Brasileira de Epidemiologia, Vol. 11, 2008.

COURA, J.R. **DIP: Dinâmica das Doenças Infecto-Contagiosas e Parasitárias.** Vol2, Capítulo 116, pgs 1383 a 1392, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FONSÊCA, L. C. T. **Perfil do Doente de Hanseníase do Estado da Paraíba.** [Mestrado em Saúde Pública], Centro de Ciências da Saúde – CCS, João Pessoa: UFPB, 2003.

JUNQUEIRA, A. V; **Aspectos Psicopatológicos na Hanseníase e nas Reações Hansênicas.** [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Goiás; Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, da UFGO: Goiás, 2006.

GONÇALVES, A. **Incapacidade na Hanseníase: Um Efeito da Realidade em Nosso Meio.** Revista hansenologia Internacionallis, [on line] 4 (1)26-35, 1979.

GOULART, C. **Hanseníase: Episódios Reacionais.** Fonte: www.projetodiretrizes.org.br. Acesso em 28 de Abril de 2008 às 18:44 hs.

HINRICHSEN, S. L et al. **Aspectos Epidemiológicos da Hanseníase na cidade de Recife/Pernambuco no ano de 2006.** Recife: Caderno de Saúde Pública, ano 2006

LIMA, T. N. A. **Hanseníase: Em Foco o Abandono Terapêutico.** Centro de Ciências da Saúde- CCS: João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2000.

LOPES FILHO, O; CAMPOS, C. A. **Tratado de Otorrinolaringologia: Doenças Granulomatosas em Otorrinolaringologia;** São Paulo: Rocca, 2004.

MARTINS, A. C. C; CARVALHO e CASTRO, J; MOREIRA, J.S. **Estudo Retrospectivo dos Dez Anos de Endoscopia das Cavidades Nasais de Pacientes Portadores de Hanseníase.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Vol 07, nº 05, São Paulo, Set/Out, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático para o Controle da Hanseníase;** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Fonte: www.ministeriodasaude.gov.br Acesso em: 21 de Setembro de 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Estratégia Global para Aliviar a Carga da Hanseníase e Manter as Atividades de Controle da Hanseníase. Plano 2006-2010** Fonte: www.pas.org.br/prevencao/site/uploadarq/estrategiaglobal.pdf . Acesso em: 21 de Outubro de 2008 as 14:22 hs.

PENNA. **Doenças Infeciosas e Parasitárias. Aspectos Clínicos de Vigilância Epidemiológica Controle.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. www.brasil.gov.br/ministeriodasaude. Acesso em: 13 de novembro de 2008 as 00:16 hs.

PREVEDELLO, F. C; MIRA, M. T. **Hanseníase: Uma Doença Genética?** [Artigo de Revisão] Vol. 5, nº 82, pgs. 451-459. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2007. Fonte: www.sociedadebrasileiradedermatologia.org.br Acesso em: 10 de Novembro de 2008 às 00:35.

ROCHA, V.B; CARVALHO, S.V; ARAÚJO, M.G **Linfoma de Hodgkin: Simulado de Hanseníase Virchowiana.** Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol 78, nº 03; Rio de Janeiro, Maio/Junho de 2003. Fonte: www.sociedadebrasileiradedermatologia.org.br Acesso em: 10 de novembro de 2008

RODRIGUES, R.C. **Hanseníase: Características Auditivas e Epidemiológicas.** [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública] (CnpqAM), Fundação Oswaldo Cruz; Recife: Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, 2005

ROSA, A. T; et al., **A Hanseníase, A Lepra e a Comunicação Dirigida.**Instituto de Microbiologia. Escola de Enfermagem Ana nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Julho, 1994

Rubin, e. et al.,Rubin: **PATOLOGIA. Bases Clinicopatológicas.** 4ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

QUEIROGA, M.S; PUNTEL, M. A. **Endemia Hansênica: Uma Perspectiva Multidisciplinar,** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997

RUSSO, M.P; et al., **Aspectos Relevantes da Hanseníase para o Cirurgião-Dentista: Revisão de Literatura.** Revista Odonto-Ciência, Vol.20, nº 48, Rio Grande do Sul: PUC, 2005.

SILVA; G.M. et al., **Avaliação Otorrinolaringológica na Hanseníase: Protocolo de um Centro de Referência.** Fonte: www.arquivosdeorl/conteudo/pdf Acesso em: 12 de Agosto de 2008 Às 22:49 hs.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, cap. II, art. V, § 1º., art. V, inciso I.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Série A. Normas e Manuais Técnicos(Série Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; n.1.set.2008. . 135 p. ilus, tab.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2008. 2 ed.,rev. 200 p. ilus.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS.** mar. 2008. . 72 p. ilus. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle de hanseníase.** 2002. . 89 p. ilus, tab. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

DIREITOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR: ASPECTOS LEGAIS

Ana Karina Lima Buriti¹
Juliana Paiva Góes da Silva²
Solange Fátima Geraldo da Costa³

RESUMO

O trabalho é a ferramenta que o homem utiliza para obter meios para a sua sobrevivência, buscando atender às suas necessidades dentro da sociedade. Com a revolução industrial, o avanço tecnológico e as intensas transformações do mundo globalizado, muitas mudanças foram impostas ao homem, afetando significativamente as condições de vida e de trabalho da população. Estas mudanças trouxeram muitos benefícios, mas trouxeram também, problemas à saúde dos trabalhadores, tornando necessário estudar e analisar as condições de segurança no trabalho e os meios de proteção à saúde ocupacional. Com isso, surge a necessidade de implantação de uma Legislação que vise à preservação da saúde do trabalhador e que lhe garanta boas condições de trabalho. Considerando a relevância da temática, surgiu então a motivação para o desenvolvimento deste estudo. Este tem como objetivos investigar os documentos legais relacionados ao direito a saúde do trabalhador, e citar leis, portarias e normas regulamentadoras que protegem o trabalhador em relação a aspectos ligados a sua saúde.

¹ Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral pela UNP e Especialista em Audiologia Clínica pela FIP. anak_buriti@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. julianaipaiva5@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem pela USP. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. solangefgc@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com a Constituição de 1988, é assegurado para toda população, independente das condições sociais e trabalhistas, o direito à saúde para todos os brasileiros. Essa foi uma grande conquista da sociedade, pois muitos não tinham assistência à saúde, o que representava uma ameaça para o bem-estar dos indivíduos.

O direito à saúde, determinado pela Constituição Brasileira de 1988 em seu artigo 196, é expresso mediante a elaboração e aplicação de políticas no país direcionadas para a prevenção, promoção e proteção da saúde, trazendo para o Brasil uma visão diferente dos aspectos relacionados à saúde.

Essa nova visão foi consequência dos movimentos sanitários que se desenvolveram no Brasil durante a década de 80, decorrentes da precária situação da saúde brasileira, onde só tinha assistência quem tinha condições financeiras favoráveis, enquanto a saúde pública se encontrava esquecida pelo Estado, que só visava o crescimento econômico do país e a industrialização.

Com a Revolução Industrial, ocorreram grandes mudanças econômicas e sociais no país que configuraram novas características para a sociedade e contribuíram, também, para o surgimento de novas classes de trabalhadores, os operários. Muitos eram expostos a riscos que comprometiam sua saúde e, muitas vezes, os impossibilitavam de continuar trabalhando.

Em decorrência do crescente número dos acidentes relacionados ao trabalho, surge a preocupação com a Saúde Ocupacional. Esta preocupação tornou-se evidente em consequência à nítida precariedade das condições de trabalho e ao aumento do número de acidentes ocupacionais, principalmente relacionados aos trabalhadores das indústrias, visto que foi nesta época que se intensificou a industrialização no Brasil, o que motivou o surgimento da Associação Brasileira para a Prevenção de Acidentes – ABPA (ALMEIDA; PAGLIUCA; LEITE, 2005).

A ABPA é uma entidade civil, não governamental e sem fins lucrativos, detentora de credibilidade na área prevencionista do Brasil, do Exterior e com enorme destaque no Mercosul e América Latina, fundada em 1941. Desde a sua fundação, sua missão é promover educação e informação; aglutinar pessoas e empresas com senso de responsabilidade social, através de cursos de formação e requalificação, congressos, seminários, estudos estatísticos, levantamentos ambientais, legislações e normas do trabalho, visando o bem do homem, sua inserção no meio produtivo de forma segura, objetivando produtividade e qualidade com qualidade de vida (ABPA, 2007).

É notório que as condições de trabalho impostas ao homem influenciam significativamente na execução do seu trabalho e na sua saúde. Estar em segurança no ambiente de trabalho significa prevenir riscos, estar confiante e sentir-se bem durante a realização do mesmo (BOLICK, 2000). Estes são fatores relevantes que devem ser avaliados constantemente.

Analisar as condições de segurança no trabalho e os meios de proteção à saúde dos trabalhadores tornou-se uma necessidade comum às empresas e ao mercado de trabalho como um todo, visto que, estes buscam minimizar os seus custos e impedir perdas na produção (MARANGON, 2007).

As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos e agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Estes riscos são classificados em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, acidentais e de organização do trabalho (BRASIL, 2002).

Com a finalidade de minimizar os riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) formulou Leis e Normas Reguladoras relacionadas às condições de trabalho e à saúde ocupacional, obrigando as empresas a cumprir ações determinadas pelo mesmo, estando estas expostas a punições, caso estas ordens não sejam cumpridas. Tais ações estão voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e de acidentes ocupacionais e estão organizadas em Normas Reguladoras (NR's), fundamentadas nos artigos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovado pelo Decreto-lei nº 5.452. Foram formuladas também as Normas Reguladoras Rurais - NRR, relativas à segurança e higiene do trabalho rural que são de observância obrigatória, conforme disposto no art. 13 da Lei nº 5.889 (BRASIL, 2008).

Na CLT estão as cláusulas que regulamentam as relações individuais e coletivas de trabalho e as normas de direito material e processual relacionadas ao direito trabalhista, tanto do trabalho urbano quanto do rural. Esta continua sendo o principal instrumento para regulamentar as relações de trabalho e proteger os trabalhadores (BRASIL, 2008).

No âmbito da saúde do trabalhador, destaca-se a importância de se compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, bem como, suas articulações com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico (BRASIL, 2001). Podemos também incluir aspectos relacionados às condições de trabalho, a jornada de trabalho e a preservação dos direitos do trabalhador, satisfação profissional,

relações interpessoais, condicionamento físico e mental dos trabalhadores, entre outros aspectos relacionados ao ser trabalhador como um todo, de modo integral.

É de suma importância destacar a existência de documentos legais direcionados para a saúde ocupacional que visam proteger e garantir direitos que preservam o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Para garantir o direito à saúde, o trabalhador precisa conhecer e entender a Legislação pertinente em vigor no país.

Diante das considerações apresentadas, este estudo parte dos seguintes objetivos:

- Investigar os documentos legais relacionados ao direito a saúde do trabalhador;
- Citar leis, portarias e normas regulamentadoras que protegem o trabalhador em relação a aspectos ligados a sua saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental voltada aos aspectos legais no campo da saúde do trabalhador, contidas on-line nos sites relacionados com a temática proposta para o estudo.

O estudo foi realizado por meio do levantamento de documentos legais relacionados aos direitos da saúde do trabalhador. Para elaboração do mesmo foram adotadas as seguintes etapas operacionais:

Primeira etapa - seleção dos sites que disponibilizam documentos que abordam conteúdos relacionados com a saúde do trabalhador e seus direitos, principalmente no que diz respeito a aspectos legais. Os documentos foram selecionados de acordo com a temática abordada, ou seja, se os conteúdos dos artigos estivessem relacionados com a temática direitos da saúde do trabalhador, eram incluídos na pesquisa. Outros critérios utilizados foram: devem estar em português e ter acesso gratuito on-line aos textos completos dos documentos.

Segunda etapa – após escolha dos documentos, foi feita uma breve leitura dos mesmos para registrar algumas informações referentes aos conteúdos e estes foram organizados em quadros para melhor visualização do material coletado. Alguns documentos foram organizados em resumos para o acesso das informações dos mesmos.

Terceira etapa - construção do texto visando ao alcance dos objetivos propostos pela investigação. Nesta etapa, foi elaborada a redação final do texto, contemplando os aspectos relacionados à temática abordada e o resultado do levantamento.

Documentos selecionados: As Leis, Portarias e Normas Regulamentadoras serão selecionados de acordo com a temática abordada, ou seja, os aspectos legais deverão conter qualquer conteúdo relacionado com a saúde do trabalhador e seus direitos.

Normas Regulamentadoras selecionadas: NR 1 – Disposições Gerais; NR 2 – Inspeção Prévia; NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho; NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI); NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional; NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais; NR 15 – Atividades e Operações Insalubres; NR 17 – Ergonomia; NR 24 – Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho; NR 28 – Fiscalização e Penalidades; NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

As leis selecionadas: Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; Lei Nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977; Lei nº 8.080, de 19/9/1990; Lei nº 8.142, de 18/12/1990; Portaria nº 2203 GM/MS, de 05/11/1996; Portaria nº 373 GM/MS, de 27/02/2002; Portaria nº 399 GM/MS, de 22/02/2006; Portaria nº 3.908 GM/MS, de 30/10/1998; Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800 de 05/05/2005; Portaria nº 1.125 GM/MS, de 6/7/2005; Portaria MS/GM nº 1.956 de 15/08/2007; Portaria MS/GM nº 204 de 31/01/2007 Retificação em 14/03/2007; Lei Nº 8213/91.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A legislação vigente, referente a acidente de trabalho, insalubridade, periculosidade e aposentadoria, para os trabalhadores, tanto os civis do serviço público da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais como também dos serviços privados. Qualquer empresa deve seguir as leis, e em caso de descumprimento se paga uma multa obrigatória por lei, o qual hoje muitas empresas já preferem não pagar uma multa de impostos ao governo, mas o nível de conscientização para promover saúde aos trabalhadores estão crescendo, pois, percebeu-se que o valor de uma indenização por danos a saúde ou danos morais, estavam sendo mais exorbitante que se investir em segurança e saúde do trabalhador.

No intuito de descrever os regimes jurídicos existentes e suas peculiaridades tanto para a categoria dos trabalhadores públicos regidos pelo Regime Jurídico Único(RJU) como para os privados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Portanto, segue abaixo na Tabela 1, documentos legais da CLT relacionados a saúde do trabalhador , seguido

das Normas regulamentadoras da Portaria nº 19, do Ministério do trabalho, apresentada na Tabela 2.

TABELA 1 - LEGISLAÇÃO RELACIONADO À SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR

LEGISLAÇÃO	ESPECIFICAÇÕES
Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943	Aprova a Consolidação das Leis de Trabalho
Lei Nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977	Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.
Lei nº 8.080, de 19/9/1990	<u>dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.</u>
Lei nº 8.142, de 18/12/1990	<u>dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.</u>
Portaria nº 2203 GM/MS, de 05/11/1996	<u>aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.</u>
Portaria nº 373 GM/MS, de 27/02/2002	<u>aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica.</u>
Portaria nº 399 GM/MS, de 22/02/2006	<u>divulga o pacto pela saúde 2006 (consolidação do SUS) e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.</u>
Portaria nº 3.908 GM/MS, de 30/10/1998	<u>Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).</u>
Portaria Interministerial MPS/MS/TEM nº 800 de 05/05/2005	<u>Publica o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública.</u>
Portaria nº 1.125 GM/MS, de 6/7/2005	<u>Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.</u>

Portaria MS/GM nº1.956 de 15/08/2007	<u>Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde.</u>
Portaria MS/GM nº 204 de 31/01/2007 Retificação em 14/03/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Lei Nº 8213/91	Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

TABELA 2 – DOCUMENTOS LEGAIS RALACIONADOS A SAÚDE DO TRABALHADOR.

DOCUMENTOS LEGAIS		
NORMAS REGULAMENTADORA	CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DE TRABALHO	LEGISLAÇÃO
	Capítulo V (CLT)	Portaria nº 3.214, de 08 de Junho de 1978
NR 1 – Disposições Gerais	Artigos 154 a 159	---
NR 2 – Inspeção Prévia	Artigo 160	---
NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho	Artigo 162	---
NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Artigos 163 a 165	---
NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	Artigos 166 e 167	---
NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	artigos 168 e 169	---
NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais	Artigos 175 a 178	---
NR 15 – Atividades e Operações Insalubres	Artigos 189 e 192	---
NR 17 - Ergonomia	Artigos 198 e 199	---
NR 24 – Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de	Artigo 200, inciso VII.	---

Trabalho		
NR 28 – Fiscalização e Penalidades	Artigo 201	Artigo 2º da Lei nº 7.855, de 24 de Outubro de 1989 Artigo 1º da Lei nº 8.383, de 30 de Dezembro de 1991
NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde	---	----

Segundo a Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho:

NR 1 – Disposições Gerais: Estabelece o campo de aplicação de todas as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, bem como os direitos e obrigações do Governo, dos empregadores e dos trabalhadores no tocante a este tema específico. A fundamentação legal, ordinária e específica, que dá embasamento jurídico nesta NR, são os artigos 154 a 159, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);

NR 2 – Inspeção Prévia: Estabelece as situações em que as empresas deverão solicitar ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a realização de inspeção prévia em seus estabelecimentos, bem como a forma de sua realização. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR é o artigo 160 da CLT. Determina ainda que todas as empresas devam apresentar a Declaração de Instalações (DI) quando ocorrer modificações substanciais nas instalações e/ ou equipamentos. O não cumprimento desta norma poderá impedir o funcionamento do estabelecimento e/ou equipamento.

NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho: Estabelece a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas que possuam empregados regidos pela CLT, de organizarem e manterem funcionando Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR é o artigo 162 da CLT:

Art 162 - As empresas, de acordo com normas a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, estarão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho.

NR 5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Estabelece a obrigatoriedade das empresas públicas e privadas organizarem e manterem em funcionamento, por estabelecimento, uma comissão constituída exclusivamente por empregados com o objetivo de prevenir adversidades laborais, através da apresentação de sugestões e recomendações ao empregador para que melhore as condições de trabalho, eliminando as possíveis causas de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são os artigos 163 a 165 da CLT.

Art 163 - Será obrigatória a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de conformidade com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho, nos estabelecimentos ou locais de obra nelas especificadas.

NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Estabelece e define os tipos de EPI's que as empresas estão obrigadas a fornecer aos seus empregados, de acordo com a necessidade, em relação às condições de trabalho, a fim de resguardar a saúde e a integridade física dos trabalhadores. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são os artigos 166 e 167 da CLT.

Art 166 - A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, equipamento de proteção individual adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes e danos à saúde dos empregados.

Art 167 - O equipamento de proteção só poderá ser posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação do Ministério do Trabalho.

NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional: Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos seus trabalhadores. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são os artigos 168 e 169 da CLT.

Art 168 - Será obrigatório o exame médico do empregado, por conta do empregador.

§ 1º - Por ocasião da admissão, o exame médico obrigatório compreenderá investigação clínica e, nas localidades em que houver, abreuografia.

§ 2º - Em decorrência da investigação clínica ou da abreugrafia, outros exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do empregado para a função que deva exercer.

§ 3º - O exame médico será renovado, de seis em seis meses, nas atividades e operações insalubres e, anualmente, nos demais casos. A abreugrafia será repetida a cada dois anos.

§ 4º - O mesmo exame médico de que trata o § 1º será obrigatório por ocasião da cessação do contrato de trabalho, nas atividades, a serem discriminadas pelo Ministério do Trabalho, desde que o último exame tenha sido realizado há mais de 90 (noventa) dias.

§ 5º - Todo estabelecimento deve estar equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros médicos.

Art 169 - Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho.

NR 28 - a Fiscalização e Penalidades: estabelece os procedimentos a serem adotados pela fiscalização trabalhista da equipe de Segurança e Medicina do Trabalho, tanto no que diz respeito à concessão de prazos às empresas para a correção das irregularidades técnicas, como também no que concerne ao procedimento de autuação por infração às Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho. A fundamentação legal, ordinária e específica, tem sua existência jurídica assegurada, em nível de Legislação Ordinária, através do artigo 201 da CLT, com as alterações que lhe foram dadas pelo artigo 2º da Lei nº 7.855, de 24 de Outubro de 1989, que institui o Bônus de Tesouro Nacional (BTN), como valor monetário a ser utilizado na cobrança de multas e, posteriormente, pelo artigo 1º da Lei nº 8.383, de 30 de Dezembro de 1991, especificamente no tocante a instituição da Unidade Fiscal de Referência (UFIR), como valor monetário a ser utilizado na cobrança de multas em substituição ao BTN.

Muitas empresas atualmente realizam exames médicos durante o contrato de trabalho, conforme exigência na NR 07. Isso, não pela conscientização em promover saúde aos trabalhadores, e sim, para prevenir uma grande “dor de cabeça”, pois, penalidades previstas na Constituição ao empregador que não cumpre essas regras, presentes no artigo 201 da CLT, geram multa de R\$ 402,53 a R\$ 4.025,33.

O Decreto-Lei No 5.452/43 (CLT), o Decreto-Lei No 2.848/40 (Código Penal) e a Lei Nº 8213/91 tornam obrigatória a notificação das doenças profissionais:

CLT - Art. 169. Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho.

Código Penal - Art. 269- Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória.

Lei N° 8213/91:

Art. 22. A empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

Art. 23. Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que foi realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

A legislação previdenciária em vigor (Lei Federal n.º 8.213/1991 e Decreto n.º 3.048/1999) estabelece que todos os segurados da Previdência Social (Regime Geral), no caso de doenças comuns, têm direito, entre outros, aos seguintes benefícios e serviços: auxílio-doença; auxílio-acidente; aposentadoria por invalidez.

Tanto o auxílio-doença (benefício em espécie, pago a partir do 16.º dia de incapacidade laborativa temporária reconhecida pela perícia médica do INSS) como a aposentadoria por invalidez, no caso de doenças comuns, exigem a carência de 12 contribuições mensais.

As doenças relacionadas ao trabalho, quando enquadradas nos requisitos dos artigos 19 e 20 da Lei Federal n.º 8.213/1991, são equiparadas a acidentes de trabalho. Atualmente elas estão listadas no Anexo II do Decreto n.º 3.048/1999 (Listas A e B), conforme mencionado na introdução e no capítulo 1 deste manual.

O diagnóstico de doença relacionada ao trabalho em trabalhador segurado pelo SAT da Previdência Social obriga que, caso isto ainda não tenha sido feito, seja aberta uma CAT, documento da Previdência Social. A CAT, como instrumento de comunicação no âmbito da Previdência Social, deve ser preenchida, em sua primeira parte, pela empresa.

Segundo o art. 336 do Decreto n.º 3.048/1999, *“Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo, nestes casos, o prazo previsto neste artigo.”* (Parágrafo 3.º do mesmo artigo, grifo introduzido). O prazo para a comunicação é de até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa. A segunda parte da CAT, Laudo de Exame Médico, deve ser preenchida, nos campos correspondentes, pelo médico que assistiu o trabalhador, isto é, o médico que fez o

diagnóstico de acidente de trabalho, *stricto sensu*, acidente de trajeto ou doença profissional ou do trabalho, registrando sua opinião, mesmo que preliminar, quanto à necessidade ou não de afastamento do trabalho.

NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais: Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), visando a preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são os artigos 175 a 178 da CLT.

NR 15 – Atividades e Operações Insalubres: Descreve as atividades, operações e agentes insalubres, inclusive seus limites de tolerância, definindo, assim, as situações que ocasionem o exercício insalubre quando vivenciadas nos ambientes de trabalho e também os meios de proteger os trabalhadores de tais exposições nocivas à sua saúde. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são os artigos 189 e 192 da CLT.

Art 189 - Serão consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos.

Art 190 - O Ministério do Trabalho aprovará o quadro das atividades e operações insalubres e adotará normas sobre os critérios de caracterização da insalubridade, os limites de tolerância aos agentes agressivos, meios de proteção e o tempo máximo de exposição do empregado a esses agentes.

Parágrafo único - As normas referidas neste artigo incluirão medidas de proteção do organismo do trabalhador nas operações que produzem aerodispersóides tóxicos, irritantes, alérgicos ou incômodos.

NR 17 - Ergonomia: Visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às condições psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto e segurança para que ocorra um desempenho eficiente do trabalhador. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são os artigos 198 e 199 da CLT.

NR 24 – Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho: Descreve os preceitos de higiene e de conforto a serem observados nos locais de trabalho, especialmente no que se refere a banheiros, vestiários, refeitórios, cozinhas, alojamentos e água potável,

visando à higiene dos locais de trabalho e à proteção à saúde dos trabalhadores. A fundamentação legal, ordinária e específica que dá embasamento jurídico a existência desta NR são o artigo 200, inciso VII, da CLT.

NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde: Tem por finalidade estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde no geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os documentos legais que regem a Legislação Brasileira, e mais especificamente a vida do trabalhador, é de suma importância para a população, pois com estas informações, o trabalhador pode lutar por seus direitos e cumprir os seus deveres, possibilitando melhores condições de vida e de trabalho.

É papel nosso divulgar a Legislação para que todos os trabalhadores tenham consciência dos seus direitos e para nós, como profissionais da saúde, também possamos lutar por nossos direitos e propagar essa luta em prol dos trabalhadores da área da saúde.

Infelizmente, no Brasil, ainda há empresas que não cumprem as determinações ligadas à saúde do trabalhador, como por exemplo, realizar exames, além de preservar os direitos constitucionais do empregado, dentre eles o direito à saúde, podendo evitar ações judiciais para sua empresa e possíveis danos para a saúde do trabalhador. Por isso, devemos disseminar estas informações e conscientizar a população, visando preservação da vida dos trabalhadores e a promoção da saúde de todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; LEITE, A. L. A. S. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 708-716, set./out. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES - ABPA. **O que é ABPA?** 2007. Disponível em: < <http://www.abpa.org.br/empresa.htm>>, Acesso em: 02.04.08.

ANGERAMI, E. L. S., GOMES, D. L. S.; MENDES, I. J. M. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.5, p.52-57. , out., 2000.

BAGGIO, M. C. F.; MARZIALE, M. H. P. A Participação da Enfermeira do Trabalho no Programa de Conservação Auditiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.5, p.97-99, Sept., 2001

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. **Cadernos de atenção básica**. n.5. Brasília, DF, 2002. 66 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943**. 2008. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del5452.htm>>, Acesso em: 02. Abr.2008.

FERREIRA, S. R. V. **Saúde mental & trabalho**: vivências subjetivas do sofrimento e prazer de profissionais de enfermagem. João Pessoa: Editora universitária/ UFPB, 2006. 243p.

FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

MARZIALE, M. H. P. Segurança no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.8, no.2, p.1-3., abr. 2000

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.4, p.571-577, Jul/ago. 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13370.pdf> Acesso em: 01.10.07.

MENDES, R. (Org.) **Patologia do Trabalho**. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2005.

**DIREITOS DO USUÁRIO IDOSO ASSISTIDO NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA: ABORDAGEM BIOÉTICA**

Analucia de Lucena Torres¹
Solange de Fátima Geraldo da Costa²
Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos³

RESUMO

Diante do acentuado crescimento da população idosa torna relevante a necessidade de Políticas de Saúde voltadas para a assistência do ser idoso. O estudo teve como objetivo investigar os direitos do usuário idoso assistido no programa saúde da família. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica através de levantamento sobre a trajetória das políticas de direito ao idoso. A coleta das informações foi realizada no período de abril a junho de 2009 e teve como instrumento de coleta de dados um plano de leituras, que orientou a consulta às fontes secundárias. O estudo evidenciou a relevância da temática estuda: Política Nacional de Saúde do Idoso, Lei Federal nº 8.842/94, Decreto Federal nº 1.948/96, Decreto nº. 4.227, Estatuto do Idoso, Lei 10741, Constituição da Republica Federativa do Brasil. Conclui-se que é importante ressaltar que o conhecimento dos direitos pertinentes ao idoso se torna imprescindível para que se faça prevalecer o atendimento em relação ao serviço de saúde, no âmbito geral, e que os profissionais, principalmente, conscientizem-se de sua aplicação na prática, pois é direito das pessoas em idade avançada contar com políticas sociais que lhes dêem condições de desfrutarem a vida com dignidade e também de estarem inseridos no mundo marcado pela solidariedade entre familiares, gerações, amigos e pessoas. Enfim, Políticas de Saúde no Brasil, particularmente, na área da saúde ainda merecem atenção e investimento adequados para se tornarem disponíveis a todos os segmentos populacionais.

PALAVRAS-CHAVES: Idoso. Direito. Bioética.

¹ Docente do Departamento da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Mestre em Enfermagem Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

² Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Pós-graduação em enfermagem da UFPB.

³ Doutora do Departamento da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

É notória a explosão demográfica no processo de envelhecimento, que se apresenta como um fenômeno global, trazendo importantes repercussões para o campo social e o econômico, especialmente, em países em desenvolvimento, conseqüentemente nos campos da saúde, educação e transporte. De acordo o Censo demográfico de 2000, as estimativas apresentam que, no ano de 2005, o Brasil deverá ter 34 milhões pessoas idosas, representando 15% da população total, tornando-se a sexta população idosa do mundo. A Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2002) utiliza o critério para analisar o fenômeno do envelhecimento populacional determinando o limite de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países subdesenvolvidos. Nesse contexto, são imprescindíveis políticas direcionadas para assistir o idoso, visando a sua qualidade de vida, bem como seus direitos respeitados.

OBJETIVO

Investigar os direitos do usuário idoso assistido no programa saúde da família.

Para Guidi e Moreira (1996), o direito é uma ciência eminentemente social, que não se baseia apenas em atos individuais isolados, mas naqueles que afetam a coletividade, sendo obrigatório o seu cumprimento pela sociedade, que, em caso de descumprimento, deve sofrer punição.

No tocante aos direitos do idoso no contexto nacional, foi publicado, em 1997, pela Secretária de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social, o Plano de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, ressaltando que importantes ações devem ser desenvolvidas no sentido de subsidiar os programas de atenção à saúde, à alimentação, à habitação e a outras necessidades sociais (CALDAS, 1998).

No campo da política de direitos a proteção ao idoso, tem-se também a Política Nacional de Saúde do Idoso com a Lei Federal nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948/96. Na implementação dessa Lei, é atribuída ao Poder Público incumbência nas diversas áreas, destacando-se a área de saúde, à qual diz respeito o art. 10, II “que todo idoso deve ter toda à assistência preventiva, de proteção e de recuperação, por meio do Sistema Único de Saúde; deve ser incluída a geriatria como especialidade clínica, para efeito

de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e Municipal.” (BRASIL, 1996, p.3).

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo assegurar-lhe as ações voltadas para os que estão velhos, mas àqueles que estão no processo de envelhecimento, no sentido de garantir uma melhor qualidade de vida. Expresso no artigo 1º, que deve garantir seus direitos sociais, criando condições que promovam sua autonomia, integração e sua participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996).

Com referência à Política Nacional do Idoso, o Artigo 3º, enfoca os princípios de que a Família, a Sociedade e o Estado têm o dever de tornar vigentes seus direitos da cidadania, contribuindo com a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 2003). Segundo Martinez (1997), o Estado vê o idoso como um ser que é improdutivo economicamente e que não recebe, na maioria das vezes, ajuda da família, que é desamparado pela sociedade e incapaz de se realizar como ser humano. No entanto, percebe-se que o Estado tem uma visão errônea, mas, mesmo assim, pouco faz para mudar essa realidade.

É pertinente ao Estado ressaltar as diretrizes e obrigações relacionadas com a Política Nacional do Idoso, valendo destacar as questões mais importantes, relacionadas com os Direitos do Idoso:

- O idoso não deve sofrer nenhum tipo de discriminação;
- Participação do idoso na formulação, implantação e avaliação das políticas, planos, programas a serem desenvolvidos; priorização do atendimento ao idoso por meio de sua própria família;
- Garantia de atendimento prioritário aos idosos nos órgãos públicos e privados, prestadores de serviços à população; divulgação de informações de caráter educativo sobre o envelhecimento.

A Lei 8.842/94 preconiza as seguintes ações de saúde direcionadas ao idoso, de competência do setor de saúde (BRASIL, 1996):

- Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde;
- Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- Adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

- Elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- Incluir a Geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- Realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;
- Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Em virtude das determinações legais da referida Lei, fica proposta a organização da rede de serviços de saúde pressupostos na Lei 8.842, com as seguintes ações (BRASIL, 1996):

- Realização de supervisão pelos gestores do Sistema Único de Saúde das instituições geriátricas e similares na aplicação das normas de funcionamento;
- Aplicação das normas em serviços hospitalares;
- Atendimento preferencial aos idosos nas Unidades Básicas de Saúde;
- Implantação de Unidades de Referência com equipes multiprofissional e interdisciplinar e sistema de referência e contra-referência;

Com referência à Política Nacional do Idoso, o Artigo 3º, enfoca os princípios de que a Família, a Sociedade e o Estado têm o dever de tornar vigentes seus direitos da cidadania, contribuindo com a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 2003). Segundo Martinez (1997), o Estado vê o idoso como um ser que é improdutivo economicamente e que não recebe, na maioria das vezes, ajuda da família, que é desamparado pela sociedade e incapaz de se realizar como ser humano. No entanto, percebe-se que o Estado tem uma visão errônea, mas, mesmo assim, pouco faz para mudar essa realidade.

Na visão de Almeida (2004), a Lei 8.842/94, na prática, não se concretizou de modo eficaz, de maneira que o idoso mereça maior atenção da sociedade, uma vez que é visto apenas como merecedor de assistencialismo por parte do Estado, fato que se deve a vários fatores, como a ligação centralizada e segmentada das políticas públicas no Brasil. A área direcionada ao idoso necessita de uma intersetorialidade na ação pública, em virtude de alguns projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência e de saúde.

É pertinente ao Estado ressaltar as diretrizes e obrigações relacionadas com a Política Nacional do Idoso, valendo destacar as questões mais importantes, relacionadas com os Direitos do Idoso:

- O idoso não deve sofrer nenhum tipo de discriminação;
- Integração do idoso com os mais jovens;
- Participação do idoso na formulação, implantação e avaliação das políticas, planos, programas a serem desenvolvidos;
- Priorização do atendimento ao idoso por meio de sua própria família;
- Captação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

O Presidente da República Fernando Henrique, no ano de 2002, criou o Decreto n. 4.227, no âmbito da estrutura básica do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), com a competência de aperfeiçoar a legislação pertinente à Política Nacional do Idoso, assessorando os Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipal para tornar efetivo o cumprimento das aplicações dos princípios e diretrizes inseridos na Lei 8.842/94

Em defesa, também, ao direito do usuário idoso foi criado o Estatuto do Idoso, Lei 10741 em 01 de outubro de 2003, destinado ao direito especial de pessoas maiores de 60 anos a dispor de seus direitos fundamentais e de cidadania. O referido documento contém disposições sobre os direitos dos idosos, destacando-se o artigo 3º (BRASIL, 2004, p.9):

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. [...] atendimento preferencial e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população [...].

O Estatuto do Idoso funciona fornecendo meios de controle do Poder Público em relação ao tratamento do idoso e a uma verdadeira educação do cidadão, no que diz respeito à luta pela dignidade das pessoas com idade mais avançada, em nosso país. Em seu Art. 15 é preconizada o atendimento do usuário idoso à saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, com articulação contínua das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, como se pode ver a seguir:

§ 1º a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base territorial;

- Nos ambulatórios realizar atendimento geriátrico e gerontológico;
- Unidade de referência para atendimento geriátrico e de gerontologia social;
- Atendimento domiciliar, incluindo a internação, com dificuldade de locomoção,
- Inclusive para os idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbanos e rurais;
- A reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para obtenção das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

No entanto, dando continuidade ao Artigo 15º do Estatuto, destacam-se os incisos 2º a 4º que reforçam o atendimento ao usuário idoso na questão relativa à saúde nos termos da lei:

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado (BRASIL, 2004, p.12).

Cumpre assinalar que o usuário idoso tem prioridade no atendimento à saúde, pelos serviços públicos de saúde, ressaltando a assistência imediata, quando possível, ou então a disponibilidade de acomodações adequadas, quando indispensável a espera, e também a demarcação de locais exclusivos para a marcação de consultas, exames e através do fornecimento de vacinas, orientação especializada no campo de geriatria e gerontologia para redução das seqüelas decorrentes do agravamento da saúde (BRASIL, 2004).

A concreção de um Estatuto do Idoso é um passo importante, pois, se as normas por si sós não alteram a realidade, pelo menos a sua existência vem estimular as transformações. Nesse sentido, é importante a contribuição da equipe de saúde, em particular da Enfermagem, para efetivação dos direitos do idoso no campo da saúde.

Para respaldar os direitos pertinentes ao idoso na assistência surge a bioética como uma reflexão multidisciplinar, inter-relacionada com os diversos campos do conhecimento. Logo, a bioética é considerada como interdisciplinar, por não se utilizar apenas de

conhecimentos de outras ciências, mas, por criar condições de diálogo e interação com diferentes áreas de conhecimentos como: psicologia, política, teologia, economia, direito entre outras. Essa interdisciplinaridade favorece uma articulação da questão bioética, permitindo responder adequadamente as novas situações conflitantes no campo da ética (GOLDIM; GLOCK, 2004).

Segundo Kumarato (2003) a bioética tem característica de ser objetiva, principalmente, quando orienta pesquisadores, profissionais de saúde e cientistas para realizar uma reflexão sobre seus atos e, também, quando humanizar o ambiente de clínicas e hospitais, respeitando os direitos do paciente. No campo dos direitos do usuário idoso, é inegável o valor da bioética, de acordo com Pessini e Barchifontaine (2002) ao referir que a bioética é o estudo sistemático das dimensões morais, das ciências da vida e do cuidado da saúde.

Portanto, a bioética configura um novo estilo nos métodos utilizados, visto que os problemas deixaram de ser analisados através de códigos deontológicos, mas com base nos quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, não-maleficência, autonomia e o da justiça. Nesse contexto, Berlinguer (2004) refere que para se respeitar o princípio da autonomia, o indivíduo é visto como um ser de capacidade e direitos próprios, em razão da sua não manipulação por outrem. Portanto, deve-se reconhecer que cada pessoa possui pontos de vistas próprios e é ela quem vai deliberar e tomar as decisões embasadas em crenças e valores próprios, e que essas decisões devem ser respeitadas.

No princípio da beneficência, segundo Selli (2002), constitui uma base do modelo hipocrático, fazer o bem, e não causar dano constitui os máximos da beneficência. Os profissionais de saúde assumem, então, o compromisso de fazer o bem, promovendo, conseqüentemente o seu bem-estar. O cuidar do usuário idoso, norteado por esse princípio, significa maximizar os benefícios, compreendendo que a saúde e o bem-estar estão relacionados com os elementos psíquico, social, espiritual e físico.

No caso do princípio da não-maleficência Lolas (2001) defende que, se o risco não puder ser evitado, então, o profissional, com seu conhecimento e habilidade, observa qual dos riscos é menor. Se não houver diferença qualitativa, faz-se opção pelo que causar menos sofrimento ao paciente.

E no princípio da justiça Almeida (2009) destaca o princípio da justiça como sendo o mais difícil de conceituação, como também de aplicação, por causa das desigualdades ao acesso dos usuários de saúde, públicos e privados, principalmente, por causa do crescente aumento dos custos da assistência médica.

É oportuno destacar que o princípio da justiça, no que concerne à saúde, está expresso na Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196, que define saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantindo que políticas sociais e econômicas visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário do usuário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação. Com a bioética principialista subentendeu-se que a mesma interage com pessoas plenamente autônomas e conscientes e possuam direitos humanos respeitados, principalmente no contato assistencial buscando nortear a relação dos profissionais de saúde com os pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica através de levantamento sobre a trajetória das políticas de direito ao idoso. A coleta das informações foi realizada no período de abril a junho de 2009 e teve como instrumento de coleta de dados um plano de leituras, que orientou a consulta às fontes secundárias.

RESULTADO

O estudo evidencia a relevância da temática nos resultados encontrados em relação aos direitos dos idosos foram: Política Nacional de Saúde do Idoso, Lei Federal nº 8.842/94, Decreto Federal nº 1.948/96, Decreto nº. 4.227, Estatuto do Idoso, Lei 10741, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

CONCLUSÃO

Conclui-se que é importante ressaltar que o conhecimento dos direitos pertinentes ao idoso se torna imprescindível para que se faça prevalecer o atendimento em relação ao serviço de saúde, no âmbito geral, e que os profissionais, principalmente, conscientizem-se de sua aplicação na prática, pois é direito das pessoas em idade avançada contar com políticas sociais que lhes dêem condições de desfrutarem a vida com dignidade e também de estarem inseridos no mundo marcado pela solidariedade entre familiares, gerações, amigos e pessoas. Apesar da Política de Saúde estar em evidencia demonstra que na atualidade ainda a muito que realizar para a atenção aos direitos dos idosos para que os mesmos entrem em vigor. Portanto, a concreção do Estatuto do Idoso é um passo importante, pois, se as normas por si sós não alteram a realidade, pelo menos a sua existência vem estimular as transformações, priorizando a

singularidade do idoso. Enfim, espera-se que as Políticas venham a contribuir para as melhorias do serviço em uma perspectiva sistêmica da qualidade, proporcionando desdobramentos positivos da integração dos indivíduos no cenário da sua cidadania.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, D. C. T. **Estatuto do idoso**: real proteção aos idosos da melhor idade; Disponível em <http://www1.jus.com.br/doutrina>. Acesso em 16/05/2009

ALMEIDA, J.L.T. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem bioética principialista da relação médico-paciente. FLs.129 Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz.Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Disponível em <http://portalteses.cict.fiocruz.br>. Acesso em 10/03/2009.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: UNB, 2004.

GOLDIM, R.J; GLOCK, S.R. Pesquisadores em gerontologia e consentimento informado. **Bioética**, Brasília, v.12, n.1, 2004.

GUIDI, M.L.M; MOREIRA, M.R. L. P (ORG). **Rejuvenescer a velhice** – novas dimensões da vida. 2. ed. Brasília, 1996.

BRASIL, **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 1994.

_____, **Política de Atenção ao Idoso**. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Social. Brasília, 1996.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. São Paulo: 1988.

_____, **Estatuto do Idoso**. Assembléia Legislativa, João Pessoa: 2004.

_____, **Cartilha direitos do idoso**. Educando para a cidadania. Comissão de assuntos legislativo. OAB, Rio de Janeiro: LETRAPITAL, 2003.

_____, **Organização Mundial de Saúde**, 2002.

CALDAS, C. P (ORG). **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

KUMARATO, J. B. Bioética e humanização. In MOLINA, A; ALBUQUERQUE, M. C;

DIAS (ORG). Bioética e humanização: vivências e reflexões. Recife: EDUPE, 2003.

LOLAS, F. **Bioética**: o que é, como se faz. São Paulo: Loyala, 2001.

MARTINEZ, W.N. Direitos dos idosos. São Paulo: LTr, 1997.

SELLI, L. **Princípios bioéticos:** análise das representações dos profissionais de enfermagem. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, ano 26, v.26, n.1 jan/fev. 2002.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. de P. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 2002.

DIREITOS HUMANOS E BIOÉTICA: relato de caso à luz da atividade jurisdicional

Luiza Iolanda Pegado Cortez de Oliveira¹

Julio Cesar Cruz de Oliveira²

Nanci Gomes Chacon Soares³

Iaponira Cortez Costa de Oliveira⁴

Fernanda Maria Costa de Souza⁵

RESUMO

Os direitos humanos civis e políticos foram conquistas da modernidade. Sendo o indivíduo elemento fundamental de um processo histórico envolvendo a problemática dos direitos, cuja construção de relações justas e solidárias envolve lutas para superação de preconceitos, a bioética e os direitos humanos se entrelaçam no firme compromisso de promover o bem-estar e reconhecer a dignidade da pessoa humana, através dos princípios básicos da autonomia, beneficência, não-maleficência e equidade. Em se tratando de patologias, existem aquelas que estigmatizam o seu portador, seja pelo medo do contágio ou pela falta de alternativas de cura, criando-se um preconceito que vitimiza mais do que a própria doença. O objetivo é apresentar um relato de experiência sobre a concessão do benefício assistencial ao indivíduo que vive com HIV/AIDS à luz da atividade jurisdicional, no II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito, na UFPB. O método utilizado foi relato de experiência fundamentado na concessão do benefício assistencial (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS) para um usuário de um Serviço de Referência em HIV/AIDS do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da cidade de João Pessoa - PB. Foram levadas em consideração as observâncias éticas da Resolução nº 196 de pesquisas envolvendo seres humanos. Conclusivamente, a decisão prolatada pelo juiz evidenciou que o judiciário brasileiro caminha para abraçar a doutrina da bioética e dos direitos humanos. O benefício concedido considerou os aspectos sociais, ambientais e pessoais, focando o parecer nos valores éticos e, principalmente, na sensibilidade às singularidades e ao sofrimento do indivíduo/família.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Direitos humanos. HIV/AIDS.

¹ Discente dos Cursos de Graduação em Direito e História/UFPB – luizaiolandacortez@yahoo.com.br.

² Cirurgião dentista, bacharel em direito e mestre em odontologia – julio@tre-pb.gov.br.

³ Assistente social do SAE/HULW.

⁴ Ms enfermagem, dout. Adm.hospitalar; coordenadora do CEP/HULW/UFPB e do Serviço de Assistência Especializada Materno-Infantil do HULW (Orientadora) – iaponiracortez@yahoo.com.br.

⁵ Discente do Curso de Graduação em Direito/UNIPÊ nandinha.maria@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Os direitos humanos, civis e políticos foram conquistas da modernidade. A ética, num sentido estrito, como moral distinta do físico, também se encaixa nessa perspectiva recente. Não é de se estranhar, portanto, que o desenvolvimento da ética tenha estado intrinsecamente ligado à democracia e aos direitos humanos. Na medida em que essa mentalidade foi sendo afirmada, as antigas relações de ordem hierárquica passaram a ser vistas como excessivamente verticais, monárquicas e paternalistas, dando lugar a outras de caráter mais horizontal, democrático e simétrico.

Cada vez com mais nitidez, a criatura humana foi percebendo que algo de específico a distinguia do resto da natureza: sua dignidade fundamental. E essa nota distintiva deveria se materializar por certos direitos que foram chamados de direitos humanos (GREGORI,2009).

Na consolidação dos direitos humanos e dos fundamentos da ética, sobretudo no que diz respeito ao processo saúde-doença, surge a bioética como uma ética aplicada que complementam as decisões dos indivíduos, as responsabilidades políticas e culturais da coletividade (LIMA, 2006).

Sendo o indivíduo elemento fundamental de um processo histórico envolvendo a problemática dos direitos, cuja construção de relações justas e solidárias envolve lutas para superação de preconceitos, a bioética e os direitos humanos se entrelaçam no firme compromisso de promover o bem-estar e reconhecer a dignidade da pessoa humana, através dos princípios básicos da autonomia, beneficência, não-maleficência e equidade.

Em se tratando de patologias, existem aquelas que estigmatizam o seu portador, seja pelo medo do contágio ou pela falta de alternativas de cura, criando-se um preconceito que vitimiza mais do que a própria doença. Nesse contexto, quando uma comunidade tem conhecimento de que um de seus membros é portador do vírus HIV/ AIDS, constata-se uma postura excludente; o portador sente-se rejeitado, vivenciando dificuldades a exemplo do distanciamento das relações sociais e da falta de emprego. Assim, as pessoas que vivem com HIV/AIDS lidam diariamente com preconceito, estigma, discriminação, medo.

O preconceito é uma marca positiva da dimensão política humana, já afirmava Hannah Arendt, numa reflexão positiva acerca da consideração da tradição para a afirmação da dignidade humana. O direito é um dos elementos primordiais de tradição ocidental que oferece ferramentas que transcendem a sua historicidade, a exemplo daquelas que resultaram em instrumentos de proteção e de garantias de direitos (COSTA, 2009).

A luta pelos direitos implica a práxis de uma sociedade mais justa e racional que promove condições para a transposição de injustiças e proteção do indivíduo enquanto ser social. Faz-se necessário, portanto, o resgate do Direito como instrumento de proteção e prática social para a conquista da cidadania.

Mister, relatar a experiência vivenciada pela concretização de um direito de um indivíduo vivendo com HIV/AIDS que, somente foi conseguido após várias tentativas de concessão junto ao poder Judiciário visando servir de exemplo para outros casos semelhantes.

Diante dessas considerações surgiram os seguintes questionamentos: por que os portadores de AIDS têm dificuldades para adquirir o direito ao benefício que lhe é assegurado por lei brasileira?

Nesse contexto, o objetivo é apresentar um relato de experiência sobre a concessão do benefício assistencial ao indivíduo que vive com HIV/AIDS à luz da atividade jurisdicional, no II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito, na UFPB.

DISCURSO DA LITERATURA

Direito é o “conjunto de normas obrigatórias que regem as relações entre as pessoas na sociedade. É a norma de agir, de exteriorizar o direito pela ação” (NUNES,1999, p. 412).

O referido autor acrescenta, ainda que direito é

a realização da lei, subjetivamente considerado, é o interesse protegido pela ordem jurídica, ou poder ou faculdade que cada um tem de agir, praticar, ou não livremente, um ato lícito, ou exigir que outrem o pratique ou se abstenha de o praticar.

Nessa perspectiva, os direitos humanos são os resultados do pensamento filosófico, jurídico e político da humanidade. E, modernamente, são entendidos como aqueles direitos fundamentais de que o ser humano dispõe, por sua própria natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente. São direitos que a sociedade política tem o dever de consagrar e garantir (HERKENHOFF,2004).

Silva (2002, p.3), concebe que os direitos humanos são

direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, portadores de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e migrantes refugiados, portadores de HIV, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados, e sua integridade física protegida e assegurada.

Os direitos humanos compreendem os direitos das coletividades, das classes sociais, dos excluídos o que remete à necessidade de subsídios da ética e, conseqüentemente, da bioética.

Na Idade Contemporânea, em virtude dos avanços das ciências, globalização, luta pela sobrevivência, há uma dificuldade de se formular um ideal ético coerente. Os pensadores privilegiam o ideal ético no plano pessoal. O pensamento social e dialético busca a idéia de uma vida social mais justa, esquecendo o céu e se preocupando com a terra, numa construção de mundo mais humano (BARCHIFONTAINE, 2004).

A ética passou a ser motivo de preocupação, sobretudo a partir dos anos setenta, do século passado, resultando no surgimento da Bioética para guiar as decisões e condutas morais das ciências da vida e da saúde. Essa ciência nasceu como uma nova proposta para subsidiar a análise das questões éticas emergentes das últimas décadas, que afligem o homem e se relacionam ao campo da saúde e da vida. Dessa forma, na atualidade, muitas decisões dos profissionais de saúde, antes invioláveis, são resgatadas e analisadas à luz da Bioética, por teólogos, filósofos e políticos, na defesa dos direitos das pessoas sobre seu corpo e sua vida (BUEY, 2002).

A bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bio* (vida) e *ethike* ou *ethos* (ética), significando ética da vida. É interdisciplinar, envolvendo a ética médica e o direito. Tem muitas definições como a citada por Dias (2003, p.16), de ser “uma reflexão ética, com múltiplas abordagens, no fenômeno Vida, em suas diversas formas.”

Traduzida como ética da vida, a bioética tem como princípio fundamental o respeito ao ser humano, pautado em três princípios fundamentais: autonomia, beneficência e justiça. Esses princípios, segundo Gracia (1990, p.337), são considerados a “trindade bioética”, ou seja: paciente (autonomia), médico (beneficência) e sociedade (justiça).

Urban (2003, p.6) também cita o conceito de bioética descrito na Encyclopedia of Bioethics, considerando como o que mais se aproxima do seu ideal: “Estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, as decisões, a conduta e as linhas que guiam – das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de metodologias éticas e uma impostação interdisciplinar”.

Para Barboza (2000) a *Bioética* é o estudo sistemático da moralidade, da conduta humana na área das ciências da vida, procurando averiguar se seria lícito ou cientificamente possível.

A Bioética é definida por Russo (2001, p.12) como a “ciência sistemática do ser humano ético que indaga os âmbitos transformadores do mundo biológico”.

Vale ressaltar que a palavra *bioética* foi usada pela primeira vez, em 1971, referindo-se aos problemas morais que emergiram nas pesquisas em biologia (BOFF, 2003).

Dentre tantos problemas emergentes, compreender a problemática do HIV/AIDS gestada nos dilemas e preconceitos da sociedade remete à necessidade de adotar os princípios fundamentais da bioética. Segundo Kern (2003), a AIDS em sua trajetória histórica tem se revelado como um fenômeno social e não somente de uma doença física constituindo-se em grande impacto na vida das pessoas.

Historicamente, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida surgiu como entidade clínica em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados aos *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) os primeiros casos de *Sarcoma de Kaposi* e pneumonia por *Pneumocystis carinii* em indivíduos jovens homossexuais. Contudo o agente etiológico - o vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV) - somente foi identificado em 1983, por cientistas franceses e americanos (RACHID; SCHECHTER, 2001).

Penna et al. (2000) acrescentam que o vírus HIV pode ser transmitido pelo indivíduo infectado durante todas as fases da infecção, sendo esse risco proporcional à magnitude da viremia. Cumpre ressaltar o paradoxo da pessoa infectada pelo vírus HIV, segundo Rocha, Rigoto e Buschinelli (1993) – antes do diagnóstico, ele podia ser risco, mas não era problema. Após o indivíduo ter a infecção diagnosticada, ele torna-se um problema, surgindo os preconceitos e estigmas.

Do ponto de vista epidemiológico, a AIDS é considerada uma pandemia que se revela sob duas epidemias distintas: a epidemia invisível - de maior magnitude, subjacente - e a epidemia propriamente dita, deduzida a partir dos dados obtidos, mas nem sempre mensuráveis na sua total realidade, em virtude da subnotificação.

Para o tratamento do HIV/AIDS, existem dois tipos de produtos farmacêuticos: as drogas virucidas, que destroem os vírus, e as virustáticas, que impedem a sua multiplicação no organismo. Os medicamentos utilizados contra o HIV, salvo comprovações de outras pesquisas, são os virustáticos.

A terapia anti-retroviral está sujeita as constantes mudanças. “As recomendações deverão ser revistas periodicamente, com o objetivo de incorporar novos conhecimentos gerados pelos ensaios clínicos.” (BRASIL, 2004, p.13).

No tocante à dimensão humana o HIV/AIDS se apresenta com grandes implicações socioeconômicas, culturais e espirituais configurando-se como um problema social que necessita da intervenção de medidas, às vezes, jurídicas, para que seja diminuída a exclusão social e, por sua vez, assegurados os direitos fundamentais da pessoa humana.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de caso fundamentado na concessão do benefício assistencial (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS) cuja sentença foi prolatada por juiz federal para um usuário de um serviço de saúde situado na cidade de João Pessoa-PB.

Instrumento

Foi utilizada como instrumento a sentença prolatada pelo juiz em 11 de setembro de 2009: sentença tipo A – fundamentação individualizada; data da inclusão - 28/08/2009; processo nº. 2008.82.00.503031-35 – Poder Judiciário (Anexo A).

Considerações éticas

Foram consideradas as observâncias éticas contempladas na Resolução nº 196 – do CNS sobre pesquisas envolvendo seres humanos, principalmente no que diz respeito o anonimato do usuário participante do estudo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW-UFPB, protocolo CEP/HULW nº. 160/2009 (ANEXO B).

RELATO DE CASO

Trata-se de um indivíduo portador do vírus HIV, jovem, mora com a esposa e três filhos menores, desempregado, procedente de uma cidade do interior do Estado da Paraíba. Em razão da dificuldade de conseguir emprego solicitou o recebimento do benefício e lhe foi negado sem que houvesse uma análise da repercussão social da doença. Nova tentativa de resgatar o direito ao benefício foi solicitada e o pedido foi deferido sob a seguinte justificativa:

é cediço, outrossim, que o famigerado preconceito, mais do que os próprios sintomas da doença, no mais das vezes, é um mal de difícil combate, cuja vitória só depende dos seus semelhantes. A falta de compreensão e o conhecido medo, sem dúvida, são os maiores obstáculos ao seu

desaparecimento. Com a AIDS, tal problemática adquire maiores proporções. Ao se deparar com tal enfermidade, o desprezo, a indiferença e o abandono, quando não ocorre situação pior, ainda, sobrepõem sobre o mercado de trabalho, pois a desinformação é monstruosa e os velhos tabus não foram, por enquanto, superados. O estigma e a discriminação não são seus sintomas mais dolorosos, especialmente, quando ainda é comum presenciar pessoas que continuam a pensar dar-se a transmissão do vírus com o simples contato com as mãos de pacientes infectados, ou mesmo, simplesmente, pela via aérea. (PAIVA, 2009).

A sentença ainda teve como substrato um pronunciamento da Turma nacional de Uniformização, *in verbis*:

EMENTA: PREVIDENCIÁRIO. PEDIDO DE UNIFORMIZAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. LOAS. PORTADOR DO VÍRUS HIV. INCAPACIDADE PARA O TRABALHO.

1. Portador do vírus HIV. Miserável. Sintomas da doença já manifestados. Perícia médica atestando a capacidade para o trabalho.
2. A incapacidade para o trabalho deve ser avaliada do ponto de vista médico e social. Interpretação sistemática da legislação (Lei n.7.670/88; Decreto 3.298/99; decreto 6.214/07; portaria Interministerial MPAS/MS Nº 2.998/01).
 - 2.1. Além disso, o novel Decreto nº 6.214/07 estabelece: “Art.4º. Para os fins do reconhecimento do direito ao benefício, considera-se: III – incapacidade: fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social”. “Art. 16. A concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde – CIF, estabelecida pela Resolução da Organização mundial de Saúde no 54.21, aprovada pela 54ª Assembléia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001. § 1º. A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social. §2º. A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.
3. A intolerância e o preconceito contra os portadores do HIV, que ainda persistem no seio da sociedade brasileira, impossibilitam sua inclusão no mercado de trabalho e, em consequência, a obtenção dos meios para a sua subsistência.
4. Que o princípio da dignidade humana é fundamento do Estado Democrático de Direito (art.1º, III, CF)
 - 4.1. O Poder Judiciário tem coibido a discriminação contra o portador do HIV, nos casos concretos e específicos que lhe são submetidos.
 - 4.1.1 quando o preconceito se manifesta de forma difusa, velada, disfarçada, o Estado-Juiz deve intervir, reconhecendo as diferenças, sob pena de, na sua omissão, compactuar com a intolerância com os portadores dessas mesmas diferenças.

5. **Concede-se o benefício assistencial (LOAS, art.20), por reconhecer que o autor, embora apto para o trabalho do ponto de vista médico, não o é em face das circunstâncias sociais e ambientais em que vive** (TNU, Processo nº 2005.82.01.501866-7, Rel. Juíza Federal Maria Divina Vitória, DJU 07.11.2007, p.844).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HIV/AIDS além da doença física apresenta uma pluralidade de opressões vivenciadas pelos portadores que se reflete sob forma de injustiças, preconceitos e exclusão social. A decisão prolatada pelo juiz mostra que o judiciário brasileiro está abraçando a doutrina da bioética e dos direitos humanos.

O relato de caso apresentado ressalta que o benefício concedido considerou os aspectos sociais, ambientais e pessoais focando o parecer nos valores éticos e, principalmente, na sensibilidade às singularidades e ao sofrimento do indivíduo/família. Portanto, o referido relato, deixa transparecer de modo enfático a valoração da bioética e direitos humanos no contexto da atividade jurisdicional.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, H. H. Princípios da bioética e do biodireito. **Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v.8. n.2, 2000.

BARCHIFONTAINE, C. P. de. **Bioética e início da vida: alguns desafios**. Rio de Janeiro: Centro Universitário São Camilo, 2004.

BOFF, L. **Ética e eco-espiritualidade**. Campinas: Verus, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - AIDS**. Ano 1, n.1, 1-26 semanas epidemiológicas. Jan./jun. 2004.

BUEY, F.F. Sobre tecnociencia y bioética: los árboles del paraíso. In: **Bioética**. Brasília, DF: CFM, 2002.

COSTA, P.S.W. Direitos humanos e crítica moderna. **Consulex**. São Paulo, a. III, .n. 300, p.27-29, 2009.

DIAS, H. P. Bioética. Implicações com as práticas médicas e as normas deontológicas e jurídicas no Brasil. **Bioética: temas y perspectivas**. Washington: OMS, n.527, p. 133-142, 2000.

GRACIA, D. Introducción. La bioética médica. **Bol.Of.Sanit.Panam**. Washington. v.108, n.5-6, p.374-378, mayo/jun.1990.

GREGORI, J. Direitos humanos. **Consulex**. São paulo, a.III, n.300, p.24-25, 2009.

HERKENHOFF, J, B. **Gênese dos direitos humanos**. v.1. <Disponível em: http://dhnet.org.br/direitos/militantes/herkenhoff/livro_1/conceito.html>. Acesso em: 23 jul.2009.

KERN, F.A. **Serviço social e sociedade:estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS**. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, M.W. Bioética e Comitês de ética. **Capacitação para comitês de ética em pesquisa**. Brasília-DF:Ministério da Saúde, 2006.

NUNES, P. **Dicionário de tecnologia jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

PAIVA, B. T. Sentença prolatada em 28 de agosto de 2009; João Pessoa-PB: **Poder Judiciário**,2009.

PENNA, G.O. et al. **Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos de vigilância epidemiológica e de controle**. Guia de Bolso. Brasília, DF: MS, 2000.

RACHID, M; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

ROCHA, I.E; RIGOTTO, R.M; BUSCHINELLI, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

RUSSO, G. **Educar para a bioética: pela escola, pela catequese, pela pastoral da juventude**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SILVA, M. J. P. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**. Brasília, DF: CFM. v.10, n2. p. 73-88, 2002 b.

URBAN, C.A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

DIRETRIZES LEGAIS E ÉTICAS PARA O EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM EM ACUPUNTURA

Nayara Medeiros Santos¹
Alana Dionizio Carneiro²
Rayssa Naftaly Muniz Pinto³
Alan Dionizio Carneiro⁴

RESUMO

A acupuntura é uma das mais antigas terapias utilizadas pela medicina tradicional chinesa, consistindo na inserção de agulhas sobre os pontos de acupuntura visando à estimulação desses pontos para garantir o equilíbrio de energia do corpo assim adquirindo um bom estado de saúde. Neste sentido este trabalho teve como objetivos apresentar e discutir as diretrizes legais e éticas acerca do exercício desta atividade por enfermeiros. Para tanto este estudo consistiu numa pesquisa documental com base na Resolução COFEN n 283 de 2003. Convém ressaltar que a literatura mostra diversos benefícios que essa terapia pode trazer para os usuários é de grande valia que a enfermagem tenha conhecimento dos parâmetros normativos para a prática de acupuntura por profissionais de enfermagem e, portanto discutir as diretrizes legais e éticas acerca do exercício desta atividade por enfermeiros. O conhecimento provindo com os artigos expostos na Resolução 283/2003 são de grande importância, pois fixam regras sobre a prática da acupuntura pelo enfermeiro, mostrando como o profissional deve utilizar essas práticas na prevenção, promoção e reabilitação da saúde no âmbito hospitalar. A acupuntura deve ser utilizada de maneira complementar e não integral na assistência de enfermagem, e quando essas normas não forem adequadamente executadas, o COFEN não se responsabilizará por tais atos, pois a ele só compete às ações de enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Acupuntura. Enfermagem. Ética.

¹ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG - Campus Cuité. Paraíba. E-mail: nayara.jc@hotmail.com

² Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Paraíba. E-mail: alana_lana@ymail.com.

³ Relatora. Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Paraíba. E-mail: rayssa.muniz@hotmail.com.

⁴ Orientador. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité. Pesquisador do NEPB/UFPB. Mestre em Enfermagem. Cuité. Paraíba.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A acupuntura é uma das terapias mais antigas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que segundo Kidson (2006) já está em prática há mais de dois mil anos. Originada na China, essa terapêutica rapidamente foi incorporada por países como Coréia, Japão e Vietnã. No Brasil, foi trazida pelos emigrantes japoneses e só em 1953 passou a ser praticada por brasileiros.

A expressão acupuntura derivada do latim *acu* (com agulhas) e *puntura* (picada), mas essa terapia complementar não se resume meramente a inserção de agulhas na pele; também são utilizados outros métodos como massagem, ventosas¹, aquecimento e laser. Essa técnica oriental consiste na estimulação de determinados pontos na superfície da pele, objetivando desbloquear e harmonizar o fluxo de energia QI^{2*} que percorre o corpo através de canais denominados meridianos (CAMPOS, 2005).

Quando esse fluxo é interrompido são geradas uma série de alterações que podem progredir em patologias. Diferindo da medicina ocidental, que trata o indivíduo de forma compartimentada, a MTC encara o indivíduo de maneira holística considerando três aspectos distintos: energético, funcional e orgânico. A acupuntura não trata apenas a doença também atua na prevenção, pois eleva o grau de saúde do paciente, ou seja, suas defesas naturais se fortalecem o suficiente para resistir às patologias, sempre em busca do equilíbrio biopsíquico (KIDSON, 2006).

A prática da acupuntura é bastante aceita, visto que, casos tidos como sem solução pela medicina ocidental, podem ser facilmente tratados com essa técnica, por ser um método menos invasivo quando comparado a alguns tratamentos e/ou cirurgias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A acupuntura trabalha em paralelo com os fitoterápicos, a exemplo das técnicas de moxobustão. Tais técnicas consistem na queima de uma erva, a Artemísia, que é fixada na extremidade de uma agulha de acupuntura e ao acendê-la, o calor percorre a agulha atingindo o ponto. Assim, a moxobustão visa a estimulação dos pontos de acupuntura por meio de calor.

De acordo com os respectivos conselhos federais, no Brasil essa atividade pode ser exercida pelos profissionais da área de saúde como enfermagem, fisioterapia, medicina, farmácia, biomedicina, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos e veterinários, não estando,

¹ Força vital – Energia universal que cerca e permeia todas as coisas, animadas e inanimadas.

² Ventosas – É aplicada sobre a região afetada, produzindo pressão negativa dentro de um recipiente que suga a pele sobre os pontos de acupuntura melhorando a circulação da energia e do sangue.

ainda, regulamentada por lei federal ou decreto legislativo. Para o profissional de enfermagem o COFEN em sua resolução 283/2003 regulamenta a prática da acupuntura pelos de enfermeiro.

Neste sentido, este trabalho tem por objetivos:

- Apresentar os parâmetros normativos para a prática de acupuntura por profissionais de enfermagem;
- Discutir as diretrizes legais e éticas acerca do exercício desta atividade por enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este trabalho trata-se de uma pesquisa documental que visa mostrar a atual situação da prática da acupuntura no âmbito de atuação da enfermagem. A pesquisa documental, segundo Gil (2002, p.73) busca tratar de uma temática relevante e atual, como também um levantamento histórico de uma determinada problemática. Sem adentrar em questionamentos já definido ou em percursos já trilhados “[...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.”.

Para elaboração do trabalho proposto foram adotadas as seguintes etapas operacionais:

1ª Etapa: Seleção de documentos normativos relacionados A pesquisa foi organizada inicialmente com a seleção de documentos relacionados à prática da acupuntura. Neste primeiro momento, após um levantamento dos documentos normativos no que concerne à prática de enfermagem, os autores selecionaram aqueles inerentes ao exercício da acupuntura por enfermeiros incluindo a lei 7.498/86 (art.11, I, alínea m; II, alínea f) que dispõem sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, o código de ética dos profissionais de enfermagem – Resolução COFEN 311/2007 e a Resolução COFEN 283/2003.

2ª Etapa: Identificação, a partir dos documentos selecionados, dos artigos mais relevantes inerentes à temática Resolução COFEN n. 283/2003 foram analisados os artigos pois esta dispõe sobre a prática de acupuntura pelo enfermeiro, sendo comentado e analisado os artigos que foram dispostos no que se refere as práticas éticas e legais do enfermeiro acupunturista. A Resolução COFEN n. 197/97, anterior aquela, explicita que as terapias

alternativas são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, em que são exercidas ou executadas por pessoas treinadas assistematicamente e repassadas de geração em geração, não estando vinculada a nenhuma categoria profissional; no entanto é válido lembrar que várias categorias profissionais podem atuar nessas práticas.

3ª Etapa: Elaboração da redação final do texto visando o alcance do objetivo proposto pela investigação.

ARGUMENTAÇÃO TEÓRICA

Fundamentos da Prática de Acupuntura

Acupuntura é uma técnica medicinal chinesa de manipulação do “Qi” para equilibrar as forças opostas do Yin e Yang. Supõe-se que o Qi é uma energia que flui através do corpo por 14 caminhos denominados meridianos. Quando o Yin e Yang estão em harmonia o Qi flui livremente pelo corpo e a pessoa está saudável, mas se esse fluxo for interrompido por fatores como estresse, nutrição deficiente e negligência espiritual, haverá um desequilíbrio, que resultam em sintomas de uma saúde prejudicada. A acupuntura é regida por uma série de princípios fundamentais os quais abordaremos melhor adiante, tais princípios se referem ao holismo, Yin e Yang, Qi, meridianos e os cinco elementos (KIDSON, 2006; ODOUL, 2003).

O holismo para as ciências humanas e sociais, é visto como defensor da importância da compreensão integral dos fenômenos e não meramente da análise isolada dos seus constituintes (ABBAGNANO, 2003). Entretanto em uma terapia holística cada paciente é tratado de maneira singular, pois o que alivia os sintomas em um pode não obter resultado algum em outro que, parecia apresentar a mesma patologia.

Contudo o Yin e Yang é uma força que permeiam todas as coisas, tendo cada um suas próprias qualidades, estas se complementam entre si, o Yin e Yang devem estar em equilíbrio dentro do organismo para que um bom estado de saúde seja mantido.

Yin é relativo a frio, lentidão, obscuridade, quietude, densidade material e está associado ao princípio feminino e á noite. Yang, por outro lado, é quente, veloz, luminoso, agitado, imaterial e está associado ao próprio masculino e ao dia. Qualquer coisa que seja interior, desanimada ou que se mova para baixo é yin. Qualquer coisa que seja exterior, animada ou que se mova para cima é yang (KIDSON, 2006, p.52).

Sabemos que o “Qi” é a energia vital que percorre todo o corpo, podendo este ser dividido em modalidades, de acordo com a referente função que desempenha. Como possui a capacidade de permear todas as coisas, consideramos que este seja produzido através do alimento e do ar. Essa energia é influenciada pela alimentação e pelo ar que expiramos e inspiramos, podendo assim existir um Qi material, resultante das trocas gasosas e do metabolismo dos alimentos feito pelo nosso corpo. Existe também o Qi nutritivo que deriva da ingestão dos alimentos pelo estômago e baço e circula pelos meridianos transportando Qi por todo o organismo. É importante relatar que existem outras modalidades de Qi que não citamos (CAMPOS, 2005).

O Qi se distribui por todas as partes do corpo através de canais menores e mais específicos, os denominados meridianos da acupuntura. Existem doze meridianos orgânicos, ou seja, “relacionados com um órgão em particular, e dois meridianos complementares. Apesar de terem nomes de órgãos os meridianos não têm somente um papel fisiológico, mas possuem também um papel muito importante na psicologia.” (ODOUL, 2003, p. 80). Ressaltando de maneira simplória a importância dos princípios holísticos.

Para cada um dos 12 meridianos principais existe uma forte ligação com os elementos reconhecidos pela filosofia chinesa clássica – Terra, madeira, água, metal e fogo. O conjunto de características de uma pessoa vai determinar qual dos cinco elementos ela mais se identifica, possibilitando um melhor entendimento de cada caso a ser tratado. Entende-se que esses elementos estejam intimamente associados a todas as coisas, inclusive ao corpo humano. O elemento TERRA é responsável pelo pensamento, meditação, razão e realismo, pessoas com predominância desse elemento são geralmente mais pacatas e firmes em suas decisões. Os meridianos associados ao princípio da terra são os do baço, pâncreas e estômago (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A MADEIRA, enquanto elemento dessa filosofia, representa a imaginação e a criatividade, o senso da ética e o respeito às leis interiores, pessoas desse elemento são bastante sensatas, com sentimento maternal e com vontade de solucionar problemas. Os meridianos associados a esse elemento são os do fígado e vesícula biliar. O elemento ÁGUA é responsável pelo poder interior, pela resistência ao esforço e capacidade de recuperação, quem tem predominância desse elemento é de maneira geral choroso e romântico. Os meridianos da bexiga e do rim são relacionados ao elemento água (ODOUL, 2003).

Considerando as bases da filosofia oriental chinesa, o METAL diz respeito às relações com o exterior, com a proteção. As pessoas desse elemento, em sua maioria são

acometidas por sentimentos de angústia, além de possuírem dificuldades para externar suas emoções, considera-se, neste sentido, que tais pessoas estão propensas a doenças como rinite alérgica. Dois meridianos estão relacionados a esse elemento, o do pulmão e do intestino grosso. E finalmente, o elemento FOGO de onde vêm sentimentos como felicidade e prazer, este oportuniza a lucidez e a visão clara das coisas, pessoas desse elemento são muito otimistas e entusiasmadas e com facilidades de expressão. Quatro meridianos são associados ao fogo, os do coração, pericárdio, intestino delgado e triplo aquecedor (ODOUL, 2003).

Para que seja feita a avaliação o acupunturista deve ter conhecimentos das funções dos 14 meridianos e dos órgãos zang-fu*; ele também utilizara como elemento a anamnese palpação do pulso, inspeção da língua e do rosto, pele, aparência completa do paciente, irá questiona-lo sobre como é executada a alimentação, sono, urina e movimento intestinal. Todos esses fatores são de grande importância para que seja avaliado como ocorreu à obstrução do Qi. Possibilitando assim determinar se está ocorrendo uma deficiência *xu* ou excesso *shi*. Sabe-se que objetivo do tratamento não se resume meramente ao alívio da doença e sim a remoção da causa dessa enfermidade evitando sua reincidência (CAMPOS, 2005).

A maneira mais conhecida do tratamento é a aplicação de agulha em determinado ponto para que o fluxo de energia que estava ali interrompido possa se estender para as demais partes do corpo garantindo o equilíbrio e uma boa saúde. As agulhas mais usadas nessa técnica são de aço inoxidável e devem ser descartadas após o término da sessão. O comprimento dessas agulhas varia de dois centímetros e meio a sete centímetros e meio. O tempo que a agulha ficara fixada no ponto de acupuntura dependera do profissional e do tratamento que esta sendo executado (CAMPOS, 2005).

É importante lembrar que alguns acupunturistas utilizam um aparelho que libera impulsos elétricos nos quais fazem com que as agulhas vibrem um pouco produzindo de tal forma uma sensação de choque. Quando as agulhas são aplicadas este paciente sente-se confortável e relaxado. São utilizadas diversas maneiras para aplicação e retirada das agulhas a exemplo disso em alguns tratamentos o acupunturista pedi que o paciente expire quando ele aplica a agulha e que inspire no momento de sua retirada (KIDSON, 2006).

Diretrizes legais e éticas para utilização de acupuntura pela Enfermagem

A Resolução COFEN N° 197/97 em seu artigo 1° reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, pois tais práticas são oriundas, visto que na maioria das culturas orientais, são exercidas ou executadas

e repassados de geração em geração não estando vinculada a nenhuma categoria profissional. Posteriormente a Resolução COFEN N° 283/2007 fixou regras sobre a prática da Acupuntura pelo Enfermeiro, que serão discutidos os artigos nela apresentados.

O Art. 1° da Resolução COFEN n. 283/2007 relata que o profissional enfermeiro deverá usar as práticas de acupuntura como atividades complementares ao serviço prestado pela enfermagem e não de maneira autônoma, pois quando essas técnicas são exercidas de tal forma o COFEN não se responsabilizará pelos atos cometidos por este profissional. Tendo em vista que a Lei Federal do Exercício Profissional da Enfermagem n° 7.498/86 (art.11, I, m) tais práticas são percebidas como cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capazes de tomar decisões imediatas; apenas o Enfermeiro é legalmente resguardado pelo COFEN; após ter sido comprovada sua formação técnica específica perante as determinações exigidas pelo COFEN. O art. 12° expõe de maneira evidente que o técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, sendo necessários a orientação e acompanhamento de enfermagem em grau auxiliar. Deixando claro que o técnico ou auxiliar de enfermagem não pode exercer as práticas de acupuntura dentro do exercício legal exposto pelo COFEN (COREN-MT, 2005).

No art. 2° da referida norma, determina-se que o COFEN só aceitará o registro de especialidade em acupuntura para os profissionais enfermeiros que possuírem curso de pós-graduação *lato sensu* em instituições credenciadas e que apresentem todos os requisitos previstos na resolução CNE/CES n° 01/2001 que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós graduação. Em seu art. 1°, inciso 3° e 5° expõem que o reconhecimento e a renovação do reconhecimento do curso dependem da aprovação do CNE; sendo uma condição indispensável à comprovação da real existência de um grupo de pesquisa consolidado na mesma área de conhecimento do curso.

Os cursos de acupuntura direcionados para enfermeiros estão sujeitos a supervisão dos órgãos competentes a ser efetuada por ocasião do credenciamento da instituição, tendo em vista a seriedade desse trabalho. Obriga-se, ainda, que tais cursos devem apresentar em seu corpo docente no mínimo cinquenta por cento de professores portadores do título de mestre ou doutor obtido em programa de pós-graduação reconhecido (COREN-MT, 2005).

Finalmente o art. 10° afirma que os cursos deveram oferecer carga horária mínima de trezentos e sessenta horas, sendo computado o tempo de estudo individual ou em grupo, sem assistência docente, sendo este reservado, obrigatoriamente, para elaboração de monografia ou elaboração de conclusão de curso. A comprovação de habilidade

tecnocientíficas ocorre da seguinte maneira o profissional deve corroborar ter cursado em Instituição de pós-graduação que tenham projetos pedagógicos enviados pelo COFEN. De acordo com a OMS a carga horária mínima estipulada é de 1.500 horas, sendo que no Brasil os conselhos de classe da área da saúde adotam uma carga horária mínima de 1.200 horas exigindo que 1/3 dessas atividades sejam teóricas, em um período mínimo de dois anos (COREN-MT, 2005).

A instituição deverá apresentar um projeto pedagógico do curso para que este seja aprovado pelo COFEN, é o assunto destacado no art.3º. Entretanto entramos em conflito, visto que o COFEN não é apto a fiscalização das práticas pedagógicas apresentadas em tais cursos, e sim o aperfeiçoamento profissional do enfermeiro. Logo não está sujeito ao direito de recusar um diploma que tenha aprovação legal regida pelo MEC, que é a instituição responsável pela fiscalização pedagógica.

Apresentado no art. 4º que somente será registrada na carteira profissional do enfermeiro a habilitação da prática de acupuntura, de acordo com o exposto na resolução COFEN nº 261/2001, tendo em vista a real importância da normatização do Registro do Enfermeiro que apresente título de pós-graduação no âmbito do Sistema COFEN/CORENs. É expresso no art. 2º o requerimento para esta anotação que será dirigida à presidência do COFEN, e só então enviada através do Conselho Regional responsável. O art. 3º afirma que após o registro do título de pós-graduação emitido pelo COFEN, o COREN deve realizar a devida anotação na carteira profissional de identidade do enfermeiro.

Corroborando com esta perspectiva, o art. 4º retrata que para tais cursos serem reconhecidos é necessário estes serem desenvolvidos em dois níveis: *latu sensu* (especialização) e *stritu sensu* (mestrado e doutorado), tendo que apresentar alguns requisitos como: obter carga horária mínima de 360 horas; ser oferecido por instituição de ensino superior ou por instituições especialmente credenciadas para atuarem neste nível educacional, incluindo aqueles oferecidos pelas Sociedades de Especialista, e ser reconhecido pelo MEC quando se tratar de *stritu sensu* (mestrado e doutorado). Aduzido no art. 6º que os diplomas obtidos através de prova de título, cuja especialidade seja privativa da Enfermagem, devem conter nos versos dos mesmos, a chancela da Academia Brasileira de Especialista em Enfermagem – ABESE (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

No seu art. 7º fica disposto que os Diplomas obtidos através de títulos, concedidos por Sociedades Especializadas em áreas não privativas da Enfermagem, mas que possam ser praticadas pelo Enfermeiro, para competente registro no Sistema COFEN/CORENs, devem

obedecer aos seguintes pré-requisitos: A instituição deve estar cadastrada junto ao COFEN e para obter o cadastramento previsto no art. 6º, a mesma deve encaminhar requerimento próprio ao COFEN, acompanhado dos seguintes documentos: cópia autenticada da Ata de sua constituição; documento autenticado, designando cargos de diretoria; cópia autenticada do CNPJ; cópia autenticada do estatuto, devidamente registrado em cartório.

As normas para realização desta prática por enfermeiros prefiguram que esta apenas pode ser utilizada complementarmente ao exercício da enfermagem, ressaltando, ainda, que o profissional ficará sujeito ao exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Considerando o referido código, é descrito que os profissionais de enfermagem deverão realizar uma avaliação criteriosa de sua competência técnica, científica, legal e ética e, somente, aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenhá-los de forma segura para si e para o usuário (KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009). O código ainda enfatiza à importância de aprimorar continuamente os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais em razão de benefício para usuário, família e coletividade, bem como de seu imprescindível desenvolvimento profissional.

É livre, segundo o artigo 104 do Código de Ética de Enfermagem, o enfermeiro acupunturista poderá anunciar a prestação de tais serviços desde que devidamente habilitado, e com fins de auxiliar no tratamento, cura e reabilitação do usuário. Neste contexto, compreende-se que tal atitude do código permite que o profissional exponha seus serviços de enfermagem com um diferencial no mercado de trabalho e, por conseguinte, a disseminação e interesse de usuários e profissionais acerca da acupuntura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as práticas de acupuntura são utilizadas em algumas patologias que acometem as vias aéreas superiores; distúrbios gastrointestinais e ginecológicos; distúrbios neurológicos; distúrbios musculares, articulares e esqueléticos e distúrbios psicossomáticos. Pesquisas afirmam que a introdução de agulhas em certos pontos afeta o sistema nervoso, estimula a produção de substâncias químicas analgésicas, e dispara a liberação de alguns hormônios neurais e ainda bloqueia a transmissão de impulsos dolorosos de partes do corpo pelo sistema nervoso central (ACUPUNTURA, 2002).

Deste modo, a prática de acupuntura pelo enfermeiro visa um abrangente acesso da população a essas técnicas, com o intuito de minimizar algumas doenças e os efeitos

colaterais causados por tratamentos medicamentosos e uma valorização da profissão, podendo o enfermeiro implementar as técnicas da acupuntura concomitantemente com outros tratamentos e em diversos tipos de doenças. É importante disseminar os horizontes sobre os benefícios da técnica da acupuntura.

Vale ressaltar que as normas que regularizam a prática da acupuntura pelo enfermeiro são baseadas em uma série de fatos e na capacidade que esse profissional possui, desde que treinado adequadamente. Compreendemos que a participação do enfermeiro em praticas de acupuntura, como especialidade ou ate mesmo profissão, é perfeitamente possível.

No que tange a nossa experiência na elaboração deste nosso primeiro artigo científico, consideramos que este estudo foi um grande desafio o qual acreditamos ter vencido. Tal desafio decorreu do estudo de várias resoluções e leis, bem como, da parca literatura que trata dos aspectos éticos e legais da prática de acupuntura por enfermeiros.

No entanto, é oportuno destacar que a Resolução COFEN 283/2003, regulamenta as práticas de acupuntura pelo enfermeiro, constitui-se num marco para as ações de saúde e enfermagem, possibilitando a este profissional a execução desta prática milenar de maneira complementar no âmbito da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ACUPUNTURA. In.: **Dicionário Cético on line**. 21 mar. 2002. Disponível em:<<http://brazil.skepdic.com/acupuntura.html>>. Acesso em 28 set. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES nº 1** de 2001, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós graduação. Brasília, Ministério da Educação, 2001.

CAMPOS, S. **Medicina chinesa e a acupuntura**. 17 jul. 2005. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/16243>>. Acesso em 25 set. 2009.

COREN-MT. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO. **Legislação em Enfermagem**. Mato Grosso: COREN-MT, 2005.

DANTAS, F.; SAMPAIO, L.C.S. A relação médico-paciente em acupuntura. In.: GONZALES, R. F.; BRANCO, R. **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos científicos**. São Paulo: Atlas, 2002.

KIDSON, Ruth. **Acupuntura para todos:** o que esperar desta técnica milenar e como obter melhores resultados. Rio de Janeiro: Nova Era, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 971**, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ODOUL, Michel. **Diga-me onde dói e eu te direi por quê:** os gritos do corpo são as mensagens das emoções; tradução de Ana Banã. Rio de Janeiro: Nova Era, 2006.

KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paul Enferm**, jan/mar. v.22, n.2, p. 210-212.

EUTANÁSIA – PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS: UMA REFLEXÃO À LUZ DA LITERATURA

Tainara Barbosa Nunes¹

Cizone Maria Carneiro Acioly²

Keylla Talitha Fernandes Barbosa³

Fabiana Maria Rodrigues Lopes deOliveira⁴

Laisa Ribeiro Sà⁵

RESUMO

Este artigo faz uma breve reflexão sobre o tema eutanásia e seus aspectos éticos e legais. A morte é a indestrutível certeza da condução humana, estando associada ao sofrimento e dor, muitas vezes interligados a doenças terminais ou acidentes que mitigam a vida. Trata-se de um estudo exploratório de natureza bibliográfica, realizado no mês de setembro de 2009 junto as bibliotecas de instituições públicas e privadas do ensino superior de João Pessoa-PB, bem como, banco de dados on-line. As fontes constituídas por livros, artigos e periódicos, mediante as seguintes palavras: eutanásia, bioética, morte, dor. A coleta de dados foi realizada junto a obras úteis que abordam o assunto, em seguida, as leituras foram registradas, documentadas e anotadas em ficha. O plano provisório foi elaborado estabelecendo o esquema de redação que matem uma linha de raciocínio lógico, coerente e clara. A eutanásia pode ser classificada como: ativa, passiva ou indireta e duplo efeito. Quanto ao consentimento do paciente: voluntária, involuntária, não-voluntária. Esta prática esta legalizada na Holanda, Dinamarca, Suíça, Bélgica, Uruguai, Colômbia e no Estado Norte Americano de Oregon. As religiões monoteísta (judaísmo, cristianismo e islamismo) defendem a preservação da vida enquanto que as tradições orientais (budismo e hinduísmo) a consideram como um ato de compaixão, quando o sofrimento físico impede o domínio de si e faz perder a lucidez. As diversas crenças que envolvem a questão da morte devem ser respeitadas sobre todas as coisas para que seja garantido o mínimo de dignidade ao paciente e seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Eutanásia, Princípios Éticos e Legais

¹ Acadêmica do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. tainara_barbosa@hotmail.com

² Docente da disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II. DEMCA/CCS/UFPB. Mestre em Enfermagem. Orientadora. Profcizone@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. keyllafernandes@gmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. fabianarodriguesenf@yahoo.com.br

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Isa8910@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A morte é a indelével certeza da condição humana, embora quase sempre recalçada, constituindo intrínseca peculiaridade do *Homo sapiens sapiens*, o único vivente que tem a consciência da sua própria finitude (Freud, 1974).

A morte geralmente está associada ao sofrimento e dor sendo muitas vezes interligadas a doenças terminais ou acidentes que mitigam a vida. A morte, como característica que define a natureza humana, não pode ser resumida pela parada ou falência de um único órgão, por mais fundamental que seja. Esta deve ser vista na extinção do complexo pessoal, representado por um conjunto, que não era constituído só de estruturas e funções, mas de uma representação inteira.

O termo *eutanásia* é oriundo do grego, tendo por significado *boa morte* ou *morte digna*. Foi usado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte "suave" do imperador Augusto: "A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morrera rápido e sem dor, desejava para si e para os seus iguais a eutanásia (conforme a palavra que costumava empregar)" (Suetônio, 2002).

Atualmente a *eutanásia* seria *O emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam* (Lepargneur, 1999). Essa prática é proibida em vários países, inclusive no Brasil, onde a prática da eutanásia é considerada homicídio.

O profissional de saúde, em especial de enfermagem, determina suas ações com vista ao resgate e restabelecimento da saúde e vida do indivíduo, no entanto nesta trajetória nos deparamos com a morte deste por diversos fatores contribuintes e agravantes. Corroborando com isto, o profissional se percebe frente a não aceitação das limitações que o paciente terminal vivencia, surgindo a discussão acerca da eutanásia.

Com base exposto, levantou-se o seguinte questionamento: quais os princípios éticos e legais que permeiam a eutanásia tratados na literatura? E quais promovem reflexão acerca desta temática?

Este suscitou a realização do referido trabalho de pesquisa, com o objetivo de investigar na literatura os princípios éticos e legais acerca da eutanásia. Promover reflexão acerca dos princípios éticos e legais da eutanásia à luz da literatura.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo de natureza exploratória do tipo bibliográfica. Conforme descreve Gil (2000), a pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida a partir do material existente, sendo constituído especialmente por livros e outros artigos científicos. Lakatos (2006) define pesquisa exploratória como sendo investigações empíricas cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema com tripla finalidade, desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

Esta foi realizada no mês de setembro de 2009 junto às bibliotecas de instituições públicas e privadas de ensino superior da cidade de João Pessoa, bem como, banco de dados on-line. As fontes constituídas por livros, artigos e periódicas, mediante as seguintes palavras chave: eutanásia, bioética, morte, dor.

De acordo com Andrade (2001), a pesquisa bibliográfica compreende varias etapas que são: Escolha a delimitação do tema: escolher o tema apos pesquisar sobre a acessibilidade sobre o assunto delimitá-lo e especificar: Onde? Em que nível? Qual o enfoque?; a coleta de dados: na qual foi feita a seleção das obras que poderão ser úteis para o desenvolvimento do assunto, procedendo e seguida à localização das informações necessárias. Sendo esta localização das informações: localizar as informações úteis através da leitura previa, seletiva, critica e interpretativa; a seguir teve-se a documentação dos dados na qual foram feitas anotações e fichamento; a seleção do material foi feita em dois níveis (escolha do material e classificação do material); o plano provisório é elaborado estabelecendo o esquema de redação; a redação das partes foi feita mantendo uma linha de raciocínio lógico, coerente e clara; em seguida foi feita uma leitura critica para a redação final a fim de corrigir possíveis erros, preparando a redação final; e por ultimo a organização da bibliografia.

Nesse sentido, a leitura foi feita de acordo com Marconi e Lakatos (2006, p.19), que a considera como um fator decisivo durante o estudo, pois proporciona a “ampliação de conhecimentos, a obtenção de informações básicas ou específicas, abre novos horizontes para a mente, promove a sistematização do pensamento, enriquece o vocabulário e melhora a compreensão do conteúdo de obras”.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O termo *euthanatos* foi formado pela união do advérbio *eu* (“bom”) ao substantivo *thanatos* (“morte”) tendo como sentido amplo e por vezes controvertido, porém na essência significa morte sem sofrimento (CAMPBELL; DORO, 2000).

A eutanásia, dependendo do critério considerado, pode ser classificada de várias formas, entre elas, as seguintes: Eutanásia ativa que é o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos; Eutanásia passiva ou indireta na qual a morte do paciente ocorre dentro do quarto do hospital, ou porque não se inicia uma ação médica ou porque há interrupção de uma medida extraordinária com o objetivo de minorar o sofrimento; Eutanásia de duplo efeito na qual a morte é acelerada com uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando ao alívio do sofrimento de um paciente terminal. Quanto ao consentimento do paciente: Eutanásia voluntária; aquela quando a morte é provocada atendendo a vontade do paciente; Eutanásia involuntária, quando a morte é provocada contra a vontade do paciente; Eutanásia não-voluntária; quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela. (GOLDIM, 2003).

O Uruguai, em 1934, incluiu a possibilidade da eutanásia no seu Código Penal, através da possibilidade do "homicídio piedoso". Esta legislação uruguaia possivelmente seja a primeira regulamentação nacional sobre o tema. Vale salientar que esta legislação continua em vigor até o presente. Em maio de 1997 a Corte Constitucional da Colômbia estabeleceu que "ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado seu claro consentimento" (Opus citatum). Um dos primeiros países a legalizar a eutanásia foi a Holanda, com uma lei aprovada em 2001 que entrou em vigor no ano seguinte. A lei holandesa, no entanto, só permite a eutanásia em casos em que ela for praticada por um médico, quando não houver chances de recuperação e quando o paciente deixar explícito que essa é a sua vontade. Em 2002, a Bélgica legalizou a prática da eutanásia. De acordo com as regras adotadas no país, o paciente precisa se encontrar em uma condição médica irremediável, com sofrimento físico ou mental insuportável que não pode ser minorado. Nos Estados Unidos, o suicídio medicamente assistido, em que o médico ajuda o doente a morrer, é legal apenas no Estado de Oregon. A medida foi adotada em 1994 (CREMEPE, 2005). Na Suíça, a eutanásia passiva é tolerada enquanto a Dinamarca proíbe a ativa, mas permite a passiva e, desde Outubro de 1992, os cidadãos têm o direito de fazer "testamentos médicos", que os clínicos são obrigados a respeitar, em caso de doença incurável ou acidente incapacitante (JORNAL PÚBLICO, 2000).

Segundo Gayva (2006, p.2), "ao cuidarmos do ser humano devemos considerar os 4 princípios fundamentais da bioética para nortear nossas ações: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça". Para Pessini (1995), a *beneficência* refere-se à obrigação

ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos, ou seja, salvaguardar o bem estar dos sujeitos. A *não-maleficencia* significa não causar danos ou prejuízos, envolve abstenção e é assegurada a todos os seres humanos, sendo uma grande norma para os profissionais da saúde. A *autonomia* se refere ao poder que cada pessoa tem em tomar decisões que afetam sua vida, sua integridade e suas relações sociais. A *justiça* é a imparcialidade na distribuição de benefícios, ou seja, o princípio da justiça quer dizer que os iguais devem ser tratados igualmente.

De acordo com o Artigo III da Declaração Universal dos Direitos do Homem: Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. (Resolução III Sessão Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas, aprovada em Paris, no dia 10 de dezembro de 1978) (ONU, 1948). Corroborando tem-se o Artigo 6º do Código de Ética Médica em que determina que “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir ou acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade” e o Artigo 66 que relata que “É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que o pedido deste ou de seu responsável legal” (RESOLUÇÃO CFM, 1957). No que tange a legislação de enfermagem temos a resolução do COFEN 311/07 Seção I DAS RELAÇÕES COM A PESSOA, FAMÍLIA E COLETIVIDADE PROIBIÇÕES Art. 29 que determina que fica proibido ao profissional de enfermagem promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente (PORTAL COFEN, 2009).

Discorrer sobre eutanásia requer também uma abordagem acerca da religião, uma vez que estas percebem vida e morte com vertentes diferenciadas. As grandes tradições religiosas têm em princípio uma forte predisposição a favor da preservação da vida independente das circunstâncias. As religiões monoteístas (Judaísmo, Cristianismo e Islamismo) acreditam que os momentos fundamentais da vida humana, como nascimento e morte, têm conotações divinas, conferindo um caráter sagrado à vida humana, assim sendo, inúmeras comunidades religiosas opõem-se a legalização da eutanásia, a recusa mais rigorosa é da igreja católica. O Islã, por exemplo, insiste no compromisso do médico em sua obrigação de curar, cancelando a possibilidade da prática da eutanásia, pois desvirtuaria essa função sagrada (CAMPBELL, 2000).

No entanto, as tradições orientais (budismo e hinduísmo), a dimensão ética da decisão de dar fim à existência obedece a dois grandes princípios: a liberação e ahimsa (não

violência). Na maioria das vezes o ahimsa implica um imperativo moral de preservação da vida, mas admite certa flexibilidade ética que abre a possibilidade de recusar um tratamento ou de buscar ajuda para acelerar a morte. Quando o sofrimento físico impede o domínio de si e faz perder a lucidez permite-se abreviar a vida. A eutanásia pode ser considerada um ato de compaixão ou uma morte misericordiosa para o moribundo que luta por cumprir o objetivo mais elevado do destino humano, a liberação (Opus citatum).

Enquanto se debate exaustivamente sobre o direito de morrer ou de decidir o momento da própria morte, milhares de pessoas morrem involuntariamente, carentes de recursos básicos. São vítimas da omissão de socorro médico, do desvio das verbas da saúde, da má administração dos recursos públicos, do erro médico e de uma ciência que se coloca a serviço de interesses mercantilistas. Diante deste elenco abominável, tornar-se, para uma sociedade que não respeita o direito de viver, uma vergonha falar em direito de morrer. (SOARES, 2006).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mistério da morte persiste, e o quanto isso incomoda a todos não pode ser esquecido, assim é preciso tocá-la em conhecimento para não ser surpreendida por ela. As diversas crenças que envolvem a questão da morte devem ser respeitadas sobre todas as coisas para que seja garantido o mínimo de dignidade ao paciente e seus familiares.

Desta forma, percebe-se como necessário que os professores de enfermagem participem e promovam a discussão acerca desta temática e suas implicações legais e éticas, como forma de desmistificar tabus acerca da morte e prepará-los na abordagem e na assistência ao indivíduo em fase terminal e a família deste.

Tal fato contribuirá para uma prática de enfermagem humanizada e holística ao indivíduo e a família, fazendo com que a morte seja percebida como uma etapa de vida mas que exige um preparo psicológico e respeito espiritual.

5. REFERÊNCIAS

CAMPBELL, Courtney S. As religiões e a eutanásia. **O correio da Unesco**, Rio de Janeiro, V.28, n. 3, p. 37-39, mar 2000.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcorenpb.com.br/>> em 21/09/2009

Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1246/88,1988. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm> em 26/09/2009.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. III Sessão Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas. Disponível em: < http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php> em 26/09/2009.

COLLUCCI, Cláudia. **Eutanásia não fere ética médica, diz Cremesp.** Acessória de Imprensa da Cremepe, 2005. Disponível em: <http://portal.cremepe.org.br/publicacoes_resolucoes_ler.php?cd_noticia=127>. Acesso em: 21 setembro, 2009.

GAIVA, M.A.M., **O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais:** em busca de um cuidado ético e humanizado. Cotigare enferm. V.11 n.1 Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://portalbvsenf.eerp.usp.br.htm>>. Acesso em: 21/09/2009.

DANTAS, José Alberto Grisi. **Eutanásia e consciência da morte** – Notas com vistas à subjetividade da questão eutanásia. João Pessoa, 2000. (Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal da Paraíba – Campus I, para obtenção do título de Sociólogo).

DORO, Maribel Pelaez. Eutanásia/distanásia – O direito de morrer com dignidade. **Psicologia argumento**, Curitiba, V.21, n.35, p.47-53, out/dez.

FERREIRA, Ana Gomes. **Doente de cranco comete suicídio assistido na Austrália.** Público Comunicação Social, 2002. Disponível em: <<http://www.filedu.com/agomesferreiradoentedecancro.pdf>> . Acesso em: 21 setembro, 2009.

FREUD, S. **Nossa atitude para com a morte.** In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, V. XIV. Ed. Imago, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1974.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica.** 6 ed.São Paulo: Ed. Atlas,2006.

LEPARGNEUR, H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. **Bioética** V.7, N. 1, p 41-48.

PESSINI, L. ; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética.** 6. ed. São Paulo: São Camilo, 2002.

SIQUEIRA, Batista R. O médico diante da morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Immanuel Kant. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis** V.3, N. 1, P 18-22. Teresópolis, 2001.

SOARES, André Marcelo M.; PIÑEIRO, Walter Esteves; PEREIRA, Angélica Teresa. Questões acerca do conceito de eutanásia. **Arquivos FOG**, Petrópolis, V.3, N. 2, p 133-142, out., 2006.

SUETÔNIO. **A vida dos doze Césares**. Tradução de Sady-Garibaldi. 2. ed. São Paulo: Prestígio Ed, 2002.

URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2003.

EUTANÁSIA: REFLEXÃO ÉTICA NO CONTEXTO ATUAL

Juliana Carla Meira Soares Baía¹

Lara Pereira Leite²

Maria de Fátima Oliveira dos Santos³

RESUMO

Introdução: A existência do indivíduo relaciona-se a vários fatores culturais, crenças e costumes, os quais influenciarão em uma possível boa morte. As modalidades da eutanásia são três: a libertadora, a piedosa e a morte econômica ou eugênica. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo geral, uma revisão dos estudos que abordam a eutanásia através da literatura. **Metodologia:** Através de uma revisão bibliográfica, pela captação de publicações, em língua portuguesa, relacionados ao tema eutanásia, através de bancos de dados científicos eletrônicos (MEDLINE, Scielo, Lilacs). **Resultados:** Há uma evidenciação nos artigos a respeito da boa morte onde há grandes debates sobre as questões de estar vivo e o estar morto, na qual os problemas éticos e bioéticos inseridos nesta passagem entre a vida e a morte são de extrema importância para a discussão. Os argumentos favoráveis à eutanásia são baseados no princípio de qualidade de vida e da autonomia do enfermo, já os contra essa prática se baseiam no fato que a vida consiste em um bem divino, sendo sagrado, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. **Conclusão:** Tem-se então um assunto complexo contendo várias questões a serem respondidas, onde a vida não é apenas o estado biológico físico, mas também psico-social do indivíduo. Através de informações contidas nos códigos de ética médica e com princípios oriundos de cada indivíduo, formação de um alicerce às decisões individuais que devem ser tomadas.

¹ Estudante de Medicina da FAMENE. E-mail: jux_baia@hotmail.com.

² Estudante de Medicina da FAMENE. E-mail: larinha_pl@hotmail.com.

³ Médica, professora de Bioética da FAMENE e FCM, Conselheira do CRM da PB. E-mail: fatimadeosantos@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO:

O sentido da eutanásia deriva de eu, que significa bem, e thanatos, que é morte, significando boa morte, morte doce, morte sem dor nem sofrimento. As modalidades da eutanásia são três: a libertadora, a piedosa e a morte econômica ou eugênica.

Na forma libertadora, o enfermo incurável pede que se lhe abrevie a dolorosa agonia, com uma morte calma, indolor. Já na forma piedosa, o paciente encontra-se inconsciente e tratando-se de caso terminal que provoca sofrimento agudo, proporcionando horríveis espetáculos, de agonia, seu médico ou seu familiar, movido por piedade, provoca a antecipação de sua hora fatal.

Quanto à forma eugênica, trata-se da eliminação daqueles seres apsíquicos e sociais absolutos, idiotas graves, loucos incuráveis e outros.

Independentemente da forma de eutanásia praticada, seja ela legalizada ou não, é considerada um assunto controverso, existindo sempre prós e contras – teorias eventualmente mutáveis com o tempo e a evolução da sociedade, tendo sempre em conta o valor de uma vida humana.

2. OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivo geral, uma revisão dos estudos que abordam a eutanásia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A eutanásia no Brasil é crime, trata-se de homicídio doloso que, em face da motivação do agente, poderia ser alçado à condição de privilegiado, apenas com a redução da pena. Porém na prática a situação é bem diferente, pois envolve o aspecto legal, o aspecto médico, sociológico, religioso, antropológico, entre outros.

Por esses problemas é que a eutanásia, embora sendo crime, é praticada impunemente no Brasil. Relatos de pessoas que aplicaram a eutanásia em parentes somam-se a relatos de médicos que a praticaram, sempre todos imbuídos do espírito da piedade” na qual o alívio que se busca não é o do enfermo, mas sim o próprio, que ficará livre do fardo” que se encontra obrigado a carregar.

O estudante de medicina é moldado para ver a morte como "o maior dos adversários", o qual deverá ser sempre combatido e vencido graças à melhor ciência, ou competência disponível. Deste modo, quando sobrevém o óbito, a sensação de angústia é

percutida pela percepção da derrota, capaz de minar a disposição do profissional, já que entra em jogo a frustração médica (Siqueira-Batista & Siqueira-Batista, 2002).

Há alguns conceitos de morte:

- 1) a *morte clínica*, caracterizada por parada cardíaca (com ausência de pulso), respiratória e midríase paralítica, podendo ser *reversível*;
- 2) a *morte biológica*, que surge como uma progressão da morte clínica, porém é irreversível; caracteriza-se por destruição celular em todo o organismo, ocorre a ativação da enzima *catapsina*, que permanece "inerte" durante a vida e, por sua característica proteolítica, promove autólise da célula;
- 3) a *morte óbvia*, na qual há evidente estado de decomposição corpórea, decaptação, esfacelamento ou carbonização craniana;
- 4) a *morte encefálica*, que é compreendida como um sinônimo para a morte biológica (resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina), sendo irreversível;
- 5) a *morte cerebral*, que não deve ser confundida com a morte encefálica, já que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração; nos casos de *morte cerebral* perde-se a *consciência* da respiração, a qual permanece funcionando de forma automática; se há *morte encefálica* o centro respiratório se torna danificado de forma irreversível, com a "vida" podendo ser mantida apenas artificialmente;
- 6) a *morte jurídica*, estipulando-se, no Código Civil, que *a morte termina a existência da pessoa natural*; entretanto, a lei não estabelece o *conceito* de vida e de morte (Gogliano, 1998);
- 7) a *morte psíquica*, na qual a percepção psicológica da morte antecede a morte biológica, ao receber a notícia de ser portador de uma enfermidade incurável como um câncer disseminado. (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2004)

As questões de estar vivo e o estar morto, os problemas éticos e bioéticos inseridos nesta passagem entre a vida e a morte são de extrema importância para a discussão. Dentre as várias questões cruciais deste panorama da bioética do fim da vida está a eutanásia, que é entendida, em seu sentido literal: "boa morte" ou "morte digna". (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005)

A desvirtuação e transformação da eutanásia em política pública ocorreu no século XX, devido ao Terceiro Reich, quando a palavra eutanásia foi utilizada para referir-se

a práticas que não tinham nada a ver com a morte sem sofrimento (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

No período pós-guerra, devido à sensação de desamparo gerada pelos horrores do conflito e da desesperança, houve uma grande repulsa pela eutanásia. Entretanto, o reconhecimento de que o programa nazista de "eutanásia" não era uma autêntica eutanásia (afinal, não se destinava a prover uma boa morte para seres humanos que levavam uma vida infeliz), proporcionou um retorno das discussões em torno do tema, marcado por algumas transformações importantes: retomada do debate ético e filosófico dirigido às questões de âmbito prático, ocasionando o surgimento da bioética; as indagações relacionadas aos avanços das técnicas de manutenção da vida e prolongamento da sobrevida, capazes de sustentar enfermos com condições de extrema gravidade mesmo sem qualquer perspectiva de recuperação; a ocorrência de situações clínicas que levantaram questões sobre a moralidade da eutanásia e do suicídio assistido; o progressivo envelhecimento populacional que permitiu que um maior número de pessoas se tornassem mais suscetíveis às patologias crônicas e degenerativas e, também, a um processo de morrer mais demorado, com sérias implicações relativas à alocação de recursos em saúde pública; a aprovação de leis autorizando a eutanásia em vários países, como na Austrália, na Holanda, na Suíça e na Bélgica (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

No Brasil, a eutanásia ainda é considerada crime sendo mantido silêncio nas unidades de assistência à saúde, nas quase a terapêutica é tomada às escuras, por profissionais habitualmente sem preparação para isto, e muitas vezes à revelia dos familiares e do próprio enfermo. Discutir sobre a moralidade da eutanásia, demarcando-se os conceitos e enfocando-se os argumentos favoráveis e contrários à sua realização, é crucial para um mais amplo exercício da cidadania e para a formação e atuação em saúde.

O conceito de "boa morte", no contexto dos cuidados no fim da vida, tem sido utilizado quando estão presentes determinadas características, como: morte sem dor; morte ocorrendo com os desejos do paciente sendo respeitados (verbalizados ou registrados nas diretivas antecipadas); morte em casa, cercado pelos familiares e amigos; ausência de evitável infortúnio e sofrimento para o paciente, sua família e o cuidador; morte em um contexto onde as pendências do paciente estejam resolvidas e ocorrendo com uma boa relação entre o paciente e sua família com os profissionais de saúde. Entretanto, devem ser consideradas as condições nas quais uma pessoa enfrenta sua morte, evitando-se falsas expectativas acerca da

evolução deste processo, nem devem ser desconsiderados os aspectos culturais em que a pessoa está inserida (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2009).

Outro aspecto que deve ser considerado se refere à busca de uma "boa morte" que visa preservar as solicitações do paciente, caso isso seja possível e que, tomadas de decisões clínicas difíceis e inesperadas devam ser consideradas como, por exemplo, acerca da necessidade do uso de alta tecnologia em um paciente com doença terminal. Esta situação pode ser especialmente difícil quando a equipe que assiste o paciente baseia-se numa leitura excessivamente restrita aos fundamentos teóricos que podem alicerçar as ações, sentindo-se ameaçada quando se defronta com tais caso. Essa situação pode levar os membros da equipe de cuidados paliativos a sentirem-se como sendo os que detêm um saber único possível para oferecer uma "boa morte". Muitas vezes, a busca da "boa morte" exige despreendimento de convicções por parte do agente, indo ao encontro das necessidades do paciente (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2009).

Atualmente, têm-se a eutanásia classificada baseada no ato em si e no consentimento no paciente.

Quanto ao ato:

- Eutanásia ativa: ato de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários;
- Eutanásia passiva: quando a morte ocorre por omissão proposital em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivência;
- Eutanásia de duplo efeito: quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas não visando ao êxito letal, mas ao alívio do sofrimento de um paciente.

Quanto ao consentimento do paciente:

- Eutanásia voluntária: em resposta à vontade expressa do doente, sendo um sinônimo do suicídio assistido;
- Eutanásia involuntária: quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo, o que pode ser igualado ao homicídio;
- Eutanásia não voluntária: quando não se conhece a vontade do paciente. (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005)

Paralelo à eutanásia, há o suicídio assistido, a distanásia, a ortotanásia e a mistanásia. O suicídio assistido ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito; o enfermo está, normalmente, consciente, enquanto na eutanásia nem sempre o doente encontra-se cômico (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

Contraposta à eutanásia e ao suicídio assistido há a distanásia na qual há aplicação de novas tecnologias, capazes de manter as funções biológicas. Etimologicamente, distanásia contém a idéia de dupla morte. Atualmente é compreendida como manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, levando a um processo de morrer prolongado e com sofrimento físico ou psicológico. Ortotanásia pode ser conceituada como a morte no seu tempo certo, sem os tratamentos desproporcionais e sem abreviação da morte (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

Mistanásia é proposta a morte dolorosa antes do seu tempo e inclui a falta de acesso às condições mínimas de vida; a omissão de socorro aos doentes à margem dos sistemas de saúde; as conseqüências dos erros médicos; e a eliminação dos indesejados, como ocorreu no nazismo (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

Eutanásia é um tema complexo e provoca opiniões contrárias e favoráveis, cada uma com suas justificativas. Os argumentos contra essa prática se baseiam no fato que a vida consiste em um bem divino, sendo sagrado, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. O argumento de slippery slope, traduzível como 'ladeira escorregadia', justifica que não devem ser feitas concessões aparentemente inócuas em temas controversos. Oposições alicerçadas este argumento incluiriam: a desconfiança desgaste na relação médico-paciente; a possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (questões de heranças, pensões, seguros de vida); a pressão psíquica (por exemplo, o pensamento do enfermo de que sua condição é um problema para os familiares), que poderia deixar os pacientes sem outra perspectiva que não a eutanásia, imposta por razões circunstanciais; e a erosão definitiva do respeito à vida humana, tomando-se como base o nazismo. (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005)

Os argumentos favoráveis à eutanásia são baseados no princípio de qualidade de vida e da autonomia do enfermo. O princípio de qualidade de vida subsume outros princípios, mas só é aplicável sob determinadas circunstâncias, sendo destituído de um valor universal e inatacável, afirmando também a existência de um *valor para a vida*. A contraposição ao princípio da qualidade de vida tem a ver com a possibilidade de atos absurdos, geradores de sofrimentos insuportáveis, tão somente para sustentar uma (sobre)vida que pode ser mais um castigo do que uma dádiva (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

Sacralidade e qualidade de vida são tratadas como princípios antagônicos e inconciliáveis. Pode-se tentar uma composição entre ambos no âmbito mais amplo do método da complexidade ao invés de princípio da sacralidade da vida *versus* princípio da qualidade de

vida, integrando as conexões de *simpatia* e as de *antipatia* entre eles (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2005).

Autonomia é um termo de origem grega que remete à idéia de autogoverno. Os defensores a eutanásia apontam que há a necessidade se respeitar a *liberdade* de escolha do homem. Seguindo este princípio, cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que achar melhor, podendo optar pela morte quando não tiver mais forças para viver (Ciro Augusto Floriani; Fermin Roland Schramm, 2008).

A idéia de autonomia apresenta alguns problemas, os quais inviabilizariam seu uso de forma irrestrita: a possibilidade de que haja dificuldade para a compreensão de aspectos da *realidade*, o que representa um empecilho para o exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país no qual a maior parte da população não tem acesso à educação necessária ao exercício da cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência, como o Brasil; a probabilidade de que sempre é possível a existência de conflitos entre os princípios em pauta; a existência de uma assimetria nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, devido às competências diferentes entre quem pede ajuda e quem, supostamente, pode atender tal pedido e que pode, tornar inviável a aplicação do princípio, pela influência exercida por aquele que cuida (Ciro Augusto Floriani; Fermin Roland Schramm, 2008).

Uma das interseções promissora na elaboração dos aspectos conflituosos da eutanásia é a de tomar entre os referenciais a atitude daqueles que se dispõem a executar o ato, abrindo-se a perspectiva para se colocar o problema da compaixão. As grandes tradições morais que se fundam na compaixão são a cristã e a budista. No cristianismo o sentido é de tomar para si, compartilhar, o sofrimento do outro. Na ética budista, apropriada pela filosofia ocidental, a dimensão é mais de acolhimento da angústia alheia; o profissional que cuida do enfermo deve respeitar o momento em que se encontra o paciente, recebendo-o e dispondo-se a atender seu desejo de morrer, sem julgá-lo, nem tomar decisões tão importantes em seu lugar (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2009).

A compaixão, enquanto acolhimento, permite uma conjugada articulação entre os princípios e argumentos morais acerca do fim da vida, compondo a sacralidade da vida, a qualidade de vida e a autonomia, além de superar o argumento do slippery slope. (Rodrigo Siqueira-Batista; Fermin Roland Schramm, 2009).

A vida de um homem submetido a tal situação não deixa de ser sagrada pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de se pôr um fim ao seu curso. A própria

condição de se admitir, em meio a um padecimento incurável e intratável, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, de certa forma, que o doente atribui alto valor à sua própria vida, não desejando profaná-la ao permitir que ela se esvaia em dias e noites de sofrimento sem fim. Assim, morrer pode significar também uma demonstração de apreço pela própria existência. E se este homem é amparado no sentido de se facultar sua disposição para o caso, não se corre o risco de estender, escorregar, indevidamente para situações obscuras e danosas em relação à prática da eutanásia, já que a decisão é daquele que sofre.

A legislação brasileira afirma que "ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante" (art.5º, III). O novo Código Civil, em seu art.13, expressa que "Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes". Essa assertiva é carregada de um viés paternalista. Isto pode ser conflituooso com o disposto no art. 15, ao afirmar que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (Paulo Antonio de Carvalho Fortes, 2007).

No Código de Saúde do Estado de São Paulo há disposição legal referente ao direito dos indivíduos poderem decidir livremente sobre a aceitação ou a recusa da prestação da assistência à saúde (art.3º, IV, b). Já a lei 10.241/99 (art.2º) garante que o paciente pode evitar condutas distanásicas e decidir-se pelo local de sua morte: XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; XXIV - optar pelo local de morte. A maioria das pessoas falece em ambiente hospitalar, o que nem sempre se dá pela vontade do paciente ou de sua família. Dar garantia aos pacientes de escolher onde querem morrer se torna muito significativo, pois, isto tende a resgatar a reflexão sobre a morte e o processo de morrer, temas omitidos não somente pelos profissionais de saúde como também pela sociedade atual. (Paulo Antonio de Carvalho Fortes, 2007).

4. MÉTODOS

O trabalho utilizou a técnica de revisão bibliográfica a partir do tema em questão. A revisão bibliográfica é um processo que permite a realização sistematizada e coordenada de uma revisão dos dados empíricos sobre um tema a partir das bases de dados disponíveis. Foi realizada a captação de publicações, em língua portuguesa, relacionados ao tema eutanásia, através de bancos de dados científicos eletrônicos (MEDLINE, Scielo, Lilacs).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eutanásia é um assunto complexo e há varias questões a serem respondidas. As experiências médicas variam, mas através de informações contidas nos códigos de ética médica e com alguns princípios oriundos de cada um, há fornecimento de um alicerce às decisões individuais que devem ser tomadas. É bem sabido que os princípios são claros e devem ser observados, mas a aplicação específica nem sempre é tão evidente ou fácil. A maioria de nós, seres humanos, terá que tomar decisões, cedo ou tarde, sobre o cuidado de nossos amados que podem se achar em situação de prolongado sofrimento. Outros possuem deveres um pouco mais complexos, trabalham em hospitais superlotados e mal equipados onde as possibilidades para salvar vidas são limitadas e escolhas são feitas a cada dia – quem deve ser salvo? Qual o caso mais grave? Quem tem melhor “potencial” de vida? Quem tem “pior qualidade” de vida? Como decidir o que não conhecemos? Além de um esforço intelectual a favor de toda a vida humana, especialmente dos mais necessitados, é necessária uma atitude prática de toda a sociedade, para aliviar a dor e outros sintomas, prestando atenção às carências espirituais e afetivas dos doentes.

6. REFERÊNCIAS

KOVÁCS, Maria Julia. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva** v.13, suppl.2, Rio de Janeiro Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em 17 set. 2009.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.53, n.3, São Paulo May/June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000300005&lang=en&tlng=pt>. Acesso em 17 set. 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** v.13, n.1, Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100025&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciênc. saúde coletiva** v.14, n.4, Rio de Janeiro July/Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400030&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2009.

SIQUEIRA-BATISTA,Rodrigo; SCHRAMM , Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** v.9 ,n.1, Rio de Janeiro 2004.Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2009.

GOMES ,Edlaine de Campos; MENEZES , Rachel Aisengart. Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. **Physis** v.18 , n.1 Rio de Janeiro 2008.Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100006&lang=pt> .Acesso em : 19 set. 2009.

SIQUEIRA-BATISTA,Rodrigo; SCHRAMM , Fermin Roland. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública** v.21, n.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005. Disponível em : <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100013&lang=en&tlng=pt> .Acesso em : 12 set. 2009.

KOVACS,Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicol. USP** v.14 , n.2 São Paulo 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lang=pt> .Acesso em : 13 set. 2009.

FECHEM AS PORTAS DO HOSPÍCIO, ABRAM AS DO CORAÇÃO

Priscilla Maria de Castro Silva¹
Elisângela Braga de Azevedo²
Ana Elisa Pereira Chaves³
Maria Ferreira de Oliveira Filha⁴

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se nos anos 70, em favor das mudanças dos modelos de atenção, gestão e produção de tecnologias de cuidado nas práticas de saúde em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços, e do protagonismo dos trabalhadores e usuários. Entretanto construímos um estudo histórico que teve como método de abordagem a técnica da história oral temática e a pesquisa documental, objetivando recuperar informações sobre esse processo de desinstitucionalização do município de Campina Grande – PB. Os colaboradores foram atores envolvidos direta ou indiretamente na gestão e nos serviços de saúde mental. Apresentamos tópicos, especificamente, sobre processo de domínio público, divisor de águas para um novo modelo tecnoassistencial em todo compartimento da Borborema do Estado da Paraíba com intervenção e descredenciamento do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF). Portanto, entendemos que o movimento de reforma, deste cenário, teve os primeiros passos com mobilização social, caracterizado pelos trabalhadores de saúde mental e os gestores públicos que posteriormente, proporcionou debates públicos; a criação de uma Lei Municipal de Saúde Mental e; a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Percebemos que a Reforma se consolida em Campina Grande, como um dos mais importantes processos históricos vivenciados, pois este proporcionou uma melhora qualitativa de vida, daqueles que utilizam os serviços de saúde mental do município, refazendo para muitos uma trajetória marcada por sofrimento, tratamentos ineficazes e condições subumanas de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica – História. Saúde Pública – História. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental.

¹ Enfermeira, professora, especialista em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) de Campina Grande - PB. e-mail: priscillamcs@hotmail.com

² Enfermeira, Sanitarista, Professora das Faculdades Integradas de Patos, Mestranda em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. e-mail: elisaaz@terra.com.br

³ Enfermeira, professora, Mestre em Saúde Pública Departamento de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) de Campina Grande - PB. e-mail: anelchaves@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará; Professora Adjunto IV da Universidade Federal da Paraíba; Atuação em Enfermagem Psiquiátrica. Email: marfilha@hotmail.com

O CONTEXTO DO PROCESSO NO ESPAÇO E TEMPO

É algo que vai ficar sempre demarcado, o antes, e o depois. O antes da intervenção daqui de Campina Grande, demarca bem como viviam os clientes de transtorno mental, sofrimentos mentais graves, os internos de hospitais psiquiátricos. E hoje, o depois, qual a qualidade de assistência eles tem nesses serviços extra-hospitalares, extra-muros, representados pelos CAPS, pelas residências terapêuticas, saúde da família, ambulatórios. Enfim, todo esse conjunto que constituiu a Reforma Psiquiátrica verdadeiramente (Mentaleira 06).

No final dos anos 70, paralelamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira, intensificaram-se no país os debates e as reflexões sobre a assistência à saúde mental. Influenciados pelos projetos de Reforma Psiquiátrica ocorridos nos EUA e nos países da Europa como Inglaterra, França e Itália, profissionais, estudantes e setores da sociedade civil brasileira articularam discussões a respeito do significado do processo saúde-doença, das condições de trabalho, do papel dos profissionais nos serviços públicos e da qualidade da assistência prestada frente às reais necessidades da população (OLIVEIRA, 2002). O movimento denominado Psiquiatria Democrática partiu da constatação de que a psiquiatria serviu de instrumento de gestão da desordem e misérias sociais, tendo o hospital psiquiátrico como instrumento fundamental (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Nesta política, a proposta de desinstitucionalização teve forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O referido programa vem conseguindo nos últimos três anos vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população. O processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria (BRASIL, 2005).

Segundo Medeiros Junior (2006), através de avaliações do PNASH/Psiquiatria, a instituição de atendimento psiquiátrico que teve processo de intervenção, possuía indicadores muito ruins e precisava de intervenção do Ministério da Saúde. Entretanto, segundo Magno (2005) através de reportagem publicada no Correio da Paraíba, interventores do hospital

referido, denunciaram caos no lugar, doentes mentais abandonados, camas sem colchão e banho feito com uma mangueira. E desde o dia 18 de abril de 2005, o processo de intervenção se iniciou no referido hospital. Com o processo de intervenção da referida instituição, concluída em 01 de julho de 2005, o atendimento aos usuários do SUS, portadores de sofrimentos psíquicos graves e persistentes nesse município, ainda mantém outro serviço de atendimento hospitalar, que se encontra aberto até os dias atuais, pois se adequou parcialmente às normas estabelecidas pelo PNASH/ Psiquiatria¹.

No cenário de Campina Grande – PB, a Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de capacidade física instalada para desenvolver ações assistenciais em todos os níveis de complexidade do sistema, que, nesse espaço, encontram-se organizados em seis Distritos Sanitários. Nesse campo o modelo de atenção na saúde mental, no ano de 2005, era essencialmente hospitalocêntrico privado. A Secretaria de Saúde transferia recursos enviados pelo Ministério da Saúde, para que os hospitais internassem ou hospedassem pacientes, livrando famílias do incomodo de conviver com pessoas portadoras de transtornos mentais (MEDEIROS JÚNIOR, 2006). Campina Grande despontou como pioneira a ter uma legislação própria no Estado da Paraíba, a lei municipal 4.068 que fixou diretrizes para a saúde mental do município (CAMPINA GRANDE, 2007).

Em dias atuais, o município dispõe de uma Rede de Atendimento de Saúde Mental composta por serviço ambulatorial do Núcleo de Atendimento Psiquiátrico (NAP), incluso no Centro de Atendimento Especializado de Serviço Ambulatorial do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), e de Serviços Substitutivos de Saúde Mental compostos por sete Centros de Atenção Psicossocial, sendo: um CAPS II; um CAPS III; dois CAPS II/ i; um CAPS II/ad, CAPS São José da Mata; CAPS Galante; uma Emergência psiquiátrica junto ao Hospital Geral Dr. Edgley. Esse cenário, ainda, inclui seis Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e um Centro Convivência de Cultura e Artes.

Nesse contexto, percebemos que o processo de desinstitucionalização em saúde mental pressupõe uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do circuito hospitalocêntrico e das representações sociais excludentes. Em contrapartida,

¹ PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, composto de diretrizes e Normas para a assistência hospitalar e para a avaliação de Hospitais Psiquiátricos que a Secretaria de atenção à saúde de Ministério da Saúde, estabeleceu por meio da portaria GM n° 799/00 e GM n° 251/02.

tenta-se construir novas práticas e instituições que questionam continuamente as formas recicladas de opressão, repressão e exclusão social do usuário. Essas mudanças permitiriam a manifestação de um fluxo dialógico nas práticas intra e interinstitucionais, como também invenções terapêuticas comprometidas com a sua liberdade e inclusão social. Todavia, são mudanças em construção sócio-histórica, contexto que lhes dá um ritmo culturalmente possível, muitas vezes lento (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Diante do exposto, propomo-nos objetivamente a recuperar historicamente informações sobre o processo de intervenção e descredenciamento do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria Funcional (ICANERF).

DESCREVENDO O PROCESSO ATRAVÉS DA HISTÓRIA

A história oral não só oferece uma mudança para o conceito de história, mas garante sentido social à vida de depoentes e leitores que passam a entender a seqüência histórica e a se sentirem parte do contexto em que vivem
(José Carlos Sebe Bom Meihy).

Optamos pelo método da história oral temática proposto por Meihy (1996) e pela pesquisa documental, utilizando as fontes primárias e secundárias. Os colaboradores para construção da história oral desse estudo foram atores envolvidos direta ou indiretamente com o referido processo que formaram a colônia, ponto zero e rede de história oral. Os dados foram coletados através de entrevistas dirigidas e pesquisa documental. E, foram tratados através da transcrição absoluta e textualização.

A construção do texto foi feita com a apresentação dos depoimentos dos sujeitos a partir da escolha do tom vital, esse, em cada texto foi escolhido como síntese dos depoimentos e o critério utilizado para escolha foi à relevância desse significado para o colaborador em questão. Nesse sentido abrimos a discussão de cada tópico deste trabalho com tons vitais de depoimentos dos nossos colaboradores identificados como mentaleiros.

A apresentação e discussão dos depoimentos foram feitas com o referencial teórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das informações encontradas em documentos. Para tanto, a construção do texto foi feita com as confrontações entre significados e conceitos obtidos nos depoimentos dos colaboradores.

O CENÁRIO DO DESCASO E A AVALIAÇÃO DO PNASH/ PSQUIATRIA

A princípio a recomendação do Ministério era que a gente deixasse tudo por escrito o que era que o hospital tinha que melhorar. E, a gente ia fazendo uma, duas, três supervisões e nada, a coisa continuava do mesmo jeito, aquela forma degradante, os pacientes vivendo de forma subumana. Então tudo isso foi dando indignação e a gente montava esses relatórios e mandava pro Ministério. Então chegou um momento que as três instâncias se reuniram, pois chegou um momento que não tinha mais condições da unidade continuar trabalhando, daquela forma, onde um ser humano teria um tratamento psiquiátrico (Mentaleira 03).

Para não cometer anacronismo, consideramos a informação sobre o contexto do espaço de acordo com as informações referentes ao tempo de análise do Ministério da Saúde do Brasil sobre o processo em estudo. Para tanto, Campina Grande está localizada no interior do Estado da Paraíba, Nordeste do Brasil e com uma população aproximada de 376.000 habitantes (IBGE, 2006).

Nesse cenário, grande parte do atendimento da demanda de saúde mental da região, se dava através de dois hospitais psiquiátricos, ambos de médio porte. Depois de reiteradas avaliações negativas do Programa Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) realizou-se o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes de um dos hospitais psiquiátricos da cidade o ICANERF e de descredenciamento do serviço da rede SUS (BRASIL, 2005). Sobre esse aspecto, os colaboradores informam que:

Desde outubro de 2004, que foi declarada a intervenção pelo Ministério de um dos hospitais daqui, que já tava a pontos baixíssimos, já era pra ter fechado no primeiro semestre, segundo a avaliação do PNASH, que é a avaliação nacional (Mentaleira 01).

A questão da redução gradual dos leitos, o PNASH (...) foi quem deu margem para que os profissionais fossem para dentro dos hospitais e verifica-se [se] eles tinham ou não condições de continuar recebendo os usuários. O PNASH foi o grande marco, ele veio descobrir realmente quais os hospitais que teriam de receber essa carta de que ele não tinha mais condição de funcionamento (Mentaleira 03).

Mas o movimento da intervenção, ele foi a determinação do Ministério da Saúde (...) por duas vezes consecutivas teve uma reprovação no PNASH, que é o programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares, ele teve um tempo pra se readequar, não o fez, não corrigiu as irregularidades e assim foi decretado esse processo de intervenção (Mentaleira 04).

Eles fizeram uma vistoria, deram um prazo, de um ano ou dois, fizeram outra visita, outra vistoria e a partir da ultima visita eles decidiram fazer a denúncia ao ministério público (Mentaleira 06).

Diante desses depoimentos, podemos perceber que o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS. Este instrumento de avaliação gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer revistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população (BRASIL, 2005).

A INSTITUIÇÃO TOTAL *SUB JUDICE*

Nós não tínhamos um hospital ali, a gente tinha um depósito mesmo, as pessoas não tinham a mínima condição humana de vida [...] eram 200 pessoas elas viviam sem colchão, ou no chão, sem roupas direito, as mulheres não tinham absorventes, não tinham sabonete pra tomar banho, tomavam banho no pátio, abriam o chuveiro eles ficavam em baixo, os homens de mangueira, então aquilo não era condição humana, e comida nem falar, era sopa de osso, era muito arroz, pão velho, medicamento, era igual pra todo mundo, o medicamento mais barato, davam a todos para dormir (Mentaleira 01).

Nos autos do Processo nº 2005.82.01.001002-2 tramitado no Poder Judiciário da Justiça Federal da Primeira Instância e movido pela União Federal contra o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, objetivando o afastamento do diretor da instituição hospitalar, constava que a instituição, não vinha prestando serviço público de saúde de acordo com padrões satisfatórios de qualidade, pondo em risco a saúde pacientes, conforme conclusão o Relatório de Supervisão, elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, onde dizia na conclusão que o: “ICANERF encontrava-se em péssimas condições de funcionamento com utilização de espaços restritivos e os pacientes sem roupa na cela forte...” Colhiam-se, ainda, da Autoridade do Departamento Nacional de Auditoria do SUS as seguintes deficiências:

- Precárias condições de conservação predial, piso desadequados, infiltrações nas paredes e tetos, esquadrias das janelas sem vidros, revestimentos de azulejos desprendendo, instalações hidro-sanatárias sem bacias sanitárias e sem chuveiros;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar não formalizada e ausência de registro da sua atuação
- Ausência de vinte e dois colchões nas Unidades 1 e 2. Os existentes no hospital não apresentam condições adequadas de uso;
- Na Unidade 1(masculina) existiam 43 leitos, no entanto foram encontrados 48 pacientes, ficando cinco usuários sem leitos;
- Característica restritiva das Unidades de Internação, principalmente as 1, 2, 4 e 5, com cadeados, grandes e seguranças lotados nessas unidades de internação contrariando o art.2º, parágrafo único da Lei nº 10.216/2001;
- Sala de Curativos com paredes mofadas e ambientes abafado, sem condições de uso;
- Três leitos tipo *Fowler* danificados na Unidade dos Idosos;
- Não disponibilizava de nutricionista;
- Cozinha e Refeitório em péssimo estado;
- Iluminação e ventilação precárias e equipamentos sem manutenção no Setor de Lavanderia;
- Ausência de controle de validação do processo de esterilização e reduzido numero de instrumentais;
- Leitos cadastrados pelo SUS (347), incompatíveis com os leitos ativados (211), caracterizando superlotação;
- Pacientes internados custeando a medicação utilizada em seus tratamentos;
- Prontuários incompletos, sem evoluções médicas (CAMPINA GRANDE, 2005a).

No nosso entendimento, esse Relatório apresentou importantes indícios de uma negligência e irresponsabilidade coletiva com a assistência “psiquiátrica” ao sujeito em sofrimento psíquico grave, persistente e em sua maioria incapaz civilmente e subalternos economicamente para enfrentar e denunciar os horrores, comumente praticados no interior das *instituições totais*, controladas e disciplinadas pela reconhecida elite detentora de poder, manipuladora política e muitas vezes transgressora dos direitos de cidadania das classes subalternas, até mesmos quando são ditos Direitos Universais do Homem.

A CONDIÇÃO (DES) HUMANA NOS NOTÍCIÁRIOS DE JORNAIS DA CIDADE

*Doentes nus e abandonados levam o MS a intervir no JR.
Interventores do Hospital João Ribeiro em Campina,
denunciam ‘caos’ no lugar, ontem. Doentes mentais estão
abandonados. Camas não têm colchão e o banho, feito com
uma mangueira, e em grupo. O Ministério da Saúde
prometeu ‘mudança radical’
(Correio da Paraíba, Quinta- Feira, 28 de abril de 2005).*

Diante do exposto, a recuperação de informações desse processo na perspectiva da história oral temática fez emergir nessa realidade significados importantes no preenchimento de algumas lacunas para confrontação dos conceitos resgatados através dos depoimentos dos colaboradores. Nesse contexto, os colaboradores ilustram que:

Nós não tínhamos um hospital ali, a gente tinha um depósito mesmo, as pessoas não tinham a mínima condição humana de vida (...) eram 200 pessoas elas viviam sem colchão, ou no chão, sem roupas direito, as mulheres não tinham absorventes, não tinham sabonete pra tomar banho, tomavam banho no pátio, abriam o chuveiro eles ficavam em baixo, os homens de mangueira, então aquilo não era condição humana, e comida nem falar, era sopa de osso, era muito arroz, pão velho, então assim, medicamento, era igual pra todo mundo, o medicamento mais barato (Mentaleira 01).

Ver aqueles prontuários muitas vezes era uma medicação só para todos os pacientes. Então você via uma pessoa que ficava só, que fazia um tratamento de álcool e drogas, junto com pacientes esquizofrênicos, junto com outros tipos de condutas terapêuticas que você via, então não tinha uma coisa a se fazer, vamos trabalhar grupos disso, daquilo, era um trabalho único, em um médico clinico eles nunca passaram (Mentaleira 03).

Tinha internos lá que nunca tinha visto carro, internos que fazia anos que não comiam fruta, não se circulava nem sabonete, assim, era uma situação tão precária (...) então tinha moradores lá, moradores eu digo, é porque não eram mais pacientes, nem internos, eram moradores, afinal de contas uma pessoa que ta em um hospital há mais de quarenta anos, deixa de ser interno, deixa de ser paciente e vira morador (...) as situações precárias, época de chuva, o hospital todo tinha goteira(...) chegou uma hora que não dava mais pra continuar ali (Mentaleira 04).

Cidadãos que tavam entregues a própria sorte no hospital psiquiátrico, cidadãos que não tinham acesso sequer a alimentação, sequer a condições dignas de onde se dormia, de um banheiro que pudessem usar (Mentaleiro 07).

De acordo com a reportagem de Magno (2005), publicada no Diário da Borborema em 28 de abril de 2005, homens e mulheres tomavam banho juntos, e o único instrumento para higiene era uma mangueira, operada por um funcionário que,

mecanicamente, parecia limpar elefantes de circo e um pequeno pedaço de pano era compartilhado por todos no ato do enxugamento do corpo.

Outro problema constatado pelo interventor do Ministério da Saúde, segundo reportagem, foi a má alimentação oferecida. Não importava se era domingo ou feriado, ou mesmo o dia de aniversário dos internos. Pela manhã, após uma noite dormida em camas sem colchão, um café da manhã à base de café muito ralo e cuscuz eram servidos. No almoço, a carne de má qualidade tinha pouco tempero e quase não era vista em meio a um prato com, invariavelmente, feijão e arroz. E finalmente no jantar, complementando o cardápio, uma sopa rala e feita com macarrão e ossos que sobraram da refeição passada (MAGNO, 2005).

Confrontando as informações oficiais e da imprensa escrita sobre o processo com os depoimentos supracitados, percebemos que o ICANERF possuía indicadores avaliados pelo PNASH/Psiquiatria muito ruins e, essa instituição, estava bem longe de ser entendida como hospital porque sua degradação de estrutura física somava-se a degradação de condições humanas ou mesmo de habilidades terapêuticas. Entretanto, tais condições insalubres, não permitiam tratamento psiquiátrico aos usuários do Sistema Único de Saúde, nessa cidade. Nesse contexto, percebe-se que esses usuários não eram acompanhados ou tratados adequadamente.

A INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Somente com a intervenção do Hospital João Ribeiro, é
que eu te digo que do ponto de vista público, a
comunidade campinense toma conhecimento de uma
coisa chamada Reforma Psiquiátrica
(Mentaleira 02).

Sobre esse processo, no dia 19 de Agosto de 2004, o Ministério da Saúde anunciou uma medida de grande intensidade que correspondesse às condições de tratamento e vida oferecidos em alguns hospitais psiquiátricos: intervenção na gestão de 10 instituições próprias e conveniadas ao SUS, dentre elas, uma das piores instituições avaliadas no país, colocadas em processo de intervenção federal, através de Decreto Ministerial, encontrava-se no município de Campina Grande, e o seu descredenciamento foi publicado em Diário Oficial da União, a partir da inspeção do PNASH/PSIQUIATRIA (BRASIL, 2005). Nesse contexto, nossos colaboradores informam que precisou dessa ação do Ministério da Saúde e do

Ministério Público, para de fato ocorrer o descredenciamento, eis o que alguns deles comentaram acerca dessa temática:

Precisou essa alavanca do ministério e da justiça, por que nem o estado, nem a prefeitura acho que por questões até políticas, de cidades, de relações, ficou difícil, mas também, quando aconteceu teve o apoio tanto do estado quanto da prefeitura, mas eu acho que um desencadeante importante pra chegar aonde tá, eu acho que foi isso. (Mentaleira 01)

(...)a gente montava esses relatórios e mandava pro Ministério (...) Então foi quando o ministério decretou a intervenção e veio um interventor do Ministério da Saúde que pediu a retirada do gestor da unidade e a gente foi que assumiu aquele hospital (Mentaleira 03)

A iniciativa partiu do Ministério da Saúde, que pra que o Ministério mandasse a verba, era preciso que o hospital se adequasse àquelas normas que eles exigiam, então através de vistorias realizadas pelo ministério público, por coordenadores da saúde mental da Paraíba (...)(Mentaleira 06).

Para tanto, após (re)inteiradas constatações do Ministério da Saúde de incompatibilidade com o tratamento que deveria ser proposto pela instituição e a real situação da mesma, foi necessária contratação de profissionais para atuação frente à equipe de intervenção. Nossas colaboradoras abordam essa temática:

A reforma psiquiátrica chegou empurrada pela barriga, por que muitos técnicos também não estavam preparados, mas a gente vestiu a camisa daquela forma, mediante o que a gente via dentro daqueles hospitais psiquiátricos (Mentaleira 03).

E lógico contratarmos outros profissionais que também faziam parte da equipe, outros psiquiatras, eram formados de psicólogos, assistente social, enfermeiros, com todas essas secretarias que também estavam aptas a fazer esse trabalho junto com eles (Mentaleira 03).

Acerca dessa temática, Cirilo (2006) traz que foi necessária a contratação de alguns profissionais, tais como: cuidadores, auxiliares de enfermagem para trabalhar dentro do hospital, e partindo dessa iniciativa, as alas foram reorganizadas, os internos de Campina Grande ficaram em uma ala e os dos outros municípios se localizaram em outra ala, e essa medida tinha como finalidade acompanhar os tratamentos e as altas dos usuários.

O PROCESSO DE TRABALHO PARA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Eu acho que o grande ponto foi esse processo de intervenção, ele foi um marco importantíssimo na reforma psiquiátrica de Campina Grande, porque ele possibilitou que 176 internos fossem desinstitucionalizados (Mentaleira 04).

Nessa perspectiva, o processo de trabalho da equipe se deu no âmbito do levantamento e censo dos usuários, através de recadastramentos, exames minuciosos em cada paciente, nossas depoentes ilustram como foi feito esse processo:

Qual seria a primeira posição, a gente trabalhar a família, trabalhar os pacientes, fazer um levantamento pra ver o quadro de cada um, quais os tipos de transtornos, no entanto seria feito assim, um recadastramento e a gente fazer minúcias (...) então quem chegava a triagem era feita por nós, a gente diariamente formava um grupo e a gente via os horários, fazia uma triagem, um horário, mais ou menos final de semana, quem podia, quem não e a partir daí foi começando todo esse processo (Mentaleira 03).

Como psiquiatra atuei examinando cada paciente, vendo a parte física, a parte orgânica, porque existiam pacientes que eram tidas como cegas quando na verdade tinham apenas catarata (Mentaleira 06).

Segundo relatório sobre o censo clínico e psicossocial dos pacientes internados no referido hospital feito em outubro e novembro do ano de 2004, constatou-se que 73 pacientes eram residentes da cidade de Campina Grande, 72 residiam em outros municípios, dentre estes, três internos foram abandonados literalmente pelos seus familiares, e foi impossível contactá-los, por fim seis pacientes eram indigentes, ou seja, trazidos por populares ou pela justiça, sem endereço ou não recordavam (CAMPINA GRANDE, 2004a).

UM NOVO HORIZONTE

Houve ganhos qualitativos muito grandes porque se você, em especial pensar no usuário que estava abandonado no hospital e você pensar que hoje esse usuário mora em uma casa digna com todo o conforto que um cidadão merece, [...] ele tem acesso a alimentação, ao conforto e não só isso, ele tem acesso ao atendimento nos CAPS, ao medicamento, a renda também, houve de fato um divisor de águas e vejo que a reforma psiquiátrica é uma das reformas, um dos processos mais importantes que aconteceu no Brasil nos últimos anos (Mentaleiro 07).

Nesse ínterim, aos desinstitucionalizados foram dados diferentes encaminhamentos nos inúmeros municípios do estado da Paraíba e tais municípios ainda estão se adequando à lógica da reforma, que é a volta desse interno pra casa, e a inserção destes nos serviços substitutivos de saúde mental, estes encaminhamentos serão abordados mais adiante no tópico posterior. Uma de nossas depoentes ilustra bem essa afirmativa:

E o bom disso tudo é que a gente ver que as pessoas que estavam internadas, hoje estão nos CAPS, estão indo sozinhas, aquelas pessoas que as famílias

achavam que não voltariam mais pra casa e a reinserção esta acontecendo (Mentaleira 03).

Nesse contexto, a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se "resolva" por hora, não se "cure" agora, mas, no entanto seguramente "se cuida". Depois de ter descartado a "solução-cura" se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Novembro de 2005.

CAMPINA GRANDE. Secretaria de Saúde, Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande, Departamento de Controle e Avaliação. **Relatório sobre o censo clínico e psicossocial dos pacientes internados no hospital João Ribeiro**. Campina Grande, Out/Nov, 2004 a.

CAMPINA GRANDE. Câmara Municipal de Campina Grande, **Lei 4.068**, Disponível em: <<http://www.camaracg.com.br/busca/leis.html>> Acesso em 10 de Maio de 2007.

_____. Secretaria de Saúde, Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande,

DAPE. **Desenho da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande**. Campina Grande, Nov/Dez, 2004b.

_____. Poder Judiciário, Justiça Federal Primeira Instância. **Processo nº 2005.82.01.001002-2, Movido pela União Federal, contra o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional**, Objetivando o afastamento do diretor da instituição hospitalar, ora demandada. Seção Judiciária da Paraíba, 6ª Vara, Campina Grande: 29 de Março de 2005 a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande. **Plano de destino das AIH-Psiquiátricas do ICANERF de Campina Grande**, Campina Grande, 31 de Maio de 2005b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Mental de Campina Grande. **Programa de Saúde Mental**. Campina Grande, Novembro de 2005c.

CIRILO, L. S. **Novos tempos:** saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande - PB, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Disponível em
< www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php/ > Acesso em 22 de agosto de 2006.

MAGNO, C. Doentes nus e abandonados levam o MS a intervir o João Ribeiro, **Correio da Paraíba**, Quinta- Feira, 28 de abril de 2005. Cidades.

MEIHY, J. C.S. B. **História Oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MEDEIROS JUNIOR, G. **Um Novo Modelo na Saúde Mental**, Instituto Franco Basaglia, 28 de março de 2006. Disponível em: <http://www.ifb.org.br/news_2006/noticia_09_2006.htm> Acesso em 29 de junho de 2006.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2002.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990.

VIEIRA FILHO, N. G; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, vol. 9, n. 2, p. 373-379, Natal, maio de 2004.

HERMENÊUTICA CONSTITUCIONAL: ABORDAGEM PLURALISTA E INTERDISCIPLINAR DA CARTA MAGNA AFETA À ANENCEFALIA

Geronildo Alves Fernandes Júnior¹
Fernanda Maria Costa de Souza²
Simone Karine da Costa Mesquita³
Anamélia Soares Nóbrega⁴
João Fernandes de Souza⁵

Resumo

A interpretação constitucional é muito vinculada a uma sociedade fechada, vale dizer, aos juízes e aos procedimentos formalizados. Todavia, uma teoria da constituição, que busca efetividade e realização não deve se esquivar da análise da tensão entre Constituição e realidade constitucional. Assim, o professor A teoria da interpretação constitucional que associou a Constituição e a realidade constitucional, trazendo, para o processo hermenêutico constitucional, todos aqueles que fazem a realidade da Constituição. Essa nova maneira de interpretar a Constituição é percebida a partir da concessão de alvará judicial para a realização de aborto de feto acometido pela anencefalia. O presente trabalho tem por objetivo refletir as novas perspectivas atinentes à hermenêutica constitucional a partir da abordagem pluralista e interdisciplinar da carta magna afeta à anencefalia. Trata-se de um estudo reflexivo à luz da interpretação da Constituição Federal, mediante o modelo proposto por Peter Häberle, que defende, a luz da sociedade aberta dos intérpretes da Carta Magna, uma interpretação pluralista e democrática, dos participantes materiais do processo social, na espécie, da discussão que atingiu o Supremo Tribunal Federal, acerca da interrupção da gravidez, em razão da anencefalia do feto, por meio das inéditas audiências públicas. Nesse particular, convergimos o tema abordado à questão das audiências públicas realizadas pela Suprema Corte, a acerca da interrupção de gravidez em decorrência de anencefalia – ponto manifesto de nossa abordagem. A referida temática abarca um sério dilema bioético e sucita visões antagônicas, analisadas em diversos exemplos jurisprudenciais e argumentos doutrinários.

PALAVRAS CHAVE: Direito. Legislação. Anencefalia.

¹ Bacharel em Direito pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB

² Graduanda em Direito pelo Centro universitário de João Pessoa – UNIPÊ

³ Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat. Especialista em Saúde da Família -FIP

⁴ Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB .

⁵ Médico. Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB Mestre em Ciências da Nutrição – UFPB.

INTRODUÇÃO

Ao iniciarmos o presente estudo, reportamo-nos ao pensador, Peter Häberle, que materializou a idéia da interpretação constitucional à luz da sociedade aberta, pontuando que não existe norma jurídica, senão norma jurídica interpretada, ressaltando que interpretar um ato normativo nada mais é do que colocá-lo no tempo ou integrá-lo na realidade pública.

Nesse sentido, propõe Häberle que se supere o modelo de interpretação de uma *sociedade fechada* (nas mãos de juízes e em procedimentos formalizados) para a idéia de uma sociedade aberta dos intérpretes da Constituição, ou seja, uma interpretação pluralista e democrática, dos participantes materiais do processo social.

Olvidando-se da idéia duma sociedade confinada, emerge a idéia de que a interpretação não pode ficar mais à mercê dos órgãos estatais, conquanto deve ser aberta para todos os que “vivem” a Constituição, e dessa feita, esses destinatários, ¹legítimos intérpretes, sedimentam um processo de revisão da metodologia jurídica de interpretação clássica (LENZA, 2009, p. 99)

Observa Häberle que submerso numa conceituação extensiva de hermenêutica, “cidadãos e grupos, órgãos estatais, o sistema público e a opinião pública [...] representam forças produtivas de interpretação [...]; eles são intérpretes constitucionais em sentido amplo, ainda que pré-intérpretes [...]” (LENZA, 2009, p. 100).

A interpretação constitucional esteve e está muito vinculada a uma sociedade fechada, vale dizer, aos juízes e aos procedimentos formalizados. Nesse modelo, estão legalmente legitimados para interpretar o texto maior, somente aquele escasso rol de pessoas que compõem o processo constitucional nas Cortes Constitucionais, ou seja, o juiz, as partes e seus respectivos advogados e o Ministério Público.

Todavia, uma teoria da constituição, que busca efetividade e realização não deve se esquivar da análise da tensão entre “Constituição e realidade constitucional”. Esse assunto é um dos mais complexos e angustiantes de toda a teoria constitucional moderna. Assim, o professor Peter Häberle formulou uma teoria da interpretação constitucional que associou esses dois subtemas, Constituição e realidade constitucional, trazendo, para o processo hermenêutico constitucional, todos aqueles que fazem a realidade da Constituição.

Propôs, o referido autor, a tese de que no processo de interpretação constitucional, existe a vinculação em potencial de todos os cidadãos, grupos e órgãos

1

estatais, sendo impossível que se estabeleça um número limitado de intérpretes da Constituição(HÄRBELE,2009,p.12). :

Percebe-se, pela tese acima exposta, que o trabalho hermenêutico constitucional pode e deve ser realizado tanto pelos órgãos estatais formalmente legitimados, quanto por todos aqueles que realmente fazem o meio no qual o texto constitucional está imerso. Isso é um reflexo da sociedade aberta e plural das últimas décadas. Daí ser inadmissível, no momento atual, um elenco cerrado de intérpretes da Constituição. Decorrendo, nesse sentido, quanto mais pluralista for a sociedade, mais aberto serão os critérios de interpretação.

Assim, embora sejam intérpretes *não-oficiais* da Lei Fundamental, nem por isso os chamados grupos intermediários e o próprio cidadão deixam de ser legítimos *interessados* na sua aplicação. Detentores permanentes da privilegiada condição de sujeitos do processo constituinte e de realizadores e destinatários finais da Constituição, de nada lhes adiantaria ostentar esse *título de nobreza* se lhes fosse vedado participar do processo de tradução da vontade constitucional.

A participação dos grupos intermediários e do próprio cidadão, como sensores sociais, no processo interpretativo, possibilitará ao STF enriquecer a interpretação constitucional pela reintegração entre *fato* e *norma*, entre domínio normativo e programa normativo, entre realidade constitucional e texto constitucional, reintegração que se faz tanto mais necessária quanto sabemos que esses elementos se implicam e se exigem reciprocamente, como condição de possibilidade da *compreensão*, da *interpretação* e da *aplicação* de qualquer modelo jurídico.

No direito brasileiro, concedendo maior legitimidade das decisões jurisdicionais, em razão da pluralidade do debate, destacam-se a figura do *amicus curiae* e das audiências públicas no controle concentrado de constitucionalidade (LENZA, 2009, p. 99).

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo refletir as novas perspectivas atinentes à hermenêutica constitucional a partir da abordagem pluralista e interdisciplinar da carta magna afeta à anencefalia.

Trata-se de um estudo reflexivo à luz da interpretação da Constituição Federal, mediante o modelo proposto por Peter Härbale, que defende a luz da sociedade aberta dos intérpretes da Carta Magna, uma interpretação pluralista e democrática, dos participantes

Amicus Curiae é o terceiro que possui legitimidade para intervir, apresentando sua visão sobre o caso, no processo de controle normativo abstrato (LENZA, 2009, p. 190).

materiais do processo social, na espécie, da discussão que atingiu o Supremo Tribunal Federal, STF, acerca da interrupção da gravidez, em razão da anencefalia do feto, por meio das inéditas audiências públicas.

Nesse particular, convergimos o tema abordado à questão das audiências públicas realizadas pela Suprema Corte, em procedimento nunca antes, noutras épocas verificado, cuidando de temáticas de repercussão geral, quais sejam: as discussões sobre células-tronco e acerca da interrupção de gravidez em decorrência de anencefalia – ponto manifesto de nossa abordagem científica – ADPF 54). Para uma melhor compreensão do tema abordado serão destacadas considerações a respeito da anencefalia e suas repercussões no campo ético e jurídico.

Convém retratar que a anencefalia é uma desordem rara do sistema nervoso, que se caracteriza por uma má formação do tubo neural. É durante o desenvolvimento embrionário, no início da gestação que ocorre a formação do tubo neural, este por sua vez formará o cérebro e a medula espinhal. Estes dois componentes do sistema nervoso central e a crista neural originarão todos os neurônios cujos corpos celulares estão localizados no sistema nervoso periférico dos nervos, gânglios e plexos. Durante este processo, poderá ocorrer uma má formação dessas estruturas, podendo ser de severa ou leve gravidade, entretanto a mais severa de todas é a anencefalia (FRANCO, 2009).

Em verdade, a terminologia anencefalia tem por significado restrito “sem cérebro”, não obstante o tronco cerebral do nascituro presente, conservando de forma temporárias funções vegetativas. Entretanto, o distúrbio atinge grandes partes do cérebro, alterações em estruturas faciais, aparência truanesca, ausência da pele para cobrir o crânio e carências de estruturas cerebrais como hemisfério e córtex, que estão relacionadas com a consciência, comunicação, afetividade, emotividade, entre outros (ROSAS, 2008).

Destarte, diante de todas essas graves deficiências no processo de desenvolvimento embrionário, o anencéfalo fica impossibilitado de avançar nos estágios da gestação, e conseqüentemente de sobreviver na vida extra-uterina. Etiologicamente, a anencefalia pode estar relacionada com fatores genéticos e ambientais. Uma criança anencéfala nascida a termo, o prognóstico de manutenção de batimentos cardíacos é por poucas horas e, no máximo, alguns dias (PENNA, 2005).

Os fetos anencéfalos sempre existiram, mas no passado eram detectados na interrupção do próprio processo da gestação, ou na hora do parto. Atualmente, por meio de avanços tecnológicos podemos detectar precocemente. O diagnóstico precoce, trouxe consigo

a discussão, o que não seria imaginável em outras épocas, a discussão da interrupção da gestação (FRANCO, 2009).

Esta discussão é bastante relevante, pois de um lado existe a situação da mãe, com o direito ao respeito a sua autonomia e a preservação de sua saúde física, psíquica e social, e do outro lado, o direito a vida do anencéfalo. Caracterizando um grande conflito e um impasse na área da bioética. Nesse particular, convergimos o tema abordado à questão das audiências públicas realizadas pela Suprema Corte, em procedimento nunca antes, noutras épocas verificado, cuidando de temáticas de repercussão geral, quais sejam: as discussões sobre células-tronco e acerca da interrupção de gravidez em decorrência de anencefalia – ponto manifesto de nossa abordagem científica – ADPF 54).

Segundo o entendimento de Cunningham et al. (2000 apud DINIZ et al, 2009, p. 1620): “a anencefalia é uma má-formação incompatível com a sobrevivência do feto após o parto. [...] Não há cura ou tratamento para anencefalia e estima-se que mais da metade dos fetos não sobrevivem à gestação.” Trata-se de uma patologia fetal de caráter multifatorial, pois conforme Gollop (2006, p.75): “contribuem para a sua gênese um sistema poligênico, fatores geográficos [...], fatores como carências nutricionais (especialmente ácido fólico) e há uma predisposição maior em algumas famílias que tenham tido casos anteriores [...]”. Por isso, a administração de ácido fólico (Vitamina B9) nos primeiros meses da gravidez auxilia na diminuição da ocorrência de anencefalia em alguns casos.

O dilema da interrupção da gravidez motivada pela anencefalia do feto, evidencia questões perturbadoras a serem respondidas pela Bioética, envolvendo a área médica e a jurídica em prol da verdadeira efetividade dos direitos humanos. Pondera Diniz (2007, p.19): “[...] A consciência destes é a maior conquista da humanidade, por ser o único caminho para uma era de justiça [...]. A bioética e o biodireito estão inseridos nessa conquista, por serem instrumentos valiosos para a recuperação dos valores humanos.”Do ponto de vista ético, existem várias correntes que justificam ou contestam a manutenção da gravidez do feto com anencefalia.

No Brasil, conforme Cavalcante e Xavier (2006, p. 75): “a frequência estimada de anencefalia é 1:700 nascidos vivos.” Ademais, “o que poucas pessoas conhecem é que os chamados erros de fechamento do tubo neural (EFTN), entre os quais se incluem a anencefalia, exencefalia e as raquisiques graves, representam apenas 70% dos casos de concessão de alvará judicial para a interrupção de gravidez.” (CAVALCANTE; XAVIER, 2006, p. 77).

Em respeito ao princípio da dignidade humana, a mulher grávida de feto anencefálico recorre à Justiça, lutando pela exclusão da punibilidade do aborto nesse tipo de gestação, visto que através de provas científicas demonstra que o direito à vida do nascituro presente em seu ventre é meramente utópico, pois o destino desse feto já foi terminantemente traçado pela própria natureza. Justifica-se, assim, o sentimento de repulsa da gestante ao feto anencefálico, pois a mulher pode ver na continuidade da gravidez, uma permanente recordação do filho que ela sepultará em breve.

Sabe-se, que a punibilidade do aborto já é excluída em alguns casos determinados pelo Código Penal brasileiro, ou seja, quando a vida da gestante estiver em perigo em decorrência da gravidez e quando a gestação for resultante de um estupro. Desse modo, percebe-se uma inconsistência jurídica na legislação, uma vez que garante à mulher, vítima de violência sexual, o direito de abortar, tendo em vista a sua repulsa pelo feto originado de uma violência sexual, mesmo sendo ele detentor da possibilidade de vida extra-uterina, mas nega-se tal direito à mulher grávida de um feto anencéfalo.

As mulheres e entidades que buscam a licitude do aborto em casos de anencefalia encontram barreiras quase que intransponíveis, visto que enfrentam o imaginário do sacrifício do feto, mediante a interrupção da gravidez. Exemplifica-se tal embate, com a exposição detalhada e esclarecedora de Diniz (2007, p. 49), na qual se indaga se a anencefalia e a conseqüente expectativa de apenas poucas horas de vida, seria motivo bastante para pôr fim ao feto e legitimar o aborto seletivo de anencéfalos.

Questiona-se também se a dignidade da vida humana dependeria da duração da mesma, assim como se seria necessário o aborto cirúrgico, o qual poderia trazer graves conseqüências à mãe, quando as possibilidades daquele feto se resumem a aborto espontâneo ou morte natural caso nasça com vida. Também se pergunta como se pode negar a dignidade do anencéfalo, dotado de todos os caracteres da espécie humana e se não mereceria respeito o seu direito de viver aquelas poucas horas que a natureza lhe permitiria.

Contrapondo-se às indagações acima expostas, é importante destacar que na gestação do feto com anencefalia não há expectativa de vida humana viável, pois se trata de uma patologia incurável e fatal, que justificaria, portanto, a interrupção da gravidez, alicerçada no conhecimento médico e no suporte científico.

Enquanto o aborto de fetos anencéfalos estiver fora do rol dos abortos consentidos pela legislação, ter-se-á um sério problema a ser discutido à luz de diálogos interdisciplinares

entre as Ciências Jurídicas e as Ciências da Saúde, envolvendo vários desafios e dilemas que contornam a Bioética e os Direitos Humanos.

O controle da legalidade do aborto em casos de fetos com anencefalia contribuiu negativamente para a situação vivida pelas gestantes, pois tem um peso emocional bastante polêmico, visto que essas mulheres são marcadas simbolicamente como “condenadas a gravidezes infrutíferas”. Pondera-se, assim, até que ponto o não reconhecimento do direito ao aborto de fetos anencefálicos provocaria a indignação das mulheres que vivem esse acontecimento, gerando vários dilemas éticos sobre o assunto, pois conforme Swaiman e Ashwal (2003 apud DINIZ et al., 2009, p. 1620): “para que se sustente o argumento de aborto como crime contra a vida em potencial do feto, é preciso que haja expectativa de vida extra-uterina, algo inexistente para o feto com anencefalia.”

As excludentes de ilicitude para o aborto no Brasil “não prevêem a situação clínica da anencefalia [...] o que obriga as mulheres a manter a gestação ou buscar autorização judicial para interrompê-la sem risco de punição.” (DINIZ et al, 2009, p. 1620). Desse modo, a dignidade humana da gestante é menosprezada, pois ela é obrigada a passar por uma série de transformações biológicas que preparam o seu corpo para a maternidade, quando os exames e diagnósticos médicos indicam que o feto é portador de uma anomalia incompatível com a sobrevivência neonatal.

Ademais, “[...] o acolhimento às escolhas sem interferência do Judiciário deve ser entendido também como uma medida terapêutica, pois transfere o tema da esfera do crime para a das decisões éticas cotidianas à assistência em saúde.” (Diniz et al, 2009, p. 1623). Desse modo, a criminalização do aborto de fetos anencefálicos é uma situação polêmica que deve ser analisada segundo os princípios bioéticos, visto que a atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da bioética (ética aplicada à vida):

- a) Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- b) Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- c) Não-maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
- d) Justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher. (BRASIL, 2005, p. 16).

Portanto, necessita-se observar o princípio da beneficência e da não-maleficência na questão da mulher grávida de um feto com anencefalia, pois teleologicamente a gravidez é uma expectativa de vida e a anencefalia é um “presságio” de morte. Considerando a jurisprudência sobre o caso em comento, verifica-se que os Tribunais, há tempos, vêm trazendo entendimentos contrários, vejamos:

De acordo com Cavalcante e Xavier (2006, p. 76) observa-se que o primeiro precedente judicial relativo à concessão de alvará para a realização de aborto de feto anencéfalo data de 1989 e que o fato se deu na comarca de Aquiremes, Rondônia. Faz-se também referência a uma decisão proferida pelo juiz Dr. Miguel Kfoury Neto, em Londrina, Paraná, em que o magistrado concedeu o alvará judicial para aborto requerido, gerando grande apelo midiático. Em 1993, em São Paulo, o juiz Geraldo Pimheiro Franco tomou medida semelhante, apesar de se declarar católico praticante. Revelam os estudiosos que de 1993 até 2006, milhares alvarás judiciais em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida extra-uterina foram concedidos no Brasil. Raros são os casos nos quais eles são negados. Há relatos, entre os poucos casos nos quais eles são indeferidos – cerca de 3% -, de concessão do alvará em sede recursal.

O debate acerca da interrupção da gravidez em casos de fetos anencefálicos já percorre a esfera jurídica há alguns anos, conforme lições de Diniz (2007, p. 47), nas quais a autora menciona que em dezembro de 1992, um juiz de Londrina autorizou o aborto de anencéfalo às vinte semanas de gestação. Menciona também que existem decisões judiciais nesse mesmo sentido, datadas de 1993 e 1997, em Guarulhos e no Rio de Janeiro, respectivamente.

Diante disso, observa-se que alvarás judiciais já foram expedidos no intuito de se permitir o abortamento de fetos acometidos pela anencefalia. Entretanto, é preciso salientar que nesses casos não houve a emissão de “sentenças de morte”, mas sim o reconhecimento da inviabilidade biológica de um ser, que cientificamente apenas poderia sobreviver por um curtíssimo período de tempo, visto que laudos médicos diagnosticaram a possibilidade, apenas momentânea, da vida extra-uterina.

A jurisprudência pátria é rica em exemplos relacionados ao aborto de fetos anencefálicos, também conhecido por aborto eugênico. Entretanto o entendimento jurisprudencial sobre o tema não é pacífico, gerando insegurança jurídica, o que se pode depreender dos exemplos a seguir.

Na Apelação Cível nº 1.0024.06.199818-3/001 do TJMG, datada de 08/11/2006, decidiu-se pela manutenção de sentença que indeferiu o pedido de alvará feito pela mãe do nascituro para que se procedesse com o aborto eugênico, o qual tinha por base uma interpretação extensiva do art. 128, I do Código Penal.

Em acórdão, membros do referido tribunal justificaram o improvimento da apelação argumentando que entre o direito à vida no anencéfalo, ainda que esta tenha ínfima duração e o direito à dignidade humana da mãe que passa pelo sofrimento de carregar no ventre um ser cuja possibilidade de existência por mais de algumas poucas horas é nula. Outro motivo para a manutenção da supracitada sentença reside no fato de que se houver nascimento com vida, haverá repercussão do fato no âmbito do direito civil, pois o nascimento com vida implica personalidade jurídica, a qual é de suma importância para o exercício de diversos direitos. Também foi alegado que, ao conceder a gestante o direito ao aborto eugênico, cria-se uma excludente de ilicitude não prevista pelo legislador, o que faria com que o judiciário agisse indevidamente em lugar do legislativo.

O TJRS, no processo nº 70010680270, em decisão publicada em 3/05/2005 deferiu pedido de tutela antecipada de interrupção de gestação por anencefalia com base numa interpretação extensiva do art. 128 do Código Penal. A forma utilizada para se fazer a exegese do mencionado dispositivo legal foi justificada mediante o argumento de que quando da elaboração do CP, a medicina não dispunha de meios para que se detectasse a anencefalia, a qual não permite que aquele nascido com vida não sobreviva mais do que algumas horas. Alega-se também que o direito não deve permanecer inerte às mudanças ocorridas na sociedade, devendo adaptar-se a elas. Além disso, o princípio da dignidade da pessoa humana também é invocado para justificar a decisão, num entendimento diametralmente oposto àquele apresentado na decisão judicial anteriormente apresentada.

Na Apelação Crime nº 0700334367, cujo julgamento foi realizado em 26/09/2008 o Tribunal de Justiça de Pernambuco, ao julgar caso em que foi expedido alvará pra que se procedesse com aborto eugênico, decidiu que o objeto da demanda foi perdido, devido ao fato de que na data de julgamento a finalidade do alvará requerido já havia sido alcançada, situação, infelizmente comum na jurisprudência consultada, o que demonstra que o princípio da celeridade processual vem sendo, por diversas vezes olvidado pelos julgadores.

Na ementa da apelação acima, foram encontrados diversos argumentos favoráveis à interrupção da gestação em caso de anencefalia que merecem ser mencionados. O primeiro deles diz que só é possível falar-se em direito à vida relativo à gestante, inexistente a menor

chance de sobrevivência do feto fora do corpo da mãe, este que dá sustentação à “vida” do anencéfalo. A seguir, é alegado que a despeito de expressa previsão legal para o aborto eugênico, pose o Judiciário conceder autorizações para tanto, tendo por base em fundamentos como o direito à saúde, vida e dignidade humana (da gestante), desde que exista prova inequívoca da inviabilidade de vida extra-uterina.

Outra tese utilizada pelo juízo em questão é a de que não se pode exigir que a gestante suporte todos os ônus de uma gravidez de alto risco, sendo que sabe que a vida daquele feto é inviável fora do organismo materno, além de todos os danos psicológicos que a situação acarreta não se podendo culpar um médico que deseje livrar a gestante de todos os danos físicos e mentais pelos quais passaria se a gravidez fosse levada a termo.

Situação semelhante à anteriormente relatada pode ser encontrada na ementa do Habeas Corpus nº 2006/0062671-4 do STJ, no qual o pedido restou prejudicado em decorrência de que ao tempo do julgamento, não era mais possível tratar da realização ou não do aborto, por não haver mais tempo hábil para tanto. Na ementa desse HC fica claro que o instrumento processual utilizado pela impetrante era adequado a seu propósito.

O TJRS na Apelação Crime nº 70031802614 publicada em 24/08/09 decidiu favoravelmente a expedição de alvará judicial autorizando o aborto eugênico, partindo-se de uma interpretação extensiva do artigo 128 do Código Penal.

No processo nº 1.0079.07.343179-7/001 do TJMG, julgado em 31/05/2007 o entendimento do tribunal foi favorável à concessão do direito ao aborto eugênico, tendo por fundamento alegações relativas à dignidade da pessoa humana, assim como a mutabilidade do direito, o qual se deve adaptar a realidade, pois quando da elaboração do Código Penal não existiam recursos técnicos para detectar a anencefalia, daí a não previsibilidade legal dessa espécie de aborto no CP. Além disso, a ementa do acórdão que decidiu sobre tal processo diz que a partir da entrada em vigor da lei 9.434/97, a morte encefálica passou a ser definidora para que seja decretada a morte de um indivíduo e que, seguindo essa linha considera o juízo que a anencefalia também configura a morte.

Verifica-se que, apesar da relevante decisão tomada pelo STF na ADPF nº 54, julgada em 27/04/2005, a qual negou provimento ao pedido feito pela parte autora, de que se realizasse aborto de feto anencefálico, ainda não há na jurisprudência muitos precedentes com decisões semelhantes às da referida ADPF, o qual deve gerando decisões conflitantes nos tribunais brasileiros, por tratar de assunto que envolve questões éticas e morais, além de mexer com as convicções religiosas de diversos julgadores.

Vejamos a ementa do *decisum*:

ADPF - ADEQUAÇÃO - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - FETO ANENCÉFALO - POLÍTICA JUDICIÁRIA - MACROPROCESSO. Tanto quanto possível, há de ser dada seqüência a processo objetivo, chegando-se, de imediato, a pronunciamento do Supremo Tribunal Federal. Em jogo valores consagrados na Lei Fundamental - como o são os da dignidade da pessoa humana, da saúde, da liberdade e autonomia da manifestação da vontade e da legalidade -, considerados a interrupção da gravidez de feto anencéfalo e os enfoques diversificados sobre a configuração do crime de aborto, adequada surge a argüição de descumprimento de preceito fundamental. ADPF - LIMINAR - ANENCEFALIA - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - GLOSA PENAL - PROCESSOS EM CURSO - SUSPENSÃO. Pendente de julgamento a argüição de descumprimento de preceito fundamental, processos criminais em curso, em face da interrupção da gravidez no caso de anencefalia, devem ficar suspensos até o crivo final do Supremo Tribunal Federal. ADPF - LIMINAR - ANENCEFALIA - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - GLOSA PENAL - AFASTAMENTO - MITIGAÇÃO. Na dicção da ilustrada maioria, entendimento em relação ao qual guardo reserva, não prevalece, em argüição de descumprimento de preceito fundamental, liminar no sentido de afastar a glosa penal relativamente àqueles que venham a participar da interrupção da gravidez no caso de anencefalia.

Frente às diversas discussões acerca da autonomia materna, no que tange ao direito de sobre a continuidade ou interrupção da gestação, fez com que tal matéria fosse bater as portas do Supremo Tribunal Federal, munida e necessitada duma forma vanguardista de se examinar, juridicamente, a situação.

É justamente neste contexto que se inserem os institutos inéditos das audiências públicas, em sede de Supremo Tribunal Federal, relativamente a discussão acima disposta. O Supremo Tribunal Federal, com fundamento no pensamento de Peter Härbele, abriu a discussão a toda sociedade, duma forma interdisciplinar, promovendo discussão aberta a todos aqueles entusiastas do assunto e aqueles imbuídos de conhecimento técnico-científico.

Assim, diante do tema objeto de análise jurídica, através da ADPF 54 (Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental) – que pugna pela descriminalização do aborto em casos de comprovado diagnóstico apontando para o quadro de anencefalia, gera controvérsias e divide opiniões. Foram convidados a versarem sobre o tema, representantes de classes religiosas e médicas – fazendo-se uso do instrumento adotado do modelo americano de cunho democrático, “amicus curiae”.

Na audiência pública, os convidados embargaram seus discursos em defesa dos interesses que propagam: os representantes das classes religiosas mostraram opiniões contrárias: a Igreja Católica, representada, sobretudo pela CNBB, mantêm firme a defesa da

proposta de manutenção da criminalização de tal prática; porém, a classe de evangélicos, ali representados pela Igreja Universal do Reino de Deus, deixou claro seu entendimento de que o desejo da mulher deve ser respeitado em razão do livre arbítrio supostamente concedido por graça divina. A classe médica, no entanto, opinou quase que por unanimidade pela descriminalização, afirmando como causa de justificação a comprovada inviabilidade de vida sem presença de cérebro.

A Suprema Corte enfrenta, neste momento, questão relativa à dignidade da pessoa humana, princípio e fundamento maior consagrado pela Carta Magna de 1988. Por esse fundamento, todos têm direito à vida digna, no entanto, em uma sociedade plural e dinâmica, o estabelecimento do que seja dignidade não é tarefa simples, sobretudo quando o objetivo é estabelecer norma geral. Na seara desses direitos, o caput do artigo 5º estabelece que todos são iguais possuindo, dentre outros, o direito à liberdade. Nesse sentido, a depender da classificação e alcance do que se define por dignidade (tanto para a mãe como para o feto), o direito à liberdade também terá seus limites estabelecidos para essa situação, ensejando, incontestavelmente, precedentes hermenêuticos e argumentativos para situações futuras que certamente virão.

O caso em voga trata da necessidade de se encontrar o caminho entre a liberdade da mãe que se vê inesperadamente em uma situação que jamais escolheu e menos ainda pôde evitar – sendo hoje, em virtude de lei, obrigada a levar a termo uma gestação e, concomitantemente, preparar o sepultamento de seu filho que sabe, não vingará; e, a inviolabilidade do direito à vida. Vida que, até hoje, foi pensada e acatada pela sociedade brasileira como tendo início a partir da concepção.

Os que são a favor da descriminalização alegam que nesse caso não existe vida, uma vez que todo o sistema nervoso central é comprometido e, com ele, as sensações de dor e prazer. Além disso, equiparam a imposição do sofrimento aos pais à prática de tortura psicológica, partindo em defesa da permissividade de escolha da mãe a fim de evitar um trauma ainda maior. As correntes contrárias – representadas em grande maioria pelos fiéis religiosos, defendem que o feto em crescimento, ainda que malformado, possui dignidade e direitos a partir da concepção.

Registre-se, por oportuno, que o jurista Luís Roberto Barroso afirma que o aborto pressupõe interrupção de vida viável e que, no caso de anencefalia, a expulsão induzida do feto malformado não se enquadraria em nenhuma tipicidade por não haver possibilidade de sobrevivência após o nascimento. Afirma ainda que a descriminalização não se encontre

prevista no artigo 128 do Código Penal brasileiro porque, em 1940, não era possível que a ciência vislumbrasse por meio de diagnósticos e estudos a possibilidade de nascimento de fetos anencefálicos.

Para uma decisão eficaz deverão ser considerados aspectos importantes, dentre os quais o estabelecimento das características que um ser deve ter para que seja classificado como dotado de vida e direitos. A relevância repercutiva do tema traz consigo o prenúncio do que deverá ser o enfrentamento das decisões acerca do aborto em situações desprovidas de algum risco à mãe ou malformação fetal.

Fato é que a decisão de agora repercutirá como base argumentativa para deliberação do tema geral de que trata o aborto e toda cautela necessária deverá ser cumprida a fim de que se tenha um argumento válido e coerente com decisões já proferidas nessa seara, servindo de citação o posicionamento do STF no processo que culminou com a liberação de pesquisas com células-tronco. Embora silente em relação ao aborto, deixa implícito o entendimento de que a vida não teria início com a concepção.

No caso em tela, independente de se conhecer em qual momento a vida do feto anencéfalo teve início, o que se decidirá é o direito de escolha da mãe pela interrupção ou não de gravidez que trará por consequência uma vida inviável.

Ainda que tenhamos por óbvio a necessidade de um processo absolutamente democrático – representado nesse caso pelo instituto “amicus curiae”, espera-se que o Supremo Tribunal Federal consiga atender a essa demanda considerando, sobretudo, ser o Brasil um Estado laico e, em razão disso, não poder permitir se deixar influenciar somente por opiniões de cunho doutrinário e religioso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interpretação da Constituição Federal, mediante o modelo proposto por Peter Häberle, que defende, a luz da sociedade aberta dos intérpretes da Carta Magna, uma interpretação pluralista e democrática, dos participantes materiais do processo social, na espécie, da discussão que atingiu o Supremo Tribunal Federal, STF, acerca da interrupção da gravidez, em razão da anencefalia do feto, por meio das inéditas audiências públicas. Logo, a referida temática abarca um sério dilema bioético e suscita visões antagônicas, analisadas em diversos exemplos jurisprudenciais e argumentos doutrinários.

Frente aos aspectos fundamentados acerca da temática duma nova interpretação constitucional quanto à sociedade aberta harbeliana, em razão, na espécie, da realização de

audiências públicas sob a tratativa da interrupção de gravidez em razão da anencefalia, tem-se um imperativo dos tempos hodiernos, no qual não se pode deixar de realizá-la, sob pena de descontinuidade do acompanhamento da evolução da sociedade. A teoria haberliana, portanto, atende aos anseios sociais de participação popular no processo de legitimação da norma, garantindo, ainda, a incolumidade dos direitos e garantias fundamentais do cidadão.

É bem verdade que se trata de mais um ponto nevrálgico a ser enfrentado pela sociedade civil organizada, ao passo que aqui se coloca, amiúde, o confronto entre a eficácia da norma constitucional – ao verificarmos que a questão já assenta lugar nas discussões em sede de Supremo Tribunal Federal – e as transformações pelas quais perpassa a sociedade.

A par disso, a realização das audiências públicas expressa a mais evidente manifestação democrática, ao tempo que através dos ideais harbelianos, materializa uma discussão interdisciplinar sobre a anencefalia, trazendo a discussão ao seio daqueles que compõem a gleba de especialistas das mais diversificadas áreas e entusiastas do tema.

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) deverá ser julgada pelo STF em 2009. Será a primeira vez que a suprema corte brasileira decidirá uma questão de direito reprodutivo, uma tendência crescente às cortes latino-americanas, como já ocorreu na Argentina e na Colômbia. Por ser um tema rodeado de desafios éticos para a pesquisa, há uma carência de estudos com evidências empíricas sobre o fenômeno do aborto em caso de anencefalia no Brasil. Esta pesquisa, conduzida com médicos ginecologias-obstetras, sinaliza a magnitude do fenômeno médico, jurídico e ético crescente.

Em verdade, a perspectiva jusfilosófica e sociológica sobre o aborto eugênico, mormente a respeito da decisão do ministro relator Marco Aurélio de Mello, evidencia a questão tão-somente da *possibilidade* de abortamento diante de uma circunstância que certamente gerará inúmeros transtornos psíquicos à gestante.

Com efeito, exigir o nascimento de uma criança sem cérebro, sem perspectivas sólidas de vida futura, não seria o mesmo que impingir um tratamento desumano à sua mãe? A resposta negativa não seria digna de crédito no reino das ponderações humanitárias.

Repensar as possibilidades de garantir a realização do aborto às mães de fetos comprovadamente anencéfalos é mais do que um exercício especulativo. Constitui uma premente necessidade, apta a evidenciar que, a despeito das lamentáveis oportunidades perdidas com legalismos de toda sorte, é possível dar cobertura a um direito assegurado constitucionalmente.

REFERÊNCIAS

FRANCO, A. S. **Anencefalia:** breves considerações médicas, bioéticas, jurídicas e jurídico-penais. Disponível em: <http://www.usp.br/nemge/textos_relacoes_juridicas/anencefalia_silvafranco.pdf> Acesso em: setembro de 2009.

ROSAS, A. P. Jornalismo anencéfalo. 2008. Disponível em: <<http://metalinguanaimprensa.blogspot.com/2008/08/jornalismo-sem-crebro.html>> Acesso em: setembro de 2009.

PENNA, M. L. F. **Anencefalia e morte cerebral (neurológica).** Rio de Janeiro, v. 15, n.1, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php> > Acesso em: setembro de 2009.

FERNÁNDEZ, R. R. ET AL **Anencefalia:** um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas. Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2005. Disponível em : < www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a19v10n1.pdf > Acesso em: setembro de 2009.

CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce (Orgs.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento:** Norma Técnica. Brasília, DF, 2005.

DINIZ, Debora et al. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800035&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000800035.

GOLLOP, Thomaz Rafael. Abortamento por anomalia fetal. In: CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce (Orgs.). **Em defesa da vida:** aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica Constitucional** – a Sociedade Aberta dos Intérpretes da Constituição: Constituição para e Procedimental da Constituição. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris editor, 1997.

INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA PÓS-ABORTO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM*

Andrea Abreu Calista¹
Ariedney Sâmilla de Souza Vasconcelos²
Kenia Anifled Oliveira Leite³
Mayara Raquielle Leonardo Oliveira⁴

RESUMO

O abortamento é utilizado para solucionar a ocorrência da gravidez indesejada, porém é considerado como transgressor de princípios, e um crime em nosso país. Enfrentar os problemas físicos e psicológicos decorrentes do aborto é uma atribuição difícil para as mulheres, entretanto os profissionais de saúde são peças-chave para proporcionar condições favoráveis para superar essa situação. Esse estudo tem como objetivo identificar a assistência pós-aborto prestada às pacientes pelos profissionais de enfermagem, refletindo quanto à importância da assistência integral e resolutiva; foi realizado em uma maternidade de Campina Grande, possuindo abordagem qualitativa. A maior parcela de profissionais pesquisados encontra-se na faixa etária acima de 45 anos (41,7%), sendo predominantemente do sexo feminino (91,7%), onde 58,3% atuam na instituição a menos de cinco anos. Em relação às práticas realizadas pela enfermagem às mulheres no pós-aborto, surgiram três categorias: realização das prescrições médicas; ações de promoção da saúde; apoio psicológico. Quanto à importância da assistência de enfermagem, emergiram três categorias: prevenção de complicações; necessidade de orientações; necessidade de suporte psicológico. Nas sugestões dos profissionais para melhorar a assistência, formaram-se duas categorias: modificações na estrutura física da instituição; modificações na postura dos profissionais. A assistência à saúde voltada para a integralidade requer que o paciente seja compreendido como um ser biopsicossocial e metafísico. A assistência de enfermagem deve fortalecer o princípio da integralidade, indo além da assistência às necessidades físicas. A mudança na conduta profissional para favorecer ações pautadas em princípios éticos é a principal alternativa para essa efetivação.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto. Integralidade. Assistência de enfermagem.

¹ Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: andrea_fcm@hotmail.com.

² Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: samylla_vasconcelos@hotmail.com.

³ Enfermeira Especialista e docente do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: kaleite@hotmail.com.

⁴ Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: mayara.raquielle@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Rezende (2005), o abortamento consiste na expulsão do ovo antes de sua vitabilidade, o que equivale à extração do concepto que pese menos de 500g, ou seja, o equivalente a 20-22 semanas de gestação.

Quanto à natureza dos fatores determinantes para sua concretização o aborto pode ser classificado como espontâneo ou provocado, sendo este último o que geralmente ocasiona mais complicações como hemorragias e infecções (MAIA, 2006).

Quando uma gravidez chega de maneira imprevista, especialmente para adolescentes, o abortamento é uma das primeiras soluções para a resolução do problema, embora ocasione danos físicos e/ou emocionais para os envolvidos, em especial para as mulheres. Quando este é tido como uma proibição existe a imposição para o casal em aceitar um processo de paternidade involuntário e as consequências podem ser imensuráveis (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Nessa perspectiva, ressaltar a importância da educação em saúde para o planejamento familiar é fundamental. Pensar em saúde significa considerar a qualidade de vida, o que implica em realizar atividades de orientações que possam proporcionar condições para os indivíduos exercerem maior controle sobre sua saúde.

No entanto, quando o aborto já se encontra efetivado é necessário refletir sobre as necessidades apresentadas pela paciente, para que possa ser proporcionada uma assistência integral e equânime que lhe assegure os direitos concedidos a todos os cidadãos.

A integralidade da assistência é um dos princípios do SUS que visa garantir que todos os esforços sejam efetivados para que a assistência à saúde responda a todas as necessidades apresentadas em cada caso (BRASIL, 1990). Na atenção às mulheres no pós-aborto não deve ser diferente, preconceitos e imposições devem ser superados, tanto por ser um direito da paciente como um dever dos profissionais de saúde.

Para que a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem seja adequada e garanta o cuidado integral - direito inalienável do cidadão- é necessária a reflexão sobre suas práticas, não deixando que a moral ou os preceitos pessoais venham a se impor sobre os do paciente, e assim através do respeito mútuo se concretize a assistência esperada.

Nesse intuito o estudo objetiva identificar a assistência pós-aborto prestada às pacientes pelos profissionais de enfermagem, além de conhecer a importância fornecida pelos profissionais de enfermagem à assistência prestada no pós-aborto e relacionar as prováveis sugestões para que a assistência de enfermagem garanta o direito à integralidade das

pacientes, tendo em vista o cuidado demandado pelas pacientes que enfrentam o abortamento e o papel singular da enfermagem para que estas sejam supridas e seja então efetivado um cuidado integral e eficaz.

2 METODOLOGIA

O estudo desenvolvido teve como alicerce a pesquisa qualitativa. A escolha pelo método qualitativo se deu por permitir descrever a complexidade de determinado problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais e contribuir no processo de mudança de determinado grupo (RICHARDSON, 1999).

A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade da cidade de Campina Grande-PB. Sendo constituída por profissionais, de ambos os sexos, da equipe de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) que exercem suas atividades profissionais na instituição há mais de 06 meses, sendo parte integrante da pesquisa intitulada: "Reflexões acerca da assistência pós-aborto prestada pela equipe de Enfermagem como forma de garantir o direito ao cuidado integral".

Os dados foram analisados através da análise do conteúdo, pois segundo Bardin (1997), a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que faz parte de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das comunicações, tendo uma organização própria no procedimento da análise, que permite deduzir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Para operacionalização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Seguindo as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram do estudo, profissionais da equipe de enfermagem que prestam assistência direta às mulheres que se encontram no período pós-aborto, estando a maior parcela na faixa etária acima de 45 anos (41,7%, n=12), e os demais com menos que 25 anos (16,7%), entre 26 e 35 anos (8,3%) e entre 36 e 45 anos (33,3%).

Observa-se que a amostra possui profissionais em uma faixa etária de provável maturidade, o que pode ser avaliado sob duas vertentes. Os profissionais podem ser mais

experientes para guiarem uma prática assistencial voltada para as reais necessidades da paciente, assim como podem influenciar a assistência com suas concepções conservadoras e prestar um cuidado guiado, mesmo que não intencionalmente, pelo preconceito das gerações passadas quanto à prática do abortamento.

Os profissionais são predominantemente do sexo feminino (91,7%, n=12). Esse fator encontra-se em consonância com as concepções de Lopes e Leal (2005) que abordam claramente a associação direta e a predominância do gênero feminino na atuação da enfermagem.

No que se refere ao tempo de experiência de atuação dos profissionais do estudo na instituição da pesquisa, observou-se que a maior parcela (58,3%, n=12) exerce suas atividades a um período de tempo relativamente curto (menor ou igual a 5 anos) em relação aos demais (16,7% entre 6 e 10 anos; 8,3% entre 11 e 15 anos; e 16,7% a mais de 15 anos) denotando que a rotatividade de profissionais na instituição é constante, podendo assim facilitar a contratação de indivíduos mais motivados para a atuação profissional.

3.1 Abordagem qualitativa

Inicialmente os profissionais foram questionados quanto às práticas realizadas na assistência de enfermagem às mulheres no período pós-aborto, o que originou três categorias: **Realização das prescrições médicas; Ações de promoção da saúde; e Apoio psicológico.**

Categoria I: Realização das prescrições médicas

A realização exclusiva das prescrições médicas na assistência de enfermagem encontra-se descrita no discurso dos profissionais P 02 e P 08.

"Procedimentos conforme prescrição médica: SSVV e puncionamento de veias". P 02

"Medicação prescrita" P 08

Observa-se que a prática do referidos profissionais encontra-se embasada exclusivamente ao cumprimento das prescrições médicas. Atuando nesse modelo, de acordo com a afirmativa de Boemer e Sampaio (1997), a equipe de enfermagem exerce sua assistência de forma complementar/auxiliar ao ato médico, não dispondo de autonomia para desempenhar suas condutas e mantendo a imagem de subalterna de outras categorias profissionais.

Categoria II: Ações de promoção da saúde

As ações de promoção da saúde são cada vez mais desenvolvidas nos diversos ambientes de saúde, sendo indicado seu desenvolvimento nos diversos níveis de atenção. A ênfase da atuação da enfermagem para a promoção da saúde das mulheres no período pós-aborto encontra-se descrita no discurso em sequência.

"Cuidados da promoção da saúde... orientação e educação em saúde". P 03

Oliveira e Bueno (1997) já destacavam que a falta de informações relacionadas a atividade sexual dificulta não apenas a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, mas também o enfrentamento dos indivíduos em situações inesperadas, entre as quais a gravidez indesejada, gerando conflitos e complicações físicas e psicológicas para os envolvidos. A enfermagem possui assim papel de destaque para a realização das ações de promoção da saúde, pois está mais diretamente em contato com as pacientes.

Categoria III: Apoio psicológico

A assistência de enfermagem às mulheres que passam por um processo abortivo deve ser direcionada para o auxílio da expressão dos sentimentos vivenciados, por estar em maior contato com a paciente deve estar atenta respeitando a sensibilização da mulher nos discursos e/ou em silêncio (BOEMER; MARIUTTI, 2003).

Em consonância com as autoras, os profissionais de enfermagem destacaram o apoio psicológico/emocional nas ações executadas, é o que é observado nos discursos a seguir.

"Primeiro realizamos o atendimento psicológico"... P 05

"Conversa, apoio, conforto e apoio emocional/espiritual". P 11

O Ministério da Saúde preconiza entre os fatores indispensáveis para a promoção de uma assistência qualidade no abortamento e após este, a disponibilidade de profissionais com capacidade para ouvir atentamente as pacientes sem pré-julgamentos para permitir um diálogo satisfatório. O relacionamento interpessoal e a abordagem social e psicológica de cada mulher e dos seus familiares é um dos grandes pontos que constituem o profissional capacitado para atuar nessa situação (BRASIL, 2001).

Na sequência os profissionais foram questionados quanto à importância da assistência de enfermagem no período pós-aborto, o que proporcionou a formação de três

categorias: **Prevenção de complicações**; **Necessidade de orientações**; e **Necessidade de suporte psicológico**.

Categoria I: Prevenção de complicações

Entre as complicações imediatas mais comuns que afetam as mulheres que passam por um processo abortivo estão infecções e hemorragias, que podem ocasionar problemas muito maiores quando não identificadas e tratadas precocemente (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Os profissionais participantes da pesquisa destacaram a avaliação de enfermagem para a prevenção de complicações como um dos fatores que justificam a importância da assistência da categoria, conforme foi enfatizado nos discursos que seguem.

"Porque, na maioria dos casos, a mulher perde muito sangue e precisamos agir rápido para ela não entrar em estado de choque". P 04

"Porque pode ocorrer hemorragia e as orientações para prevenir complicações são muito importantes". P 07

A gravidade das complicações poderá afetar gravemente a fertilidade da mulher, sendo a causa de grande número de internações, e podendo inclusive ocasionar óbito por choque toxêmico, pelviperitonite séptica e infecção renal aguda, justificando a grande necessidade da atuação de enfermagem para a efetiva prevenção (MAIA, 2006).

Categoria II: Necessidade de orientações

As orientações prestadas quando a enfermagem aborda a promoção da saúde contribui para que os indivíduos tornem-se capacitados para atuarem com autonomia em seu próprio processo de saúde e/ou doença a partir do momento que fornece orientações com bases científicas e em experiências já vivenciadas pelos usuários (CUNHA et al., 2009).

As orientações prestadas às mulheres que passam por uma situação de aborto são essenciais para a progressão das futuras gestações, seguindo esta compreensão os profissionais destacaram essa necessidade nos discursos a seguir.

"Porque às vezes são pessoas muito jovens e que precisam de orientação". P 01

"Porque dependendo da orientação dada, essa paciente poderá ou não voltar a cometer outro aborto". P 06

Receber orientações quanto à necessidade de utilização de um método contraceptivo é essencial para essas mulheres, em especial para aquelas que não desejam engravidar, tendo em vista que a fertilidade tem seu retorno 15 dias após o abortamento e que muitas vezes as pacientes já possuem o conhecimento de métodos a serem utilizados em próximas gestações indesejadas (CARVALHO et al., 2006).

Categoria III: Necessidade de suporte psicológico

A integralidade da assistência de enfermagem pode ser definida como um conjunto de ações voltadas para o ser humano em seu aspecto biopsicossocial; com uma visão que excede o aspecto de indivíduo doente, notando-o como pessoa dotada de sentimentos, desejos e aflições (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Com uma visão integral das pacientes assistidas, os profissionais enfatizaram a importância do suporte psicológico para estas. É o que pode ser observado na sequência de discursos.

"Porque elas estão inseguras e sozinhas e servimos como suporte para elas se apoiarem". P 05

"Porque a paciente, mesmo não demonstrando, está abalada emocionalmente. P 11

"O princípio da integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades" (PRADO, 2005, p. 29). No caso das pacientes no período pós-aborto, essas necessidades incluem além da assistência aos problemas de saúde de ordem física, aqueles relacionados ao estado emocional/psicológico que, independente da causa do aborto, encontra-se, geralmente, bastante debilitado.

No que se concerne às sugestões dos profissionais para a melhoria da assistência, pós-aborto, prestada foram originadas duas categorias: **Modificações na estrutura física da instituição;** e **Modificações na postura dos profissionais.**

Categoria I: Modificações na estrutura física da instituição

Proporcionar uma estrutura física adequada à demanda de atendimentos de qualidade é um dos pontos prioritários para a promoção de uma assistência mais humanizada (BRASIL, 2001).

A preocupação em modificar a estrutura física da instituição para proporcionar uma assistência com maior resolutividade é apontada nos discursos dos profissionais P 02 e P 12.

"Um ambiente mais adequado pela qualidade para as próprias pacientes". P 02

"Mais leitos para dar uma assistência melhor". P 12

Problemas relacionados à adequação da estrutura física das instituições à demanda de atendimento é um problema presente em todos os níveis de atendimento, sendo apontado por profissionais de diferentes categorias da saúde como um dos maiores empecilhos para a prestação de uma assistência com maior integralidade e resolutividade (NERY et al., 2008).

Categoria II: Modificações na postura dos profissionais

Os usuários dos serviços de saúde, quando em face a um processo de adoecimento, geralmente, se tornam totalmente subordinados aos profissionais que lhe atendem e assim aceitam todas as condições que lhe são impostas em troca da assistência ofertada. Muitos profissionais se aproveitam desse condicionamento seletivo dos enfermos para imporem suas concepções e preceitos morais frente à situação apresentada comprometendo a qualidade da assistência (PUPULIM; SAWADA, 2002).

A necessidade de haver modificações na postura dos profissionais de saúde é justificada pelo posicionamento do profissional P 06 que destaca o seguinte discurso.

"Acho que o único entrave para a qualidade é que alguns profissionais agem como se fossem juízes e não profissional de saúde". P 06

Qualquer profissional é livre para recusar-se a prestar atendimento na situação de aborto, no entanto, quando presta assistência tem o dever de realizá-la sem envolvimento de preceitos pessoais para que possa garantir o cuidado qualificado a que as pacientes têm direito (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência a saúde prestada em conformidade com a integralidade deve estar além do atendimento físico; requer que o paciente seja compreendido como um ser biopsicossocial e metafísico. Neste contexto, a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem no pós-aborto deve basear-se em princípios éticos e legais.

Em congruência com estas idéias é que ao término deste estudo foi possível identificar que as práticas realizadas na assistência de enfermagem às mulheres no período pós-aborto apontam tanto para a assistência que fortalece o princípio da integralidade que são as ações de promoção da saúde; e apoio psicológico; como também, para a mera execução de tarefas prescritivas, limitando desta forma princípios éticos e a integralidade.

Quanto à importância da assistência prestada há a compreensão relacional com a integralidade, pois abrange a prevenção de complicações imediatas, mas não limita-se a isto, pois envolve também o fator de educação em saúde e suporte psicológico. Ou seja, os profissionais de enfermagem compreendem que a assistência pós-aborto deve envolver além da assistência às necessidades físicas, às questões psicológicas, sociais e de apoio educacional.

Além disso, foram elencadas sugestões para melhoria da qualidade da assistência que envolve o espaço físico e também a mudança na conduta profissional que venha favorecer ações pautadas em princípios éticos

Desta forma, observa-se que o profissional de enfermagem presta uma assistência que envolve integralidade, já que dá sugestões para a melhoria da qualidade do serviço, e isto envolve ele mesmo, descreve ações de cunho social e psicológico e não apenas físico; contudo não ocorre a prática da integralidade de forma plena ou suficiente, já que em algumas situações o princípio da autonomia não é executado, não havendo reflexões suficientes quanto a importância da assistência pós-aborto.

6 REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [online]. v. 5, n. 2, p. 33-38. Ribeirão Preto, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a05.pdf>>. Acesso em: 10 de Julho de 2009.

BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [online]. v. 37, n.2. São Paulo, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342003000200008&script=sci_arttext&tlng=PT>. Acesso em: 19 de Julho de 2009.

BRASIL. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 de Julho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 196/96**. Dispõe sobre as normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 19 de Julho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 12 de Julho de 2009.

CARVALHO, M. L. O. et al. Gestações não planejadas e contracepção: estudo sobre pacientes internadas por abortamento em um hospital universitário. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 7**. Florianópolis: UFSC/ UESC, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Duarte-Cestari-Carvalho-Maciel_11.pdf>. Acesso em: 15 de Junho de 2009.

CUNHA, R. R. et al. Promoção da saúde no contexto Paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. [online]. v. 18, n. 1, p. 170-176. Florianópolis, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a21.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2009.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [online]. v. 11, n. 1, p. 78-88, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/07.pdf>>. Acesso em 19 de Julho de 2009.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. [online]. v 24, p. 105-125, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 10 de Julho de 2009.

MAIA, E. M. C. Abortamento. In: BASTOS, A. C. **Ginecologia**. 11. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2006.

NERY, I. S. et al. Avaliação das ações de planejamento familiar em Teresina - PI. **Saúde Coletiva**. v. 4, n. 19, p. 7- 12. São Paulo: Editorial Bolina, 2008. Disponível em: <<http://148.215.1.166:89/redalyc/pdf/842/84201903.pdf>>. Acesso em: 14 de Julho de 2009.

OLIVEIRA, M. A. F. C.; BUENO, S. M. V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual escolar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [online]. v. 5, n. 3, p. 71-81. Ribeirão Preto, jul. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a11.pdf>>. Acesso em: 20 de Junho de 2009.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

PINHO, I. C. SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [online]. v.8, n.1. Goiânia abr. 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442006000100006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 08 de Julho de 2009.

PRADO, S. R. L. A. **Integralidade**: um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos. [tese]. p. 29. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-27012006-105705/>>. Acesso em: 08 de Junho de 2009.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [online]. v. 10, n. 3, p. 433-438, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353.pdf>>. Acesso em: 14 de Julho de 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

O BRINCAR NA CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Gilvânia Smith da Nóbrega Morais¹

RESUMO

A hospitalização infantil gera na criança temor, ansiedade e frustração, contudo o brincar é um instrumento lúdico que medeia a relação desta com o mundo e influencia na maneira como a mesma se relaciona e interage apresentando-se pois como uma estratégia de cuidado integral à criança hospitalizada. Dada a relevância desta temática e sua repercussão no que tange a integralidade do cuidado em saúde, o presente trabalho de natureza bibliográfica tem por objetivo abordar o brincar na construção de um cuidado integral à criança hospitalizada. De acordo com a literatura pertinente ao tema em estudo o cuidado integral, no campo da saúde, inclui a dimensão relacional e intersubjetiva do ser humano, configurando-se num processo de valorização das relações humanas a partir da preservação da dignidade do ser humano. Nessa perspectiva, no que concerne a criança hospitalizada, o enfermeiro deverá dispensar um cuidado diferenciado estabelecendo medidas que venham a minimizar a experiência traumática de uma hospitalização. Ao cuidador incumbi-se a responsabilidade de criar um ambiente acolhedor de reciprocidade através do qual a criança sinta-se segura e confiante, dispensando um cuidar humanizado e integral. Assim sendo, faz-se necessário ampliar as práticas de intervenção no campo da saúde a partir do processo e construção de ações voltadas para a utilização sistemática do brincar no âmbito hospitalar enquanto não simplesmente forma de expressão infantil, mas também como possibilidade de ser um eixo estruturante na promoção um cuidado integral.

PALAVRAS-CHAVE: Brincar. Cuidado Integral. Criança Hospitalizada.

¹ Enfermeira. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité. E-mail: gilvaniasnm@ufcg.edu.br

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cuidado é uma condição, um estado intrínseco ao ser humano, que pode ser percebido em suas relações, sejam estas com coisas ou seres humanos. Entretanto, vivemos um momento marcado pelos avanços tecnológicos e científicos, contribuindo substancialmente para o processo de descuidar, transformando, conseqüentemente, o ser humano num mero objeto para a realização de intervenções antes inimagináveis (BARCHIFONTAINE, 2004).

Nesse sentido, convivemos com um ambiente hospitalar pouco humanizado pelo qual a técnica se sobrepõe à pessoa humana que passivamente em seus leitos aguardam por um cuidado muitas vezes desacompanhado de atenção, solicitude e respeito (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

Sob esse prisma, é uma necessidade premente resgatar o cuidado integral, que tem sido desvanido, sem rejeitar os aspectos tecnológicos e os avanços científicos.

Necessitamos de seres humanos, de agentes transformadores no campo do cuidar cuja verdade perpassa pela solicitude em acolher e atender as necessidades dos indivíduos fragilizados pela hospitalização a partir de uma visão holística do ser humano.

Indubitavelmente, o cuidar constitui-se numa responsabilidade social voltada para o respeito e para a manutenção da dignidade do ser humano, considerando-o plenamente em sua totalidade, que no entendimento de Waldow (2001, p.149) engloba “o sentido de integridade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer e constitui, em última análise, um processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado.”

No que tange a integralidade do cuidado esta está presente no encontro genuíno que se estabelece entre o profissional de saúde e o cliente bem com na relação de diálogo autêntico que busca prudentemente reconhecer além das necessidades meditas/imediatas dos sujeitos àquelas que direta ou indiretamente contribuem para o processo saúde-doença (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Portanto, acolhimento e vínculo apresentam-se como expressões de cuidado integral e humanizado à saúde somados a atitudes que buscam “aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer.” (WALDOW, 2001, p. 129).

É louvável adergar que o cuidado humano se apresenta como uma estratégia no sentido de possibilitar maior integralidade do cuidado à saúde haja vista que a humanização

não se “restringe” à assistência direta voltada ao paciente, perpassa as fronteiras da objetividade. Nesse sentido um hospital que estime por um cuidado integral e humanizado não deve se privar de um cuidar que contemple os vários aspectos, sejam estes sociais, políticos, econômicos ou até familiares, que interferem no adoecimento.

No tocante ao cuidado integral à criança que sofre o processo de hospitalização, esta preocupação deve ser uma realidade constante no intuito de proporcionar a esses pequeninos uma adaptação positiva, uma vez que ao serem hospitalizadas, as crianças sofrem o trauma de saírem de seus lares para um novo ambiente completamente desconhecido, tendo que conviver com pessoas que não fazem parte de seu ambiente familiar e que na maioria das vezes a submeterá a procedimentos dolorosos (MARTINS et al.,2001).

Assistir uma criança durante sua permanência no hospital figura-se como um processo extremamente complexo, visto que a criança constitui-se num ser especial que merece toda atenção, principalmente, no que concerne ao enfrentamento de uma internação que distorce a sua percepção de mundo e a leva a experienciar sentimentos de perda.

Assim, é necessário repensar o cuidado às crianças considerando não só o conhecimento científico e as técnicas, mas, sobretudo, estabelecendo medidas que venham a minimizar a experiência traumática de uma hospitalização. Ao cuidador incumbi-se a responsabilidade de criar um ambiente acolhedor de reciprocidade através do qual a criança sinta-se segura e confiante, dispensando um cuidar humanizado e integral.

Considerando que o brincar é um instrumento lúdico que medeia a relação da criança com o mundo e influencia na maneira como esta se relaciona e interage, este se apresenta como uma estratégia de cuidado integral à criança hospitalizada oportunizando a este ser especial deixar transparecer o seu modo de ser no mundo o que permite aos profissionais considerar sua singularidade no processo de adoecimento e de hospitalização, bem como oferecendo oportunidade a esta criança de expressar seus sentimentos encobertos, subsidiando conseqüentemente na construção de estratégias para lidar com os acontecimentos.

A partir das atividades lúdicas, mediada pelo brincar, é possível ao profissional de saúde (re)construir sua teia de relações com a criança e com a família que também se encontra vulnerabilizada em decorrência do processo de adoecimento de hospitalização do menor. Nessa perspectiva, o profissional de saúde passa a ser compreendido como aquele que além da assistência no intuito de restabelecer a saúde da criança, numa concepção de integralidade e cuidado humanizado valoriza o ser humano em sua individualidade, compreendendo suas reais necessidades, a partir de uma atitude de acolhimento.

Dada a relevância da temática e sua repercussão no que tange a integralidade do cuidado em saúde, o presente trabalho tem por objetivo abordar o brincar na construção de um cuidado integral à criança hospitalizada.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um trabalho bibliográfico desenvolvido a partir de material já elaborado relacionado ao tema em estudo que tem como base fundamental “conduzir o leitor a determinado assunto e à produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.” (FACHIN, 2006, p. 102).

Conforme Marconi e Lakatos (2008) a pesquisa bibliográfica compreende oito etapas operacionais distintas que viabilizam o desenvolvimento do trabalho científico, quais sejam: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação. Desse modo seguiremos as orientações das referidas autoras no que concerne aos passos metodológicos.

Assim sendo, na primeira etapa, atendendo as qualificações pessoais da autora, houve a **escolha e delimitação** do conteúdo a ser investigado. Em seguida, seguindo os passos metodológicos de um estudo bibliográfico elaborou-se provisoriamente um **plano de trabalho** contemplando a estrutura de todo o estudo científico: introdução, desenvolvimento e conclusão.

Nessa etapa procurou-se elaborar de forma clara e simples o assunto, delimitando-o e contemplando aspectos acerca de sua importância com ênfase na problemática e justificativa que permeiam a temática. Além disso, nesse momento processou-se a elaboração da metodologia empregada bem como a formulação lógica do trabalho e posterior construção de um resumo completo e sistematizado relacionado à argumentação desenvolvida anteriormente.

Subseqüentemente a esta fase, deu-se início a etapa de **identificação**, que corresponde ao processo de reconhecimento do assunto pertinente ao tema em estudo, e a etapa de **localização** das obras que interessavam. Para tanto, foi realizado um levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho proposto a partir de uma extensa revisão de literatura, incluindo fontes impressas e *on-line*, a exemplo de livros, monografias e artigos de periódicos.

Posteriormente, procurou-se **compilar** de forma sistemática o material pesquisado. No que se refere ao acesso às referências impressas, ressalta-se que estas foram adquiridas no acervo da Biblioteca do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - *Campus Cuité* bem como provenientes do acervo da própria autora. As referências *on-line* foram obtidas a partir de artigos científicos disponíveis na internet.

Tendo concluído esta etapa foram realizados **fichamentos** envolvendo toda a bibliografia disponibilizada inicialmente e considerada relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Por meio de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram extraídas citações diretas de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências.

Tendo em vista à viabilização da referida pesquisa, processou-se a **análise e interpretação** do material bibliográfico a partir da elaboração de um texto preliminar contemplando-se os pontos principais do estudo proposto.

Após a elaboração deste a autora buscou identificar lacunas no que tange a sua coerência estrutural, subsidiando subsequentemente na **redação final** do relatório da pesquisa no que tange a clareza, objetividade e coerência.

Vale ressaltar que a pesquisadora levou em consideração as observâncias éticas dispostas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos, como mostra os artigos a seguir:

“Art. 88 – Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica.”

RESPONSABILIDADES E DEVERES

“[..]. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.” (COFEN, 2009).

REVENDO A LITERATURA

O cuidado integral, no campo da saúde, inclui a dimensão relacional e intersubjetiva do ser humano, configurando-se num processo de valorização das relações humanas a partir da preservação da dignidade do ser humano, fazendo emergir uma nova compreensão em torno da prática profissional no contexto hospitalar no que concerne à promoção de uma assistência humanizada.

Nessa perspectiva, o cuidador deve ser solícito ao paciente demonstrando interesse não simplesmente pela sua patologia, mas em especial pela sua condição de ser humano, visto que: “a humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade de construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas.” (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 3).

Nessa perspectiva o profissional de enfermagem assume um papel relevante no que concerne a um cuidar humanizado e integral, constituindo-se na coluna vertebral da assistência dispensada ao paciente por ser o cuidado a essência de sua prática profissional.

Portanto, enquanto profissão que permanece mais tempo junto do paciente, a enfermagem deve assumir uma postura humana e ética ao assistir integralmente ao paciente que vivencia o processo de hospitalização mostrando-se solícita no alívio do sofrimento humano, subsidiando conseqüentemente no resgate de sua dignidade.

O profissional de enfermagem, com ênfase na integralidade do cuidado, além das técnicas e tecnologias, indispensáveis para sua prática profissional, deverá estabelecer com o paciente um relacionamento intersubjetivo a partir do qual as necessidades deste ser especial sejam evidenciadas permitindo um atendimento individualizado e ao mesmo tempo integral que facilite no manejo de crises decorrentes da situação de internamento vivenciada.

A integralidade está presente “no encontro, na conversa, na atitude [...] que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde.” (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 290)

Nesse enfoque, o fazer e o pensar em enfermagem precisam ser reavaliados, reestruturando sua prática, uma vez que deve estar voltada para a valorização do ser humano em sua totalidade, a partir de uma visão holística do ser (OLIVEIRA, 2003).

O cuidar integral em enfermagem deve ser e estar permeado por atitudes éticas que emanem compromisso e responsabilidade, mostrando-se o cuidador prestativo e acolhendo o receptor do cuidado com desvelo, priorizando o ser humano que necessita de sua atenção e cuidado.

A partir de um cuidado integral o enfermeiro deve dispor de meios que permitam traçar o perfil do paciente com destaque para a identificação e compreensão de suas reais necessidades, possibilitando conseqüentemente a elaboração de intervenções de enfermagem que subsidiem no seu enfrentamento.

Nessa perspectiva, o cuidado em enfermagem proporcionará à equipe de saúde subsídios que possibilitarão a este paciente ser compreendido integralmente e não meramente como uma patologia, número de leito ou enfermaria, mas como um ser inserido num meio com características, crenças e valores peculiares que o distinguem dos demais; com suas vontades, desejos e necessidades próprios e específicos.

Desse modo o profissional de enfermagem resgata a história do seu cliente, contemplando os aspectos pessoais, familiares, culturais e sócio-econômicos que diretamente interferem no processo saúde-doença, subsidiando num cuidar integral, firmado no respeito e no compromisso para com o outro.

O enfermeiro, portanto, ao assistir o paciente deve assumir uma atitude de responsabilidade, interesse e preocupação mostrando-se disponível em atender plenamente suas necessidades, respeitando sua individualidade a partir da valorização do ser humano de maneira integral.

Sob esse prisma, no que concerne a criança hospitalizada, o enfermeiro deverá dispensar um cuidado diferenciado que contemple as necessidades específicas de cada uma conforme sua idade, considerando, portanto, sua fase de crescimento e desenvolvimento que influenciam diretamente na sua resposta frente à hospitalização, (LIRA, 2002).

No que tange ao cuidar ao ser pediátrico o profissional de enfermagem deverá permitir à criança expressar seus sentimentos, reconhecendo-os e a partir desta compreensão estabelecer um plano de cuidados considerando a totalidade deste ser especial, gerando confiança e reciprocidade, aliviando o estresse e o trauma decorrentes da atual realidade (SILVA, 2001).

É oportuno destacar que o enfermeiro deve estabelecer um relacionamento empático utilizando uma linguagem simples e acessível à criança aliviando o estresse que permeia toda essa nova experiência vivenciada, explicando, pois, procedimentos e até esclarecendo quanto a dúvidas, uma vez que não é porque são crianças que essas posturas de comunicação sejam desnecessárias, mas, ao contrário, extremamente importantes e adequadas.

Indubitavelmente o processo de hospitalização gera na criança sentimentos como medo, incerteza, insegurança e ansiedade interferindo consideravelmente no processo saúde-doença. Todavia como já dispomos, a enfermagem exerce um papel crucial no que concerne a um cuidado a essas crianças, contudo outras condutas, além das já dispostas, também podem e devem ser tomadas com o intuito de aliviar os efeitos da hospitalização e da utilização de

procedimentos invasivos e dolorosos, ou até mesmo desconhecidos, tais como: permanência dos pais no hospital garantindo a estes o envolvimento no cuidado aos seus filhos; distribuição do pessoal de enfermagem evitando o rodízio entre os cuidadores o que sem dúvida dificultaria o estabelecimento de um vínculo afetivo; a preparação da criança para a hospitalização, procedimentos e tratamentos; e a presença de brinquedos da própria criança, minimizando a quebra de laços com seu ambiente familiar, permitindo-as ainda brincar amenizando o sofrimento hospitalar (MARTINS et al., 2001).

É oportuno mencionar que nas últimas décadas o brincar, a brincadeira e o jogo vêm sendo utilizados com o objetivo de transformar o ambiente hospitalar, especialmente o pediátrico haja vista que por meio do brincar a criança descobre o seu mundo externo e lida com a nova experiência desencadeada pelo adoecimento e hospitalização reorganizando-se emocionalmente. Conforme Mitre e Gomes (2004, p. 147)

a promoção do brincar pode ser uma ferramenta significativa para que se lidem com questões tais como: a integralidade da atenção; a adesão ao tratamento; o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança-profissionais de saúde-acompanhantes; a manutenção dos direitos da criança e a (re)significação da doença por parte dos sujeitos.”

A introdução do brincar na instituição hospitalar figura-se num importante instrumento terapêutico possibilitando a reorganização da percepção da criança por permitir a expressão de seus sentimentos e emoções ajudando-a a enfrentar com segurança a ansiedade provocada pela situação de hospitalização, uma vez que o brincar é o “processo básico de criação, próprio da natureza humana e constituinte da identidade pessoal.” (TOSTA, 1997, p.3).

Brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É a forma pela qual ela se comunica com o meio em que vive e expressa ativamente seus sentimentos, ansiedades e frustrações. Por meio do brinquedo, num evento em que é sujeito passivo, transforma-se em investigador e controlador ativo, e adquire o domínio da situação utilizando a brincadeira e a fantasia. (MARTINS et al., 2001, p.77).

Neste enfoque, a brincadeira permite à criança reviver e a partir daí reavaliar suas vivências subsidiando numa adaptação positiva ao permiti-la expressar suas necessidades numa perspectiva de atenção integral. Pelo brincar a criança deixa transparecer o seu modo de ser no mundo o que permite aos profissionais considerar sua singularidade no processo de adoecimento e de hospitalização (JUNQUEIRA, 2003).

O brinquedo além de ser uma forma de lidar com as adversidades da hospitalização, é uma ferramenta para alegrar o ambiente, tanta vezes frio e sem vida, bem como uma maneira de aliviar as sensações desagradáveis da hospitalização ao favorecer a comunicação, humanizando conseqüentemente o cenário hospitalar (MOTTA; ENUMO, 2004).

A brincadeira, portanto é o dispositivo do qual a criança se utiliza como forma de autoterapia constituindo-se na base da psicoterapia infantil, que é a ludoterapia, uma vez que o brinquedo ao influir tanto no aspecto cognitivo da criança quanto no aspecto emocional transforma-se num potencializador do desenvolvimento e da capacidade adaptativa do ser criança modificando estratégias para lidar com as emoções insurgidas durante a hospitalização (OLIVEIRA; DIAS; ROZZI, 2003).

Conforme os referidos autores as ferramentas lúdicas são extremamente importantes não só no diagnóstico, mas também durante intervenções no exercício do trabalho com crianças, assim os enfermeiros as deve utilizar ao assistir estes pequeninos, uma vez que através destes recursos, a criança não somente expressa suas emoções, como também, através do auxílio de alguém capacitado para sugerir e clarificar estratégias, lidam de maneira positiva com a situação experienciada.

Além do mais a partir do brincar, como já disposto, assegura-se ao menor um direito, promove-se o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo da criança bem como colabora-se para o fortalecimento do vínculo entre a criança e o acompanhante, a criança e o profissional de saúde e entre este e o acompanhante, numa perspectiva de integralidade do cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apoiado no atual perfil do cuidar em saúde, os avanços no campo do conhecimento resultaram na fragmentação do saber e conseqüentemente na fragmentação da pessoa humana, que deixa de ser percebida em sua integralidade para ser visualizada a partir de um novo modelo que trata o corpo isoladamente.

Portanto o ser humano é percebido como um membro ou sistema que necessita de reparo no intuito de debelar um mal instalado e não como um indivíduo inserido em um contexto social, cultural, econômico e familiar e que por sua vez influencia diretamente no processo saúde-doença.

Assim sendo, tem-se esquecido que o adoecimento e a hospitalização provocam mudanças significativas no ser humano que a vivencia, haja vista que interfere em todos os aspectos de sua vida cotidiana sendo suas conseqüências bastante significativas para o ser criança, pois este interpreta o internamento conforme sua realidade psíquica.

Considerando que o brincar representa uma necessidade para o adequado desenvolvimento infantil uma vez que facilita o acesso à atividade simbólica e a elaboração psíquica de vivências cotidianas, este, enquanto atividade lúdica, vem sendo amplamente utilizado no âmbito hospitalar, mais especificamente na clínica pediatra, como instrumento facilitador no cuidado integral à criança hospitalizada com o intuito de contribuir para que esta experiencie positivamente o seu adoecer e a hospitalização.

Versando sobre esta temática, Whaley e Wong (1999, p. 454) destacam que “as brincadeiras proporcionam uma das melhores oportunidades para estimular a expressão emocional, incluindo a liberação segura de raiva e de hostilidade” minimizando traumas na criança, além disso, é possível afirmar que elas fornecem subsídios para os profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro, no atendimento infantil.

O brincar é a forma natural de expressão, autoconhecimento e exploração do mundo uma vez que subsidia na assimilação das situações vividas ao mesmo tempo em que se constitui em um meio seguro para a expressão da angústia, medo e sensação de desamparo que caracterizam, muitas vezes, as experiências de algumas crianças hospitalizadas (KUMAMOTO et al, 2004).

A introdução do brincar figura-se, portanto no hospital em um dos instrumentos mais eficazes para aliviar a tensão e propiciar à criança uma visão mais realista do ambiente hospitalar, ao possibilitar a esta uma reorganização no que concerne ao seu processo de internamento e dessa forma permitir que as crianças se percebam capazes de enfrentar a situação de hospitalização e de alguma forma mudar seu estado anímico (TOSTA, 1997, p.03).

A aplicação de recursos lúdicos transformam-se em um “potencializador no processo de recuperação da capacidade de adaptação da criança hospitalizada, diante de transformações que se darão a partir de sua entrada no hospital” uma vez que a brincadeira é um recurso do qual a criança se utiliza como forma de autoterapia por atender às suas instâncias cognitiva e emocional facilitando a elaboração de suas emoções em relação às diversas situações insurgidas durante a hospitalização, bem como elaborando estratégias para o enfrentamento destas mesmas situações (OLIVEIRA; DIAS; ROZZIS, 2003, p. 05).

Assim sendo, faz-se necessário ampliar as práticas que utilizam o brincar como estratégia de intervenção no campo da saúde a partir do processo e construção de ações voltadas para a utilização sistemática do brincar no âmbito hospitalar, com o intuito de possibilitar a criança momentos de descontração, expressão de seus medos, ansiedades e tensões, elaboração psíquica da realidade vivenciada bem como fortalecimento de vínculos com ênfase em cuidado humano e integral.

Sob esse prisma é de fundamental importância que os sistemas de saúde reflitam sobre o brincar como um recurso importante não só como forma de expressão infantil, mas também como possibilidade de ser um eixo estruturante na promoção um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

BARCIFICONTAINE, C.P. Prefácio. In: PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BETTINELLI, L.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº311, de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em <www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2009.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2006.

JUNQUEIRA, M.F. P.S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Revista Estudos de Psicologia** (Natal), v.8, n.1, p.193-197, 2003.

KUMAMOTO, L.H.M.C.C. et al. Apoio à criança hospitalizada: proposta de intervenção lúdica. 2, 2004, Belo Horizonte. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte, 2004.

LIRA, M.M.F de **A humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica**. São Paulo, 2002. Disponível em <www.portalhumaniza.org.br> Acesso em: 30 jun. 2005.
Marconi; Lakatos, 2008

MARTINS, *et al.* Protocolo de prepara da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.2, n.9, p.76-85, 2001.

MILTRE, R.M. de A.; GOMES, R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1277-1284, 2007.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Revista Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, 2004, p.19-28.

OLIVEIRA, M. E de. Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo. In: OLIVEIRA, M. E de.; BRÜGGMANN, O. M. (Orgs.); MAY, L. E.; SOUZA, L. A de. **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, S.S de; DIAS, M.G.B. B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, v.16, n.1, 2003, p.1-13.

PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, M.J.P. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbais detectado pelo enfermeiro. **Nursing**, n.5, p.14-20, 2001.

TOSTA, R.M. **A atividade lúdica da criança no contexto da internação hospitalar**. São Paulo, 1997. Disponível em <www.pucsp.br/~clinpsic/tosta.html>. Acesso em: 30 out. 1999.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

O CUIDAR HUMANIZADO NA SENILIDADE: UMA QUESTÃO ÉTICA

Lannuzya Veríssimo e Oliveira¹
Lissandra Sobreira Rocha²

RESUMO

O envelhecimento populacional tem destaque no âmbito da saúde pública mundial, por esse motivo, é urgente a necessidade de uma melhor compreensão acerca do processo de envelhecimento, e a partir dessa compreensão buscar efetivar práticas mais humanizadas no cuidado desses gerontes. Objetivou-se com esse trabalho discorrer sobre o processo de envelhecimento; as características dos cuidados de saúde prestados aos gerontes e elencar deficiências na assistência aos mesmos. Para isso, realizou-se um estudo bibliográfico, realizado através de artigos específicos que se referissem ao tema da pesquisa. Após a leitura dividimos os resultados de nossa pesquisa em três tópicos: 1) Considerações sobre o envelhecimento-onde encontramos definições de diversos autores sobre envelhecimento e os vários fatores que permeiam esse processo; 2) Considerações sobre os desafios da saúde pública na assistência ao idoso- nesse tópico achamos relatos das dificuldades encontradas pelos prestadores de serviços de saúde, seja pela escassez de recursos ou pela inabilidade técnica e emocional dos profissionais; 3) Considerações acerca do cuidar humanizado- onde são referenciadas as práticas consideradas humanísticas e adequadas no lidar com os idosos. Por fim, constatamos que é consenso nas diversas literaturas que há um distanciamento no que é proposto pelas políticas de saúde do idoso, e no que é observado nas práticas cotidianas.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Idoso. Saúde Pública.

¹ Enfermeira do PSF de Barra de Santana, PB. Especialista em Saúde da Família Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Email: lannuzyavoliveira@hotmail.com

² Enfermeira Especialista em Saúde da Família Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Email: lissandrarocha@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vem experienciando profundas e radicais transformações no contexto das práticas sociais e no estilo de vida das pessoas e grupos. Dentre as mudanças ocorridas se destaca o aumento do tempo de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial.

Ao longo do século 20 a população mundial obteve um aumento da esperança de vida em torno de aproximadamente 30 anos. Esse fato decorreu, em parte, da diminuição das taxas de natalidade, que permanece sendo observada nos últimos anos na maioria dos países, e da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

No Brasil, o segmento mais idoso da população brasileira sofreu um rápido aumento a partir dos anos 60, quando começou a crescer em ritmo bem mais acelerado do que as populações adulta e jovem. De 1970 até hoje, a porcentagem da população idosa sobre a população total passou de 3 para 8,8% e esse percentual tende a dobrar nos próximos vinte anos. (NETTO, 2002).

O envelhecimento é entendido como um processo natural ao longo da vida, acentuando-se na fase adulta, permeado por alterações sistêmicas que variam conforme o estilo de vida, a herança genética, as condições materiais de vida. E pessoa idosa é aquela que ultrapassou a barreira dos 60 anos de idade. (VICTOR; SILVA; ARAÚJO, 2002).

As projeções demográficas estimam que até o ano 2025 o Brasil deverá abrigar a maior população idosa do mundo com cerca de 32 milhões de pessoas na faixa etária de mais de 60 anos. (RODRIGUES; BRÊTAS, 2002). Entretanto, segundo Kalache(2005) em muitos países em desenvolvimento ainda persiste a mentalidade e que a população é predominantemente jovem. Esse pressuposto faz com que o sistema de saúde não leve em consideração o aumento acelerado de pessoas na terceira idade, gerando severas deficiências na qualidade prestada a essa parcela da população.

O aumento extensivo da população idosa demanda crescente capacitação dos profissionais para a atenção à saúde e ao cuidado específico dessa categoria populacional, considerando as peculiaridades que são intrínsecas ao ser idoso, que apresenta características de uma classe etária que requer cuidados diferenciados. Compreendemos que uma assistência de saúde qualificada excede o suporte tecnológico e o desenvolvimento científico, sendo assim a busca pela prática de saúde humanizada deve ser uma constante. Com esse fim, desenvolvemos esse estudo cujos objetivos são: 1)Discorrer sobre o processo de

envelhecimento; 2) Investigar as características dos cuidados de saúde prestados aos gerontes; 3) Elencar as deficiências na assistência aos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica por ter respaldo na literatura já disseminada, cujo objetivo é conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre um determinado tema. O período de coleta de dados correspondeu aos meses de agosto a setembro de 2009, sendo esta realizada em livros, revistas, anais, periódicos impressos e on-line. Todo material recolhido foi submetido a uma triagem, a partir da qual tornou-se possível estabelecer um plano de leitura. Realizamos uma leitura atenta e sistemática seguidas de anotações e fichamentos. Os dados obtidos foram escritos textualmente e desenvolvidos mediante consulta ao acervo bibliográfico de literaturas afins e via on-line. Esta análise iniciou-se com a identificação da bibliografia que foi utilizada a partir de palavras-chaves que tinham relação com o tema, selecionando-se as fontes relevantes. Estas foram lidas, comparadas através de anotações e posteriormente organizadas para elaboração do texto final da pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados obtidos com a pesquisa bibliográfica demonstraram somente referências em português. Com a utilização da palavra-chave achamos diversas bibliografias, das quais selecionamos as que melhor se relacionavam com nosso objeto de estudo. E, a partir de nossa leitura dividimos nossos resultados em três tópicos.

1. Considerações sobre o envelhecimento

O envelhecimento populacional brasileiro e mundial é um fenômeno tão notório que basta um olhar no nosso ambiente social para perceber o quão concreto é a explosão do aumento de gerontes em nosso meio.

Já em estudo apresentado por Garcia et al (2002) o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1980 e 14 milhões em 2000 (um aumento de 500% em 40 anos), e a estimativa para 2020 é de 32 milhões. Processo derivado do declínio da mortalidade a partir da década de 60 e da queda da fecundidade a partir de 80.

Tendo em vista dados tão expressivos, ocorre a necessidade de maior reflexão acerca do envelhecimento que venham nortear as práticas para privilegiar esta classe da

população, cujo crescimento implica em transformações de ordem econômica, cultural e comportamental.

De acordo com Ribeiro (1986), os idosos são aqueles cuja idade ultrapassa os 65 anos. Porém, não devemos definir a dimensão desse processo unicamente em termos numéricos, é preciso abordar segundo uma perspectiva qualitativa. O que significa envelhecer?

Duarte (1996) considera o envelhecimento um processo que envolve quatro aspectos principais e estes se interligam: modificações físicas, modificações psicológicas, modificações comportamentais e o contexto social do envelhecimento.

Para Carvalho Filho (1996) o envelhecimento compreende um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por culminar com a morte.

Figueiredo e Tonini (2006) dizem ainda que envelhecer é o ritual de passagem da vida para a morte. Quando a morte é prematura, essa passagem é curta, não dando tempo para o envelhecimento; quando a passagem é longa, há a possibilidade de viver, ver e sentir o envelhecer.

Debert (1999) nos alerta a respeito de quão incompleto é determinar o grau de envelhecimento baseando-se unicamente em dados cronológicos. Visto que, os gerontologistas, em sua maioria, são categóricos em afirmar que a idade cronológica nem sempre corresponde à idade biológica, psicológica e social.

Moraes e Barros (2002) afirmam que na atualidade existem pesquisas que apontam para o envelhecimento como processo fluido, cambiável e que pode ser acelerado, reduzido, parado por algum tempo e até mesmo revertido.

Ainda sobre a dificuldade em conceituar e delimitar o envelhecimento, Garcia et al (2002) diz que a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam velhos, sendo impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito, numa noção.

O processo de envelhecimento é por sua vez tão complexo que surgiu a gerontologia, a fim de compreender o envelhecimento. Segundo Salgado (1989) apud Santos (2003) gerontologia é o estudo do processo de envelhecimento, com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais [...] vêm se fortalecendo dois ramos igualmente importantes: a Geriatria, que trata das doenças no envelhecimento; e a Gerontologia Social, voltada aos processos psicossociais manifestadas na velhice.

As Teorias do Envelhecimento são divididas em Teorias Biológicas, psicológicas e sociológicas. Entretanto, elas não podem ser consideradas isoladamente, dado que convergem na busca pela compreensão de tal fato. (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

A fala dos autores nos faz concluir que há, como em vários outros fenômenos naturais, falta de unanimidade sobre o que é ser velho e sobre o que é envelhecer. Saboya (2003) resume em suas considerações que se faz necessário perceber-se como idade cronológica e saber equilibrar potencialidades e limitações. E, para alcançar tais objetivos é necessário um empenho da sociedade em redefinir antigos questionamentos e quebrar certos mitos acerca dos gerontes.

2.Considerações sobre os desafios da saúde pública na assistência ao idoso

Em 2025 estima-se que entre os dez países no mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil. (NETTO, 2002).

O aumento veloz do número de idosos veio a provocar consideráveis mudanças nos perfis de saúde do país, caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis e o aumento crescente de diversos fatores de risco para a saúde (MEDONÇA; MARQUES NETO, 2003).

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde esse fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e desigualdade social. (ROUQUAYROL; FILHO, 2005).

Garcia et al (2002) lista os principais grupos de causas definidas de falecimento de idosos, e afirma que estes são compostos por problemas evitáveis, em ordem decrescente: 1) doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e isquêmicas do coração) têm por fatores a exposição ao tabaco, a inatividade física, a obesidade, a dislipidemia e o controle inadequado da pressão arterial e diabetes que são consideravelmente modificáveis atualmente; 2) neoplasias com predominância daquelas que podem ser prevenidas pela não exposição ao tabaco (traquéia, brônquios e pulmões) e pelo diagnóstico precoce (próstata e mamas); 3) doenças respiratórias (pulmonares obstrutivas e a pneumonia) que acometem principalmente os homens e podem ser reduzidas pela vacinação contra a pneumonia e controle do tabagismo.

Segundo Eliopoulos (2005) é diretamente proporcional à idade e a probabilidade de ocorrer dificuldade na realização das atividades de autocuidado e assim, de uma vida independente.

Essas características dos indivíduos idosos seja pelas doenças crônico-degenerativas ou as demais, implicam em tratamentos mais longos e recuperação lenta e complicada, o que onera os serviços de saúde prestado aos mesmos, ressaltando que a busca pelas intervenções de saúde são, muitas vezes, contínuas e repetitivas. (GARCIA ET AL, 2002).

Os gastos com a saúde dos idosos são altíssimos, sendo a maior parte devido aos medicamentos, o governo federal, estadual e municipal não disponibilizam recursos que supram as necessidades da população, custos aumentados pelos medicamentos (aqueles não fornecidos pelos serviços públicos), planos de saúde e profissionais. (REIS, 2000).

A partir de 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde a atenção à saúde do idoso começou a ser vista de forma prioritária. Sendo aprovada a portaria 1395 aprovada em 1999 que estabelece a política de saúde do idoso com base nas seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência as necessidades de saúde, a reabilitação da capacidade funcional, a capacitação dos recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Tal regulamentação define as prioridades e competências para os diferentes níveis do sistema, sendo o resultado do trabalho de comissões e grupos implantados após a conferência (BRASIL, 1999).

A fim de cumprir as propostas dessa portaria, o ministério da saúde implantou o Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso, o PAISI, cuja principal meta é a promoção da saúde do idoso através da mobilização da família e da comunidade para que assuma seu papel nesse processo. (BRASIL, 2000).

Em síntese, o envelhecimento populacional é compreendido como um desafio para a saúde pública porque em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional as doenças próprias da terceira idade ganham expressão considerável. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde, serviços estes que convivem com escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, suas internações são mais frequentes e duradouras, necessitam de cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Associado as dificuldades mencionadas há também o despreparo de muitos profissionais para lidarem com a pessoa idosa, isso porque muitos dos estudos não costumam enfocar a realidade psicológica, a subjetividade e a percepção que o idoso tem de si mesmo e da comunidade na qual está inserido. Assim, os estudos acerca do idoso se limitam à

seguridade social e a assistência a sua saúde física, deixando esquecida a saúde emocional e o colorido dos sentimentos das pessoas que envelhecem. Por esse motivo, o cuidar fica fragmentado, o que contraria a premissa da integralidade e cuidado humanizado da pessoa idosa.

Ainda sobre a urgência na evolução do estudo sobre a saúde do idoso e a forma pela qual deve se dá o seu cuidado Dantas (2005) evidencia a necessidade, dos profissionais de saúde, em discutir os pré-requisitos básicos direcionados à melhoria da qualidade de vida do idoso, considerando a multidimensionalidade que cerca o processo de envelhecer e as carências que cada velhice, cada ser humano possa demandar.

3. Considerações acerca do cuidar humanizado

A humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços. Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde (BRASIL, 2007)

Como, segundo Mezzomo(2003) humanização consiste em práticas que valorizem a individualidade do ser, abre-se espaço para as diversas expressões relativas ao gênero, à idade, à origem, à etnia, à raça, à situação econômica, à orientação sexual e à cultura.

A efetivação da Política Nacional de Humanização dá-se pela oferta de dispositivos-tecnologias, ferramentas e modo de operar (BRASIL, 2007), dentre esses dispositivos destacamos o acolhimento como instrumento essencial na operacionalização da PNH.

O acolhimento tem a característica de buscar atender a demanda dos serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários (TEIXEIRA,2001)

Algumas etapas devem ser seguidas para que ocorra um Acolhimento adequado, sendo a primeira o planejamento, visto que é preciso compreender as especificidades de cada usuário separadamente.

Quando esse acolhimento destina-se a pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso devem: estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne a dimensão subjetiva da pessoa idosa;

romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais; facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção; investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

Como o acolhimento baseia-se na comunicação, é preciso lembrar das singularidades da pessoa idosa, estes, devido ao declínio da função física, podem ter menos energia para investir na interação social (ELIOPOULOS, 2005)

A comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições bio-psicossociais. É mais que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas as outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações. A comunicação envolve muito além da fala ou escrita, engloba também a expressão corporal, o toque, e até mesmo os momentos de silêncio.

O cuidado é inerente ao humano, desde os tempos mais primitivos, se modificando, evoluindo, porém, nunca deixando de perder sua essência (BOFF, 2002) Apesar da citação do referido autor muitos outros estudos referem as pessoas idosas manifestando sensações negativas quanto ao cuidado que recebem. O grande dilema enfrentado pelos cuidadores de idosos consiste em respeitar, ou não, a autonomia dos cuidandos porque, em se tratando dos idosos, esse direito está atrelado ao grau de vulnerabilidade desses sujeitos.

No campo da bioética, o conceito de pessoa é o tema de maior relevância. Para os bioeticistas a pessoa é um “ser-no-mundo” e, portanto, a pessoa é uma existência relacional, potencial e temporal. (PEGARORO, 2006).

Por fim, citamos Mezzomo (2003) e sua categórica afirmativa de que não aceitar a visão holística do ser humano é andar na contramão do saber humano. Sendo a visão holística aquela que abrange além da relação pessoa e meio ambiente, e sim, o ser humano na sua múltipla realidade. O que nos faz compreender a saúde do ser idoso, de forma mais complexa e abrangente do que suas condições fisiológicas. Direcionando o cuidado ao holismo que é inerente do ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo possibilitou-nos uma sutil aproximação quanto às dificuldades enfrentadas pelos idosos em suas vivências nos serviços de saúde, como também

a necessidade urgente de adequações nas formas de lidar com essa demanda para maior satisfação dos mesmos.

Alcançados os resultados encontramos idosos inseridos em um contexto social desfavorável, profissionais por vezes despreparados e políticas de saúde que ainda não foram efetivadas na integra.

A toda a sociedade urge a necessidade de visualizar os gerontes como sujeitos-políticos, sujeitos-cidadãos a fim de que esta mesma sociedade adquira uma prática respeitosa frente aos mesmos.

Como sabemos a atitude de cuidar dos idosos ainda está em gestação. E não podia ser diferente: há apenas uma década o poder público no Brasil interessou-se pelos idosos, mas fala-se pouco nos serviços e no ensino, talvez por esse motivo, ainda haja tantos profissionais que saem das instituições de ensino despreparados para lidarem com a clientela idosa.

Também recentemente, as ciências sociais começaram a criar um campo específico para pensar e produzir conhecimento referente aos idosos. Por ambos motivos ainda é perceptível a imaturidade dos serviços e profissionais de saúde no cuidar dos idosos. Fazendo-se necessário focalizar não só as doenças orgânicas destes, mas seus pensamentos e ansiedades.

Nosso estudo nos leva a crer que há um longo caminho a ser percorrido rumo ao cuidar humanizado na senelidade, e esse caminho baseia-se em vontade por parte dos gestores associado ao comprometimento dos profissionais. Esperamos que estas reflexões sirvam como estímulo para o desenvolvimento das competências necessárias à prática sustentante do cuidado gerontológico digno à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1.395, 9 de dezembro de 1999**. Brasília: 1999b. 26p. Mimeografado.

_____, Ministério da Saúde. **Profissionalização dos Auxiliares de enfermagem – Cadernos do Aluno**. Módulo 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

_____, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – Compaixão pela terra**. Editora Vozes, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T. de. **Fisiologia de Envelhecimento**. In: PAPAEO NETO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneo, 1996.

DANTAS, C.de C. et al. **A Enfermagem Diante da Exclusão Social**. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

DEBERT, G.G. A construção e o estado dos grupos e das categorias da idade. In: NERI; DEBERT. Velhice e Sociedade. Campinas.SP:PAPIRUS, 1999, p.41-67 ISBN 85-308-0557-7

DUARTE, Y. A. de O. **Princípios da Assistência de Enfermagem Gerontológica**. In: PAPAEO NETO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneo, 1996, p.52-85.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FIQUEIREDO, N.M. A; TONINI, T. **Gerontologia-Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

GARCIA, M. A. A. et al. **O envelhecimento e a Saúde**. Revista de Ciências Médicas. Campinas, v. 11, n. 3, p. 222 – 231, set./dez., 2002.

KALACHE A. Um mundo mais velho. Veja. Edição 1912; ano 38 n. 27. 6 de julho de 2005. : 11

MENDONÇA, J. A; MARQUES NETO, J. F. **Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado Frente aos Grupos de Afecções Crônicas**. Revista de Ciências Médicas. Campinas, v. 12, n. 4, out/dez, p. 299 – 306, 2003.

MEZZOMO, A.A. et al. **Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma versão multiprofissional**. Local: Editora, 2003. p. 138-139

MORAES, M.; BARROS, L. (Org). **Velhice ou Terceira Idade**. 2ª Edição. Fundação Getúlio Vargas, 2002.

NETTO, M. P. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEGORARO, O. A. O lugar da bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.de P. de. (Orgs). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2006.

REIS, C. O. O. **O Gasto dos Idosos em Saúde: sinal dos tempos. Como Vai?** População Brasileira, v. 5, n. 1, p. 41 – 50, 2000.

RIBEIRO, P.N. Geriatria. Tradução de Alda. D.C. Luzzato Editore, 1986.

RODRIGUES, M. R.; BRÊTAS, A. C. P. O significado da assistência domiciliar para o idoso e/ou seu cuidador familiar matriculados em um programa público de assistência domiciliária ao idoso. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, v. 15, n. 3, jul./set., 2002

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª Edição. Medsi. Guanabara Koogan.2005.

SABOYA, M.S.O. **Dançar a vida enquanto ela dure: representações sociais da dança por idosos**. Campina Grande: UEPB, 2003. 137p.

SANTOS,S.S.C.O **Ensino da Enfermagem Gerontogerátrica no Brasil de 1991 a 2000 à Luz da Complexidade de Edgar Morin**. Teses em Enfermagem-44. Florianópolis, 2003.

TEIXEIRA, S.A. Produção e consumo social da beleza. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre dez.. 2001, v.7, n.16, p.189-220.

VICTOR, J.F.; SILVA, M. J.; ARAÚJO, A. R. O conceito de envelhecimento entre profissionais de saúde da família. **Rev. RENE**. Fortaleza. V.3, n.2, p. 71 – 6, jul./dez. 2002.

O DEBATE SOBRE A BIOÉTICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Vilma Felipe Costa¹
Saulo Felipe Costa²
Cletiane Medeiros Araújo³
Leysy Mynelle Medeiros Araújo⁴

RESUMO

Nas últimas duas décadas, as sociedades contemporâneas tem se preocupado em definir os dilemas e os avanços imprimidos pelo desenvolvimento científico em face a emergência de inovações de caráter ético nas práticas dos profissionais de saúde. A história da reflexão ética em pesquisas a cerca do olhar sobre o ser humano em sociedade, tornou-se cada vez mais essencial à discussão da questão da saúde pública no Brasil. Os contornos teórico e prático a respeito da implementação de novos conceitos na análise do discurso da humanização da assistência buscam refletir formas inovadoras no que diz respeito à redefinição de um campo de possibilidades, onde a questão da humanização na saúde tornou-se escopo de ação das propostas de políticas públicas, assim como para a compreensão do novo conceito de saúde ampliada. O sentido da Bioética na contemporaneidade é entendida a partir dos conflitos originados pela transformação humana e seus valores, uma vez que as questões éticas e morais preconizam uma reflexão qualitativa ao que diz respeito aos novos desafios e limites humanos. Nesse sentido, o ideário da Bioética destaca-se como um movimento cuja referência encontra-se na ética aplicada à vida, ou melhor, diz respeito à valorização da vida e, portanto, a Bioética é interpretada como um campo interdisciplinar cuja matizes se fundamentam em direitos sociais e individuais.

¹ Graduação em Psicologia pela UFPB, Mestre em Filosofia pela UFPB e Professora da Facene. E-mail: vilmelopsi@yahoo.com.br

² Graduação em Ciências Sociais pela UFPB e Mestrando em Relações Internacionais pela UEPB. E-mail: sf3lip3@hotmail.com

³ Graduanda em Ciências Sociais pela UFPB. E-mail: cletiane.araujo@bol.com.br

⁴ Graduanda em Enfermagem pela UnP. E-mail: leysymynelle@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, as sociedades contemporâneas tem se preocupado em definir os dilemas e os avanços imprimidos pelo desenvolvimento científico em face a emergência de inovações de caráter ético nas práticas dos profissionais de saúde. A história da reflexão ética em pesquisas a cerca do olhar sobre o ser humano em sociedade, tornou-se cada vez mais essencial à discussão da questão da saúde pública no Brasil. A partir da década de 1980¹, nota-se a necessidade crescente da introdução e a adoção de novas tecnologias e práticas no tocante a relação entre os profissionais de saúde, gestores públicos e usuários dos serviços de saúde.

UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Questões da humanização

A questão da humanização na saúde tornou-se escopo de ação das propostas de políticas públicas, assim como para a compreensão do novo conceito de saúde ampliada. De acordo com Deslandes (2005:616):

No Brasil estas reflexões vão ser retomadas de forma mais intensa no final da década de 1980, a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico.

No campo de pesquisa da atenção em saúde alguns autores (Reis, Marazina & Gallo, 2004; Gallo, 2004:37) destacam os desafios e possibilidades da humanização, vista enquanto um processo político contínuo de poder compartilhado, uma vez que a criação de espaços de diálogos entre as distintas instâncias –profissionais, pacientes e gestores– traduzem as resignificações configuradas na gestão de práticas:

Quaisquer que sejam as antropologias que sejam consideradas na sustentação da noção de sujeito, tem-se que no âmbito da humanização em saúde, ela se plasma em uma dimensão que transcende a idéia de pessoa, funcionário, servidor ou usuário, aproximando-se da noção de instância ou de lugares institucionais. Isso, por um lado, não significa que ela venha ignorar a dimensão particular dos sujeitos. Ao contrário, pelo fato da humanização em saúde definir-se pelo valor atribuído ao esforço dos sujeitos

¹ A institucionalização desse processo teve como marco jurídico-legal a Constituição de 1988 através da Resolução n° 01/88 do Conselho Nacional de Saúde –Ministério da Saúde –, que posteriormente foi reformulada na Resolução n°196/96 cuja normatização diz respeito as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

na produção da saúde, quando se contempla a autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade e a vinculação das instâncias, põe em evidência (dada a noção de valor) a dimensão da subjetividade e da singularidade. Categorias como vínculo, responsabilidade, autonomia destacam a ênfase na subjetividade, posto que não são categorias do mundo inerte, mas próprias do sujeito. Este é o cerne da questão.

No entanto, é importante, ainda, assinalar que a questão da humanização na saúde necessita de um resgate sócio-político, uma vez que compreende-se a humanização enquanto política de ampliado escopo de ação, no âmbito da saúde pública. Nessa linha, as autoras ainda destacam:

[...] entende-se que uma política de humanização efetiva só pode funcionar se compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde, e assim como nos diferentes níveis de efeitos que ela comporta. Para isto, essa intervenção não pode ser menos que uma política, isto é, um dispositivo de amplo alcance sustentado pela maior instância de gestão do estado. O fato de a humanização ter sido apresentada, até recentemente, como um programa e não como uma política, limitava suas possibilidades de autorização –e portanto de intervenção – nos espaços onde era proposta. (Reis, Marazina & Gallo, 2004; Gallo, 2004:42)

Segundo Fortes (2004:31), a humanização dos serviços de saúde é visto como um processo que visa desconstruir formas “tradicionais” que acabam “coisificando” as pessoas e os procedimentos:

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

O autor, ainda, enfatiza a importância do desenvolvimento da gestão participativa nas instituições públicas de saúde:

Envolvendo trabalhadores e usuários na tomada de decisão dos atos de gestão, mediante a instalação de conselhos gestores em unidades hospitalares. Essa orientação se conforma à noção, com a qual concordamos, de que a presença dos usuários nas decisões do aparelho do Estado, exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas que possam efetivar a humanização dos serviços de saúde, evitando que os agentes do poder público, mesmo que motivados pelo princípio da beneficiência –fazer o bem, terminem na prática assumindo condutas paternalistas e autoritárias, contrárias à vontade autônoma das pessoas ou das comunidades.

Ainda segundo o autor, os instrumentos de humanização do serviço público podem otimizar o nível de qualidade da prestação dos serviços de saúde, agindo também, como formas de garantir os direitos dos cidadãos:

Assim, se entendemos e valorizamos o fato de que políticas públicas de humanização da atenção básica à saúde vêm sendo consolidadas nos últimos anos, devemos considerar que, para melhor atingir seus objetivos, devam se orientar pelo denominado princípio da humanidade, pelo qual o homem deve ser considerado como o centro da ação ética, aceitando-se a aplicação do imperativo categórico kantiano que afirma que a ação eticamente adequada deve considerar o homem como um fim em si mesmo, e não somente como um meio de satisfação dos interesses das diversas forças sociais atuantes na atenção em saúde. (Fortes, 2004:34)

Destarte, os contornos teórico e prático a respeito da implementação de novos conceitos na análise do discurso da humanização da assistência buscam refletir formas inovadoras no que diz respeito à redefinição de um campo de possibilidades compreendido segundo Deslandes (2004:8), “tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo”.

Zoboli e Fortes (2004:11) buscam localizar os significados associados ao processo de humanização em saúde, através do resgate ao sentido da humanidade do atendimento compreendido no modelo de uma “nova cultura de atendimento” focalizado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores. Dessa forma, os autores destacam que o conceito-chave da humanização:

Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidas pelo outro, dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes

Questões de Bioética

O ideário da Bioética destaca-se como um movimento cuja referência encontra-se na ética aplicada à vida, ou melhor, diz respeito à valorização da vida. Destarte, a bioética é interpretada como um campo interdisciplinar cuja matizes se fundamentam em direitos sociais e individuais:

Portanto, as discussões e reflexões da Bioética não se limitam aos grandes dilemas éticos atuais como o projeto genoma humano, o aborto, a eutanásia ou os transgênicos, incluem também os campos da experimentação com animais e com seres humanos, os direitos e deveres dos profissionais da saúde e dos clientes, as práticas psiquiátricas, pediátricas e com indivíduos inconscientes e, inclusive, as intervenções humanas sobre o ambiente que influem no equilíbrio das espécies vivas, além de outros. A Bioética não está restrita às Ciências da Saúde. Ela desde que surgiu abrange todas as áreas do

conhecimento. A sua atuação tem a ver com a vida. Tem enfoque interdisciplinar ou, talvez até, transdisciplinar. (Koerich, Machado e Costa, 2005:108)

Para Cohen (2008:474), o sentido da Bioética na contemporaneidade é entendida a partir dos conflitos originados pela transformação humana e seus valores, uma vez que as questões éticas e morais preconizam uma reflexão qualitativa ao que diz respeito aos novos desafios e limites humanos. Nesse sentido:

A Bioética se apresenta nesta tentativa de apreender e compreender o verdadeiro significado do novo, capacitando-nos a uma possível adaptação. Ela nos permite expressar o nosso pensamento ético, o que nos possibilita encontrar consensos de qual será o comportamento moral mais adequado frente a uma determinada questão. Entendo que estes sejam os motivos de como deveríamos perceber, pensar e agir sob a égide da Bioética.

Zoboli (2007:317) ressalta que a Bioética:

Propicia uma ética de novas relações profissionais, destituindo toda e qualquer voz de monopólio nas relações, pois reconhece e legitima a pluralidade de papéis e vozes a fim de impedir a desqualificação do outro pelo exercício do poder. A amalgama da escuta ativa, do olhar atento, da reflexão genuína, do conhecimento e da competência técnicas possibilitará relações profissionais respeitadas e promotoras dos direitos, da liberdade e da dignidade humanas.

De acordo com Santos, Beneri e Lunardi (2005:404) dentre as abordagens atuais da Bioética, o modelo principialista é o mais difundido no âmbito da saúde:

O princípio da justiça que exige equidade na distribuição de bens, benefícios e serviços prestados no exercício da medicina; o princípio da beneficência preconizando o atendimento aos interesses do paciente e o de não-maleficência que se refere à prevenção de danos e tratamentos não reconhecidamente úteis e necessários. Por fim, o princípio da autonomia, ou princípio do respeito às pessoas, respeito à vontade, crenças e valores morais do ser humano, reconhecendo o seu domínio e a autogovernabilidade da sua própria vida.

Kottow (2002:538) aponta algumas orientações atinentes ao sentido da bioética social:

Para la bioética social, por su parte, existen las propuestas de elaborar el principio de justicia y de apoyarse en la ética de responsabilidad. Sin embargo, la justicia suele no ser entendida como un principio ético, menos todavía un bioético, sino como idea matriz, una ayuda memoria que apunta a la necesidad de pensar em términos de ecuanimidad. Mas, como no especifica el modo de realizar un ordenamiento social justo, no puede la idea de justicia constituir una guía de acción y queda fuera del espectro de utilidad directa e inmediata para una ética aplicada. Igualmente inoperante es apelar a una responsabilidad colectiva cuando no se puede definir a los agentes de las decisiones, tampoco siendo posible identificar a los afectados

que engran medida aún no han nacido. La reflexión bioética social no encuentra apoyo suficiente em ninguna de estas propuestas, debiendo elaborar un discurso propio para abordar problemas éticos como los que se dan em salud pública.

No que concerne ao modelo principlalista, Schramm (1997:235) enfatiza alguns limites:

Sem negar a importância do principlalismo em bioética, considerado na sua forma canônica dos quatro princípios, devem ser pesquisados outros 'princípios' ou outras 'qualidades' pertinentes para as sociedades atuais, que eventualmente guardem relação com questões mais amplas como universalismo, equidade, tolerância, solidariedade e outras que venham a se impor. Ou mesmo, que tenham relação com os quatro princípios, desde que passem a ser enfocados a partir de outros pontos de vista, ou seja, de outras características e outras categorias, construídas para dar sentido a novas soluções [...] Quer dizer, que a dialética dos princípios não é ainda a solução de um problema concreto; ela é o seu reconhecimento em termos morais e precisa, portanto, da elaboração de uma tradução em atos concretos que 'corporifiquem' os princípios em políticas públicas efetivas e eficientes.

Segundo Barboza (2000:211) a formulação dos princípios referentes à Bioética tornou-se cada vez presente em qualquer discussão destinada ao concebimento da saúde pública, na medida em que trata-se do estudo das dimensões morais e sociais atinentes nas relações sociais, e nos procedimentos técnicos¹:

Um dos problemas mais importantes que se propõem em todo mundo reside em que as ciências sociais e as do comportamento não progrediram no mesmo ritmo das ciências naturais e biológicas. Disso resultou que seus efeitos na reflexão filosófica e moral, incluídos códigos religiosos, éticos e civis, ficaram limitados. Com efeito, durante muito tempo as ditas ciências ignoraram, em geral, a necessidade de reajustar os sistemas de valores em função das estruturas da sociedade moderna. Por isso, viram minguar sua capacidade de influir de maneira apropriada nos sistemas políticos e sociais das coletividades e, por sua vez, na direção e aplicação do progresso tecnológico².

A autora ainda destaca os dilemas no que diz respeito à normatização das leis da Bioética traduzidas na matéria do Biodireito, uma vez que o sistema jurídico não pode ser interpretado enquanto uma ferramenta instrumentalizada. Portanto, "cabe ao Direito, através da lei, entendida como expressão da vontade da coletividade, definir a ordem social na medida em que dispõe dos meios próprios e adequados para que essa ordem seja respeitada." (Barboza, 2000: 213).

¹ A respeito da Bioética Clínica, ver FRANCESCONI, C.F e GOLDIM, J.R. (2005); FILHO, J.M. (2008)

² Mateo (1987) apud Barboza (2000)

Com efeito, Soares e Junior (2007:74) evidenciam que a questão da autonomia dos cidadãos referente ao processo decisório passou a ser um dos temas principais da saúde contemporânea:

Em uma leitura atualizada da autonomia, afirmá-la como valor implica a busca da democratização de saberes, do reconhecimento, respeito e valorização da multiplicidade, da diversidade e das singularidades, maior responsabilidade e participação dos cidadãos, resgate e valorização da subjetividade e, acima de tudo, de uma ética de solidariedade e responsabilidade. [...] Nessa perspectiva, a informação, a democratização do saber e das relações de poder que são construídas entre profissionais e pacientes, entre Estado –por meio das instituições governamentais – e sociedade civil, as questões éticas ai implícitas e a questão de uma maior autonomia dos cidadãos em relação às suas escolhas e decisões passam a ser centrais. Porém, não há que se confundir autonomia com individualismo, nem a liberdade como uma idéia abstrata, descolada do contexto sociocultural e político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou analisar o sentido da Bioética na contemporaneidade a partir da compreensão dos conflitos originados pela transformação humana e seus valores, haja vista que as questões éticas e morais preconizam uma reflexão qualitativa ao que diz respeito aos novos desafios e limites humanos. Percebe-se que cada vez mais as políticas públicas de saúde enfocam questões relativas a Bioética, através da institucionalização do processo de humanização nos serviços de saúde, através das relações entre pacientes, profissionais e gestores. Nesse sentido, o ideário da Bioética destaca-se como um movimento cuja referência encontra-se na ética aplicada à vida e, portanto, a Bioética é interpretada como um campo interdisciplinar cuja matizes se fundamentam em direitos sociais e individuais no âmbito da saúde e das políticas públicas.

REFERÊNCIAS:

SOARES, Jussara.C. R.S; JUNIOR, Kenneth R. C. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. In: Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v.11, n°21, 2007. pp. 65-78

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: Ciência & Saúde, v.9, n°1, 2004. pp.7-14

FILHO, José M. Bioética Clínica- Cuidando de pessoas. In: Revista Brasileira Reumatologia, v.48, n°1, 2008. pp.31-33

FRANCESCONI, Carlos F; GOLDIM, José R. Bioética Clínica. In: CLOTET, J; FEIJO, A.G.S; OLIVEIRA, M.G. (Coord.). Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

KOTTOW, Miguel H. Salud pública, genética y ética. In: Revista Saúde Pública, v.36, n°5, 2002. pp.537-544.

SANTOS, Letícia R; BENERI, Regina L; LUNARDI, Valéria L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. In: Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v.26, n°3, 2005. pp.403-413.

FORTES, Paulo A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. In: Saúde Sociedade, v.13, n°3, 2004. pp.30-35.

REIS, Alberto O. A; MARAZINA, Isabel V; GALLO, Paulo R. A humanização na saúde como instância libertadora. In: Saúde Sociedade, v.13, n°3, 2004. pp.36-43.

ZOBOLI, Elma L. C. P.; FORTES, Paulo A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. In: Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n°6, 2004. pp.1690-1699.

KOERICH, Magda S; MACHADO, Rosani R; COSTA, Eliani. Ética e Bioética: Para dar início à reflexão. In: Texto, Contexto Enfermagem, v.14, n°1, 2005. pp. 106-110

ZOBOLI, Elma L. C. P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: Contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. In: Acta Paul Enfermagem, v.20, n°3, 2007. pp.316-320

COHEN, Claudio. Por que pensar a Bioética? In: Revista Associação Médica Brasileira, v. 54, n°6, 2008. pp.471-486.

SCHRAMM, Roland F. Da Bioética “privada” à Bioética “pública”. In: FLEURY, S. (org.) Saúde e Democracia : A luta do CEBES, São Paulo: Editora Lemos, 1997. pp. 227-240.

BARBOZA, Heloísa H. Princípios da Bioética e do Biodireito. In: Simpósio de Bioética, v.8, n°2, 2000. pp. 209-216.

O IDOSO E A DIGNIDADE NO PROCESSO DO MORRER: ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDADO

Lara de Sá Neves Loureiro¹
Maria das Graças Melo Fernandes²
Marcella Costa Souto³

RESUMO

Este estudo bibliográfico, de natureza assistemática, teve como objetivo produzir algumas reflexões sobre os aspectos éticos do cuidar do idoso no processo de morrer. Para sua efetividade, revisamos um corpus de dezoito trabalhos pertinentes à temática, composto por livros e artigos científicos, publicados nos idiomas português e inglês, apreendidos na Base de Dados Scientific Electronic Libray Online (SciELO). A análise desse material nos permitiu compreender que o cuidado ao idoso ante sua terminalidade deve ter como atributos essenciais cuidados paliativos, decisão compartilhada, comunicação clara, relacionamento de ajuda e ambiente acolhedor. Quanto aos fatores determinantes de morte digna, destacam-se: apoio psicossocial, comunicação adequada entre equipe, idoso e família, respeito às diversidades culturais e preservação dos princípios bioéticos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Morte digna. Ética. Cuidado.

¹ Enfermeira do Programa Saúde da Família da Secretaria municipal de João Pessoa-PB. Especialista em Saúde Pública. E-mail: laraasn@hotmail.com.

² Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gerontologia Social. Doutora em Ciências da Saúde e em Sociologia. E-mail: graacafernandes@hotmail.com.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Gerontologia.

INTRODUÇÃO

Um dos principais fatos que vem chamando atenção da população mundial neste início do século é o aumento expressivo da população idosa. Ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, sendo fenômeno recente nos países em desenvolvimento, onde tem se manifestado de forma mais acentuada.

Com o aumento da expectativa de vida da população em quase todos os países nas últimas décadas, há uma concentração de mortalidade durante o período que os indivíduos já se tornaram idosos, atingindo mais de 60 % do total de óbitos. Além desse retardamento do momento da morte há uma mudança gradual no perfil das doenças que são determinantes para a mortalidade, principalmente em idosos mais velhos (MARTIN, 2002).

Em conformidade com Baldessin (2007), à medida que as pessoas envelhecem elas passam a contar seus dias a partir daqueles vividos e não mais a partir daqueles que virão. Embora o envelhecer seja um processo natural na evolução do ser humano, que tem seu marco inicial pelo nascimento, traz consigo intimidação, a possibilidade de maior aproximação da tão temida experiência da morte.

A morte é um processo inevitável, universal e individual, ou seja, pode ser encarada de diversas formas por diferentes pessoas. Eliopoulos (2005) afirma que o término da vida, a cessação de todas as funções vitais, o ato ou o fato de morrer são tentativas de explicações sucintas dessa experiência complexa.

Doll e Py (2007) relatam que em algum momento do desenvolvimento da nossa espécie, o ser humano tornou-se ciente de si mesmo, da sua existência, da sua vida. Essa consciência da própria vida abriu-lhe a oportunidade de pensar o futuro, suas possibilidades e necessidades, permitindo, assim, planejar e organizar a sua vida. Por sua vez, essa consciência da vida leva necessariamente a também consciência do fim da vida: a morte, a finitude da nossa existência.

É sabido, contudo, que a morte se constitui numa realidade mais próxima dos indivíduos idosos, pela idade avançada e, sobretudo, por pacientes ditos terminais, aqueles portadores de doenças incuráveis. Os avanços da medicina aumentam a sobrevivência de pacientes com doenças graves consideradas anteriormente irrecuperáveis, entretanto, em muitos casos levou ao prolongamento do processo de morrer às custas de sofrimento adicional para o paciente e seus familiares (MORITZ; NASAR, 2004).

Para Baldessin (2007) do âmbito hospitalar, paciente terminal é aquele acometido de uma doença para a qual não há cura que já entrou no processo de se desligar do mundo.

Papaléo Netto e Spínola (2007) definem paciente terminal como aquele doente para os quais se esgotaram todas as possibilidades terapêuticas curativas, embora seja um fato real, não colabora de maneira decisiva para estabelecer o momento exato em que tais medidas deixam de ser eficazes e passam a ser até mesmo deletérias.

No campo atual, na maioria das vezes, o que tem se observado por parte de alguns profissionais de saúde é um certo descaso com o paciente idoso terminal, encarando como um processo natural pelo simples fato de se tratar de um indivíduo idoso, no fim de sua vida.

Neste contexto, é preciso cada vez mais preparar equipes multiprofissionais com dinâmica de atuação interdisciplinar capacitados para enfrentar situações como a de idosos em fase terminal. Os componentes dessa equipe devem ter sólida formação nos princípios básicos de tratamento paliativo e agir de acordo com a ética profissional. Dessa forma, objetivamos neste estudo gerar algumas reflexões éticas à respeito do processo de cuidado ao idoso ante à terminalidade.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um artigo de revisão, desenvolvido no período compreendido de março à abril de 2009, a partir de um *corpus* de trabalhos pertinentes à temática, publicados nos idiomas português e inglês, incluindo livros e alguns artigos científicos acessados na Base de Dados Scientific Electronic Libray Online (SciELO).

Segundo Fachin (1996), a pesquisa bibliográfica diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras. Tem como base fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e à produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

A operacionalização deste estudo obedeceu aos seguintes passos: seleção das fontes bibliográficas relevantes para o estudo; leitura crítica e reflexiva das fontes literárias selecionadas; recorte dos segmentos literários que contemplavam aspectos relativos ao objeto do estudo; e construção do relatório da pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDADO AO IDOSO

O interesse pela ética tem se intensificado nos últimos anos, especificamente, no âmbito do cuidado, em resposta aos acontecimentos trazidos pelos os avanços tecnológicos e científicos. A maioria das definições atuais de ética gira em torno do conceito de padrões

aceitos de conduta e de julgamento moral. A palavra ética tem sua origem na Grécia antiga cujo significado é crenças que orientam a vida (ELIOPOULOS, 2005).

Conforme Fortes (2002) as decisões éticas são complexas, principalmente quando afetam o bem-estar do paciente. O processo de reflexão moral ajudará o profissional a justificar suas ações, por isso é importante que se faça um diagnóstico do problema em questão, se enumerem as alternativas para sua resolução, se comparem as alternativas para essa resolução com os princípios éticos e morais relevantes, se escolham as consequências que prevêm o valor positivo mais elevado e o menor dano e, por último se avalie a decisão escolhida.

Entender a velhice e aprender a valorizá-la implica também no conhecimento de determinados valores éticos e morais que são fundamentais para sua compreensão e, para o cuidado com o idoso, especialmente quando este se encontra bastante próximo de sua terminalidade.

A condição essencial de todo ser humano é sua personalidade (ser pessoa), esta condição determina a dignidade a todos seres humanos, dignidade que é do indivíduo (pessoa) e não do gênero humano (DOLL; PY, 2007). Vivemos em uma sociedade que tem-se caracterizado por uma visão utilitarista do ser humano. As pessoas são, freqüentemente, valorizadas pelo critério de ter ou poder, mais do que pelo ser.

Neste sentido, Leme (2006) destaca que o idoso, normalmente improdutivo materialmente e intelectualmente diminuído, corre o risco de ser considerado um indivíduo menos útil e, portanto, menos digno, não só pela sociedade, mas também, infelizmente, pelos próprios profissionais de saúde, o que pode afetar, também, seu processo de morrer. Vale salientar que em alguns casos particulares, a exemplo de pacientes idosos terminais, a equipe de saúde se depara com uma situação delicada, trazendo à tona o dilema de que maneira proporcionar a morte digna a esse paciente.

Surge nesse contexto, o termo eutanásia que etimologicamente significa “boa morte”, através de implementação de medidas para abreviar a vida de uma pessoa em seu estado final, sendo portanto, algo bom e mesmo desejável. De acordo com Pessini (2001) a eutanásia evita o prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte do paciente.

Em consonância com Devéns (2007), alguns dos princípios morais estão envolvidos no tema da eutanásia, destacando-se a autonomia e a dignidade. O princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade do outro e da decisão do indivíduo em intervir

em sua vida. Outra sustentação de defesa da eutanásia são a possibilidade de alívio da dor e do sofrimento, garantindo ao indivíduo o direito de morrer “em paz e com dignidade”.

Para Leme (2006), entretanto, o erro ético essencial da eutanásia consiste em arvorar-se o profissional de saúde ou a família em juízes do direito à existência de uma pessoa, direito este que lhe é intrínseco, e que, por isso, independe de julgamento externo e mesmo do julgamento do próprio indivíduo, pois não cabe nem mesmo ao próprio indivíduo o dispor arbitrariamente de sua dignidade humana.

Esses aspectos refletem a ampla discussão iniciada na década de 90 em torno dos dilemas éticos que, envolvem o final da vida, questionando o paradigma da vida a qualquer custo. Passou-se a valorizar o respeito pelo paciente, com a preocupação crescente com a manutenção da dignidade no final da vida (POLES; BOUSSO, 2009).

Esse tema é de fato bastante polêmico, colocando-se um problema ético freqüentemente aventado: até que ponto é necessário manter-se um paciente vivo por meios artificiais? O que não se pode deixar fugir de foco, é que esses pacientes terminais possam ter a garantia do direito aos cuidados precisos para uma morte com dignidade, remetendo o termo dignidade com inerente e particular a cada indivíduo, ou seja, variando de pessoa a pessoa.

CUIDADO AO PACIENTE IDOSO TERMINAL

Quando falamos em cuidar, a primeira coisa quem vem em nossa mente é a realização de atividade ou tarefa no sentido de tratar um ferimento, tratar de uma doença, entre outros. No entanto, conforme Waldow (2001), o cuidar procura ir mais além, trata-se do cuidado como uma forma de expressão, de ser, de viver, de se relacionar com o outro e com o mundo.

O cuidar faz parte de nossa existência. Ele está presente no nascimento, na luta pela sobrevivência, na preservação da saúde, nas práticas de cura, no relacionamento entre as pessoas. Para Batista e Costa (2002), o cuidar envolve atitudes e ações presentes no cotidiano de qualquer pessoa. Como se sabe, o ser humano necessita de cuidado, individual e coletivo, para crescer e desenvolver-se nos aspectos biológico, psicológico, sociológico, entre outros.

O cuidado tem sido expresso na literatura como uma ontologia, uma epistemologia, uma ética, uma metodologia de investigação, incluindo as formas de ser (SILVA, 1998). Conforme Boff (1999), cuidar é mais do que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Waldow (1998), em consonância com o pensamento desses autores, define o cuidado como uma forma de ser, de viver, de se expressar, como um compromisso com o bem-estar geral, na preservação da dignidade humana e da vida.

O cuidar se expressa primeiramente como forma de sobrevivência e, em qualquer momento da vida, é essencial para a manutenção de uma relação humanizada entre os indivíduos. Volich (2000) vai mais além e afirma que o cuidar pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, percebendo-o como ele se mostra, nos seus gestos e falas, inclinando-se diante de sua dor e limitação, conduzindo-o por um caminho que ele não é capaz de percorrer sozinho.

Silva (2000) salienta que o cuidado envolve relações profundas objetivas e subjetivas que escapam de lógicas racionais e mensuráveis. Seria mais fácil partir da suposição de que por sermos seres humanos somos iguais, portanto necessitamos das mesmas coisas. Mas infelizmente não é a realidade, cada indivíduo, cada paciente possui sua especificidade e demanda olhares diferentes.

Porém, independente das especificidades individuais, o cuidado ao paciente idoso terminal deve favorecer a morte digna, ou seja, deve ter como atributos essenciais cuidados paliativos, decisão compartilhada, comunicação clara, relacionamento de ajuda, ambiente acolhedor e outros (POLES; BOUSSO, 2009).

Quanto aos fatores determinantes de morte digna, as autoras supracitadas destacam, dentre outros, cuidados paliativos, apoio psicossocial, comunicação adequada entre equipe, idoso e família, respeito às diversidades culturais e preservação dos princípios bioéticos, sobre os quais produziremos algumas reflexões nos tópicos que se seguem.

Cuidados Paliativos

A palição consiste em uma mudança da forma de intervenção, onde o objetivo do tratamento é o alívio, suporte e o conforto. Reconhecer precocemente os sintomas que provocam sofrimento requer do profissional um olhar próximo e atento, além da extensão da capacidade de escuta das informações colhidas junto aos familiares e cuidadores (BURLÁ, 2004).

Conforme Papaléo Netto e Spínola (2007), a Organização Mundial de Saúde define cuidado paliativo como o cuidado ativo total de pacientes nos quais a doença é não responsiva ao tratamento curativo, sendo objetivos fundamentais: o alívio da dor e o controle de outros sinais de doença, de problemas psicológicos, sociais e espirituais.

O alívio da dor e de outros sintomas é de fundamental importância para a melhora da qualidade de vida do paciente, permitindo ainda melhor aderência ao tratamento e a maior confiança deste e da família na equipe de saúde. Para Kuhl (2002) sintomas orgânicos como dor, fadiga, falta de ar jamais devem ser aceitos como inerentes ao processo de morte. Não se pode deixar uma pessoa morrer sentindo dor ou qualquer desconforto físico; isso deve ser um compromisso da equipe de saúde.

Segundo Papaléo Netto e Spínola (2007), dentre os fatores que tornam difícil o controle da dor, destacam-se: a administração de subdoses de medicações antiálgicas, devido ao temor de causar dependência no paciente, e a visão de dor como manifestação física, desconsiderando-se sua multidimensionalidade. Corroborando essa análise, Potter e Perry (2002) ressaltam que a dependência ao narcótico não deve ser uma preocupação para o paciente terminal. Quanto mais cedo obtiver o alívio da dor, mais energia o idoso terá para manter uma qualidade de vida aceitável, durante o período que lhe resta.

Cabe destacar que qualquer fonte de irritação física exacerbará a dor e dificultará seu alívio. Considerando isso, cuidados com a pele, inclusive banhos diários, massagem em áreas expostas à pressão, exercícios para estimular a circulação e roupas de cama secas e limpas, eliminarão a irritação e minimizarão a dor.

Apoio psicossocial

No atendimento ao paciente idoso, sobretudo terminal, o tratamento deve ser dirigido para o paciente como o todo e não meramente para o controle da dor e demais sintomas. Embora o alívio das manifestações clínicas seja fundamental para minimizar o sofrimento, não há dúvida de que o foco da atenção é o doente em sua integridade física, psíquica, espiritual e social.

Burlá (2004) entende que essa atenção psicossocial deve ser prestada ao paciente em fase terminal desde o início, na comunicação de seu diagnóstico e, por fim, na comunicação aos seus familiares de sua morte. A forma com que uma má notícia é dada pode ter um grande impacto: depende de como foi a abordagem, a postura do profissional, e o ambiente em que a notícia foi dada.

É esperado que o processo da morte de um indivíduo cause, para este e seus familiares, angústia, enorme tristeza e até uma perda de pensamento lógico. Segundo Kuhl (2002), as relações familiares no cenário da morte de um de seus membros podem nos ensinar

a falar mais com o coração. O poder do toque é mágico, a sensação de companhia, de não estar só, é altamente terapêutica para a pessoa doente.

Ante o diagnóstico da doença incurável, a equipe multidisciplinar tem um papel fundamental a desempenhar, dando o apoio necessário, orientando e facilitando a aceitação do desenlace. Conforme Papaléo Netto e Spínola (2007) esta equipe deverá, também, dar apoio e ajudar o paciente a cumprir a decisão terapêutica, planejar a maneira de utilizar o tempo restante e adaptar-se às mudanças impostas pela doença terminal, devendo prosseguir com esses cuidados durante todo o processo de morrer, incluindo, o apoio à família durante e após a morte do paciente.

Comunicação adequada entre equipe, idoso, família

Inclui a comunicação aberta com o idoso fora de possibilidades terapêuticas de cura e sua família, através de informações verdadeiras, honestas e congruentes entre toda equipe de saúde. É, também, de extrema importância explicações sobre os detalhes da doença, tratamento e cuidados de forma simples e acessível.

Vale destacar que a competência de um profissional depende de sua habilidade em transmitir mensagens com significado, na hora adequada e de modo correto, conforme as necessidades do paciente, e da habilidade de compreender suas comunicações (POTTER; PERRY, 2002). A comunicação terapêutica com o paciente envolve interações planejadas e deliberadas que incentivam um relacionamento de ajuda.

Segundo Marques, Silva e Maia (2009), a comunicação é estratégia básica para a humanização da assistência, que consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, otimizando o exercício de sua autonomia, facilitando a interação entre eles por meio de diálogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado. Para que as interações possam ser adequadas e produtivas, o enfermeiro deve lembrar que a comunicação envolve a linguagem verbal e não verbal, ou seja, que esta se processa além das palavras.

Respeito às diversidades culturais

Refere-se ao respeito aos valores, crenças, tradições religiosas e étnico-culturais do idoso e sua família, incluindo o suporte religioso ou cuidado espiritual, quando solicitado. Faz-se necessário lembrar que a medida que a morte se aproxima, o paciente, geralmente,

procurará conforto revisando e analisando os valores e crenças que agora influenciam suas percepções do significado da morte.

No âmbito da terminalidade do idoso, compete aos profissionais respeitar e aceitar toda manifestação religiosa, independentemente do próprio credo e de seus valores. Neste cenário, o mais importante é a acolhida, a qualidade da presença e do calor humano, e não a qualidade das respostas por doutrinas.

Preservação dos princípios bioéticos

No contexto do processo de morte do idoso aplicar os princípios bioéticos da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça nas tomadas de decisão. Nesse processo, o idoso e a família devem ter o direito de decidir por aceitar, ou não, determinada intervenção terapêutica, garantido que a assistência recebida esteja em conformidade com as preferências do idoso e/ou família.

Corroborando essa análise, Eliopoulos (2005) sustenta que vários princípios são utilizados para orientar o cuidado ao idoso no fim da vida, destacando os seguintes: beneficência (busca pelo maior bem-estar da pessoa), não-maleficência (não causar prejuízo ao paciente), justiça (ser justo, tratar as pessoas com igualdade e dar aos pacientes o cuidado de que necessitam), fidelidade (respeitar o dever do profissional com o paciente, mantendo uma relação de confiança e integridade) e autonomia (respeitar a liberdade, as preferências e os direitos do pacientes, desde que estejam aptos para tal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indivíduos idosos, por serem portadores de alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento em diversos órgãos, às quais se associam afecções prevalentes nesta faixa etária, correm, comprovadamente, risco maior que outros grupos etários de evoluir para estágio terminal de doença.

Neste contexto, a palição é uma prática de escolha utilizada com intervencionista no cuidado ao paciente idoso em fase terminal, e que exige competência, decisão, maturidade, capacidade de trabalhar em equipe e compromisso humanitário.

Diante das considerações apresentadas, o cuidado à pessoa idosa perpassa pelo respeito a sua integridade enquanto ser humano, proporcionando cuidados que preservem sua identidade pessoal. Esse cuidado requer, pois, a presença de profissionais de saúde por meio de um agir ético que envolva um relacionamento empático com ênfase na comunicação.

Cabe, assim, portanto, a estes profissionais de saúde trabalhar seus sentimentos e suas emoções, ter sensibilidade e conhecimento técnico e ético para uma avaliação precisa da situação, visando uma melhor harmonia e resultado das propostas de intervenção.

REFERÊNCIAS

BALDESSIN, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 71, p.869-78.

BATISTA, P. S. S.; COSTA, S. F. G. **Ética no cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BURLÁ, C. Envelhecimento e cuidados ao fim da vida. In: PY, L. et al (orgs.) **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. Cap. 15, p. 375-95.

DEVENS, L.T. Eutanásia: um tema polêmico. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 69, p. 847-59.

DOLL, J.; PY, L. O idoso na relação com a morte. In: NERI, A. L. (org). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. Cap. 12, p. 279-300.

ELIOPOULOS, C. A morte e o morrer. **Enfermagem Gerontológica**. 5 ed. Porto Alegre: 2005. Cap. 34, p. 449-65.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Atlas, 1996.

FORTES, P.A.C. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: PALÁCIOS, M. et al (orgs.) **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 139-49.

KUHL, D. **What drying people want: practical wisdom for the end of life**. Canada: Doubleday, 2002.

LEME, L.E.G. Problemas éticos em geriatria. In: In: Carvalho Filho, E. T.; Papaléo Netto M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. Atheneu, 2006. Cap. 69, p. 751-54.

MARQUES, R. C.; SILVA, M. J. P.; MAIA, F. O. M. Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de paciente em terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 91-5, 2009.

MARTIN, G. B. **As repercussões do envelhecimento populacional na morbimortalidade e no sistema de saúde de Londrina**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.

MORITZ, A. T.; NASAR, S. M. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **RBTI**, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2004.

PAPALÉO NETTO, M.; SPÍNOLA, G. L. Doente terminal: considerações gerais e cuidados paliativos. In: In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 61, p. 759-70.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev. Esc. Enferm USP**, V. 43, N.1, P. 215-22, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Editora Santos, 2002.

VOLICH, R.M. **O cuidar e o sonhar**: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. **Mundo SAÚDE**: 2000. V. 24, n. 4, p. 237-43

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

O PLANEJAMENTO FAMILIAR À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

Francisco de Assis T. de Brito Junior¹

Mônica Dias Palitot²

Yara T. Dias Rodrigues³

Maria Carmen T. Tavares de Araujo⁴

Francisco de Assis Toscano Britto⁵

RESUMO

O estudo em questão tem como objetivo ampliar discussão teórica com intuito de delinear e instaurar reflexões sobre o Planejamento Familiar que abordem a Ética, a Bioética e o Biodireito. Teve como método uma pesquisa bibliográfica envolvendo os aspectos teóricos e conceituais que possibilitem interrelação entre estas três esferas e sua tangência na assistência à família no que diz respeito ao planejamento familiar

¹ **RELATOR:** assis_junior_@hotmail.com. Graduando em Direito (5º Período-UNIPÊ)

² monicadidaspt@yahoo.com.br. Doutoranda em Psicologia Social-UFPA. Profª do curso de Psicopedagogia-UFPA.

³ yaratoscano@gmail.com. Mestranda em Psicologia Social-UFPA e Graduanda em Direito (2º período-FAP)

⁴ mctoscanodias@bol.com.br. Médica.

⁵ **PROFº ORIENTADOR:** fatoscano@yahoo.com.br. Ms. em Políticas Públicas. Bacharel em Direito. Profº de Lógica e Argumentação Jurídica da FIP, de Sociologia e Epidemiologia na FACENE-PB.

1 INTRODUÇÃO

As relações que envolvem a Bioética, o Biodireito e o Planejamento Familiar, são bastante complexas tendo em vista que este tema carrega em si, aspectos que vão desde a Genética, até o Direito, passando pela Psicologia, pela Demografia e até pela História, sem esquecermos, sobretudo, os relacionamentos com a Bioética, entendida, em última análise, como a Ética da Vida.

Historicamente se percebe que a família, no decorrer dos séculos, sofreu alterações, adaptando-se às exigências da vida moderna. A principal mudança ocorreu quando a mulher adentrou no mercado de trabalho e assim pode adquirir sua independência financeira. A realidade familiar a partir desse momento se transformou drasticamente, visto que a mulher não aceitava mais o papel a ela concebido de ficar casada simplesmente por dependência econômica, ou mesmo ter de casar para poder sair da casa dos pais. Os divórcios e as famílias monoparentais (formadas de apenas um dos pais e seus filhos) passam a ser então realidades frequentes. (PALITOT, 2003)

Reconhecendo esta nova realidade a Constituição Federal Brasileira (C.F.) de 1988 e o Estado passaram a proteger os novos tipos de família que surgiram. Assim sendo, ao tratar da família e suas formas de constituí-la, o artigo 226, § 7º da C.F. determina que o planejamento familiar seja de livre decisão do casal, devendo ser fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável.

O presente estudo tem, portanto, como objetivo, ampliar discussão teórica com intuito de delinear e instaurar reflexões sobre o Planejamento Familiar que abordem a Ética, a Bioética e o Biodireito, concebendo aproximações axiológicas no campo das Ciências Jurídicas. Neste intuito é importante destacar aspectos teóricos e conceituais que possibilitem interrelação entre estas três esferas e sua tangência na assistência à família no que diz respeito ao planejamento familiar.

A metodologia utilizada foi o da revisão da literatura tendo como fontes de pesquisa leituras de textos jurídicos, livros sobre bioética e biodireito e relatórios oficiais que tratem sobre planejamento familiar como um direito reprodutivo, assegurado constitucionalmente. Nas consulta em bases de dados eletrônicos indexos e lista de referência dos artigos identificados, utilizou-se como descritores, nas línguas portuguesa e inglesa, os termos: “bioética”, “biodireito”, “planejamento familiar”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O planejamento familiar

A Política do Planejamento Familiar baseia-se num controle de fecundidade que respeita a vontade dos pais. Inovando, a Constituição Federal de 1988 cuidou deste planejamento no § 7º, do art. 226, o qual dispõe que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, texto este que se fundamenta no princípio da dignidade da pessoa humana. A Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, veio normatizar esse planejamento. O art. 2º define o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Assim sendo, percebe-se que esta lei não considera o planejamento como um privilégio do consenso do casal, mas sim uma decisão individual de cada ser. Isso se faz certo porque, ainda nesta mesma lei se encontra um dispositivo – o art. 9º - em que o legislador teve o cuidado de inserir, para garantir o exercício deste planejamento, que seja oferecido todos os métodos contraceptivos cientificamente aceitos, desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção.

Dentro de uma visão de atendimento global à saúde, o Estado deve se preocupar com as ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, cabendo ao SUS - Sistema Único de Saúde, em todos os níveis, instituir e manter os programas essenciais que cumpram esta finalidade (pré-natal, parto, controle das doenças sexualmente transmissíveis, controle e prevenção do câncer cérvico-uterino etc.). Além disso, com a colaboração de toda a sociedade, devem promover ações preventivas e educativas que possibilitem o acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Para fins de planejamento familiar são válidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção legais e cientificamente aceitas desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas e lhes garanta a liberdade de opção.

Para regulamentar estes métodos e técnicas foram concebidos normas legais para garantir a dignidade do ser humano, a sua plena liberdade, o exercício sadio e regular do direito ao planejamento familiar. A previsão de penas e sanções não é o fim da norma, mas o meio de que se vale o legislador para obrigar o seu cumprimento. Neste prisma, cabe ao consciente profissional da saúde, na linha de atuação ética e legal, precaver-se em relação às responsabilidades que podem pesar sobre os seus ombros pelo não cumprimento dos

comandos legais. Pois, não são raros os casos de pessoas que se arrependem de ter se submetido a cirurgias de esterilização ou que, por outros motivos, até mesmo financeiros, acabem levando ao conhecimento das autoridades públicas a prática de atos que comprometem o médico ou as instituições que lhes atenderam.

Conhecer os direitos e deveres de cada um é o primeiro passo para um procedimento correto onde todos ganham: pacientes, prole, médicos, instituições de saúde, e mesmo a justiça.

Faz-se mister ressaltar, que a assistência em Planejamento Familiar está fundamentada nos direitos à privacidade e à liberdade para a decisão sobre a prática do planejamento familiar e escolha do método que se deseja adotar, mediante acesso à informação correta e completa. Assim, todo usuário inscrito no Programa de Planejamento Familiar terá acesso ao método escolhido, por meio de distribuição regular dos mesmos na Unidade de Saúde onde recebe a assistência e acompanhamento.

Diante desta responsabilidade com a sociedade a Lei Ordinária nº9263 de 12 de janeiro de 1996 que concebe o Planejamento Familiar precisa, sobretudo, da consciência humana da necessidade de limitar a prole em um número compatível com a capacidade criativa em que a concepção de criar vai além do procriar, pois irá significar educar, alimentar, proteger, cuidar da saúde e condições dignas de vida.

Ainda segundo esta Lei as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais.

O Planejamento Familiar, assim, faz parte de um contexto em que o Ser Humano assume, voluntária e conscientemente, o comando de seu destino e a responsabilidade por ele. É uma das formas de realizar o projeto de vida que engendra, em seu íntimo, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, período da vida humana que antecede a maturidade biológica, que é atingida à puberdade, quando se consolida a capacidade reprodutiva. Não pode, pois, ser considerado um fenômeno biológico, mas, em essência, de natureza intelectual, cultural e social. Depende, fundamentalmente, da educação, origem dos comportamentos mais elaborados, mais racionais.

2.2 A bioética - o biodireito e o planejamento familiar

As mudanças sociais decorrentes do avanço do conhecimento nas ciências biológicas e da preservação da dignidade da pessoa humana, apontadas na Declaração dos Direitos Humanos da ONU, fizeram surgir um novo foco de preocupação, o limite ético para a pesquisa e a aplicação tecnológica de tais descobertas, isto é, que dimensões morais e sociais são aceitas pela sociedade, bem como, obrigou o Direito a criar as regras de conduta que reflitam o anseio social de modo a coibir possíveis abusos que possam vir a serem praticados. (BARBOZA, 2001)

Assim cabe ao Direito criar as regras de conduta que conciliem a liberdade individual com a convivência do grupo, de modo a possibilitar o acesso de todos aos recursos disponíveis àquela sociedade. Sendo necessário na busca deste equilíbrio, respeitar as aspirações de cada um, bem como possibilitar o desenvolvimento de suas aptidões a fim de que seja preservada a personalidade da pessoa humana, que é o substrato da sociedade.

As inúmeras descobertas científicas, tais como: clonagem, inseminação artificial e alimentos transgênicos, causaram profundas alterações na vida em sociedade, surgindo daí uma série de questionamentos individuais e coletivos, fazendo com que o Direito vislumbra-se a necessidade de um disciplinamento destas experiências em face do princípio à vida, regulados não só pelo Direito, como também pela Ética, originando assim as disciplinas denominadas Bioética e Biodireito.

Da fusão da ética com a ciência da vida, que objetiva estudar de forma multidisciplinar os reflexos do comportamento humano ante ao progresso das ciências da saúde surgiu um novo ramo da Ética - a Bioética, voltada para moralidade incidente na ciência da vida, procurando definir o que é lícito, científico ou tecnicamente possível, de maneira prática, ou seja, não se preocupando apenas com o que é bom ou mau, mas no agir bem, de forma correta. Segundo Sá (1999) o termo "Bioética" foi criado na década de 70 pelo oncólogo Van Renssealer Potter, que o empregou em seu artigo *The science of survival* e no ano seguinte, no seu livro *Bioethics bridge to the future*.

Posteriormente foram formulados os seguintes princípios gerais norteadores da Bioética e do Biodireito: o princípio da autonomia-do consentimento informado-, da beneficência-não-maleficência-, da justiça e da sacralidade da vida humana-dignidade da pessoa humana.

Conforme Varella et al(1998) o princípio da autonomia: "[...] refere-se à capacidade de autogoverno do homem, de tomar suas próprias decisões, de o cientista saber

ponderar, avaliar e decidir sobre qual método ou qual rumo deve dar a suas pesquisas para atingir os fins desejados, sobre o delineamento dos valores morais aceitos e de o paciente se sujeitar àquelas experiências, ser objeto de estudo, utilizar uma nova droga em fase de testes, por exemplo. O centro das decisões deve deixar de ser apenas o médico, e passar a ser o médico em conjunto com o paciente, relativizando as relações existentes entre os sujeitos participantes [...]" (op. cit, pág. 228).

O princípio da autonomia como afirma Almeida (2000) "está diretamente ligado ao livre consentimento do paciente na medida em que este deve ser sempre informado; em outras palavras, o indivíduo tem a liberdade de fazer o que quiser, mas, para que esta liberdade seja plena, é necessário oferecer a completa informação para que o consentimento seja realmente livre e consciente". Este princípio é considerado o principal princípio da Bioética, pois os outros princípios estão de alguma forma, vinculados a ele.

Para os juristas Varella et all (1998) o princípio da beneficência está intimamente ligado ao juramento de Hipócrates (o qual afirma: "aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer o mal a quem quer que seja"), significando segundo Almeida (2000) "a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos [...]" (op. cit., pág. 7).

Este princípio também é identificado por princípio da não-maleficência, uma vez que ordena aos médicos e cientistas que se isentem de qualquer atividade que venha, ou possa vir, a causar um mal despropositado ao paciente. Buscando assim proibir condutas que, apesar de poderem gerar algum conhecimento novo, ou alguma descoberta revolucionária, sejam igualmente capazes de gerar algum malefício ao paciente.

Segundo o princípio da sacralidade da vida e dignidade da pessoa humana a vida humana deve ser sempre, respeitada e protegida contra agressões indevidas. Trata-se de se respeitar à vida, decorrência lógica do princípio da dignidade da pessoa humana, o qual considera o ser humano como valor em si mesmo.

Varella et al (1998) afirmam que o princípio da sacralidade da vida humana e da dignidade da pessoa humana "[...] são os principais norteadores da bioética, na medida em que consideram a vida como sagrada e inviolável. Não se justificando a causa do sofrimento e da dor desnecessária, a imputação de um ônus superior ao que a pessoa possa suportar, ainda que, por decisão sua mesmo para a realização de pesquisas ou qualquer atividade científica. Busca então combater a visão do homem como objeto, como uma 'coisa', a favor da

compreensão da vida humana como algo sagrado, intangível. [...]" (op. cit., pág. 230).

Assim sendo, qualquer conduta que termine por transformar -ou equiparar- o ser humano em um simples objeto estará atentando contra a dignidade intrínseca de todos os seres humanos, devendo ser coibida, mesmo que conte com a concordância da vontade autônoma da pessoa.

O princípio da justiça, para Almeida (2000) divide-se em três questões básicas: 1) o ônus do encargo da pesquisa científica; 2) a aplicação dos recursos destinados à pesquisa; e 3) a destinação dos resultados práticos obtidos destas pesquisas. A respeito do primeiro ponto, todos os membros da sociedade devem, de forma igualitária, e na medida de suas forças, arcar com o ônus da manutenção das pesquisas e da aplicação dos resultados. Já o segundo afirma que este princípio implica em uma "[...] distribuição justa e equitativa dos recursos financeiros e técnicos da atividade científica e dos serviços de saúde" (Varella et al, 1998, op. cit., pág. 228), não só para a solução dos problemas do primeiro mundo, mas também para a busca de soluções para problemas típicos dos países subdesenvolvidos. E por fim a terceira questão que preconiza o fato da ciência dever ser aplicada de forma igual para todos os membros da espécie humana, não devendo existir distinção em função de classe social, ou capacidade econômica daquele que necessita de tratamento médico.

Para inúmeros autores a Bioética seria um estágio inicial, anterior ao Biodireito, ao mesmo tempo em que estaria ao lado deste, na busca da adequação da legislação relacionada à matéria às realidades e necessidades práticas.

O papel do Biodireito seria, portanto, a positivação jurídica de permissões de comportamentos médico-científicos, e de sanções pelo descumprimento destas normas, podendo ser entendido, também, no sentido de abranger todo o conjunto de regras jurídicas já positivadas e voltadas a impor -ou proibir- uma conduta médico-científica e que sujeitem seus infratores às sanções por elas previstas.

Desta maneira, pode-se dizer de forma mais concisa que Biodireito é o conjunto de leis positivas que visam estabelecer a obrigatoriedade de observância dos mandamentos bioéticos, e, ao mesmo tempo, é a discussão sobre a adequação -sobre a necessidade de ampliação ou restrição- desta legislação.

A transdisciplinaridade do Biodireito denota a necessidade de se considerar o fato como um todo, não particularizando cada etapa, visto que os princípios fundamentais devem constituir toda a estrutura baseados na filosofia de vida. Até que o Biodireito surgisse, a Bioética procurava solucionar as questões existentes entre os seres humanos e o ecossistema,

num primeiro momento e, posteriormente, analisar os problemas éticos dos pacientes, de médicos e de todos os envolvidos na assistência médica e pesquisas científicas relacionadas com o início, a continuação e o fim da vida, como a engenharia genética, os transplantes de órgãos, a reprodução humana assistida, os direitos dos pacientes terminais, morte encefálica, eutanásia, dentre outros fenômenos.

As situações criadas por estas novas formas de comportamento e tecnologias obrigam o Direito a se mais do que criar normas regulamentadoras da vida privada, aprofundar os estudos e viabilizar uma legislação útil aos anseios de uma sociedade em constante desenvolvimento e transformação. É certo que a esfera da vida privada dos cidadãos não está a cargo do Estado, mas é necessário impor determinados limites para não haver exacerbção de direitos, violando o espaço de terceiros.

O princípio norteador da discussão sobre os avanços da ciência biomédica é o da dignidade do ser humano, uma vez que este é o verdadeiro destinatário da ordem social e jurídica do país. Portanto, o Estado, através da sua constituição deverá delinear os princípios e regras básicas para a solução das eventuais questões emergentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o desenvolvimento de novos comportamentos sociais e os avanços na área de engenharia genética, observa-se que os paradigmas vigentes já não conseguem resolver os problemas gerados na sociedade, sendo preciso repensar o próprio modo de entender a sociedade.

Nos dias atuais é fundamental programar o crescimento da família, não apenas por questões financeiras, mas também por questões profissionais tanto do homem quanto da mulher. Assim o planejamento familiar não beneficia somente os pais, mas também as crianças, na medida em que aumenta o intervalo entre as gestações.

Contudo o Planejamento Familiar não se dá de forma aleatória, mas pautada em leis que nortearão a sua prática no intuito de proteger os pais, os filhos e a sociedade de forma geral.

O Planejamento Familiar fortalece-se então relacionado às questões norteadoras da Bioética e do Biodireito. A Bioética como uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida dos seres humanos. Hodiernamente esse conceito foi ampliado para um estudo sistemático da atitude humana dentro das ciências da vida e da saúde, quando analisada frente aos valores e princípios morais. (SILVA, 2005).

E o Biodireito que visa, segundo Almeida (2000) “estabelecer um liame entre Direito e Bioética na observação dos princípios orientadores para preservação da vida e o respeito do homem como pessoa”. Posto que, embora os avanços científicos sejam de suma importância para o desenvolvimento humano é preciso levar-se em conta *à priori* o respeito à dignidade humana e aos princípios e valores fundamentais previstos em nossa Carta Magna, sem acomodações e com coragem, para que haja efetividade dos direitos humanos, aproveitando-se da Bioética e do Biodireito, pois estes são instrumentos valiosos para a recuperação e garantia desses direitos.

Observa-se então que a Bioética será ineficaz se não se municiar de institutos jurídicos eficientes. Nesse ponto a importância do Biodireito, que tem por finalidade a abordagem jurídica acerca dos efeitos das pesquisas biológicas. Como podemos observar, a Bioética está intimamente ligada ao Biodireito, pois enquanto aquela analisa o agir humano, este considera os resultados externos de uma ação perante o ordenamento jurídico.

O presente trabalho não teve a intenção de esgotar a discussão acerca do tema, mas sim o propósito claro de trazer ao meio acadêmico e jurídico o problema, para uma melhor reflexão e compreensão do mesmo.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, A.M. **Bioética e Biodireito**. Rio de Janeiro: Ed. Lumens Júris, 2000.

Brasil, 1997. Lei Ordinária nº 9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Partes vetadas correspondentes aos artigos 10, 11, 14 e 15. DOU. Brasília, 1997 ago. 20:17989; col. 1.

BARBOZA H.H **Bioética x Biodireito**: insuficiência dos conceitos jurídicos. In: BARBOZA. H.H.: BARRETO. V.P. (Org.) Temas de biodireito e bioética. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

PALITOT, M.D. **O impacto da separação dos pais na aprendizagem dos filhos alunos da rede pública**. Dissertação de Mestrado- CE /UFPB, 2003.

PESSINI L **Os Princípios da bioética**. Breve nota histórica. In: PESSINI. L: BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.) Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus, 1996, p. 53

SÁ. E. **Biodireito**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris. 2. ed. 1999

SILVA, R. C. V. da. **Direito à Vida à luz da Bioética, Biodireito e Biotecnologia**. Revista do Consultor Jurídico, 2005.

VARELLA, M.D. FONTES, E. ROCHA, F.G. **Biosegurança e Biodiversidade:** contexto científico regulamentar. Belo Horizonte: Del Rey, 1998.

O USO DE METACRILATO EM PACIENTES COM AIDS: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Amanda Pereira Ferreira¹
Antônio Rogers Medeiros Holanda²

RESUMO

O metacrilato é uma das substâncias utilizadas na bioplastia. O seu uso é uma prática difundida na medicina estética como medida rejuvenescedora e vem se tornando cada vez mais popular. Foi incluso na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS para pacientes portadores de HIV/AIDS e usuários com acesso à terapia anti-retroviral que apresentarem um grau de severidade de lipodistrofia devido o tratamento anti-retroviral. A injeção facial do metacrilato quando aplicada inadequadamente carrega sérios riscos, especialmente se realizada na região glabellar, basicamente no que diz respeito à reação cutânea, de início tardio com lesão granulomatosa com células gigantes e vasculares, a ação dura de 6 meses a permanente, dependendo do produto. Este estudo é resultado de uma pesquisa bibliográfica de trabalhos já realizados, com objetivo de mostrar o uso de metacrilato em pacientes com AIDS. Foi realizado um levantamento de artigos científicos - que abordam o tema nas seguintes bases de dados na internet: Bireme, Medline, Scielo, Lilacs e Pubmed - a seleção dos artigos foi nos idiomas inglês e português. Infelizmente o uso do PMMA foi motivo de publicações devido ao aparecimento de graves complicações como cegueira e necrose facial extensa. Esses relatos associados ao fato da técnica ainda ser considerada recente, sem estudos de resultados a longo prazo, têm sido motivo para discussões sobre o tema, passo importante para o delineamento de políticas e ações de saúde voltadas para abordagens efetivas do problema.

PALAVRAS-CHAVE: Metacrilato. AIDS. Bioplastia. Complicações.

¹ Estudante do Curso de Enfermagem da Faculdade Unesc- União de Ensino Superior de Campina Grande, amandajua@yahoo.com.br

² Médico formado pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, rogers_bra@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Conforme o boletim do Programa Conjunto das Nações Unidas 2007 sobre HIV/AIDS, existem no mundo aproximadamente 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV. Esse número inclui os 2,5 milhões estimados de pessoas que adquiriram o HIV durante 2007. Foram registradas no mesmo ano 2,1 milhões de mortes (BRASIL, 2008).

Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram que o Brasil registra desde a identificação do primeiro caso de AIDS, em 1980, até junho de 2007, cerca de 474 mil casos da doença. A maioria destes casos encontra-se na região Sudeste, seguida das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Estes dados sugerem a urgência de programas preventivos de largo alcance (BRASIL, 2008).

A epidemia no país pode ser descrita como um mosaico, composto de várias subepidemias de diferentes realidades, conseqüentes aos perfis de renda familiar, grau de escolaridade da população e capacidade de investimentos na saúde, seguindo tendências de interiorização e feminização (SILVA; FILHO; FERREIRA, 2007).

A terapia anti-retroviral (TARV), popularmente conhecida como "coquetel", modificou radicalmente o curso clínico da AIDS e o perfil da epidemia. Foi também a partir do surgimento da TARV que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir a AIDS na categoria das "condições crônicas", enquanto doença tratável e clinicamente "manejável" (ALENCAR et al., 2005).

A AIDS deixou, então, de ser concebida, em termos biomédicos, como uma doença aguda e passou a ser classificada como crônica (ALENCAR et al., 2005).

Além da redução da mortalidade, o tratamento anti-retroviral combinado reduz a ocorrência dos eventos definidores de AIDS e de infecções oportunistas, aumentando a sobrevida e a qualidade de vida dos portadores do HIV (SILVA; FILHO; FERREIRA, 2007).

Neste novo cenário, novas questões emergiram; entre elas, os efeitos colaterais do uso prolongado da TARV, particularmente uma síndrome caracterizada por redistribuição anormal da gordura corporal, alterações no metabolismo glicêmico, resistência insulínica e dislipidemia, chamada de síndrome lipodistrófica do HIV (ALENCAR et al., 2005).

O uso do termo *lipodistrofia* relacionado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, segundo John, Nolan e Mallal (2001), originou-se num relatório publicado no final de 1997 e referia-se à perda de gordura subcutânea na face e nos membros de indivíduos soropositivos que estavam sendo tratados com Indinavir, um anti-retroviral da classe dos inibidores de protease (IP). Cinco anos após essa publicação sobre o tema, sabia-se que a

lipodistrofia está relacionada à redistribuição da gordura corporal e não somente à perda de gordura em algumas partes do corpo (SEIDL; MACHADO, 2002).

A síndrome lipodistrófica do HIV pode manifestar-se como lipodistrofia, um distúrbio na distribuição da gordura corporal, com acúmulos de gordura que podem aparecer na região abdominal, na parte posterior do pescoço e na região peitoral; ao lado da perda de gordura na face, braços, pernas e nádegas. Estudos internacionais estimam que as prevalências de lipodistrofia se situam em torno de 50%. No Brasil, não há estudo publicado que estime a prevalência da lipodistrofia, embora se admita que tem sido crescente seu diagnóstico nos serviços que atendem "Pessoas Vivendo com AIDS" - PVA (ALENCAR et al., 2005).

Um estudo feito por Boyle (2001) destacou os efeitos da lipodistrofia sobre o bem-estar psicológico, ressaltando que as mudanças corporais podem resultar em níveis importantes de depressão e ansiedade, além da não-adesão ao tratamento. A estigmatização social decorrente da lipodistrofia foi apontada em outra pesquisa que ressaltou a possibilidade de prejuízo na adesão aos medicamentos anti-retrovirais (TEBAS, 2001).

"O paciente que desenvolve a doença fica com a identidade da AIDS no rosto. Alguns deles chegam a desistir do tratamento" (BELTRAME, 2009).

Nos últimos anos a lipodistrofia tornou-se um dos grandes desafios no tratamento da AIDS e, em especial, a lipoatrofia facial. Este efeito adverso causa um aspecto de envelhecimento precoce, com impacto direto na qualidade de vida, com repercussões profissionais, estéticas, adesão ao tratamento e traz de volta o estigma da "cara da AIDS". Na busca de respostas ao tratamento da lipoatrofia facial com preenchedores eficientes e de baixo custo, o Programa Nacional de DST/AIDS desenvolveu, em conjunto com especialistas, um protocolo de pesquisa do polimetilmetacrilato (PMMA), nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Esse estudo embasou a elaboração de legislação que estabeleceu no país o tratamento gratuito das alterações relacionadas à síndrome lipodistrófica, dentre as quais a lipoatrofia facial, para os pacientes com lipodistrofia em uso de anti-retrovirais dispensados pelo Ministério da Saúde como estratégia para a implantação da política nacional de ampliação do acesso ao tratamento da lipoatrofia facial com PMMA (TELLINI, et al 2006).

No Brasil tem sido utilizado, por cirurgiões plásticos e dermatologistas, o implante facial permanente com polimetilmetacrilato (PMMA) com excelentes resultados, levando a uma melhora do status psicológico do paciente, o que pode ajudar a diminuir a frequência da não-adesão à terapia anti-retroviral (CASTRO, 2007)

Antes do uso da bioplastia, alguns médicos usavam enxertos de gordura para preencher as depressões na face dos pacientes. Mas, como se trata justamente de um problema na absorção de gordura, este material também era absorvido pelo organismo em um curto período de tempo. Hoje não há outra solução para estes casos fora os preenchimentos com substâncias não-absorvíveis. O PMMA é um dos polímeros mais tolerados pelo corpo humano, mesmo havendo risco de extrusão da substância em longo prazo (FRANCO, 2007).

O Polimetilmetacrilato foi descoberto na Alemanha, em 1902. A sua primeira utilização como produto injetável, para aumento de tecidos, foi realizada em 1989. (SERRA, 2007).

Em sua forma injetável, é composto por microesferas dispersas em meio colóide de carboximetilcelulose, não absorvível e isento de material protéico. É empregado para atenuar rugas, aumentar volume e melhorar contorno facial, dentre outras aplicações cirúrgicas (CASTRO, 2007).

Desde os anos 50, o PMMA é aplicado pela Medicina em próteses de quadril e, posteriormente, para implantes intraoculares. Só recentemente passou a ser utilizado em tratamentos estéticos em concentrações de 2%, 10% e 30%. Uma microcânula é introduzida sob a pele para injetar o PMMA nos tecidos da face dos soropositivos, mais próximo aos ossos - não há cortes. Em alguns pacientes, há necessidade de aplicações subsequentes. O intervalo médio entre as aplicações nestes casos é entre três e seis meses (FRANCO, 2007).

O Brasil é o primeiro país a oferecer gratuitamente cirurgias reparadoras para doentes de AIDS que apresentarem um "grau de severidade de lipodistrofia". Desde dezembro de 2004, a portaria nº 2.582 inclui tratamentos reparadores no âmbito do SUS, que passa, então, a oferecer lipoaspiração de giba e de parede abdominal, redução mamária, tratamento de ginecomastia, lipoenxertia e reconstrução de glúteo e preenchimento facial (com tecido gorduroso e com polimetilmetacrilato - PMMA) (ALENCAR et al., 2005).

Cerca de 16 mil pacientes, com idades entre 18 a 75 anos, já fizeram o preenchimento de PMMA em ambulatórios, e tem resultado imediato (SERRA, 2007).

Embora o resultado seja imediato após a aplicação, o fim do tratamento é avaliado após 45 dias, para possíveis retoques, a chance de efeito colateral é de 0,01%, podendo ocorrer edema e alguns hematomas passageiros na área aplicada, a flogose desaparece em, no máximo, uma semana (SERRA, 2007).

As complicações mais freqüentes do uso do PMMA são decorrentes de reabsorção do polímero por fagocitose das microesferas, e reações adversas locais com formação de granulomas (CASTRO, 2007).

A terapia anti-retroviral é um procedimento relativamente recente, cujo conhecimento dos efeitos adversos vêm crescendo ao longo do tempo. Apesar das deformações anatômicas, lipodistróficas, relacionadas ao uso dos anti-retrovirais já terem sido descritas há cerca de uma década e já ter sido comprovado o grande impacto físico e emocional que resultam em estigmatização, comprometimento da qualidade de vida e ameaça a adesão ao tratamento, não há ainda ensaios clínicos randomizados que possam subsidiar a classificação destes procedimentos na Classe I (definida como a existência de consenso quanto à indicação do tratamento, baseado a partir de evidências científicas). Esta proposta foi baseada na experiência desenvolvida por especialistas brasileiros no acompanhamento de pacientes em terapia anti-retroviral ao longo dos últimos quinze anos. Classe II: (Há controvérsia quanto à indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada a infecção pelo HIV/AIDS) (BRASIL, 2007).

Infelizmente, o uso do PMMA foi motivo de publicações devido ao aparecimento de graves complicações como cegueira e necrose extensa de face. Esses relatos associados ao fato da técnica ainda ser considerada recente, sem estudos de resultados a longo prazo, têm sido motivo para discussões sobre o tema.

Esse projeto justifica-se pela necessidade de novas pesquisas para futuras providências no tratamento com PMMA em paciente com lipodistrofia infectados pelo HIV. Mediante tamanha responsabilidade buscaremos fundamentos teóricos para embasar nosso estudo dando-lhe credibilidade, cumprindo desta forma com as exigências metodológicas do trabalho monográfico, despertando interesse e vontade em aprofundar os conhecimentos sobre o assunto, que necessita de profissionais de saúde preparados para conduzir adequadamente os pacientes. Objetivou-se com este trabalho realizar uma revisão literária sobre o uso do metacrilato em pacientes com AIDS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, com inclusão de estudos descritivos relevantes, realizados a partir de artigos selecionados.

Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde, revisão bibliográfica consiste em “materiais publicados que provêm um exame da recente ou atual literatura. Artigos de

revisão podem cobrir uma larga série de matérias de assuntos em vários níveis de perfeição e compreensão baseados em análises de literaturas que podem incluir descobertas de pesquisa. A revisão pode refletir o estado de arte, também inclui revisões como uma forma literária”.

Segundo Gil (1999), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Nesta revisão foram utilizados artigos como fonte de pesquisa. Foi feito um levantamento de artigos científicos sobre o tema proposto, através da Biblioteca Virtual em Saúde, nas seguintes bases de dados da internet: COCHRANE, BIREME, SCIELLO, LILACS, MEDLINE; e outros. Dos Artigos utilizados foram extraídos fragmentos importantes para o trabalho, em forma de citação, sem nenhuma modificação do texto original, com a sua devida referência bibliográfica.

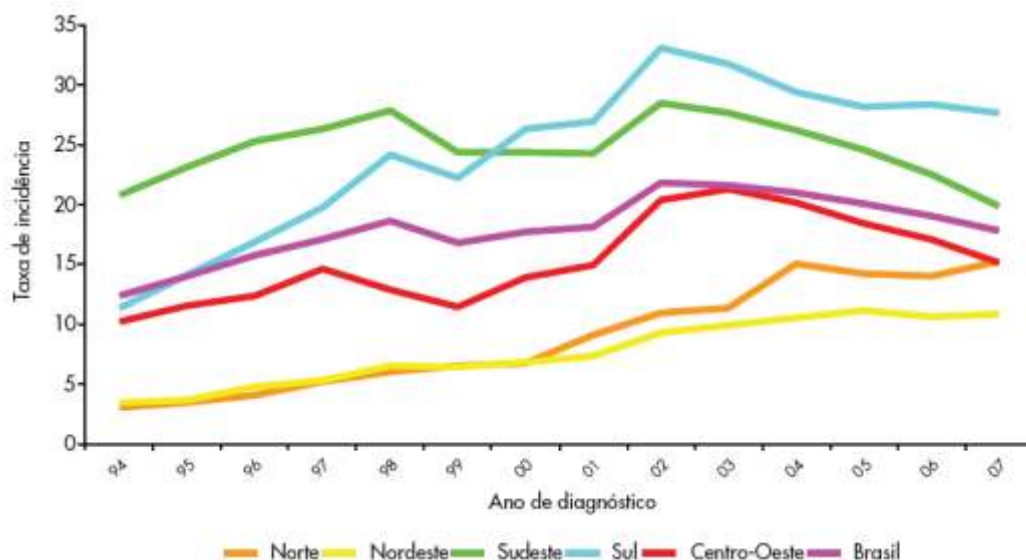
REVISÃO DE LITERATURA

Segundo os mais recentes dados sobre o HIV/AIDS no mundo, divulgados pela ONUAIDS – Programa das Nações Unidas para o HIV/AIDS – e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) constantes no relatório “2007 AIDS Epidemic Update”, existem no mundo 33.2 milhões de pessoas infectadas com o vírus (HIV). Destas, 15.4 milhões são mulheres e 2.5 milhões crianças abaixo dos 15 anos de idade. Só em 2007 foram infectadas 2.5 milhões de novas pessoas, tendo morrido da doença 2.1 milhões em todo o mundo. O surgimento de novos casos infectados teve o seu pico nos últimos anos da década de 90. Nessa altura, ocorriam três milhões de novas infecções por ano. Agora, em 2007, o número de novos casos desceu para 2.5 milhões, significando isto 6.800 contágios por dia. Segundo o relatório, isto reflete uma tendência natural da epidemia, assim como o resultado dos esforços de prevenção realizados (QUEIROZ, 2008).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é a manifestação clínica (da infecção pelo vírus HIV que leva, em média, oito anos para se manifestar. No Brasil, desde a identificação do primeiro caso de AIDS, em 1980, até junho de 2007, já foram identificados cerca de 474 mil casos da doença (BRASIL, 2008).

O país acumulou cerca de 192 mil óbitos devido à AIDS até junho de 2006, sendo as taxas de mortalidade crescentes até meados da década de 90, estabilizando em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral (ARV), que combina drogas com diferentes formas de ação (HAART), observou-se uma importante queda na mortalidade. A partir do ano 2000, essa taxa se

estabilizou em cerca de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, sendo esta estabilização mais evidente em São Paulo e no Distrito Federal (BRASIL, 2008).



Taxa de incidência de Aids (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico no Brasil de 1994 à 2007. (BRASIL, 2008).

A TARV conta com 17 medicamentos que estão divididos em quatro classes: os inibidores de transcriptase reversa, análogos de nucleosídeos ou nucleotídeo (atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza); os inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (bloqueiam diretamente a ação da enzima, sua multiplicação e o desenvolvimento da infecção no organismo); os inibidores de protease (impedem a produção de novas cópias de células infectadas com HIV) e os inibidores de fusão (impedem a entrada do vírus na célula) (BRASIL, 2008).

Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

Abacavir; Didanosina; Estavudina; Lamivudina; Zidovudina.

Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleotídeos

Tenofovir

Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos

Efavirenz; Nevirapina

Inibidores de protease

Amprenavir; Indinavir; Nelfinavir; Ritonavir; Ritonavir + Lopinavir; Saquinavir.

Inibidores de fusão

Enfuvirtida (T-20)

Os anti-retrovirais possuem diversos efeitos adversos. Entretanto é comum que após o primeiro mês de uso do medicamento haja remissão ou atenuação dessas complicações. Os efeitos da evolução da AIDS sobre o indivíduo e suas condições de vida acabam por determinar a perda do status profissional e da fonte de renda, aumentando o número de notificações também entre os desempregados (SILVA; FILHO; FERREIRA, 2007).

A médio e longo prazos, do tratamento anti-retroviral, acontece uma disfunção que os leva a desenvolver a temível "cara da AIDS" produzindo grande impacto negativo na auto-estima, interferindo em todas as esferas da vida (psíquica, pessoal, afetiva, sexual, social e profissional), por trazer questões estéticas estigmatizantes, causando frustração e abalando não apenas a auto-confiança, como também a confiança na vida e no próprio tratamento (CARDOSO, 2009).

No início da década de noventa, várias modificações na forma do corpo e alterações do metabolismo lipídico e glicídico vinculadas à infecção pelo HIV foram identificadas e, desde então, vêm sendo estudadas com interesse crescente. A essas alterações foi empregado o termo lipodistrofia (GONELLA H. A. et al., 2007).

As mudanças na percepção corporal que a AIDS crônica comporta e o modo de lidar com elas é um novo problema, tanto para as pessoas que vivem com HIV e AIDS quanto para os profissionais de saúde que as atendem (BRASIL, 2005).

Quando os primeiros casos de lipodistrofia surgiram, acreditava-se que a manifestação era um efeito colateral dos inibidores da protease. Hoje, porém, sabe-se que os inibidores de transcriptase reversa, principalmente a estavudina, estão associados a essas manifestações. Além disso, a idade avançada, o HIV e outros medicamentos utilizados para o tratamento de AIDS também contribuem para o aparecimento e o agravamento da síndrome (BRASIL, 2005).

A etiologia da lipodistrofia parece estar associada com a toxicidade mitocondrial e alteração da diferenciação dos adipócitos induzidos pelos IP, ITRN e ITRNN, podendo ou não estar associada a alterações metabólicas, como alteração da homeostase da glicose e dislipidemias (BRASIL, 2005).

Em estudo realizado por Boyle (2001) destacou os efeitos da lipodistrofia sobre o bem-estar psicológico, ressaltando que as mudanças corporais podem resultar em níveis importantes de depressão e ansiedade, além da não-adesão ao tratamento. A estigmatização social decorrente da lipodistrofia foi apontada em outra pesquisa (Tebas, 2001), que ressaltou a possibilidade de prejuízo na adesão aos medicamentos antiretrovirais.

Muitos efeitos da lipodistrofia são irreversíveis. As alterações anatômicas decorrentes do uso dos anti-retrovirais podem afetar o funcionamento músculo-esquelético, além de causarem escaras e problemas na coluna cervical. A lipodistrofia está associada a alterações metabólicas, como aumento do colesterol e dos triglicérides e o surgimento do diabetes tipo 2. Os pacientes também sofrem com distúrbios emocionais e psiquiátricos, que provocam perda da auto-estima, problemas familiares, exclusão social e, o que é mais grave, abandono do tratamento, que leva ao agravamento da doença (BRASIL, 2005).

Os primeiros casos relatados foram de acúmulo de gordura abdominal, giba e, nas mulheres, aumento do volume das mamas. Depois, foram descritos casos de lipotrofia facial, glútea e de membros. Redução volumétrica dos membros superiores e inferiores e visualização de músculos e vasos sanguíneos superficiais também são manifestações clínicas da síndrome (BRASIL, 2005).

A lipodistrofia ou síndrome lipodistrófica caracteriza-se por uma redistribuição da gordura corporal que provoca redução volumétrica da face, membros e nádegas. Além disso, o abdome, nuca e tórax apresentam concentração excessiva de gordura, causando uma desfiguração do paciente. Nos pacientes com AIDS, a síndrome surge como um efeito colateral do uso dos medicamentos anti-retrovirais, o chamado coquetel. Há dois anos, uma Portaria do Ministério da Saúde (nº 2.582, de 2/12/2004) prevê a realização de cirurgias reparadoras, entre elas a bioplastia, para o tratamento da lipodistrofia em pessoas com AIDS pelo SUS (FRANCO, 2007).

A bioplastia teve seu início na década de 90, nos EUA, com o cirurgião americano Dr. Robert Ersek. Este descreveu o uso da substância bioplastique, um polímero biocompatível, bem como desenvolveu cânulas atraumáticas para sua aplicação. Ersek descreveu ainda as características ideais dos materiais utilizados na bioplastia: bioinércia, permanente, tamanho de partícula grande suficiente para prevenir migração tecidual, tamanho

de partícula pequena suficiente para permitir implantação com microcânula, cor clara, moldável na implantação e estável após implantação (CASTRO, 2007).

O PMMA é uma das substâncias utilizadas na bioplastia. É composto por microesferas ao redor de 40 micra em suspensão em meio colóide de carboximetilcelulose, não absorvível e isento de material protéico. Tornou-se popular seu uso para rejuvenescimento facial, pois atenua as rugas, aumenta o volume tecidual e melhora o contorno facial (CASTRO, 2007).

Os compostos de microesferas de PMMA têm sido amplamente utilizados na cirurgia plástica para reconstrução e preenchimento de tecidos moles, no Brasil está sendo utilizada em planos profundos com excelentes resultados. O uso dos compostos de PMMA tem sido descrito na literatura para diversos fins, desde para a correção de cicatrizes ocasionadas por acne, passando por seqüelas decorrentes de trauma e por fim, até para a correção de rugas (CHACUR, 2008).

Uma microcânula é introduzida sob a pele para injetar o PMMA nos tecidos do corpo. Para isso, usa-se anestesia local. A técnica tem sido usada no Brasil experimentalmente e, com sucesso, para preenchimento facial em pessoas portadoras do HIV, no tratamento da lipodistrofia facial (GRAZIOSI, 2007).

O preenchimento facial com polimetilmetacrilato é um dos oito procedimentos adotados para tratar a lipodistrofia da face. O procedimento é um dos que foram incluídos na tabela do SUS em dezembro de 2004, pela portaria 2.582. A medida tornou o Brasil o primeiro país a oferecer gratuitamente procedimentos reparadores para doentes de AIDS que sofrem com a lipodistrofia. Os pacientes com AIDS em tratamento com anti-retrovirais são as únicas vítimas da síndrome, que provoca acúmulo ou perda de gordura em áreas específicas do corpo (BRASIL, 2005).

O uso do polimetacrilato - PMMA - para o tratamento da lipoatrofia facial, dos pacientes infectados pelo HIV/AIDS com lipodistrofia, tem se mostrado um método seguro, relativamente simples, e de melhor relação custo-benefício. A grande vantagem do tratamento, é que ajuda a resgatar a auto-estima das Pessoas Vivendo com AIDS (PVA) que, segundo depoimentos, voltam a se reconhecer ao espelho, conseguindo modificar seu quadro psíquico e, desta forma, adquirindo uma melhora impressionante de sua qualidade de vida (CARDOSO, 2009).

Segundo LEMPERLE (2003) a correção das linhas de expressão glabulares geralmente não oferece problemas, pois a área possui uma derme espessa e boa quantidade de

tecido conjuntivo para suportar o implante. No entanto, há risco de cegueira e oftalmoplegia após injeções nessa região.

INDICAÇÕES ESTÉTICAS PARA PREENCHIMENTO COM PMMA

Linhas de expressão da Glabella (22.5%)*	Irregularidades do nariz
Sulcos Nasolabiais (27%)*	"Pés de galinha"
Linhas Periorais (15%)*	Linhas Horizontais da testa
Cantos da boca negativos (13%) *	Linhas Pré - Auriculares
Depressões malares Oblíquas	Sorriso com Exposição da Gengiva
Preenchimento malar	Correção de Rugas
Correção de Cicatrizes causadas por Acne	Linhas labiais periorais
"Olheiras"	Sulco geniano horizontal
Marionette lines	Aumento geniano
Sulcos horizontais do pescoço	Correção de Cicatrizes
Preenchimento Labial **	Depressões causadas por Rinoplastia

* Esses itens são os mais estudados e são apresentadas as taxas de realização desses procedimentos

** Apesar de constar na literatura o preenchimento labial com PMMA não pode ser realizado devido à alta taxa de complicações.

Fonte: CHACUR, 2008.

O metacrilato, a poliacrilamida e o silicone são preenchedores permanentes, que em vários estudos tem demonstrado trazer melhores resultados, principalmente na relação custo/benefício. No Brasil, o mais utilizado é o metacrilato, pois além de se obter excelentes resultados estéticos e duradouros com este material, ele tem um custo menos elevado. O tratamento consiste de injeções, feitas paralelamente nas áreas atrofiadas, é um procedimento relativamente simples, mas que só deve ser realizado por profissional médico experiente e capacitado (SERRA, 2009).

Há diversas contra-indicações ao uso de implantes contendo microesferas de PMMA descritas na literatura. Muitas delas são apresentadas pelos fabricantes dos produtos e outras feitas por órgãos governamentais e de pesquisa como o órgão americano Food and Drug Administration (FDA) (CHACUR, 2008).

A principal contra-indicação é sem dúvida a alergia. No caso do Artecoll (uma apresentação do PMMA que possui em sua composição colágeno bovino), é de grande importância que seja realizado um teste de sensibilidade para todos pacientes que vão se

submeter à implantação do produto quatro semanas antes do procedimento, visto que a injeção de colágeno pode ter associação com hipersensibilidade alérgica, principalmente naqueles pacientes com história de atopia. O PMMA não deve ser também injetado intramuscular devido ao movimento muscular constante servir de estímulo para formação de cicatrizes hipertróficas (CHACUR, 2008).

O polimetilmetacrilato pode ser absorvido pelas células e provocar inflamações ou migrar no organismo, gerando deformidade e até mutilação nos pacientes (CASTRO, 2009).

Para melhor compreensão das manifestações orgânicas que ocorrem em consequência à aplicação do PMMA, relacionaremos abaixo as alterações encontradas com maior frequência:

a) de efeito imediato

- edema (92,0 %)
- sinais inflamatórios (36,0 %)
- dor moderada (12,0 %)
- herpes labial (1,0 %)
- reações alérgicas (0,3 %)

b) de efeito retardado

- implante palpável (34,0 %)
- sensibilidade à pressão (6,0 %)
- inflamação persistente (4,5 %)
- vincos e dobras secundárias (3,5 %)
- granulomas visíveis (3,0 %)
- distribuição irregular (2,5 %)
- tensão desconfortável (1,0 %)
- reações alérgicas (0,5 %)

Silva e Curi (2004), descreveram um caso de cegueira após infiltração glabellar com PMMA. Trata-se de uma complicação rara, porém, extremamente grave se considerarmos que a bioplastia é vista por muitos pacientes e mesmo pelos cirurgiões como um procedimento praticamente inócuo e isentos de riscos. Estes autores concluíram que microesferas do PMMA foram injetadas muito próximas a ramos da artéria oftálmica o que levou a embolia do vaso.

Castro (2009), realizou um estudo com 21 pacientes com imperfeições estéticas nas orelhas e que concordaram em ter a substância injetada nos lóbulos. “Essa característica

facilitou a retirada do material para análise posterior.” Seis meses depois, a substância foi retirada e levada para estudo histopatológico. A análise constatou que em todos os casos houve absorção de PMMA pelo organismo. Além disso, 20 tiveram infiltração e houve formação de nódulos em 19 deles.

...“A absorção pelos tecidos demonstra que o preenchimento não é permanente e que há migração”. O PMMA é equivalente ao silicone líquido. “Os fabricantes dizem que as complicações são decorrentes da má colocação, mas o que a pesquisa constatou é que os problemas são da própria substância”, afirmou (CASTRO, 2009).

Existem diversas publicações citando complicações graves com o uso de determinados polímeros, tais como cegueira total e oftalmoplegia (Silva e Curi, 2004) e casos relatados de necrose com perda parcial ou total de lábio e nariz. Outros referem modificações exageradas da forma das estruturas injetadas, sem possibilidade de volta à forma inicial (BOSCOLI, 2006).

A injeção do implante é um procedimento realizado freqüentemente em consultórios e com pobres observações anatômicas, sendo possível ocluir um vaso por compressão ou mesmo injeção do produto dentro do mesmo, causando necrose tecidual (BOSCOLI, 2006).

A introdução de polímeros sintéticos injetáveis pode levar a complicações significativas, incluindo deformidades definitivas e destruição tecidual, cujo controle é complicado, principalmente pela dificuldade na remoção destes materiais. Estas reações não raras vezes aparecem tardiamente, onde reações histológicas de corpo estranho são identificáveis (BOSCOLI, 2006).

Em estudo realizado no ano de 2007, relata que de 46 pacientes que fizeram preenchimento nas regiões denominadas de nasojugal, temporal e parotídea com PMMA, 78% disseram ter sentido dor, porém de intensidade suportável. Em 22% dos pacientes, a dor foi descrita como intensa, mas que possivelmente realizariam o procedimento outras vezes, se necessário. Em 12% dos pacientes, observou-se a presença de hematomas pequenos relacionados à punção, que se resolveram espontaneamente. Edema facial foi observado em apenas um caso, o que também se resolveu espontaneamente (Gonella et al., 2007).

Segundo Silva e Curi (2004), a injeção na área glabellar parece ter um maior risco de complicações oculares devido à rica rede de anastomoses nessa região, onde múltiplos ramos da artéria oftálmica se projetam para fora da órbita em direção à face, e o fluxo retrógrado produzido pela injeção nos ramos extraorbitais da artéria oftálmica seria

responsável pelos acidentes oculares. Tais complicações já haviam sido descritas por outros autores como DREIZEN (1989) e EGIDO (1993) ao se injetar gordura autóloga na região glabellar.

Casos de maior gravidade com a infiltração de PMMA ocorreram no Rio de Janeiro, onde uma aplicação junto à região glabellar, levou a paciente à cegueira de um dos olhos, e mais recentemente outro caso no Rio Grande do Sul que introduzido em grande volume na região glútea da paciente, levou-a a UTI, descerebrada, em conseqüências de parada cárdio-respiratória (SILVA; CURI, 2004).

CASOS DE PREENCHIMENTO COM METACRILATO



Imediatamente após injeção glabellar de PMMA pra correção estética, paciente apresentou amaurose e oftalmoplegia total.

Fonte: SILVA; CURI, 2004.

ANTES

DEPOIS

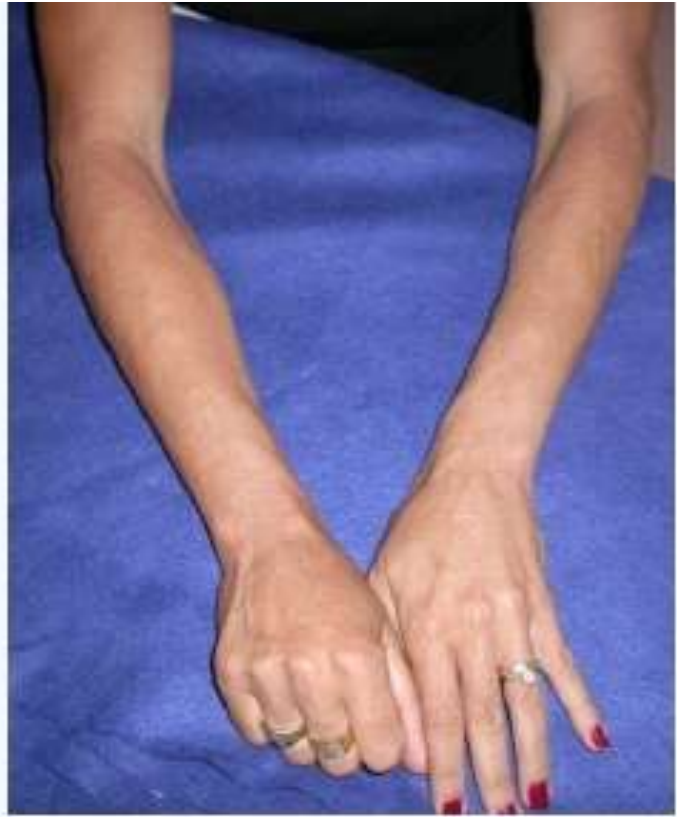


Fonte: SERRA, 2007.

ANTES



DEPOIS



Fonte: SERRA, 2007.

Fonte: SERRA, 2007.



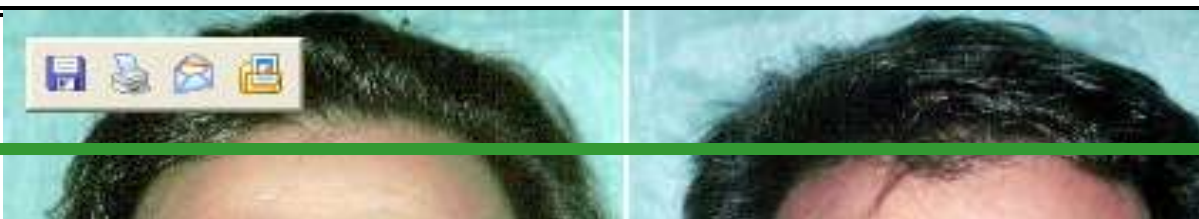
Fonte: SERRA, 2007.



Fonte: SERRA, 2007

ANTES

DEPOIS



DISCUSSÃO

O desenvolvimento de técnicas reparadoras para os efeitos da síndrome lipodistrófica tem chamado a atenção de pesquisadores. Intervenções citadas na literatura incluem cirurgias plásticas com aplicação de polimetilmetacrilato (PMMA), para preenchimento de sulcos da face. O alto custo desses procedimentos limita o acesso de grande parte dos portadores do HIV afetados pela lipodistrofia.

Neste sentido, as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, estabelecidas pela Portaria SAS/MS nº 118/05 (DOU, 2005), são de suma importância, ao preconizar a realização gratuita desses procedimentos em serviços do Sistema Único de Saúde. Não obstante, é preciso avançar muito nessa implementação, de modo a garantir que pessoas acometidas pela lipodistrofia tenham acesso a procedimentos dermatológicos e cirúrgicos previstos nesse instrumento legal. É fundamental que gestores, profissionais de saúde, integrantes de ONGs e pessoas vivendo com AIDS enviem esforços e lutem pela sua efetiva implantação.

Porém, comprovados efeitos colaterais das injeções no nariz, boca e face têm sido relatados em procedimentos de bioplastia com uso de PMMA. As injeções na área glabellar parecem ter um maior risco de complicações oculares devido à rica rede arterial nessa região.

Evidentemente, o tempo de observação destes pacientes quanto a possíveis efeitos adversos do polimetilmetacrilato deve ser maior para que possamos chegar a uma conclusão definitiva da utilização deste material.

Após uma revisão da literatura fica evidente a falta de ensaios clínicos com graus de evidência mais confiáveis e que suportem o uso efetivo e seguro do polimetilmetacrilato para preenchimento de tecidos moles. Inexistem estudos científicos do uso do PMMA em planos profundos inclusive sendo uma das contra-indicações do uso do Artecoll, embora esta utilização esteja sendo amplamente empregada e difundida no Brasil sem complicações consideráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil o PMMA embora muito discutido, tem sido muito utilizado na estética e cirurgia plástica. A técnica é minimamente invasiva e promissora pela facilidade e elevada satisfação pelos pacientes com um custo razoavelmente baixo.

O uso da solução de PMMA para tratamento do contorno corporal na lipodistrofia mostrou-se efetivo, quando administrado com cautela por profissionais capacitados, obtendo-se bons resultados estéticos, ajudando pacientes a conseguirem mais autoconfiança e melhora na qualidade de vida. Os médicos que administram injeções estéticas em áreas irrigadas pelos ramos distais da artéria oftálmica devem estar cientes dos riscos de complicação grave e irreversível.

O desenvolvimento de pesquisas científicas e do conhecimento em torno da AIDS vem acontecendo concomitantemente com o caminhar da epidemia. As apostas feitas no início da epidemia de uma vida curta para muitas PVA não vingaram. Provavelmente ainda existirão discussões quanto aos efeitos das técnicas cirúrgicas nos casos da lipodistrofia, tornando necessário que limites sejam expostos ao se optar ou não por tais intervenções.

Acreditamos que esta revisão com casos relatados por complicações de injeção de PMMA, possa contribuir com subsídios para que os profissionais médicos, principalmente os atuantes na área de estética, possam avaliar melhor a sua conduta e responsabilidade perante aos seus pacientes.

Finalmente, concluímos que dada a importância da AIDS/HIV como pandemia, temos no uso do metacrilato uma importante ferramenta para o tratamento desses pacientes, principalmente no que diz respeito à revigoração do status psicológico, que por muitas vezes torna-se um obstáculo no manejo clínico adequado. Dessa forma o metacrilato é, de fato, grande aliado da medicina.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. M. D. et al. Transformações da "AIDS aguda" para a "AIDS crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. 2005. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 13, n. 6. p. 1811-1819. 2008.

BELTRAME, B. **SUS amplia oferta de cirurgia para pacientes com AIDS**. 2009. Disponível em: http://www.cesco.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=337:sus-amplia-oferta-de-cirurgia-para-pacientes-com-AIDS&catid=49:noticias&Itemid=77. Acesso em: 23 fev. 2009.

BOYLE, B. **Lipodistrophy and its complication may cause psychological disturbances in HIV-infected patients on HAART**. Retrieved March 25 2001. from: <http://www.hivandhepatitis.com/recent/toxixities/051801.html>. I access in: 23 fev. 2009.

BOSCOLI, I. F. **Perigos da Bioplastia**. Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Sobre Bioplastia. 2006. Disponível em: http://cirurgioplastica-ibfocoli.blogspot.com/2009_03_18_archive.html. Acesso em: 05 mai 2009.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Diretrizes de Indicação para Tratamento de Lipodistrofia em Portadores HIV/AIDS. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Edição Numero 66 de 05/04/2007. ANEXO IV. Disponível em: http://rnpvha.org.br/arquivos/CNAIDS/doc_018.doc. Acesso em: 23 fev. 2009.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Datasus, Base de Dados 2004. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 Jan. 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DST-AIDS. Preenchimento facial com polimetimetacrilato. Programa Nacional de DST e AIDS. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=66518>. Acesso em: 02 mai. 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DST-AIDS. Anti-Retrovirais. 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>. Acesso em: 02 mai. 2009.

BRASIL. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federal do Brasil**. Ministério da Saúde/FIOCRUZ: 1996.

CARDOSO, R. **Governo promove capacitação para a implantação do tratamento da Lipoatrofia Facial na rede pública de Saúde do Estado**. 24-Mar-2009. Disponível em: http://www.paraiba.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=23154&Itemid=2. Acesso em: 5 mai. 2009.

CASTRO, A. C. B. et al., **Necrose facial extensa após infiltração com polimetimetacrilato**. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000600019&nrm=iso&ing=pt&ting=pt#end#end. Acesso em: 23 de fev. 2009.

CASTRO, L. C. Efeitos nocivos da bioplastia são estudados. **Ciência e Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/opovo/cienciaesaude/858276.html>. Acesso em: 01 mai. 2009.

CHACUR, R. **Uso do polimetilmetacrilato como implante líquido infiltrativo – bioplastia**. 2008. Disponível em: <http://www.esteticas.com.br/polimetilmetacrilato.htm>. Acesso em: 30 abr. 2009.

FRANCO, M. S. **USP Bioplastia apresenta sucesso para casos de lipodistrofia facial em HIV positivos**. Núcleo José Reis de Divulgação Científica da ECA/USP - São Paulo - Julho/Agosto 2007 - Ano 7 - Nº39. Textos escritos e editados pelos alunos do Curso de Especialização em Divulgação Científica, do NJR-ECA/. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 23 fev. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONELLA, H. A. et al.. Avaliação da utilização do polimetilmetacrilato em lipodistrofias faciais. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2007; 22(1): 24-9. Disponível em: www.rbcpc.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=51&nomeArquivo=22-01-04.pdf -. Acesso em: 02 mai. 2009.

GRAZIOSI, A. **A visão médica sobre assuntos polêmicos**. 2007. Disponível em: <http://revistavivasauade.uol.com.br/Edicoes/42/artigo44720-1.asp>. Acesso em: 02 mai. 2009.

JOHN, M.; NOLAN, D. & MALLAL, S., 2001. **Antiretroviral therapy and the lipodistrophy syndrome**. *International Medical Press*, 6: 9-20.

LEMPERLE, G.; MORHENN, V.; CHARRIER, U. **Human Histology and Persistence of Various Injectable Filler Substances for Soft Tissue Augmentation**. *Aesthet. Plast. Surg.* v.27, n. 354-366, 2003.

QUEIROZ, C. Pandemia da AIDS no mundo. **Jornal de Angola**. 2008. Disponível em: <http://www.jornaldeangola.com/artigo.php?ID=75028&Seccao=geral>. Acesso em: 02 mai. 2009.

SEIDL, E. M. F.; MACHADO, A. C. **Impacto psicológico da lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS: um estudo exploratório**. Instituto de Psicologia da UniverAIDS de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília/DF - Brasil. 2002.

SERRA, M. S. **Preenchimento facial disponível na rede pública: Procedimento irá beneficiar pacientes de SC que sofrem de lipoatrofia**. **Jornal Diário Catarinense**. 2007. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/noticias/novo/clipping2007/julho/01%20de%20julho.htm - 11k. Acesso em: 23 fev. 2009.

SERRA, M. **Pele e AIDS. Correção da lipodistrofia facial em pacientes com HIV/AIDS**. **Dermatologia**. Net. 2009. Disponível em: http://www.dermatologia.net/novo/base/aids/correcao_lipodist.shtml. Acesso em: 02 mai. 2009.

SILVA, L. N.; FILHO, D. L. G.; FERREIRA, D. C. Infecção pelo HIV e a Atividade Laboral do Portador: Uma Relação Ética e Legal na Visão da Odontologia do Trabalho. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** 2007; v. 19, n. 1, p. 35-44.

SILVA, M. T. T.; CURTI, A. L. Blindness and total ophthalmoplegia after aesthetic polymethylmethacrylate injection: case report. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 62, n. 3b, Sept. 2004. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000500025&lng=en&nrm=iso>. access on: 09 May. 2009. doi: 10.1590/S0004-282X2004000500025.

TELLINI, R. M. C.; SERRA, M. S.; OYAFUSO, L. K.; SILVEIRA, O. S. **A Resposta Brasileira para a Lipoatrofia facial em PVHA.** VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS. 2006. Desafios da Prevenção da Assistência no SUS. DF. Disponível em: <http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/Html/resumo1167.html>. Acesso em: 23 fev. 2009.

TEBAS, P. **Review of MIC Complications Associated with HAART.** Retrieved March, 15 2001. from: <http://www.thebody.com/confs/AIDS2002/holodniy2.html>. I access in: 23 fev. 2009.

OBSERVÂNCIAS ÉTICAS CONTEMPLADAS EM ESTUDOS ENVOLVENDO SERES HUMANOS NUM PERIÓDICO DE ENFERMAGEM

Lorrayne Félix de Lima¹
Simone Karine da Costa Mesquita²
Eloíse Maria de Lima Gouveia³
Solange Fátima Geraldo da Costa⁴

RESUMO

O rápido avanço da tecnologia impulsionou a produção científica em diversas áreas do conhecimento, com destaque para as ciências biomédicas, possibilitando o desenvolvimento de um maior quantitativo de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo, portanto, necessário uma maior reflexão no campo da bioética no que concerne ao registro das observâncias éticas na disseminação de estudos com indivíduos. O presente estudo teve como objetivo investigar as observâncias éticas contempladas em artigos científicos envolvendo seres humanos, da área de enfermagem no período de 2005 a 2008. Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa. A amostra do material empírico da pesquisa foi constituído por 325 artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). A coleta de dados foi realizada no período outubro a novembro de 2008, tendo como fonte de pesquisa publicações disponibilizadas a partir da base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os resultados encontrados foram apresentados por meio de apresentação gráfica e em seguida analisados quantitativamente e a partir da literatura relacionada ao tema em estudo. Os resultados permitiram identificar que das seis observâncias éticas investigadas a mais citada pelos pesquisadores das publicações inseridas no estudo foi a alusão da aprovação do projeto por um CEP. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas investigações pertinentes ao referido tema, como também, estimular uma maior reflexão do compromisso ético do pesquisador da área de saúde na condução de estudos com o ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Ética. Ser Humano. Pesquisa.

¹ Acadêmica de Enfermagem 8º Período – UFPB. Bolsista de produtividade – PIBIC. Pesquisadora do NEPB. lorryne.fl@hotmail.com

² Especialista em saúde da Família. Enfermeira. Pesquisadora do NEPB. simone.karine@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem 7º Período – UFPB. Bolsista de produtividade – PIBIC. Pesquisadora do NEPB. eloisemlgouveia_@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem pela USP. Docente da UFPB. Coordenadora do NEPB. solangefgc@gmail.com

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O rápido avanço da tecnologia impulsionou a produção científica em diversas áreas do conhecimento, com destaque para as ciências biomédicas, notadamente nas últimas décadas, possibilitando o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Daí a necessidade premente de uma maior reflexão pelos pesquisadores particularmente no campo da bioética.

O neologismo “bioética” foi originariamente aplicado pelo médico oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselaer Potter em 1970 por efeito de publicação de artigo Bioética, a ciência da sobrevivência (*Bioethics, the science of survival*), o qual apresentava o texto adaptado do capítulo I do livro intitulado Bioética: ponte para o futuro (*Bioethics: bridge to the future*), que disseminou esta terminologia. Potter preocupava-se inicialmente com a separação entre valores morais e os fatos biológicos; assim, procurou agregar os conhecimentos biológicos, ecológicos, genéticos e fisiológicos como guia para ação voltada para a sobrevivência humana. O referido autor pretendia que a bioética fosse uma combinação de conhecimento científico e filosófico, e não apenas um ramo da ética aplicada (ZOBOLI, 2006).

Os autores Beauchamp e Childress (2002), destacam que o juízo de valor bioético pode pautar-se em quatro princípios básicos que foram incorporados por ocasião do Relatório Belmont ocorrido em 1978. Os princípios ora ressaltados são: 1) respeito pelas pessoas (autonomia); 2) beneficência (fazer o bem) e 3) justiça (igualdade). Em 1979, foi incorporado o 4) princípio da não-maleficência (não causar danos). A difusão desses princípios e sua aplicabilidade no cotidiano da bioética permitiram um aperfeiçoamento da bioética nas questões práticas, originando assim uma corrente teórica desta disciplina denominada de principialismo.

É importante destacar que a disciplina bioética nasceu como uma nova proposta para subsidiar a análise das questões éticas emergentes das últimas décadas principalmente no contexto da investigação científica, como também relacionadas a dilemas-éticos que envolvam diretamente o homem.

A bioética possui caráter multidisciplinar visto que, encontra-se inserida em uma perspectiva holística, norteadora a conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na qual a interdisciplinaridade é sua característica essencial.

Sanches (2004, p.23) ao se referir à importância da interdisciplinaridade para a bioética, destaca que esta:

[...] estará sempre ligada a todo conhecimento que se dá nas ciências biomédicas, desde a biologia à medicina com suas complexas ramificações e desdobramentos; a Ética, por sua vez, exige a reflexão da filosofia, da teologia, e uma avaliação adequada do impacto da intervenção da biotecnociência sobre a vida só é possível com o auxílio de várias outras ciências como a Psicologia, a Sociologia, o Direito e outras. Assim, a Bioética envolve os profissionais da saúde e todos aqueles com competência e responsabilidade, se dispõem a refletir eticamente sobre a melhor conduta a ser prestada a pessoa humana, à sociedade, [...] à própria natureza.

Com base nesse entendimento, a bioética parte do princípio de que todo avanço no campo das ciências biomédicas deve estar a serviço da humanidade. Nessa linha de raciocínio, a reflexão bioética tem como foco central questões direcionadas à proteção da dignidade do ser humano, tendo como suporte as diversas áreas do conhecimento.

No que diz respeito ao campo de atuação da bioética os autores Pessini e Barchifontine (2007) referem que a bioética reflete temas polêmicos, tais como: pesquisa envolvendo seres humanos, progresso tecnocientífico, medicina e humanização, técnicas de reprodução assistida, saúde reprodutiva, engenharia genética, paciente terminal, a morte e o morrer, eutanásia, distanásia, transplantes e doação de órgãos, desigualdades de gênero e racial, violência, direitos do paciente, distribuição de recursos, saúde mental, qualidade de vida, meio ambiente, entre outros.

No contexto da pesquisa envolvendo seres humanos, apesar de ser fundamental para o conhecimento científico, uma vez que sua prática pode contribuir para existência de novos artifícios e novos conhecimentos, a experimentação pode, por sua vez, implicar risco aqueles que se submetem a esta experiência. Muitas vezes o pesquisador se preocupa com o resultando final da pesquisa e não com a preservação da vida humana, ficando os envolvidos no estudo a mercê de eventuais abusos e riscos.

Destarte, a bioética preocupa-se, especialmente em despertar entre os pesquisadores, a necessidade de se assumir uma conduta responsável e humana no processo da investigação científica. Sendo portanto necessário que o pesquisador tenha como meta principal o respeito a dignidade humana durante o referido processo, ou seja desde a fase do planejamento do estudo até a fase de disseminação do conhecimento produzido.

Desse modo, é inegável a relevância das observâncias éticas na condução de estudos envolvendo seres humanos. Nesta perspectiva, é importante destacar que os principais documentos internacionais que subsidiaram a ética no campo da pesquisa foram o Código de Nuremberg, declaração de Hensilque.

O Código de Nuremberg foi o primeiro documento internacional no campo da ética. Este é considerado um marco de referência no cenário mundial, visto que introduziu significativas recomendações éticas para normatizar a pesquisa envolvendo seres humanos, dentre estas, merece destaque a garantia do consentimento voluntário do sujeito da pesquisa e seu esclarecimento sobre a investigação a ser proposta (DINIZ e GUILHEM, 2006).

Costa e Vale (2000), acrescenta que o referido código foi publicado em 1947, com a finalidade de punir médicos pesquisadores nazistas, pelas atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial, atitudes que violavam os direitos humanos quando realizavam experiências com prisioneiros sem os seus consentimentos.

O Código de Nuremberg deu subsídio às diversas legislações internacionais, sendo a mais significativa a Declaração de Helsinque, adotada em 1964. É importante mencionar que com a referida declaração os protocolos de pesquisa com seres humanos passaram a ser analisados por Comitê independente do investigador e, àquelas pesquisas que não se enquadravam nos princípios desta Declaração, passaram a ser indeferidas para publicação.

No cenário brasileiro, a Resolução nº. 01/88, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi o primeiro documento publicado direcionado à ética na pesquisa envolvendo seres humanos. E por isso esta teve grande representatividade nos avanços de pesquisas no campo biomédico. Entretanto, com os adventos da ciência e da tecnologia no campo das ciências biomédicas e o aumento quantitativo de pesquisas com seres humanos, houve a necessidade de uma nova revisão no seu texto. Desse modo, foi iniciado um amplo debate na comunidade científica e juntamente à população, resultando na elaboração das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, contidas na Resolução nº. 196/96 do CNS em vigor no país.

Na resolução 196/96 do CNS, a pesquisa em seres humanos é definida como aquela que, “individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.” Esta Resolução incorpora, “sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.” (BRASIL, 2006, p.6).

A Resolução 196/96 regulamenta, também, a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), instâncias nacional

e local, respectivamente, permitindo a estruturação de um sistema de referência e contra-referência, de forma a agilizar a análise dos projetos apresentados. (BRASIL, 2001).

De acordo com a referida resolução toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser analisada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com a finalidade “de assegurar o respeito pela identidade, integridade e dignidade da pessoa humana e a prática da solidariedade da justiça social.” Este comitê desempenha um papel fundamental de reflexão no âmbito da bioética, visto que tem como principal objetivo proteger “os sujeitos das pesquisas de possíveis danos, preservando seus direitos e assegurando a sociedade que a pesquisa vem sendo feita de forma eticamente correta.” (BRASIL, 2006, p 162).

Daí a importância do Comitê de Ética em Pesquisa no acompanhamento de estudos envolvendo seres humanos em todas as fases do processo de pesquisa, por conseguinte para a disseminação do conhecimento produzido o pesquisador deverá ter um parecer de aprovação do projeto emitido pelo CEP.

Contudo, é necessário deixar claro que a reflexão da bioética no espaço do CEP não tem intenção de coibir a disseminação de trabalhos científicos desta natureza, mas assegurar que “a utilização de seres humanos no desenvolvimento de pesquisas, não podem vislumbrá-los como simples objetos e que, a aplicação indevida da ciência e da tecnologia remetem a necessidade da reflexão e discussão.” (MASSAROLLO; SPINETTI; FORTES, 2006, p. 171).

Os autores Hossne e Vieira (2005), ressaltam que a postura ética e a responsabilidade assumida pelo pesquisador é o que guiará a elaboração e divulgação de trabalhos científicos na área da saúde e poderão ou não fazer a diferença nestas publicações. Neste enfoque, é inegável o registro das observâncias éticas contempladas durante o processo de pesquisa nos diversos meios de disseminação do conhecimento, como por exemplo, artigos, dissertações, teses, entre outros.

Cumprido assinalar que na literatura nacional, ainda são incipientes estudos direcionados a análise da eticidade em pesquisa envolvendo seres humanos no âmbito da saúde. Desta forma, enquanto docentes e estudantes envolvidos com a investigação científica e como membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética, despertou-nos o interesse em desenvolver um estudo na busca de respostas para o seguinte questionamento: “Quais as observâncias éticas contempladas em artigos científicos envolvendo seres humanos, em periódicos on-line da área de saúde no período de 2005 a 2008?”

Logo, para responder ao questionamento proposto, este trabalho tem o objetivo de investigar as observâncias éticas contempladas em artigos científicos envolvendo seres humanos, em periódicos on-line da área de saúde no período de 2005 a 2008.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1-Tipo e Local do Estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa direcionada a investigar as observâncias éticas contempladas na produção científica de pesquisas envolvendo seres humanos na REBEn no período de 2005 a 2008, inseridas na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO).

2.2- Etapas Operacionais da Pesquisa

Primeira etapa: Levantamento e Seleção do Material empírico

O levantamento do material empírico ocorreu no período de outubro a novembro de 2008. O universo da pesquisa foi constituído por 325 artigos originais publicados no referido periódico. Para seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser pesquisa envolvendo seres humanos;
- b) Estar indexado na base de dados SciELO e publicado entre os anos 2005 e 2008;
- c) Estar disponível na íntegra e em língua portuguesa.

Com acesso as produções científicas selecionadas para o estudo, foi iniciado a coleta de dados a partir do instrumento proposto (APÊNDICE A). Este foi elaborado de acordo com objetivos pertinentes aos objetivos da pesquisa, contemplando os seguintes itens: título do periódico; ano; curso; tipo de estudo; metodologia abordada e observâncias éticas essenciais à pesquisa envolvendo seres humanos, incluindo alusão a Resolução 196/96, Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), garantia do anonimato e sigilo do participante da pesquisa. Desse modo, levando-se em consideração aos critérios previamente estabelecidos à amostra do estudo proposto foi constituída por 290 artigos.

Segunda etapa: Análise dos dados

Os dados obtidos mediante o instrumento proposto para coleta de dados foram agrupados e em seguida analisados quantitativamente, o referencial de análise dos dados baseou-se na Resolução 196/96, documento que regulamenta as Pesquisas com Seres Humanos no Brasil, bem como seus princípios. Além do código de ética dos profissionais do curso envolvido no estudo, utilizamos, também, as normas técnicas da revista escolhida para fundamentar nossos dados.

É importante destacar que o ponto principal de análise dos artigos foi a metodologia destes, em especial os aspectos éticos contemplados em sua pesquisa. Dentre os aspectos éticos a serem analisados temos: a menção ou não dos pesquisadores no que diz respeito à resolução 196/96, à assinatura do termo de Consentimento Livre Esclarecido, a submissão bem como a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e à garantia de sigilo e ao anonimato do sujeito.

Na análise, todos os artigos foram codificados com um número, sem identificação de autoria. As informações coletadas foram tabuladas num arquivo do microsoft office Excel 2007, em planilhas eletrônicas, formulada pelos pesquisadores com a finalidade de automatizar o processo e deixar esse arquivo funcional para ser utilizado em outras pesquisas desta mesma natureza.

As planilhas foram manipuladas para garantir a fidedignidade dos percentuais por ela apresentados e, então, os dados foram inseridos na planilha “Entrada de dados” e os resultados foram obtidos na planilha “tabela”. A planilha “cálculos” fica suprimida, pois foi utilizada pelos pesquisadores apenas para automatizar os resultados.

Os resultados encontrados foram apresentados por meio de apresentação gráfica e em seguida analisados a partir da literatura relacionada ao tema em estudo.

É relevante mencionar que foram seguidas as recomendações indicadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para a elaboração de trabalhos científicos. Outro item considerado importante nesta etapa é o que concerne, às observâncias éticas contempladas no Código de Ética em Enfermagem – Resolução 311/07 no tocante a trabalhos científicos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007, p.12), em relação à elaboração de trabalhos científicos, como mostram os artigos localizados no Capítulo III que trata do ensino, da pesquisa e da produção científica, cuja redação segue abaixo:

Responsabilidade e deveres:

Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Proibições:

Art. 97 – Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados.

Art. 100 - Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicados.

Salientamos que, por se tratar se uma pesquisa documental, não foi necessário submeter esta pesquisa à apreciação de um comitê de ética, nem da autorização dos periódicos, tendo em vista que o material encontra-se disponível on-line, sendo de acesso livre para todos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo envolveu 325 artigos científicos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos, da Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn do curso de Enfermagem.

Os periódicos selecionados encontram-se inseridos na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Trata-se de uma biblioteca eletrônica, cujos textos encontram-se disponibilizados on-line e abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, apresentando pesquisas na íntegra.

Considerando a relevância do periódico selecionado para esta investigação e o número de artigos originais envolvendo seres humanos, a seguir será apresentado um breve histórico desse periódico, bem como o quantitativo de artigos inseridos no estudo, destacando as observâncias éticas mencionadas pelos pesquisadores das publicações insridas no estudo.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - REBEn



Figura 1 - Periódico de Enfermagem

Fonte: <http://www.scielo.br/scielo>

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn) foi criada em 20 de março de 1932 pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e tem por finalidade divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber da Enfermagem. É o mais antigo periódico da Enfermagem brasileira.

Entre os anos de 2005 a 2008 foram publicados quatro volumes; destes o volume 58 e 60 com seis números, e os volumes 59 e 61 com seis números mais a edição especial; totalizando 26 números com 325 artigos originais, sendo 290 destes, pesquisas envolvendo seres humanos.

O presente estudo teve como fio condutor a seguinte questão norteadora: Quais as observâncias éticas contempladas nas produções da Revista Brasileira de Enfermagem escolhidas para o estudo?

É notório destacar , que os valores apresentados no gráfico correspondem aos artigos que mencionaram apenas uma das seis observâncias éticas elucidadas na pesquisa.



Gráfico 1 – Distribuição das observâncias éticas registradas nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem.

Fonte: Dados do material empírico do estudo, João Pessoa, 2008.

O gráfico 1 demonstra as observâncias éticas registradas nas publicações da REBEn. É importante mencionar que a aprovação em CEP foi a observância ética mais encontrada nos artigos analisados, correspondendo a 6,6% (19 artigos) dos 290 artigos publicados.

A aprovação em um CEP é um aspecto ético que merece destaque, visto que o Comitê de Ética em Pesquisa tem um papel social diante da construção de estudos que

envolvam seres humanos sendo responsável por apreciar os projetos de pesquisa para então emitir a certidão de aprovação, possibilitando o início da mesma. Portanto, visando cumprir sua finalidade, de forma competente, o CEP deve avaliar a pertinência científica de um estudo desta natureza, a viabilidade técnica de um projeto de pesquisa e assegurar a proteção dos participantes de pesquisas.

É importante ressaltar que o principal instrumento de trabalho dos CEPs é a resolução 196/96, que mesmo não tendo caráter de fiscalização e de punição tem força normativa e prescritiva (BRASIL, 2006).

A outra observância que ganhou destaque nesse periódico foi a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido com 3,1% (9 artigos). O TCLE é o instrumento utilizado para o pesquisador garantir a anuência do participante e deixá-lo livre para participar ou não da pesquisa. Caso o participante não possa ler, faz-se necessário a assinatura de uma testemunha para garantir a fidedignidade da participação do sujeito.

Vale ressaltar que, este documento deve ser anexado ao projeto quando o mesmo for submetido à apreciação de um CEP e que, no momento da pesquisa, após sua aprovação, o pesquisador deve portar pelo menos duas cópias deste instrumento por sujeito que irá participar da pesquisa, pois uma será destinada ao participante e a outra será inserida nos dados empíricos da investigação.

No que concerne à assinatura do termo, a Resolução 196/96 do CNS ressalta que o TCLE “respeita a pessoa e sua autonomia, permitindo ao indivíduo decidir se quer e como quer contribuir para a pesquisa.” (BRASIL, 2006, p.71). Desse modo, o termo de consentimento torna-se essencial para assegurar que o indivíduo participe de forma autônoma, isto é, que o participante da pesquisa tenha o livre arbítrio de tomar a decisão de acordo com o seu interesse.

Ainda que a Resolução 196/96 do CNS seja o fio condutor para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, os dados apontaram que somente 2,8% (8 artigos) dos artigos citaram-na. Esse fato despertou nas pesquisadoras alguns questionamentos: por qual motivo os pesquisadores mencionam a aprovação em CEP e não relatam a resolução? Se os pesquisadores sabem da necessidade da apreciação da pesquisa por um CEP, será que conhecem o que retrata a Resolução 196/96?

Nesse sentido, é oportuno lembrar que segundo a Resolução 196/96 as pesquisas que envolvem seres humanos os pesquisadores deverão expressar claramente a aprovação do

projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, como também em relação ao processo de obtenção do TCLE dos participantes (Brasil, 2006).

Estes valores podem estar relacionados pelo fato de que as normas técnicas da Revista, no item preparo de manuscritos letra f, especifique que para a publicação de uma investigação científica no que diz respeito a pesquisa envolvendo seres humanos, é importante que seja explicitado a aprovação do projeto pelo comitê de ética institucional e o termo de consentimento livre e esclarecido. Não deixando claro a necessidade de evidenciar a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assim como as demais observâncias éticas (o anonimato, o sigilo e a referencia do número de protocolo) que apresentaram no estudo um percentual igual ou inferior a 1%.

Boff (2003) ratifica essa relevância ao mencionar que o profissional de saúde deve aplicar seus conhecimentos a serviço da vida, buscando resguardar os direitos dos indivíduos, particularmente quando se refere à manutenção do sigilo, assumindo assim uma postura ética, utilizando a ciência e a tecnologia, sem ferir a dignidade humana.

Sendo a eticidade inicialmente uma condição moral, individual, é possível ajustar-se de modo a tornar viável a interação com a realidade social. Por conseguinte, é evidente que a ética profissional, válida para categorias de pessoas que exercem a mesma profissão, é tão somente um resultado da integração de todos os fatores que tentamos analisar. (BRASIL, 2006)

Guilhem, Oliveira e Carneiro (2005), referem que o estudo intitulado *Ethics and Clinical Research*, divulgado por Henry Beecher em 1966, deixou perplexa a comunidade científica de então. O autor comprovou que um grande número de pesquisas divulgadas nos mais respeitados periódicos internacionais da época, haviam submetido os sujeitos envolvidos a condições pouco respeitadas durante a realização das mesmas.

Neste sentido os resultados obtidos em nossa pesquisa ratificam a deficiência e a incipiência de estudos nesta área, bem como o posicionamento errôneo do pesquisador no momento que ele produz trabalhos científicos e deixa margem para interpretações diversas.

Destarte, a referida resolução além de servir de diretriz básica para as pesquisas no cenário nacional, valida a relevância da discussão bioética como instrumento para elucidação dos conflitos pertinentes aos estudos científicos envolvendo humanos, ao nortear todos os seus dispositivos relacionados à proteção e consentimento dos participantes das pesquisas por meio da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou uma investigação das observâncias éticas contempladas em artigos científicos. Ao investigar, percebemos que apesar de os documentos existentes, (o Código de Nuremberg, declaração de Hensilque, resolução 01/88 e resolução 196/96, entre outros), particularmente a Resolução 196/96, não está sendo respeitada ou não está sendo colocada em prática.

Vale mencionar que, a necessidade do cumprimento dessas resoluções tem uma razão muito maior que somente o enquadramento da pesquisa em regras de publicação. A principal finalidade é resguardar a dignidade do ser humano, garantido segurança e integridade, fazendo com que o desenvolvimento científico ocorra de forma ética.

É relevante destacar, também, que o fato de alguns pesquisadores não levarem em consideração ao registro dos aspectos éticos contemplados no processo de pesquisa, em particular na fase de disseminação, pode ser também por flexibilidade do periódico, visto que a exigência é apenas para o encaminhamento da certidão de aprovação do projeto.

O grande desafio na condução de estudos envolvendo seres humanos consiste em garantir o respeito à dignidade do ser humano participante da pesquisa, bem como o respeito às observâncias éticas recomendadas pela resolução 196/ 96 do CNS em vigor no país e as recomendações contempladas nos Códigos de Ética dos profissionais de saúde.

Diante do exposto, espera –se que este estudo possa subsidiar novas investigações pertinentes ao referido tema, como também, estimular uma maior reflexão do compromisso ético do pesquisador da área de saúde na condução de estudos com o ser humano.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomedical**. São Paulo: Loyola, 2002.

BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de Ética em Pesquisa. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Ano IV, n. 7, mar. 2006.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311, de 8 fev de 2009. Disponível em:<
<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>.

COSTA, S. F. G.; VALLE, E. R. M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem** João Pessoa: Idéia, 2000.

DINIZ, D; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

GUILHEM, D.; OLIVEIRA, M.L.C.; CARNEIRO, M.H.S. Bioética, pesquisa envolvendo seres humanos. **R. bras. Ci e Mov.**, v.13, v. 1, p. 117-123, 2005.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; SPINETTI, S. R.; FORTES, P. A. de C. Ética e pesquisa em saúde. In.: ZOBOLI, E.; OGUISSO, T. (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006.

PESSINI. L; BARCHIFONTAINE, C.P. **Bioética: problemas atuais**. São Paulo: Loyola, 2007.

VIEIRA S.; HOSSNE W.S. **Pesquisa médica: a ética e a metodologia**. São Paulo: Pioneira; 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: ZOBOLI, E.; OGUISSO, T. (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados “Observâncias éticas contempladas em periódicos online da área da saúde.”

DADOS GERAIS	
Título	
Ano	
OBSERVÂNCIAS ÉTICAS	
Resolução n.196/96	
Aprovação em CEP	
TCLE	
Anonimato	
Sigilo	
Nº de protocolo	
Nenhuma observância	

PACIENTES TERMINAIS: DIREITOS E DEVERES

Cizone Maria Carneiro Acioly¹
Camila Abrantes Cordeiro²
Gyl Dayara Alves de Carvalho³
Michelle Alves de Oliveira⁴
Odinélia Batista Arantes Lima⁵

RESUMO

A morte é uma certeza para cada pessoa viva, desde a concepção. No entanto, apesar de todo o aparato tecnológico e esforços, tanto os pacientes como a equipe de saúde vêem-se incapazes de reverter o processo de finalização da vida. Trata-se de um estudo bibliográfico com o objetivo de investigar os direitos e deveres do paciente terminal abordados na literatura; identificar como deve ser a atuação do profissional de enfermagem frente ao paciente na sua terminalidade. Este foi realizado em bibliotecas de Instituições de Ensino superior, públicas e privadas do município de João Pessoa–PB, através de livros, revistas especializadas e sites indexados. Utilizando como descritores: pacientes terminais, direitos e deveres, ética. As informações utilizadas foram de dados obtidos através de livros, revistas científicas, e sites indexados; coletados no período de agosto a setembro de 2009 em fontes especializadas na temática em estudo. A análise deu-se mediante, inicialmente, uma leitura exploratória, após isso foi feita uma leitura analítica nos textos selecionados a fim de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes e a posteriori uma leitura interpretativa podendo assim elaborar o corpo do estudo. Ao fim, pode-se perceber que o conhecimento dos direitos e deveres do paciente terminal, permite ao enfermeiro ajudar o paciente e sua família a aprender a lidar com a morte oferecendo aos membros da família a garantia de que o seu ente querido teve um suporte físico, emocional e espiritual no sentido de estimular a expressão do luto.

PALAVRAS-CHAVE: Paciente terminal. Direitos. Deveres

¹ Orientadora, Mestre em enfermagem e Docente da disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II. DEMC/CCS/UFPB.

² Graduanda de Enfermagem- 4º período UFPB.

³ Graduanda de Enfermagem- 4º período UFPB.

⁴ Graduanda de Enfermagem- 4º período UFPB.

⁵ Graduanda de Enfermagem- 4º período UFPB.

INTRODUÇÃO

Nascimento, perda e morte são fenômenos universais e acontecimentos únicos da experiência humana. A morte é a fase terminal da vida, para muitos indivíduos. É uma certeza para cada pessoa viva, desde a concepção. Ela ocorre quando os órgãos vitais do organismo já não são mais capazes de cumprir suas funções (ATKINSON, MURRIA, 1989; POTTER, PERRY, 2007).

A fase terminal compreende um momento na qual a condição patológica leva a uma redução no tempo de vida. No entanto, apesar de todo o aparato tecnológico e esforços, tanto os pacientes como a equipe de saúde vêm-se incapazes de reverter o processo de finalização da vida. Dessa forma o paciente terminal diante da situação a qual se encontra requer de cuidados que vão além das técnicas utilizadas. É necessário que se tenha um enfoque holístico, envolvendo questões étnicas, culturais, espirituais, a fim de acompanhar o doente incurável para que este venha a ter uma morte menos dolorosa.

A terminalidade confere ao paciente, indagações sobre sua morte. “Quando se descobre que vai morrer, vê-se o mundo de maneira bem diferente” (ALBOM, 1998). O medo de morrer, muitas vezes, representa a incerteza sobre o próprio futuro o que os leva a mudanças comportamentais buscando suscitar sentimentos de esperança.

A luta contra a realidade da doença faz com que o paciente passe a aceitá-la. A partir desse momento Boemer (1989) diz que não há discursos que retornem à esperança. São discursos vazios, sendo perceptível em sua expressão facial.

Cuidar do paciente terminal necessita de uma preocupação, responsabilidade, envolvimento, e esse cuidado manifesta um sentimento por parte da equipe de saúde transmitindo segurança para o paciente e assim melhorando a relação interpessoal. A partir de então, a atuação do enfermeiro frente ao paciente terminal o permite adequar os desejos do paciente aos cuidados do fim da vida, para que este tenha direito a uma morte digna, livre de dores e sofrimentos levando em consideração seus princípios éticos, culturais e religiosos.

A manutenção da vida do paciente terminal é uma questão bioética, uma vez que o doente incurável necessita ser tratado com dignidade e respeito, e que o enfermeiro apóie e mantenha uma comunicação, levando em conta suas paixões, emoções, sentimentos dúvidas, receios e a especificidade do momento. Faz-se necessário reconhecer a individualidade de cada ser, a fim de que isso possibilite a tomada de decisões do profissional, mantendo a autonomia de cada paciente, e procurando considerar que este se encontra em momento de fragilidade física e quase sempre sensibilizados.

Diante da observação da complexidade dessa temática a questão que guiou esta pesquisa foi: Quais os direitos e deveres de um paciente terminal, abordados na literatura? E como deve ser a atuação do profissional de enfermagem frente ao paciente terminal segundo a literatura pertinente?

Esta pesquisa teve como objetivo investigar os direitos e deveres do paciente terminal abordados na literatura; identificar como deve ser a atuação do profissional de enfermagem frente ao paciente na sua terminalidade.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo bibliográfico, que segundo Gil (2002) é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos e tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográfica.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em bibliotecas de Instituições de Ensino superior, públicas e privadas do município de João Pessoa – PB, utilizando como descritores: pacientes terminais, direitos e deveres, ética.

Coleta de dados

As informações utilizadas foram de dados obtidos através de livros, revistas científicas, e sites indexados; coletados no período de agosto a setembro de 2009 em fontes especializadas na temática em estudo.

Análise dos dados

Inicialmente foi realizada uma leitura exploratória que segundo Gil (2002, p. 77) “a leitura exploratória é um tipo de leitura do material bibliográfico que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa”, após isso foi feita uma leitura analítica que é realizada com base nos textos selecionados a fim de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas

ao problema de pesquisa, e posteriores um a leitura interpretativa, que objetiva relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução, através desta leitura procura-se conferir significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica (GIL, 2002). Depois disso foi-se possível elaborar o corpo do estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

A reflexão a qual nos debruçamos decorre de uma base de princípios bioéticos aplicados à saúde: beneficência, da não-maleficência, respeito pela autonomia, justiça bem como o da vulnerabilidade (NUNES, 2008). Cada qual com elementos específicos que favorecem nas decisões e intervenções da equipe de saúde para com o paciente terminal.

Segundo Piva e Carvalho (1993) dois grandes princípios morais estão envolvidos na atuação profissional que são o alívio do sofrimento e a preservação da vida. Estes princípios tanto se complementam quanto, em determinados momentos podem sobrepor-se um sobre o outro. E é durante a evolução da doença que devemos aplicar, de um modo seqüenciado de prioridades, os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Os dois primeiros são prioritários sobre os demais.

Quando existe a possibilidade de regressão do estado de doença do paciente, a beneficência prevalece, pois alguns tratamentos, mesmo com um certo grau de sofrimento agem na preservação da vida; mas de acordo com Engelhardt (1998), este princípio deve ser compreendido em estreita vinculação ao princípio da autonomia, reconhecendo-se a importância do respeito aos valores e crenças do paciente, e evitando-se a ocorrência de atitudes arbitrárias por quem detém o conhecimento técnico acerca da cura ou tratamento.

Em contrapartida, na fase terminal, a não-maleficência é que prevalece, pois a cura já não é mais possível e a aplicação de um tratamento mais agressivo trará ainda maior sofrimento. Sendo assim, as medidas tomadas são aquelas que proporcionam alívio do sofrimento em primeira instância. Portanto, quando um paciente entra num estágio em que a morte é inevitável, as condutas posteriores devem obedecer ao princípio da não-maleficência. A equipe de saúde deve atuar visando o conforto, e o alívio do sofrimento do paciente. Tendo por obrigação ética e moral a manutenção de um suporte emocional e de outras medidas visando a não-maleficência, questionando aquelas que sejam contrárias a tal objetivo (PIVA; CARVALHO, 1993).

Assim, lidar com o processo de morrer requer avaliação de aspectos psicológicos e espirituais para que o paciente e a família saibam lidar com a proximidade da morte.

Segundo Kovács (1992), “podemos destacar três tópicos no estudo da morte: medo de morrer, incapacidade diante da doença, necessidade de profissionais que acolham o paciente”. O medo de morrer é uma resposta psicológica em primeira instância e é o mais comum, caracterizando a dificuldade que temos em vivenciar e/ou falar sobre a morte.

Diante do paciente terminal tem-se a impressão errônea da incapacidade de não haver mais o que fazer para ajudá-lo. Todavia, é neste momento que o paciente tanto precisa de ajuda física quanto psíquica. Para tanto é necessário que haja profissionais de saúde dedicados a fornecer um maior cuidado de maneira humanizada garantindo uma morte digna e o mais confortável possível.

Potter e Perry (2007) refere os cinco estágios mencionados por Klübler Ross pelos quais o paciente terminal pode passar. O primeiro seria a negação, apresentada como uma defesa necessária para aliviar o impacto da notícia. O segundo é a raiva, que aparece após a assimilação do seu diagnóstico onde o paciente apresenta revolta por ser ele o escolhido, logo tenta achar um culpado por sua condenação. Já o terceiro estágio trata-se da barganha, onde o paciente tenta negociar seu tempo de vida através de promessas e orações. A depressão é o quarto estágio, momento em que o paciente faz uma reflexão de sua vida ficando quieto e pensativo. Por fim a aceitação, onde há paz e tranquilidade e não mais angústia. Nesse estágio o paciente procura finalizar assuntos inacabados, despedir-se de amigos e familiares e preparar-se para morrer.

No estágio terminal é importante um posicionamento mais claro e consistente acerca de direitos e deveres, tanto por parte do paciente, quanto da família e dos que lhes são próximos. Dentre os direitos do paciente tem-se: direito à verdade, direito ao diálogo, autonomia e decisão, terapia e benefício.

Segundo Fortes (2002) a informação é a base da fundamentação das decisões autônomas dos pacientes, necessária para que o paciente possa consentir ou recusar-se a medidas de procedimentos de saúde a ele propostos.

Diante do direito à verdade, diversas situações são postas como: contar ou não a verdade, seja com o intuito de poupar o paciente no aspecto emocional, seja para evitar uma depressão psicológica de conseqüência agravante para o estado geral, seja para não se envolver mais do que exigiria a objetividade clínica. Silenciar ou evitar o assunto, ou mesmo contornar a verdade, são atitudes que não anulam os sinais, mas, antes, exacerbam a expectativa do paciente diante de algo cujo alcance ele não pode compreender inteiramente (SILVA, 1993).

Só pode se auto-determinar, de maneira adequada, aquela pessoa que tiver pleno conhecimento dos fatos médicos ligados à sua doença. Para tanto, o acesso à verdade é essencial. (FANCISCONI; GOLDIM, 2003).

Isto nos indica que nem sempre evitar a verdade equivale a manter o paciente no repouso da ignorância, mas significa, na maioria das vezes, alimentar uma ansiedade e cultivar um estado aflitivo de dúvida. Todas as decisões, seja qual for o alcance que possuam, derivam primeiramente de uma relação da pessoa consigo mesma (SILVA, 1993).

Nessa perspectiva, omitir o paciente destas decisões é retirar o seu princípio de autonomia, o que pode levar a conflitos psicológicos, por isso é necessário antes manter uma relação de confiança que ultrapasse os procedimentos meramente técnicos.

O direito ao diálogo é de grande relevância, pois o desejo de falar, de ser ouvido e de obter resposta torna-se, em muitos casos, mais intenso porque o tempo passa a ter outro significado. Negar a possibilidade do diálogo nesta situação é desconhecer o fundamento existencial de uma experiência essencialmente humana e obscurecer o sentimento de dignidade que, nesta situação, expressa de maneira mais nítida a força emocional inerente ao sujeito. Seria ir contra um dos significados fundamentais do princípio da beneficência impedir que o paciente terminal, por sua livre vontade, confira à sua experiência um alcance mais amplo do que o sofrimento solitário, já que a partilha da experiência no diálogo com o outro é por si mesma um paliativo e até mesmo uma justificação (SILVA, 1993).

A dificuldade de estabelecer um diálogo com o paciente sem perspectivas de cura se inicia na própria comunicação do diagnóstico, quando é comum a ocultação de informação, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levá-lo a depressão, gerando um agravamento da doença (LEÃO, 1994).

Portanto é de fundamental importância que o enfermeiro faça uso do toque ao prestar cuidados a esses pacientes, bem como informar seus familiares sobre a situação clínica daquele.

O princípio da autonomia envolve a participação consciente do paciente no processo terapêutico. Os pacientes em fase terminal, em geral, não apresentam estados mentais que permita decidir sobre o tratamento o que torna o princípio de autonomia muito complexo. Nas situações em que não haja condições mentais, ou em caso de crianças, a família ou o responsável legal deve decidir (AZEVEDO, 2000).

A radicalidade da decisão implica um exercício mais profundo da autonomia, já que os fatores informativos detêm aí um peso menor e, em contrapartida, é grande o peso da

resposta à situação - adquire maior relevância o fato de a opção provir do sujeito autônomo. O grau maior de consistência propriamente ética da decisão acarreta um grau maior de respeitabilidade. Conseqüentemente, no plano da ética biomédica, assume extraordinária importância o direito que tem o paciente terminal de decidir sobre o decurso de sua história pessoal (SILVA, 1993).

Corroborando com o autor supracitado, um outro direito refere-se à terapia e o benefício, onde predomina a ética e ocorre quando as possibilidades clínicas chegam ao seu limite. Apesar de toda a evolução na ciência, os avanços tecnológicos da medicina por vezes tornam impreciso o limite das possibilidades terapêuticas. Os aparelhos que prolongam a vida, os meios extraordinários aplicados à manutenção das funções biológicas, o dever de envidar todos os esforços no sentido de impedir a morte, usando para isto todos os meios disponíveis.

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, mesmo tratando-se de órgão nobre. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer. A terapêutica, neste caso, torna-se fútil ou pressupõe sofrimento. E é nesse momento que a medicina de acompanhamento (também chamada de medicina paliativa) tem papel fundamental, para aliviar o sofrimento até a chegada da morte. O objetivo primordial desta forma de cuidado, (paliativo) é o de conseguir para a pessoa doente, em fase de incurabilidade, o maior conforto e bem estar, tanto físico como psíquico e afetivo (PEREIRA et al, 2009).

“Para tanto, tais cuidados fornecem o alívio de dores e sintomas angustiantes; não aceleram a morte, integram aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente, oferecem apoio para ajudar os pacientes a viverem de forma autônoma até o momento da morte, oferecem apoio para ajudar as famílias a enfrentarem a doença do paciente e o seu próprio sentimento de incompletude, melhoram a qualidade de vida” (POTTER; PERRY, 2007) .

Em contrapartida, os pacientes também possuem deveres a cumprirem tais como: levar em conta as prescrições terapêuticas, comportar-se de acordo com a orientação recebida, comunicar as alterações orgânicas, colaborar na interpretação da evolução do seu estado através de informações verdadeiras (SILVA,1993) .

Durante o cuidado ao paciente terminal é importante desenvolver um plano que o ajude a controlar a dor e os sintomas, manter a autonomia e alcançar o conforto espiritual, para que este possa morrer com dignidade. A maioria das equipes que trata de pacientes terminais tem a idéia de que as preocupações destes se restringem à dor e aos sintomas da doença, o que leva esses profissionais a excluírem do tratamento a dimensão existencial (GONÇALVES, 2001).

O enfermeiro ajudará o paciente e sua família a aprender a lidar com a morte estabelecendo uma presença atenciosa e a determinação da importância da perda.

Pois a enfermagem, que está direcionada à preservação da vida, também busca o alívio do sofrimento das pessoas nestas situações, buscando dar todo conforto ao paciente e proporcionando consolo aos seus familiares (PEREIRA et al, 2009).

Faz-se necessário também que o enfermeiro ofereça aos membros da família a garantia de que o seu ente querido foi tratado com carinho e solidariedade, assim como teve um suporte físico, emocional e espiritual no sentido de estimular a expressão do luto (POTTER;PERRY, 2007).

O enfermeiro deve evitar sempre as barreiras de comunicação, tais como: negar o luto do paciente, fornecer uma falsa confiança ou evitar a discussão de assuntos sensíveis, pois a meta do cuidado de enfermagem é direcionar tanto o paciente quanto as famílias rumo a uma resolução saudável do luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão permitiu ampliarmos nossos conhecimentos acerca do sentido ético da morte como parte da existência humana.

Mesmo quando se tem o diagnóstico, a morte não é encarada, na maioria das vezes, como um processo natural, já que vai além das funções vitais abrangendo uma série de fatores psicológicos, espirituais, sentimentais; fazendo necessário que a equipe profissional, com ênfase no enfermeiro, saiba lidar com tais aspectos da terminalidade de vida.

A atuação do enfermeiro diante do paciente terminal é apresentar estratégias de comunicação e uma presença atenciosa, a qual permite que o paciente seja melhor acolhido, visando otimizar as metas do cuidado. É neste vínculo entre profissional e paciente, que o enfermeiro procura aumentar a auto-estima e dignidade do paciente, ajudando-o a lidar com as terapias e tirando suas dúvidas a respeito de indagações que lhe possam surgir sobre o momento de vida e seu quadro clínico.

Para tanto, o bem-estar físico e emocional do enfermeiro é algo imprescindível, pois só assim poderá oferecer o suporte necessário tanto do paciente quanto dos seus familiares no processo de perda.

REFERÊNCIAS

ALBOM, M. **A última grande lição: o sentido da vida**. 19ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

ATKINSON, L. D., MURRIA, E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Koogan, 1989.

AZEVEDO, J.R.D. **O tratamento da fase terminal-parterl**. Boa saúde, 2000. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/realce/emailorprint.cfm?id=12766&type=lib>>. Acesso em: 20 set. 2009.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ENGELHARDT JR. H.T. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 1998.

FORTES, P.A.C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 2002.

FRANCISCONI, C.F.; GOLDIM, J.R. **Problemas de fim de vida: paciente terminal, morte e morrer**, 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>>. Acesso em: 20 set. 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, M.O. Morte e Castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. **Psicologia Ciência e Profissão**, n.1, ano 21, p.30-41, 2001.

KOVACS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEÃO, N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, B.W.(Org). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 137-147.

MAGALHÃES, M.J.B. et al. Sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do paciente terminal. **Nursing**, São Paulo. v. 105, n. 19, p. 89-93, fev. 2007.

NUNES, Lúcia. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Bioética**. Brasília. v.16, n.1, p.41-50, 2008.

PEREIRA, C.A.;et al. **Aspectos éticos e bioéticos em enfermagem no final da vida**. São Paulo: UNIP,2009.Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/etica-no-final-da-vida-enfermagem-doc-a20495.html>>. Acesso em: 20 set. 2009.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Bioética**, 1,p.139-144,1993.

POTTER, P.A.;PERRY,A.G. **Fundamentos de enfermagem**.7.ed.Rio de Janeiro:Elsevier,2007. p.606-634.

SANTOS,J.L.G. Ética profissional:conduta dos profissionais de saúde diante da vida e da morte.**Revista Intensiva**,São Paulo. n. 15,p. 17-22,ago./set.2008.

SILVA,F.L. **Direitos e deveres do paciente terminal**. Portal Médico,1993.Disponívelem:<URL:<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/direitdeve.html>>.Acesso em: 22 set. 2009.

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS QUANTO AOS SEUS DIREITOS E DEVERES

Kenia Anifled de Oliveira Leite¹
Ana Clara de Sousa Amorim²

RESUMO

O paciente possui direitos e deveres, e necessita conhecê-los, e o profissional por sua vez, além do conhecimento, deve assistir ao paciente envolvendo orientação sobre esta temática, respeitando-o e fortalecendo princípios éticos, como beneficência e autonomia. Os objetivos deste trabalho foram conhecer a percepção de pacientes hospitalizados quanto aos seus direitos e deveres; identificar o conhecimento que os pacientes possuem; conhecer a opinião dos pacientes quanto à vivência de seus direitos e deveres e relacionar os direitos que foram considerados mais importantes e os motivos desta escolha. O estudo exploratório, descritivo, e quantitativo e qualitativo foi realizado em um Hospital de Campina Grande – PB. Foi utilizado questionário semi-estruturado. Para os pacientes, 74% afirmam que conhecem os seus direitos e deveres, porém não descrevem como adquiriram provável conhecimento. Apenas 2,7% dos que dizem esta afirmativa apontam que conheceram pela busca de informações por interesse pessoal, ou por familiares. Para 26% não houve a vivência dos direitos ou apenas parcialmente. Direito a um atendimento de qualidade é o mais importante, e o dever de seguir orientações fornecidas pelos profissionais de saúde; 66% dos pacientes não receberam orientação acerca de direitos e deveres quando hospitalizados. Consta-se necessidade de ampliar a consciência sobre esta temática, e isto requer ações, como processo educativo envolvendo equipe de saúde e pacientes, além do exemplo cotidiano, obtendo um processo de cuidar, no qual exista, responsabilidade, cidadania, ética profissional e humanização, e envolva compromisso com o paciente, pois garantia constitucional e códigos legitimados não são suficientes para efetivar esses direitos na prática.

PALAVRAS CHAVES: Direitos do Paciente, Deveres, Ética, Cidadania.

¹ Enfermeira, Especialista em Serviços de Saúde Pública e em Saúde da Família, Docente da Faculdade de Ciências Médicas FCM - Campina Grande-PB. e-mail: kaleite@ig.com.br

² Enfermeira, Discente da Especialização em Saúde da Família pela FURNE/UNIPÊ. e-mail: anaclaramorim@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Direito é o conjunto de normas justas, que tem por objetivo paz entre as pessoas que vivem em sociedade, ele visa harmonizar as relações humanas, os interesses de cada pessoa com os das outras, prevenir e regular os conflitos no quadro de certos valores fundamentais próprios de uma sociedade ou de uma cultura (DURAND, 2003)

Compatível com tal compreensão, Oguisso e Schmidt (2007) descrevem que os direitos humanos procuram designar um conjunto de direitos universais os quais cada indivíduo pode recorrer pelo simples fato de pertencer ao gênero humano. Menciona inclusive que os Direitos Humanos devem ter primazia, sobre toda regra, toda lei, toda disposição ou toda prática estabelecidas por um poder, qualquer que ele seja. Nesse sentido, considera como direitos absolutamente fundamentais.

Buscando compreender a relação entre direitos e deveres e a condição do paciente, é necessário analisar que, antes de ser paciente, o indivíduo é um ser humano e como tal, está protegido pela declaração dos Direitos Humanos, que afirma que “todo homem tem direito a vida, a liberdade e a segurança pessoal” (ONU, 1948)

Em muitos países e lugares do mundo, ainda não se cumprem os direitos humanos, por isso Durand (2003) enfocam que os Direitos Humanos são direitos que nascem com o ser humano, direito do ser humano enquanto ser humano, portanto direitos fundamentais, imprescritíveis, universais.

Fortes (2004) mencionam a luta dos direitos do paciente, onde a primeira declaração destes direitos a ser conhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Monte Sinai, em Boston/USA em 1972.. Em 1979 houve uma manifestação pela comunidade Européia, onde a carta afirmou o direito do paciente hospitalizado a autodeterminação, o direito de aceitar ou recusar os cuidados que estes seriam prestados e sobre o seu atual estado de saúde.

No Brasil, o fortalecimento dos direitos sociais ocorre com a Constituição Federal de 1988 onde a saúde passa a ser vista como um direito universal, com garantia de pleno acesso dos usuários aos serviços, sem exclusão ou discriminação, propondo a democratização dos serviços de saúde com a participação popular através do controle social (AMADIGI; VERDI; ALBUQUERQUE, 2006).

Contudo, não existe um Código Brasileiro de Direitos do Paciente, porém vários textos legais abordam o assunto, incluindo, leis, jurisprudências, resoluções e declarações de princípios como: a Constituição Federal do Brasil, Código Civil Brasileiro, Código Penal

Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei dos Planos de Saúde e Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Código de Ética Profissional, Resoluções do Conselho Federal de Medicina, Normas de Pesquisa em Seres Humanos, Normas do Ministério da Saúde entre outras (TIMI 2003).

Em 1995 no Estado de São Paulo foram incluídos no seu Código de Saúde os direitos dos pacientes fundamentados na Lei Estadual nº 10241 promulgada em março de 1999. Antes disso, houve a emissão de uma carta pelo Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo que descrevia os direitos do paciente; posteriormente já construída a cartilha dos Direitos do Paciente pelas organizações autônomas não-governamentais e associação voluntária que atuam na assistência e na defesa dos direitos dos cidadãos portadores de patologia crônica, diferindo de outros documentos que abordam o tema, mas que foram elaborados por organização governamental ou associações de profissionais de saúde (FORTES, 2005).

Não obstante a esses direitos esparsos, o Ministério da Saúde editou uma Carta de Direitos do Paciente, e usuários da saúde a qual foi elaborada em consenso pelos Governos Federal, Estadual e Municipal e Conselho Nacional de Saúde pelo Ministério da Saúde em Brasília, a cartilha baseia-se em seis princípios básicos de cada cidadão: todo cidadão tem direito a ser atendido com ordem e organização; a ter um atendimento com qualidade; ser tratado como humano e sem nenhuma discriminação; deve ter respeitado os seus direitos; tem deveres de buscar o atendimento a saúde; e todos devem cumprir o que diz a carta dos direitos dos usuários da saúde, onde irá servir para que se conheçam tais direitos e ajudar o sistema de saúde com mais qualidade (BRASIL, 2006).

Apesar de todo argumento legal, o paciente necessita da vivência real e o conhecimento dos seus direitos e deveres, para assim usufruí-los; e estabelecer o exercício de cidadania, e isto tem se tornado questionável. É preciso ampliar a conquista dos direitos na saúde, para a manutenção da vida do paciente, buscando alternativas de respeito, comportamentos e da cooperação na prática cotidiana dos profissionais de saúde e dos próprios pacientes, tentando estabelecer assistência com qualidade real, considerando-se que o conhecimento acerca dos direitos e deveres do paciente podem contribuir para a concretização desta proposta.

Com isto, o presente trabalho tem como objetivos conhecer a percepção de pacientes hospitalizados em um Hospital no Município de Campina Grande - PB, quanto aos seus direitos e deveres; identificar o conhecimento que os pacientes hospitalizados possuem

acerca dos seus direitos e deveres; conhecer a opinião dos pacientes quanto a vivência prática de seus direitos e deveres; e relacionar os direitos que foram considerados mais importantes e os possíveis motivos para tal escolha.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com metodologia quanti-qualitativa apoiada na análise dos dados. Para Vidal (2004), abordagem quantitativa refere-se à quantificação, tanto na forma de coleta de informações, quanto na organização destas por uso das técnicas estatísticas. Já na pesquisa qualitativa trabalha além da operacionalização das variáveis, tentando-se estudar fenômenos baseados em crenças, valores, aspirações, motivos e atitudes; tentando-se responder questões mais profundas (MINAYO *et al*, 1997).

O estudo foi realizado em um Hospital no município de Campina Grande-PB, que é parte integrante de uma organização Médica e Social, sendo esta instituição esclarecida sobre a pesquisa proposta, ficando em sua posse uma cópia do Projeto de Pesquisa e, iniciada a coleta de dados após assinatura de um Termo Institucional para Autorização de Pesquisa pelo responsável da instituição.

A população do estudo foi composta por pacientes que estavam recebendo assistência à saúde no referido hospital; sendo que a amostra foi formada em obediência aos seguintes critérios: Estar hospitalizado na Instituição Hospitalar que foi local da pesquisa e dispor-se a participar espontaneamente do estudo. A amostra foi definida segundo o critério de saturação, o qual, para Turato (2003), é alcançado quando as informações coletadas passam a apresentar repetições em seu conteúdo. Para tanto os critérios estabelecidos foram rigorosamente observados objetivando preservar a homogeneidade ampla da amostra.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado com questões subjetivas e objetivas versando sobre os direitos e deveres do paciente. Os dados coletados foram organizados e analisados através das seguintes etapas; aos dados quantitativos foram aplicados procedimentos estatísticos, tais como, frequência e percentagem, e posteriormente tabulados pelo programa Word e Excel e para os dados qualitativos foram analisados e categorizados tendo como eixo norteador o que está estabelecido na literatura pertinente aos direitos e deveres do paciente, utilizando-se o método de análise de conteúdo proposta por Bardin (2002).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi realizada respeitando as normas que estão propostas na Resolução 196/96 que trata dos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, As pessoas que compuseram a amostra foram informadas sobre os objetos e os procedimentos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 27 pacientes, sendo 59% do gênero masculino, e 41% do gênero feminino. As faixas etárias compreendem variações entre 20 a 90 anos.

O tempo de hospitalização, foi variável, a maioria dos participantes (40,7%) estavam hospitalizados há cerca de 3 dias, porém existem aqueles que já estavam durante tratamento na instituição num período de 11 a 17 dias o que correspondeu a (7,4%) e no período de 4 a 6 dias (25,9%) e de 7 a 10 dias (25,9%). Para 88,8% dos pacientes pesquisados já houver experiências de hospitalização anteriores, em média de 10 dias de internação.

Quando o paciente é admitido em uma instituição hospitalar e passa a vivenciar a internação, inicia-se um processo de ruptura com seu ambiente familiar, e de relacionamentos bem estabelecidos ou de domínio próprio (PAULA, FUREGATO, ESCATENA, 2000). Portanto, o tempo de internação pode favorecer a reflexão acerca da vivência dos direitos do paciente, uma vez que estando hospitalizado se pressupõe que o paciente passará a vivenciar seus direitos e deveres.

CONHECIMENTO DOS PACIENTES ACERCA DOS SEUS DIREITOS E DEVERES.

Para 74% dos pacientes existe o conhecimento dos seus direitos e deveres, e destes apenas 2,7% justificaram porque admitem possuir este conhecimento:

“Procurei buscar esse conhecimento”. (02)

“Recebi informações através dos meus filhos.” (17)

A descrição desta informação limita-se ao interesse pessoal, ou a ajuda familiar, ou seja, em nenhum momento foi mencionado que as informações foram repassadas por meio de um profissional da saúde, ou Instituições Hospitalares nas quais já estiveram hospitalizados.

No aspecto legal do exercício profissional, o Código de Ética de Enfermagem estabelece no Capítulo I, no art. 20: “Que o enfermeiro deve colaborar com a equipe de saúde, esclarecendo a pessoa, a família e a coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento” (COFEN 2007). Isto nos remete a

análise de que para o paciente tornar-se conhecedor dos seus direitos é necessário o cumprimento desta responsabilidade estabelecida no Código de Ética de Enfermagem..

Conforme o conhecimento dos pacientes acerca dos seus direitos foram mencionados os seguintes:

“ Ser atendido com a atenção e dignidade”. (P 07)

“Ter atendimento digno, com respeito e responsabilidade”.(P 17)

“Receber a visita dos médicos e enfermeiras”. (P 06)

“Receber visitas...ter acompanhante”. (P 08)

Estes falas apontam mutuamente para o direito a uma assistência à saúde de qualidade; já que respeito, assistência profissional adequada, permissão para visitas, acompanhantes e tratamento com subsídios podem ser entendidos como assistência de qualidade.

Para Vacarri (2003), cabe dizer que os direitos inerentes à saúde e à assistência médica, são prestações proporcionadas pelo Estado de forma direta ou indireta, enunciados em normas constitucionais, com o escopo de oferecer melhores condições de vida ao ser humano, tentando assim a Constituição igualar os desiguais, na proporção das suas desigualdades, para aqui sermos fiéis ao princípio jurídico da igualdade e ao seu fundamento filosófico.

Os direitos do paciente são fundamentam a relação assistencial profissional-paciente de forma mais simétrica. Além disso, a relação conhecimento dos direitos e deveres favorece o respeito a eles, contribuindo assim para o avanço qualitativo no atendimento de saúde..

Quanto aos deveres do paciente apontados pelos participantes da pesquisa eles limitam-se aos seguintes:

“Obedecer as normas do hospital”. (P 03)

“Obedecer as ordens do médico e enfermeiro”. (P 16)

“Corresponder com o profissional, retribuir o bem com quem faz o bem”. (P 15)

“Ter educação no tratamento... Saber respeitar as pessoas”. (P 04)

Dentre os deveres mencionados, alguns são equivocados por limitarem a capacidade decisória do paciente, ou em alguns casos por reduzir sua autonomia onde não há fundamento para isto, como nas falas que mencionam como dever obedecer às orientações dos profissionais de saúde. O critério compreensivo e reflexivo acerca da palavra obedecer

pode favorecer a interpretação de que o paciente eximisse de seu direito de escolha ou decisório sobre sua saúde, passando a está num critério de certa submissão contínua a ação profissional.

VIVÊNCIA PRÁTICA DOS DIREITOS DO PACIENTE

Para 52% dos pesquisados na prática do atendimento à saúde os seus direitos são vivenciados, mas não há descrição pela maioria destes de quais seriam esses direitos, o que favorece uma possível interpretação de que não há tanta segurança nestas afirmativas:

“Sim, durante o atendimento prestado que é muito bom, tenho usufruído de tudo que tenho direito, enquanto estou internado.” (P 11).

Além disso, existem aqueles que afirmam usufruírem parcialmente de seus direitos (19%), e os que alegam não terem vivenciado esta prática(7%), e os que não opinaram(22%).

Avaliando as falas e a relação quantitativa e interpretativa observando o critério de que as afirmativas que mencionam parcialidade e as que negam ou desconsideram esta prática tornam-se equivalentes quantitativamente ao dado de que existe a vivência dos direitos. Assim, podemos pensar que existe na prática da assistência certo distanciamento ou dificuldades para que o paciente usufrua dos seus direitos de forma satisfatória ou plena.

Muitos desses direitos ainda são ignorados em virtude do paternalismo e do autoritarismo que vigora na área de saúde, o autor ressalta que o paciente não pode ser sujeito passivo da ação dos serviços de saúde, visto que ele possui autonomia, e deve tomar para si, como titular, todos os direitos que lhe pertencem. (FORTES,2005)

DIREITOS CONSIDERADOS MAIS IMPORTANTES.

a) Direito a atendimento bom, com atenção e no horário certo porque promove satisfação ao paciente.

“Ser bem atendido, se agente vem e é bem atendido fica satisfeito e se vem e não é, fica insatisfeito”. (P 13)

De acordo com Fortes (1998), existe a capacidade do ser humano decidir o que é “bom”, o que é “bem estar”, de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias, assim vale ressaltar que os pacientes hospitalizados evidenciam nos seus discursos, os direitos que para eles realmente são os mais relevantes. Portanto, o atendimento

de qualidade, definido pelos participantes como atendimento bom, atencioso, e comprometido é apontado como um dos mais importantes.

b) Direito a medicamento porque favorece tratamento mais eficaz

“Não adianta ser atendido sem medicamento”. (P 02)

Diante dos direitos, torna-se evidente o direito a medicação, visto que durante o processo de hospitalização é assegurado de modo permanente até a dispensa de medicamentos, todavia, faz-se necessário ampliar estas perspectivas no âmbito da saúde quanto à sua medicação uma vez que os recursos não são tão abundantes e não conseguem abranger todas as populações. (CARNEIRO et al , 2006).

c) Direito a acompanhante porque este colabora na recuperação do paciente

“Ter direito a acompanhante, por que é importante na recuperação do paciente”. (P11)

Geralmente, nas instituições de saúde, a visita é acompanhada da rotina da unidade a fim de não prejudicar a execução da assistência ao paciente em relação da impossibilidade de acomodação dos acompanhantes (SANTOS,2002). Tal interpretação associa-se a administração hospitalar, contudo o paciente requer atenção e cuidados por meio do acompanhante não apenas durante visitas, podendo contribuir para uma recuperação mais eficaz.

d) Direito a humanização no atendimento favorecendo relacionamento entre profissional e paciente.

“Direito a atendimento humanizado, que é a ponte de partida para um relacionamento bom entre ambos; paciente e profissional ”. (P 17)

Para Silva (2004) a assistência humanizada caracteriza a base do cuidar em enfermagem, e para tanto são necessárias algumas reflexões no sentido de ser solidário com o outro, valorizando o aspecto humano, prestar assistência dentro de uma visão holística, estabelecer uma relação de ajuda com empatia e, principalmente respeitando os direitos da pessoa hospitalizada.

e) Direito a ser atendido por profissionais capacitados porque favorece segurança ao paciente

“Ter um serviço de qualidade e seguro é o fato que vai me oferecer confiabilidade em relação ao estabelecimento”. (P 22)

A assistência prestada no âmbito hospitalar envolve uma equipe multiprofissional, onde ser torna necessário o conhecimento. Além disso, é dever do profissional de saúde, salientando o de enfermagem, sem, contudo excluir os demais, prestar atendimento com competência, responsabilidade, assegurando uma assistência livre de danos, ou seja, este dever profissional reflete em cumprimento direito do paciente (COFEN, 2007).

f) Direito a atendimento equivalente ao seu comportamento enquanto paciente

“Ser bem atendido, pelo meu comportamento, eu mereço isso”. (P 15)

Esta interpretação de receber atendimento equivalente ao comportamento não é considerado um direito do paciente, tendo em vista que é dever do profissional de saúde prestar assistência de qualidade. Contudo, é dever do paciente respeitar o profissional de saúde cooperando honestamente com e tratamento concordado (OGUISSO; SCHMIDT, 2007). Apesar de vários direitos terem sido mencionados, partes dos participantes não opinaram e isto pode ser analisado com a possível relação de desconhecimento ou até mesmo o aspecto desmotivador em não ter usufruído de forma satisfatória das ações concernentes aos direitos como pacientes.

RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES SOBRE DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

A maioria dos pacientes (66%) menciona que não recebeu informação quanto aos seus direitos e deveres ao ser hospitalizado, mas afirma que desejaria ter recebido tais orientações e justifica isto conforme descrito nos seguintes relatos:

“Porque é muito bom ser bem informado” (P08).

“Para saber melhor direito e deveres ” (P11).

O paciente bem informado tende a responder melhor o tratamento pela razão óbvia de poder segui-lo mais adequadamente, pois o paciente estará informado, educado, pois o nível de desinformação diminui gradativamente. (GAUDERER, 1991). Portanto, o cliente passará a contribuir ainda mais com seu tratamento, pois entende suas responsabilidades, bem como a dos outros integrantes deste processo de assistência à saúde, colaborando assim para o seu êxito.

Para 33% dos pacientes houve a afirmativa de que receberam informações quanto aos seus direitos e deveres e as consideram importantes, no entanto não sabem como explicar esta informação.

É responsabilidade do profissional de saúde, esclarecer ao paciente e estimular a compreensão e a adequada assimilação sobre o tema abordado, caso contrário o profissional de saúde estará sendo conivente com o desrespeito aos direitos do paciente (GAUDERER, 1996). Portanto a informação e o conhecimento são meios que permitem a vivência real de direitos e deveres. A falta de informação permite ações abusivas, de exploração, subjugação e dominação. Para que a pessoa possa cuidar de si, administrar seu corpo faz-se necessário, manter-se bem informada e lutar pelos seus ideais e crenças, e isto inclui a relação profissional de saúde paciente e direito e deveres de ambos. (CHAVES; COSTA; LUNARDI, 2004).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem procura ao longo da história vivenciar seus direitos, e assim estabelece também deveres. Neste ínterim, é despertada a relação entre assistência à saúde e o fato de se fazer cumprir direitos e deveres enquanto paciente, envolvendo também as ações do profissional de saúde com compromisso ético. Contudo, existe a necessidade de manter reflexões sobre a real compreensão e prática deste tema tão relevante.

Em congruência com estas idéias é que ao término deste estudo, pode-se conhecer que os pacientes estudados possuem percepção limitada acerca de seus direitos e deveres com enfoque direcionado para poucos direitos e uma justificativa reduzida e a forma que obtiveram esta informação o que aponta para o descumprimento do dever do profissional de saúde em favorecer o conhecimento do paciente e orientá-lo quanto aos seus direitos e deveres.

O paciente menciona os direitos que consideram mais importantes destacando principalmente o direito a atendimento com qualidade e humanização favorecendo relacionamento entre profissional e paciente. Quanto aos deveres destacam o fato da relação entre obediência as orientações dos profissionais de saúde, porém sem levar em consideração a autonomia do paciente, mas destacam o ato colaborativo e uma relação de educação durante a assistência recebida.

Durante a hospitalização os profissionais de saúde, devem favorecer aos pacientes sob seus cuidados os direitos pertencentes a estes, incluindo respeito, tolerância, acolhimento, educação em saúde, favorecendo comunicação de modo que todo o ser e o agir do profissional comuniquem compromisso ético, perpassando desse modo, um agir humanizado; isto porque a

garantia constitucional e os códigos legitimados não são suficientes para efetivar esses direitos na prática.

Assim, se destaca a necessidade de criar estratégias para atuação junto aos pacientes acerca desta temática e assim resgatar a cidadania, pressupondo que o homem deve absorver informações em quantidade, qualidade e rapidez, tornando-se mais exigente de seus direitos, bem como também cumpridor de seus deveres. Para isto, é necessário ser informando coletivamente divulgando pela mídia, pelas instituições de saúde, em instituições escolares sendo preciso o exemplo cotidiano com a prática dos profissionais de saúde, obtendo um processo de cuidar, onde esteja presente, a responsabilidade, a cidadania, a ética profissional e a humanização envolvendo-se num ato afetivo de compromisso com o paciente.

REFERÊNCIAS

AMADIGI, F. R.; VERDI, M.; ALBUQUERQUE, G. L. **Direito a Saúde: concepções e percepções dos trabalhadores no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.** In: 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2006, Salvador. Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador: ABEN, 2006. v. 1.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.8 p. (Série E. Legislação de Saúde).

CARNEIRO, A. D; MORAIS, G. S. N; SOUTO, M.C; COSTA, S.F.G.; BATISTA, P.S.S. **Compreensão de pacientes sobre seus direitos no âmbito hospitalar: um enfoque bioético.** João Pessoa. 2006. Disponível em <<http://www.cbconf.com.br/anaiscofen/pdf9/0116.pdf>>. Acesso em 26 de agosto de 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Porto Alegre: COFEN. Disponível em <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/cod_prof.htm> Acesso em 02 de agosto de 2007>.

CHAVES, P. L; COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L. **Texto e Contexto de Enfermagem: A Enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados,** Rio Grande, RS, v.14, n°01, p 38-43, 2004.

DURAND, G.: **Introdução Geral a Bioética: Historia, conceitos e instrumentos:** edições Loyola, editora Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brazil, 2003.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde.** São Paulo: EPU, 1998.

FORTES, P. A. C: Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção á saúde. **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Publica da USP e Associação Paulista de Saúde Publica. v.13,n.3,p.30-35,set-dez.2004.

FORTES, P.A. C: **Ética e saúde. Questões éticas, Deontológicas e Legais, Autonomia e Direitos do Paciente**. Ed. EPU, 2005.

GAUDERER, E. C. Direitos do paciente. **Arquivo Brasileiro de Medicina**. v.65, n. 3:p.183-186,1991.

GAUDERER, E. C. Direitos do paciente. **Arquivo Brasileiro de Medicina**. v.70, n.12: p. 627-630,1996.

MINAYO, M.C.S et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 7 Ed. Petrópolis: Vozes, 1997 .

OGUISSO, T. SCHMIDT, M.J. **O Exercício de Enfermagem: Uma Abordagem Ético-legal**. 2º Ed.atual e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.

ONU, **Declaração Universal dos Direitos Humanos**.Genebra, Suíça, 1948. Disponível em http://_www.larhbhi.ufsc.br.

SANTOS, S.R. **Administração aplicada à enfermagem**. 2 ed. João Pessoa: Idéia, 2002.

SILVA, L.N. A visão dos profissionais de enfermagem sobre os direitos da pessoa hospitalizada. Monografia do Bacharelado e Licenciatura plena em enfermagem - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2004.

TIMI, J.R.R. **O Médico e os Direitos do Paciente**. J. Vasc. Br, v 2, n 3 2003.

TURATO ER. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes; 2003.

VACCARI, F.C.A.S. **Rev. Humanidades: O direito fundamental a saúde e o dever do Estado em assegurá-la, sob pena de responder civilmente pela omissão**. Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 33-44, jan./jun. 2003.

VIDAL, A.C.B. **Fatores determinantes do desmame precoce no município de Alagoa Grande-PB**. 2004. Monografia (Graduação em enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.-PB.

PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL NO BRASIL: UM DIREITO A SAÚDE DO RECÉM NASCIDO

Ana Karina Lima Buriti¹
Janaína Regina Bosso²
Maria Amanda Guimarães Carvalho³

RESUMO

O desenvolvimento auditivo acompanha etapas graduais, o qual se inicia já na vida intra-uterina. A audição desempenha um papel fundamental nas etapas do desenvolvimento infantil, tais como a aquisição da linguagem oral, a integridade do desempenho educacional e preservação aos aspectos individuais, sociais e psíquicos da criança. O quanto antes as perdas auditivas forem detectadas, melhores serão as condições de reabilitação para a normalização de suas potencialidades. Frente a estes princípios, foi desenvolvido um programa de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), bem como o acompanhamento clínico dos recém-nascidos do Berçário de alto risco, através das emissões otoacústicas, conhecido pelo teste da orelhinha. Em algumas maternidades já existem a realização da Triagem Auditiva Neonatal com a finalidade de detectar a surdez precocemente. No levantamento de dados realizado nesta pesquisa, a legislação tem exercido um papel importante na ampliação de programas de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que é obrigatória em apenas alguns municípios e estados. Ultimamente têm sido elaboradas leis, que abordam a obrigatoriedade da TAN em Municípios, Estados e até no âmbito Federal. Visando colaborar para uma visão mais ampla sobre o assunto em questão, portando foi realizada uma investigação com o objetivo de verificar a implantação do Programa de Triagem Auditiva Neonatal na Região Nordeste em relação as demais Regiões do Brasil, identificando quais estados da região nordeste o programa de triagem auditiva neonatal torna obrigatório com a aprovação de leis Municipais e/ou Estaduais. Verificou-se ao final da pesquisa, que ainda se torna pouco o índice de leis aprovadas e que as leis existentes parecem ter implicado pouco na criação de serviços de TAN.

¹ Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral pela UNP e Especialista em Audiologia Clínica pela FIP. anak_buriti@yahoo.com.br.

² Fonoaudióloga. Mestre em Distúrbio da Comunicação pela USP. janainabosso@yahoo.com.br.

³ Fonoaudióloga. Especialista em Audiologia Clínica pelo ISEC.

INTRODUÇÃO

A audição é fundamental no desenvolvimento da linguagem oral, ou seja, é por meio dela que se pode assegurar a recepção da linguagem ao indivíduo. A perda auditiva é um fator que pode afetar as habilidades mentais, o aspecto lingüístico, o desempenho social e emocional do indivíduo. A identificação tardia da perda auditiva irá repercutir na capacidade de comunicação da criança, prejudicando o desenvolvimento normal, devido à plasticidade neural existente.

Algumas maternidades do país oferecem a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) para todos os bebês recém-nascidos, a fim de detectar a surdez precocemente. A Academia de Pediatria revela que três casos de 1.000 nascimentos apresentam perda auditiva acompanhados em berçários normais e de dois a quatro bebês a cada 1000 acompanhados em UTI's . A triagem refere-se ao um procedimento capaz de identificar em um grande número de indivíduos determinadas alterações na função testada, não sendo um método de diagnóstico, mas sim uma forma de identificar indivíduos que são suspeitos de possuírem doença e que exigem procedimentos de diagnósticos mais elaborados.

Em 1994, o Joint Committee on Infant Hearing juntamente com o Instituto Nacional de Saúde Americano criou o Guia de Triagem Audiológica Universal, endossou a introdução a todos os recém-nascidos, padronizando as etapas e orientações a serem seguidas, para a testagem audiológica.

A legislação tem exercido um papel importante na ampliação de programas de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que é obrigatória em apenas alguns municípios, onde todos os recém-nascidos já estão sendo triados. Ultimamente têm sido elaboradas leis, abordando sobre a obrigatoriedade da TAN em Municípios, Estados e até mesmo Federais. Em setembro de 2004 foi encaminhado ao Senado Federal um Projeto que tem como finalidade de realizar a TANU em todo Território Nacional.

A preocupação de elaborar leis que exigissem a realização de TAN surgiu há aproximadamente 10 anos, sendo São Paulo o primeiro município brasileiro a aprová-las em 1998.

Partindo de tais considerações, a proposta desta pesquisa engloba investigar a Implantação do Programa de triagem auditiva Neonatal no Brasil em relação à aprovação de Leis Municipais e/ou Estaduais com enfoque na região do Nordeste.

Neste sentido, o presente estudo possibilitará o conhecimento a cerca dos municípios e Estados do Brasil em que o programa de triagem auditiva neonatal torna-se obrigatória por lei, permitindo o destaque da valorização, cada vez mais evidente, da implantação da TAN com a responsabilidade da confirmação diagnóstica/intervenção.

REFERENCIAL TEÓRICO

A função auditiva tornou-se a base essencial não só para a aquisição da linguagem e desenvolvimento da fala, mas também para o desenvolvimento psicossocial e educacional. Portanto a audição é um dos sentidos mais importantes, pelo qual percebe-se e compreende-se sons complexos que ainda não foram explanados. No que se refere a deficiência auditiva em recém-nascidos a incidência no berçário comum (grupo de baixo risco para deficiência auditiva) varia de 1,6 a 6 para mil nascimentos, nos recém-nascidos egressos de berçários de alto risco é muito maior, em torno de 20 casos para mil nascimentos (WHITE; BEHERNS, 1993; BASSETTO, 1998; CHAPCHAP; SEGRE, 2001 *apud* BASSETTO, 2005). Entretanto, a identificação da perda auditiva é tardia, pela falta de conhecimento dos pais e até mesmo ausências de avaliações audiológicas que poderiam verificar perdas auditivas precocemente.

No Brasil, são estimados cerca de 3,2 milhões de nascimentos (IBGE, 2000). Considerando uma incidência média de 3 casos para 1000 nascimentos, teria-se em torno de 9.600 novos **casos** de deficiência auditiva a cada ano no país, isto com base em estudos (WHITE; BEHERNS, 1993; BASSETTO, 1998; CHAPCHAP; SEGRE, 2001). Atualmente existem 5.735.099 deficientes auditivos no Brasil (IBGE, 2000), que corresponde a 3,3% da população. Aproximadamente 20% têm entre 0 e 20 anos de idade, 40% têm entre 20 a 49 anos e 40% têm 50 anos ou mais (BASSETTO, 2005). Aproximadamente 0,1% das crianças nascem com deficiência auditiva severa e profunda (NORTHERN E DOWNS, 1991). Este tipo de deficiência auditiva é suficientemente severa para impedir a aquisição normal da linguagem através do sentido da audição. Mais de 4% das crianças consideradas de alto risco são diagnosticadas como portadoras de deficiência auditiva de graus moderado a profundo (ASHA). Aproximadamente 90% das crianças portadoras de deficiência auditiva de graus severo e profundo são filhos de pais ouvintes (NORTHERN E DOWNS, 1991).

As perdas de audição podem ser causadas por alterações em qualquer das partes do sistema auditivo. Segundo Northern e Dows (2005), a perda auditiva não tem uma causa única, mas são originadas por diversas etiologias, abrangendo fatores hereditários ou

congênitos, infecções, doenças ou situações traumáticas que afetam porções diferentes da orelha e mecanismos da audição.

O quanto antes a alteração auditiva for detectada, mais precocemente poderá haver intervenção médica e fonoaudiológica. A gravidade das alterações auditivas está, em geral, relacionada ao tempo que a perda auditiva permanece sem tratamento. Mesmo uma perda leve, se não detectada precocemente, pode acarretar alterações no desenvolvimento da criança.

A detecção precoce da deficiência auditiva é considerada atualmente fator crítico para melhores resultados no processo terapêutico. Além disso, o desenvolvimento auditivo adequado é fundamental para aquisição de fala e de linguagem permitindo os desenvolvimentos sociais, psíquicos e educacionais da criança (BASSETO, 1998, p. 289).

“Triagem auditiva é um procedimento simples e rápido que se aplica a um grande número de indivíduos e busca identificar aqueles que têm alta probabilidade de apresentar perda auditiva e necessitam de um diagnóstico audiológico completo” (AZEVEDO 2004, p. 604).

Segundo Hodgson (1994 *apud* LEWIS, 1996), a preocupação com a detecção e o diagnóstico precoce da deficiência auditiva, fez com que diversas experiências fossem iniciadas no que se refere à triagem auditiva neonatal. Vários problemas encontrados na eficiência da triagem neonatal fizeram com que se criasse o “Joint Committee of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, o American Academy of Pediatrics e o American Speech and Hearing Association, em 1969”. Desde então, o denominado “Joint Committee on Infant Hearing” (JCIH) 1994, publicou várias recomendações referentes à identificação de deficiência auditiva em neonatos, tanto nos critérios de risco a serem utilizados, quanto aos procedimentos de triagem auditiva neonatal a serem implantados em maternidades.

De acordo com a autora supracitada, a triagem auditiva neonatal tem a finalidade de identificar precocemente a perda auditiva, possibilitando intervenção fonoaudiológica imediata e deve fazer parte de um programa auditiva, incluindo prevenção primária que são medidas referentes a campanhas de imunização (contra rubéola, meningite e caxumba), conscientização e orientação à população e profissionais de saúde e educação para controles de fatores etiológicos; prevenção secundária menciona a identificação de perdas auditivas; e as prevenções terciárias que englobam a detecção de perdas auditivas irreversíveis.

Conforme Bassetto (2005), os primeiros programas de detecção precoce da deficiência auditiva no Brasil foram iniciados na década de 1980. Até então, a triagem

de neonatos vem sendo realizada em hospitais-escola, em programas de acompanhamentos e pesquisas, como também em hospitais privados e públicos.

Segundo Tochetto e Vieira (2006), em 1987, a Fonoaudióloga Doutora Marisa Frasson de Azevedo implantou o Programa de Triagem Auditiva e Acompanhamento de Neonatos de Risco na Universidade Federal de São Paulo, a escola Paulista de Medicina, onde os neonatos de Unidade de Terapia Intensiva eram triados e acompanhados através de observações de respostas comportamentais.

A fonoaudióloga Mestre Mônica Jubran Chapchap iniciou um programa de TAN no Hospital Albert Einstein (São Paulo) em Abril de 1998, fazendo uso do procedimento o PEAT. (GATANU, 2005).

Um grupo de Fonoaudiólogas, conduzido pela fonoaudióloga Mestre Mônica Jubran Chapchap, fundou a Gatenu, organização não governamental formada por especialistas da área, com a finalidade de aumentar a consciência da Surdez infantil no Brasil; divulgar a necessidade da realização da TANU; normalizar e padronizar os exames de EOAE's, PEAT e protocolo de TANU; cadastrar os serviços de TAN existente no Brasil; incentivar o aprimoramento das técnicas de triagem, diagnóstico e habilitação, etc (GATANU, 2005).

De acordo com Tochetto e Vieira (2006) em 14 de outubro de 1998 foi fundado o Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI). Este criou a primeira recomendação brasileira sobre a identificação, manejo, reabilitação e habilitação das perdas auditivas na infância, em 29 de novembro de 1999, abordando as justificativas para a detecção precoce da Deficiência Auditiva infantil, princípios de triagem auditiva e de diagnósticos e intervenção, com a colaboração dos Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), de Otorrinolaringologia, de Otologia, de Fonoaudiologia, Instituto Nacional de Educação de Surdos, Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS), Federação Nacional de Pais e Amigos de Surdos (FENAPAS).

Segre (2003, *apud* TOCHETTO; VIEIRA, 2006), em fevereiro de 2000, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) criou uma Força Tarefa para a prevenção da Deficiência auditiva, frente ao problema e a necessidade de diagnóstico e de intervenção precoce, cujo objetivo destaca a promoção e divulgação de ações quanto à prevenção de perdas auditivas na infância, destinadas à população em geral, pediatras, secretários de saúde dos Estados, Ministério de Saúde e Universidades.

O Joint Committee On Infant Hearing foi criado em finais 1969 e composto por representantes de audiologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, e de enfermagem, com a finalidade de fazer recomendações sobre a identificação precoce de crianças com risco de perda auditiva e triagem auditiva nestes recém-nascidos.

Ao longo da sua história, o Joint Committee On Infant Hearing explorou as complexidades da perda de audição e do seu efeito sobre o desenvolvimento da criança, procurando encontrar mais novos e melhores métodos para identificar e atender as crianças e suas famílias. Atualmente, o Joint Committee On Infant Hearing é composto por representantes da American Academy of Pediatrics, da Academia Americana de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cabeça e Pescoço, a American Speech Language Association audiência, a Academia Americana de Audiologia, o Conselho de Educação dos Surdos e Diretores Fala e da Audição Programas no Estado da Saúde e Bem-Estar Agências.

Em 1994, o Joint Committee on Infant Hearing juntamente com o Instituto Nacional de Saúde Americano criou o Guia de Triagem Audiológica Universal, endossou a introdução a todos os recém-nascidos, padronizando as etapas e orientações a serem seguidas, para a testagem audiológica (NÓBREGA, 1999).

Diefendorf e Weber (2001) mencionam que em 1982 e também em 1990, o Joint Committee on Infant Hearing defendeu a triagem auditiva em crianças por volta dos três meses de idade, mas não após os seis meses de idade.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos últimos anos têm sido elaboradas leis no Brasil versando sobre a obrigatoriedade da Triagem Auditiva Neonatal em Municípios, Estados e a nível Federal e o primeiro município brasileiro a aprová-las foi São Paulo em 1998 (TOCHETTO; VIEIRA, 2006).

A legislação tem desempenhado uma função importante na expansão de programas de TAN, que é obrigatória em apenas alguns municípios, onde todos os recém-nascidos já estão sendo triados e encaminhados. Nos últimos anos têm sido elaboradas leis, versando sobre a obrigatoriedade da TAN em Municípios, Estados e também no âmbito Federal. Em setembro de 2004 foi encaminhado ao Senado Federal

um Projeto que tem como objetivo instituir a TANU em todo Território Nacional .

Desde 1997 está em tramitação Projeto de Lei número 03842 de autoria do Deputado Inácio Arruda que deverá tornar a TAN obrigatória em todo o país. Em setembro de 2004 o Projeto foi enviado para o Senado Federal.

Analisando as leis que versam sobre a TAN aprovadas no País, muitas delas são cientificamente adequadas aos preceitos aceitos atualmente para a execução de programas da TAN. Em contrapartida, há leis que usam terminologia inadequada e mostram equívocos do ponto de vista científico.

A partir de então outros estados e municípios tentaram legislar sobre o assunto, porém não obtiveram sucessos, uma vez que só 16 municípios os projetos de lei foram aprovados.

De acordo com o Gatanu (2008), existem no País mais de 85 municípios que contam com serviços de TAN, mas nem sempre estas localidades existem leis que determinem a obrigatoriedade do procedimento. Entre eles estão incluídos municípios onde não houve tentativa conhecida de elaboração de projeto de lei e os que tiveram projetos vetados, arquivados ou que ainda estão em tramitação.

A seguir serão expostas tabelas que mostram dados referentes às Leis Municipais e Estaduais.

TABELA 1: Dados referentes às Leis estaduais

Estado	Lei nº
Paraná	14.588
Pernambuco	12.085
São Paulo	10 887
Rio Grande do Norte	8.863
Minas Gerais	14.312

Fonte: Pesquisa Direta/ 2008.

TABELA 2: Constatam dados referentes às Leis municipais.

Município (Estado)	Lei nº
Americana (SP)	3.773. 081
Brasília (DF)	2.794
Campinas (SP)	10.404

Campo Grande (MS)	3.461 Decreto 8.847
Florianópolis (SC)	454
Itapeva (SP)	1.923
Jahu (SP)	3.415
Juiz de Fora (MG)	10.153
Porto Alegre (RS)	9.381
Rio de Janeiro (RJ)	3.028
Santa Maria (RS)	4.787
São Paulo (SP)	12.556 Decreto 42.214
Maceió (AL)	252506
Uberlândia (MG)	8.311

Fonte: Pesquisa Direta/ 2008.

METODOLOGIA

No primeiro momento dessa pesquisa, foi realizado um resgate literário por meio de fontes como livros e artigos eletrônicos, para obter uma base teórica do assunto em discussão. Em seguida, foi efetuada uma pesquisa sistemática, documental do tipo descritivo, método qualitativo, indutivo

A coleta de dados foi técnica de documentação escolhida foi a direta extensiva e intensiva, onde realizou-se a investigação a respeito da aprovação das leis que torna obrigatória a realização da triagem auditiva neonatal nos estados e municípios da região Nordeste.

O presente estudo foi realizado por meio de pesquisas eletrônicas, contatos com os Conselhos de Fonoaudiologia (Federal e Regional) e com os Estados da Região Nordeste e fontes bibliográficas.

Para a determinação da amostra, a recente pesquisa observou dois aspectos, o primeiro foi a aprovação das leis municipais e estaduais no Brasil, e o segundo foi a aprovação das leis municipais e estaduais na região Nordeste. Posteriormente foi realizado um levantamento da legislação da triagem auditiva neonatal em toda Região do Nordeste.

O instrumento para a coleta de dados utilizada no estudo foi o levantamento por meio de pesquisas e contatos eletrônicos, com os estados e municípios e conselhos de fonoaudiologia.

Para obtenção dos dados foi necessário que o pesquisador, primeiramente, realizasse uma pesquisa sobre Triagem Auditiva Neonatal no Brasil e a realidade e conhecimento para a realização do procedimento nas Maternidades, logo depois, foi feito uma investigação da legislação que torna obrigatório a realização da Triagem Auditiva Neonatal em todo o Brasil, enfocando na Região Nordeste. Os dados foram tabulados e os resultados obtidos analisados.

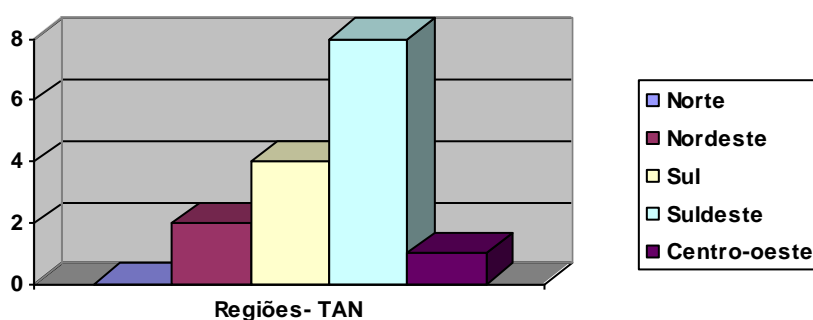
ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS

A análise da presente pesquisa tem início com a exposição dos dados obtidos no estudo em forma de gráficos que obedecem à disposição dos resultados, e posteriormente são correlacionados com os achados obtidos durante a pesquisa. Os resultados demonstrados a seguir correspondem na fundamentação aos objetivos planejados, isto é verificar a implantação do Programa de triagem auditiva Neonatal na Região Nordeste em relação as demais Regiões do Brasil. Este levantamento foi realizado através do contato via correio eletrônico, com profissionais responsáveis pelo serviço da TAN, Prefeituras municipais e contribuição de outros fonoaudiólogos.

Os dados pesquisados estão expostos nos gráficos 1 e 2, sendo os seguintes: a primeira tabela exhibe **o número de municípios em relação as regiões brasileiras, o qual a triagem auditiva neonatal torna-se obrigatória**, e a segunda tabela mostra os **o número de municípios em relação a região nordeste e o Brasil todo**.

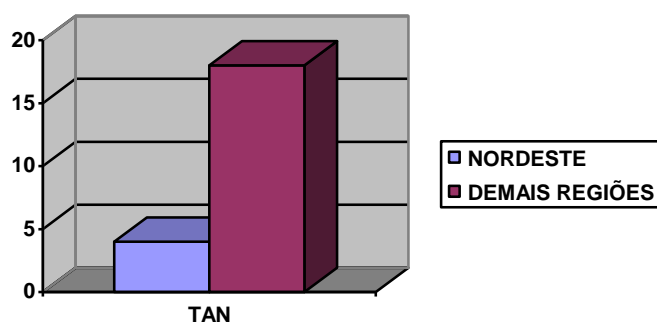
Abordar-se-à, a seguir, os dados colhidos e exibidos em tabelas juntamente com as leis e decretos de cada município.

Gráfico 1: Distribuição do número de municípios por região do Brasil em relação a legislação da TAN



O gráfico 1 mostra o número de municípios das Regiões Brasileiras em que torna obrigatória a realização da TAN, seguidos dos resultados, o qual observa-se o pouco resultado à a aprovação da Legislação da TAN. A região Sudeste foi a que mais tem apresenta alta aprovação de leis, com 8 municípios equivalendo 53%, a região Sul 4 com 26%, Região Nordeste 2 municípios com 14%, Centro-oeste 1 com 7% município e a região Norte não apresentou nenhum município com leis aprovadas.

Gráfico 2: Distribuição do número de Municípios e Estados em relação a Região Nordeste e demais regiões do Brasil, de acordo com a legislação da TAN



O gráfico 2 apresenta o número de municípios de acordo com a região Nordeste e as demais Regiões Brasileiras a respeito da aprovação da TAN, verificando que apesar de poucos resultados da legislação da TAN, a Região Nordeste apresenta bons números a respeito da obrigatoriedade da Triagem. No qual foi observado 4 leis aprovadas sendo 2 Estaduais e 2 municipais equivalendo a 20% do total de aprovações por todo o Brasil.

Vale salientar que o trabalho em questão se preocupou em pesquisar apenas a Legislação da TAN, não incluindo outros programas auditivos.

Em linhas gerais, a legislação do Rio de Janeiro (RJ) e de Brasília (DF) determina somente a realização de TAN. Já em Florianópolis (SC), Jahu e Guarulhos (SP) as leis prevêm a implantação de “Programa de Saúde Auditiva”, constituído por identificação de perdas auditivas, avaliação audiológica, diagnóstico médico, indicação e adaptação de próteses auditivas e atendimento fonoaudiológico (ano 2000). No ano seguinte a Lei 5.842, sancionada pela Prefeita Municipal Ângela Regina Heinzen Amin Helou, versou especificamente sobre TAN (Santa Catarina, 2001).

A Lei aprovada em Brasília reza que a omissão médica no cumprimento da Lei acarreta responsabilidade civil do profissional e da entidade de saúde. Segundo a Lei aprovada em Santa Maria (RS) deverá ser implantado Programa de Detecção Precoce da Deficiência Auditiva Infantil de acordo com as recomendações do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância.

Em São Paulo, a avaliação iniciou com o teste comportamental, atualmente a lei que obriga a utilização de outros testes que inclui EOA e PEAT. Apesar de alto custo de investimentos, a aprovação da legislação que reza pela obrigatoriedade, está crescendo, onde Municípios e Estados está aderindo para a realização da TAN.

É atribuição do Fonoaudiólogo implantar, coordenar e executar programas de TAN, atuando com outros profissionais da Saúde, e ainda divulgar a importância da detecção precoce da Deficiência Auditiva infantil. Ser ouvido e ter participação ativa na elaboração de leis sobre o tema é garantia de qualidade dos projetos que futuramente venham a ser redigidos.

No Brasil existem mais de 85 municípios que contam com o serviço de TAN, porém 15 localidades têm legislação determinando a obrigatoriedade deste procedimento. Entre eles estão incluídos municípios que tiveram projetos vetados, arquivados ou ainda estão em tramitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente existem métodos, denominado de triagem auditiva neonatal, capaz de avaliar a função auditiva do recém-nascido, com o objetivo de detectar precocemente perdas auditivas, fazendo parte da rotina em algumas maternidades. As crianças consideradas de risco para a deficiência auditiva devem ser submetidas a uma avaliação auditiva, como também a um acompanhamento audiológico.

Nos últimos anos têm sido elaboradas leis no Brasil tratando sobre a obrigatoriedade da Triagem Auditiva Neonatal em Municípios, Estados e a nível Federal, porém ainda torna-se pouco o número de locais que existem tal programa.

Os resultados obtidos na realização da pesquisa mostram a falta de leis aprovadas para a inserção de programas de TAN em todas as regiões do Brasil, em especificidade a Região Nordeste, que apresentando um resultado bom em relação ao número de Municípios que torna obrigatório por lei o programa, mobilizações por meio de autoridades e dos próprios profissionais deverão ser realizados, visto que a importância desse procedimento para a identificação precoce da Deficiência Auditiva.

Portando, é possível inferir que a instalação de programas de TAN independem da existência de Leis, já que há municípios onde a Lei não é cumprida e outros em que há serviços de TAN sem obrigatoriedade da Lei. Assim, as Leis existentes parecem ter influído pouco na criação de serviços de TAN. Entretanto, esta seria uma maneira de universalizar o acesso a esta triagem, o que certamente elevaria o índice de crianças deficientes auditivas beneficiadas pela intervenção precoce.

REFERÊNCIAS.

A CRIANÇA...Disponível em:
<<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3877&ReturnCatID=1787#Causas%20de%20Surdez%20em%20Crianças>>. Acesso em: 02/04/2008.

AZEVEDO, M. F. Triagem auditiva neonatal. *In*: FERREIRA, L.P; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004, p. 604-616.

AZEVEDO, M. F.; VIEIRA, R. M.; VILANOVA, L. C. P. **Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco**. São Paulo: Plexus, 2001.

BASSETTO, M C. A. Triagem auditiva em berçário.*In*: BASSETTO, M C. A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica**. São Paulo: Lovise, 1998, p. 289-293.

BASSETTO, M. C. A. Triagem auditiva em neonatos. *In*: LOPES. O. et. al. **Tratado de fonoaudiologia**. 2 ed. São Paulo: Tecmedd, 2005, p. 223-234..

CHAPCHAP, M. J.; RIBEIRO, F. G. M.; SEGRE, C. M. Triagem auditiva neonatal. *In*: FONSECA, V. R. J. R. M. **Surdez e deficiência auditiva: a trajetória da infância à idade adulta**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001, p. 59-92.

DURANTE *et al.* **A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro**. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/uplo ad/pdf/1058.pdf>>. Acesso em: 15/12/08, 2004.

GATANU- **Grupo de apoio à triagem auditiva neonatal universal**. Programas. 2005. Disponível em:<<http://www.gatanu.org>>. Acesso em: 02/05/2008.

GODINHO, E. de S. **Surdez e significado social**. São Paulo: Cortez, 1982.

GORDO, A. Distúrbio auditivos. *In*: ALAVARSE, E.; GUERRA, R. G. ; SACALOSKI, M. **Fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Lovise, 2000.

JERGER, S.; JERGER, J. **Alterações auditivas: um manual para a avaliação clínica**. São Paulo: Atheneu, 1998.

LASMAR, A.; LASMAR, M. F. Deficiência auditiva na criança: diagnóstico diferencial com outros distúrbios da comunicação. *In: CALDAS, N.; CALDAS, S. N. ; SIH, T. **Otologia e audiologia em pediatria.*** Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p. 199-207.

LEWIS, D. R. As habilidades auditivas do recém-nascido e a triagem auditiva neonatal. *In: ANDRADE, C.R.F. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco.*** v 1. São Paulo: Lovise, 1996, p. 149-168.

LICHTIG, I. Considerações sobre a situação da deficiência auditiva na infância no Brasil. *In: CARVALHO, R. M. M.; LICHTIG, I. **Audição: abordagens atuais.*** São Paulo: Pró-fono, 1997, p. 5-22.

NORTHERN, J. L.; DOWNS, M. P. **Audição na infância.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

PARRA, D. F.; SANTOS, J. A. **Metodologia científica.** 6 ed. São Paulo: Futura, 2003.

PARRADO, M. E. S. Emissões otoacústicas em recém-nascidos *In: BASSETTO, M C. A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica.*** São Paulo: Lovise, 1998, p.295-300.

PUPO, A.C. Deficiência de audição progressiva em crianças e jovens. *In: FERREIRA, L.P; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de fonoaudiologia.*** São Paulo: Roca, 2004, p. 645-655.

ROSLYNG-JENSEN, A. M. A. Importância do diagnóstico precoce da deficiência auditiva. *In: LOPES. O. et al. **Tratado de fonoaudiologia.*** 2 ed. São Paulo: Tecmedd, 2005, p. 329-339.

SEGRE, C.A. M. **Prevalência de perda auditiva em recém-nascidos de muito baixo peso.** Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000200002 > . Acesso em: 25/04/2008.

TOCHETTO, T.; VIEIRA, E. P. **Legislação brasileira sobre triagem auditiva neonatal.** São Paulo: Pró-Fono, 2006.

REFLEXÃO SOBRE ACESSIBILIDADE DE USUÁRIOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Aydlwla Moniq Barbosa de Santana¹

Alana Dionizio Carneiro²

Gilvânia Smith da Nóbrega Morais³

Alan Dionizio Carneiro⁴

RESUMO

A relação estabelecida entre serviço de saúde e usuários com necessidades especiais constitui-se num desafio para os cuidadores cuja formação é voltada para um atendimento generalizado, bem como, a errônea imagem moral destes usuários como pessoas incapazes, limitadas ou dignas de compaixão pode conduzir os profissionais de saúde à uma assistência preconceituosa ao invés de diferenciada. Ademais, um olhar do profissional para estes usuários pode levar a um sentimento de impotência, isto é, de incapacidade de cuidar destes pacientes, protelando sua assistência. Com base neste entendimento, este estudo de natureza reflexiva teve como objetivo: refletir a acessibilidade de usuários com necessidades especiais nos serviços de saúde. No decorrer desta investigação pode-se perceber que a expressão ‘pessoas com deficiência’ constitui um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Mas essas pessoas são produtivas para a sociedade apesar de suas limitações. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades. Em outro contexto polissêmico encontra-se o conceito de acessibilidade o qual pode referir-se à oferta de serviços adequados; ao acesso facilitado de usuários aos serviços; bem como, ao acolhimento do profissional para com o usuário em situação diferenciada, mediante um cuidado humanizado. Conforme este corolário e universo plural dos conceitos de portadores de necessidades especiais e acessibilidade, podemos compreender que a acessibilidade de usuários da saúde com necessidades especiais se faz não como um desafio ou um ato de fraternidade, mas como um exercício de cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com necessidades especiais. Acessibilidade. Serviços de saúde.

¹ Relatora. Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Paraíba. E-mail: aydlwla@hotmail.com

² Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Paraíba. E-mail: alana_lana@ymail.com

³ Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité. Pesquisadora do NEPB/UFPA. Mestre em Enfermagem. Cuité. Paraíba.

⁴ Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité. Pesquisador do NEPB/UFPA. Mestre em Enfermagem. Cuité. Paraíba.

REFLEXÕES INICIAIS

A saúde compreendida como um direito de todos rege-se pela presunção de uma igualdade formal, isto é, parte do pressuposto, que para o Estado brasileiro, não há distinção, preferência ou privilégios para com seus cidadãos. No entanto, tal princípio parece ser retamente direcionado pela Lei Federal 8080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde do Brasil, ao guiar o direito sanitário pelo fundamento da equidade (MIRANDA, 2005).

Ora, compreender o dever do Estado pelo princípio da equidade, que por sua origem significa procurar oferecer, a cada um, a justa medida que lhe compete, ou seja, tratar os desiguais de maneira desigual e os iguais de forma igual. Assim, a equidade é uma sinonímia para uma justiça material que busca concretizar o ideal constitucional de saúde para todos (AITH, 2006).

Neste sentido, a obrigação *prima facie* do Estado consiste em disponibilizar serviços de saúde pública que possibilitem, realizem, o acesso pleno dos usuários da saúde, de modo que, conforme suas necessidades específicas, possam ser cuidados. Eis que o grande instrumento da equidade na saúde é a acessibilidade (MIRANDA, 2005).

Partindo desta ótica, a relação estabelecida entre serviço de saúde e usuários com necessidades especiais constitui-se num desafio para os cuidadores cuja formação é voltada para um atendimento generalizado, bem como, a errônea imagem moral destes usuários como pessoas incapazes, limitadas ou dignas de compaixão pode conduzir os profissionais de saúde à uma assistência preconceituosa ao invés de diferenciada. Ademais, um olhar do profissional para estes usuários pode levar a um sentimento de impotência, isto é, de incapacidade de cuidar destes pacientes, protelando sua assistência.

Com base neste entendimento, este estudo teve como objetivo:

- Refletir a acessibilidade de usuários com necessidades especiais nos serviços de saúde

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo que tem a “finalidade de alcançar uma conclusão pessoal” sobre um determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2008, p. 175). Com o intuito de o presente trabalho atingir nível científico, procedeu-se a reflexão seguindo as qualidades básicas descritas por Fragata (1980).

A primeira qualidade que se buscou atender foi a **penetração**, para tanto aprofundando as questões a cerca da acessibilidade de usuários com necessidades especiais nos serviços de saúde, procurou-se atingir os aspectos pouco discutidos relacionados à temática a fim ampliá-los. Foi nesta fase do estudo que os autores desta pesquisa elegeram a acessibilidade de usuários com necessidades especiais nos serviços de saúde como ferramenta para a humanização que por sua vez se constitui em um direito do paciente.

Posteriormente, almejou-se ir até às últimas conseqüências, com **constância**, para realmente chegarmos à parte central do tema. Para tanto, realizou-se um levantamento sistemático e extensivo acerca do assunto proposto bem como se elaborou um esboço para subsidiar a reflexão atentando-se para a estrutura de um trabalho científico: introdução, desenvolvimento e conclusão.

Dada a modalidade de pesquisa, as partes desse estudo compreenderam as reflexões iniciais onde se contemplou a motivação para o desenvolvimento do trabalho, enfatizando a problemática e justificativa concernentes à acessibilidade de usuários com necessidades especiais nos serviços de saúde e, o objetivo; a trajetória metodológica onde descreveu-se as etapas operacionais relacionadas a um estudo reflexivo; a reflexão ética acerca da acessibilidade de usuários com necessidades especiais nos serviços de saúde em que se expôs, fazendo referência à literatura pertinente ao tema, a opinião das autoras dessa pesquisa sobre o assunto refletido; e as reflexões finais.

Posteriormente, na **precisão**, agiu-se com lógica, seguindo o rascunho preliminarmente determinado e sem se afastar dele. Atuando com calma procurou-se evitar o envolvimento dos autores desse estudo com o intuito de as suas emoções não prejudicarem o raciocínio.

É importante destacar que os pesquisadores levaram em consideração as observâncias éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos, como mostra os artigos a seguir:

Art. 88 – Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica.”

Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. (COFEN, 2009).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Inicialmente, para um melhor entendimento da temática, convém tecer comentários acerca de alguns conceitos categoriais: pessoa com necessidades especiais; e, acessibilidade.

Deste modo, segundo Bolonhini Júnior (2004), é imprescindível distinguir terminologicamente os seguintes termos: portador de necessidades especiais; pessoa com deficiência; e, incapacidade. Nestes termos, o portador de necessidades especiais é todo aquele indivíduo que nasce ou adquire alguma dificuldade física, psíquica ou fisiológica. As necessidades especiais, por sua vez, abrangem várias situações, tais como as que envolvem anomalias físicas como a do cadeirante; psíquica como a do esquizofrênico; fisiológicas como doenças crônicas; dificultando, assim, pela amplitude do termo, a identificação do usuário para um tratamento diferenciado. Enquanto que o conceito de deficiência refere-se a uma anomalia de uma estrutura ou função que pode ser psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade, como andar, escrever, realizar trabalhos braçais, dentro do padrão considerado normal para o ser humano

Tendo em vista a deficiência podemos conceituar deficiência física como: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da sua função física, e que se apresenta sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro com deformidade (BOLONHINI JÚNIOR, 2004).

Segundo o art.3º da lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, deficiência é “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Enquanto que para essa mesma lei incapacidade é “uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamento, adaptações, meios e recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações” necessárias ao seu bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade ser exercida.

É imprescindível salientar que pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Mas essas pessoas são produtivas para a sociedade apesar de suas limitações. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades (BERNARDES *et al.* 2009).

Não obstante ao conceito de deficiência que possui ao primeiro olhar inúmeras diferenciações, a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais considera a todos, o mesmo status, independente de ser deficiente, incapaz ou limitado quanto às funções psicológicas, físicas ou fisiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No que tange ao segundo conceito, 'acessibilidade', deve-se destacar também discrepâncias ou uma multiplicidade de sentido que este termo pode oferecer. Eis que acessibilidade pode significar: a oferta de serviços adequados; o acesso facilitado de usuários aos serviços; e, o acolhimento do profissional para com o usuário em situação diferenciada, mediante um cuidado humanizado.

Neste contexto, a acessibilidade considerada como oferta de serviços diferenciados permite considerar que esta demanda de serviços não faz mediante um número ou a abrangência da cobertura do setor saúde pelo estado brasileiro, mas pela qualidade destes serviços, integrando ao critério de profissionais capacitados e capazes para um atendimento individualizado e integral à pessoa com necessidades especiais.

Assim, essas instituições de saúde, muitas vezes, não estão preparadas para dar um atendimento diferenciado para essas pessoas que, dependendo de sua necessidade, podem requerer um especialista para seu atendimento. É importante destacar também que muitas instituições não têm estrutura física adequadas para atender esses usuários, como rampas e corrimão, piso anti-derrapante para assegurar a essas pessoas com necessidades especiais o direito de acessibilidade, dificultando assim seu acesso aos serviços de saúde.

A segunda perspectiva mencionada acerca da acessibilidade, ou seja, o acesso facilitado de usuários aos serviços, remonta para o léxico da Lei n. 10.098 de 19 de dezembro de 2000, que dispõe sobre a promoção da acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências ou mobilidade reduzida. Segundo a referida norma, a acessibilidade pode ser entendida como a criação de possibilidades e de condições para usufruto de qualquer bem (estrutura física e urbanística) ou serviço urbano, inclusive de saúde e de sistemas de comunicação, com segurança e autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ora, em face de não haver profissionais de saúde preparados para se relacionar ou comunicar-se com este cliente especial, que é o portador de necessidades especiais, este pode enfrentar situações limitadoras, arrefecedoras de sua autonomia, a exemplo de uma consulta da intimidade no consultório se o paciente ele tem alguma dificuldade na audição e tem que levar a companheira para explicar o que ele está falando, poderá limitar o que ele irá dialogar com o profissional (MARTINS, PEREIRA, 2005). Pois, expor sua vida íntima é muito difícil ainda mais se ele estiver feito algo não concebível na visão de seu acompanhante, prejudicando assim o bom andamento da consulta e o tratamento desse paciente.

Ainda, com base na referida lei sobre acessibilidade, podemos inferir para os serviços de saúde, a responsabilidade de fornecimento de acesso a tratamentos farmacológicos (bens) e terapêuticos de modo contínuo e eficaz, uma vez que, em geral, a limitação do usuário com necessidades especiais pode ser considerada crônica ou de longa permanência, o que demanda o compromisso de gestores na oferta contínua destes bens em acréscimo conforme um eficaz planejamento estratégico (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES.2000).

O último prisma em que podemos perceber a acessibilidade diz respeito ao acolhimento do profissional de saúde para com este usuário. Tal conotação não é apresentada por nenhuma norma específica para o atendimento a estes clientes. Antes, tal prerrogativa, erga omnes concerne à Política Nacional de Humanização, também conhecida por HumanizaSUS que tem como um de seus objetivos a melhoria na organização do sistema de saúde atual, por intermédio de valores que visam a valorização da dimensão subjetiva do ser humano, o respeito à autonomia do usuário, o convite à co-responsabilidade e à formação de vínculos solidários e participação coletiva da comunidade na construção dos serviços de saúde pública (FONTES,2004.).

Segundo Deslandes (2004), humanizar pode ser visto como uma oposição a violência seja ela física, psíquica, que pode gerar através desses maus tratos lesões tanto física como psicológica que pode ser irreversível ou pode ainda ser compreendida como um atendimento de qualidade onde a tecnologia anda de mãos dadas com o bom relacionamento profissional paciente.

No entanto o Ministério da Saúde (2004) define como “uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais.” Na política transversal humanização é traduzir um conjunto de tarefas e de deveres entre os profissionais de saúde e os clientes nos serviços de saúde. Para o programa nacional de humanização o humaniza SUS humanizar é reduzir filas e tempos de espera com um

atendimento acolhedor; é saber os profissionais que lhe dão assistência; é ter informação e poder acompanhar pessoas de sua rede social; é educação permanente para os profissionais (reciclagens).

REFLEXÕES FINAIS

Nesta guisa é importante destacar a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência e a lei n.º 7.853/89, que estabelece sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Além da Política Nacional de Humanização onde enfatizamos a comunicação como meio importante para um atendimento de saúde eficiente e de qualidade. Nesse pensamento é necessário que os profissionais sejam cada vez mais capacitados para o atendimento desses portadores de necessidades especiais. Para que os portadores de necessidades especiais tenham seu direito à acessibilidade, é preciso que os profissionais de saúde tenham em mente a política de humanização observando as necessidades desses portadores para que eles possuam um atendimento melhor e de qualidade, respeitando assim suas limitações.

Conforme este corolário, a acessibilidade de usuários da saúde com necessidades especiais se faz não como um desafio ou um ato de fraternidade, mas como um exercício de cidadania. Nesse sentido, convidamos o leitor a refletir se os profissionais de saúde compreendem a acessibilidade como instrumento político e de cuidados aos portadores de necessidades especiais na sua prática profissional?

REFERÊNCIAS

AITH, F. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et AL. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):31-38, 2009

BOLONHINI JÚNIOR, R. **Portadores de necessidades especiais**: as principais prerrogativas dos portadores especiais e a legislação brasileira. São Paulo: Arx, 2004.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & saúde coletiva**;9(1):714-714, 2004.

ELIAS, Margareth Pereira; MONTEIRO, Lúcia Maria Costa; CHAVES, Celia Regina. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3):1041-1050, 2008

FONTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, I. G. da S.; PEREIRA JÚNIOR, A. J. (Coords.). **Direito à privacidade**. São Paulo: Idéias e Letras, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil**: legislação compilada – 1973 a 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de humanização**: documento para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIÚZA, Nara Lúcia Gregório. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm USP**.p.41(3):411-8. 2007.

**REGISTROS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Amanda de Queiroga Lunguinho¹
Josilene de Melo Buriti Vasconcelos²

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento freqüente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cujo tratamento inclui medidas de reanimação cardiorrespiratória (RCR), que precisam ser registradas adequadamente no prontuário do paciente. Trata-se de estudo documental, retrospectivo, dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes que foram a óbito na UTI de um Hospital Universitário, cujos objetivos foram identificar os elementos registrados e analisá-los com base no protocolo de UTSTEIN e na legislação de Enfermagem vigente. A amostra foi composta por 32 prontuários. Os resultados mostram que 59,3% dos pacientes eram do sexo feminino, com idades superiores a 50 anos e tempo médio de internação de 23 dias. As doenças cardiovasculares obtiveram maiores registros (25%). Quanto aos diagnósticos de Enfermagem, observou-se ausência dos registros em 75% dos prontuários, assim como, nas causas imediatas da PCR (46,66%), ritmos cardíacos (48,5%), horários de ocorrência da parada (71,8%), medidas adotadas (46,8%) e medicações utilizadas no paciente (96,87%). A hora do óbito foi registrada em todos os casos. Observou-se coerência na qualidade dos registros conforme preconiza a legislação mencionada. Conclui-se que há necessidade de se ter um instrumento, com base no modelo UTSTEIN, para os registros de Enfermagem, tornando-os fiéis e pautados nos aspectos científicos, éticos e legais.

¹ Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba - UFPB

² Mestre em Enfermagem. Docente da disciplina Enfermagem em Emergência e UTI – DEMC/CCS/UFPB.

INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é um evento freqüente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que essas unidades assistem a pacientes, com instabilidade hemodinâmica acentuada. De acordo com Cintra, et al (2000) a PCR pode ser determinada como uma condição súbita de deficiência absoluta de oxigenação tissular seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória. Clinicamente, pode ser diagnosticada por: perda de consciência; perda de respiração e ausência de pulso carotídeo ou femoral. Caso o paciente esteja monitorado, os sinais eletrocardiográficos mostram a modalidade de parada apresentada. Alguns sinais precedem uma PCR como dor torácica, sudorese, dor precordial, sinais de baixo débito cardíaco, alterações neurológicas, escurecimento visual, cianose, lividez entre outros (CARDOSO, 2005).

A Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCR) corresponde ao conjunto de medidas realizadas com a finalidade de promover a circulação de sangue oxigenado aos órgãos vitais, até que as funções cardíacas e a ventilação espontânea sejam restabelecidas. (TIMERMAN et al, 1998). Vale ressaltar que hoje o termo é mais amplo englobando também ações que visam impedir a PCR.

Sabe-se que além do conhecimento científico os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, deve também ter consciência das suas obrigações, compreendendo e colocando em prática o que estabelece a lei do exercício profissional, seus direitos e deveres, priorizando uma assistência humanizada e digna (ASSUNÇÃO, 2005).

Segundo Baumann, (1999) apud Assunção (2005), o registro das intercorrências sofridas pelo paciente deve constituir a prática do exercício da enfermagem, não somente para acompanhar sua evolução, mas ainda como um meio eficaz de provar que o profissional de enfermagem proporcionou uma assistência apropriada ao paciente que está sob o seu cuidado. Mas o fato que prevalece é quase que um descaso nesse tipo de formalização de trabalho.

Considerando o exposto e mediante a experiência vivenciada durante o estágio prático da disciplina Enfermagem em Emergência e UTI, durante o qual pudemos observar e participar do atendimento a pacientes em PCR, percebemos que os registros de enfermagem eram insuficientes e não retratavam as atividades desenvolvidas por estes profissionais durante esta ocorrência. Daí surgiu o interesse em nos aprofundarmos sobre esta temática considerando-se que a PCR e a RCR são eventos complexos que exigem da equipe de saúde a prática de vários procedimentos que devem ser registrados de forma clara e objetiva, pois vão

proporcionar base para a avaliação da qualidade da assistência prestada, trazer visibilidade para a Enfermagem e respaldo legal para o profissional.

Objetivos

- Identificar os elementos abordados nos registros de enfermagem no atendimento à PCR e RCR, nos prontuários de pacientes que foram a óbito na Unidade de Terapia Intensiva;
- Analisar os componentes dos registros identificados com base no protocolo de UTSTEIN e na Legislação vigente.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e quantitativo dos registros de enfermagem efetuados nos prontuários dos pacientes que foram a óbito na UTI do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) no ano de 2007. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do referido hospital localizado na cidade de João Pessoa - PB.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2008, através da análise de prontuários arquivados no SAME, utilizando-se um instrumento com base no formulário UTSTEIN, que está dividido em três partes: dados de identificação do paciente; dispositivos pré-existentes na parada cardíaca e, análises das informações dos registros de enfermagem, onde foram retiradas as variáveis que serviram de suporte para análise dos elementos específicos a serem considerados nos registros pertinentes a PCR/ RCR. Da legislação de enfermagem que norteia os registros na profissão foram contemplados os aspectos relativos à qualidade das anotações, incluindo dados como exatidão, brevidade, legibilidade e identificação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW depois foi consultado o livro de admissão e alta de pacientes da UTI, onde foram identificados 139 nomes de pacientes, em seguida, foram levados ao SAME e solicitados os prontuários para análise. Destes, foram excluídos 85 prontuários por falta de localização e 22 prontuários por não apresentarem a documentação necessária para atender aos objetivos do estudo, sendo a amostra contida por 32 prontuários.

A análise dos dados ocorreu em observância à pesquisa documental, conforme as fases descritas por Bardin, s.d.(apud Gil, 2002): a primeira é a pré-análise, onde se procede à

escolha dos documentos e a preparação do material para análise; a segunda se dá através da exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação e, por fim, a terceira etapa constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados.

A análise dos dados foi quantitativa através do programa Microsoft Excel, versão Windows XP, através do índice de frequência e percentual, com representação por meio de gráficos e tabelas.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por 32 prontuários sendo 13 (40,62%) de pacientes do sexo masculino e 19 (59,37%) do sexo feminino. As idades variam de 18 a mais de 80 anos, sendo observada incidência maior em pacientes com faixa etária acima dos 50 anos. De acordo com Timerman et al. (2001) apud Assunção (2005), em relação ao fator idade, os piores resultados com relação aos óbitos por PCR ocorreram com pacientes nos extremos de faixa etária (0 a 10 anos e 70 anos ou mais), corroborando com os resultados encontrados.

Observou-se que o tempo de internamento prevaemente foi de até 23 dias, com 27 (84,37%) pacientes, seguidos de 24 a 46 dias com 5 (15,62%) de ocorrências. Siqueira et al. (2004) referem que a principal causa de uma internação prolongada é a idade avançada, visto que o idoso em decorrência da sua alteração fisiológica, bem como das doenças do aparelho circulatório, precisam de um período maior de internação.

Foram identificados 33 diagnósticos Médicos, os quais foram classificados de acordo com os sistemas do corpo humano. Pode-se destacar que a maioria dos diagnósticos registrados correspondem aos distúrbios cardiovasculares 8 (25%); 7 (22%) são relacionados aos distúrbios respiratórios; e 5 (16%) dizem respeito aos distúrbios infecciosos e parasitários. Corroborando com esses achados, dados do Ministério da Saúde mostram que, por grupo de causa, as doenças do aparelho circulatório lideram o ranking das doenças que mais matam homens e mulheres no Brasil. Em João Pessoa essa realidade não é diferente, as doenças do aparelho circulatório lideram o ranking com 33% das mortes, em seguida aparecem às neoplasias, 13% dos casos e em terceiro lugar estão os distúrbios respiratórios responsáveis por 12% das ocorrências (BRASIL, 2004).

Em relação ao registro dos diagnósticos de Enfermagem, apenas 8 (25%) dos 32 prontuários apresentavam diagnósticos feitos pelos enfermeiros de plantão. Sabemos que, quando os diagnósticos de enfermagem não são realizados muitas informações importantes sobre o paciente são perdidas e neste percurso o enfermeiro acaba esquecendo o significado da coleta de dados que realiza, suas interpretações e a avaliação dos resultados, conseqüentemente as intervenções acabam sendo falhas (FOSCHIERA; VIERA, 2004).

Os diagnósticos identificados foram: Padrão respiratório ineficaz; Risco para infecção; Risco para integridade da pele; Déficit de volume de líquido; Integridade da pele prejudicada e Mucosa ocular prejudicada. Entretanto, estes não correspondem ao momento da PCR/RCR propriamente dito, mas sim, a evolução diária realizada pelo enfermeiro da UTI. Isso mostra a fragilidade do serviço, no que diz respeito à identificação dos problemas de enfermagem relacionados à parada e reanimação cardiopulmonar.

Dispositivos pré-existentes na parada cardiopulmonar

Tabela 02 - Distribuição percentual dos registros realizados pelos enfermeiros nos prontuários dos pacientes que sofreram PCR/ RCR na UTI do HULW segundo os Dispositivos Pré - Existentes na PCR. João Pessoa, 2009.

<i>DISPOSITIVOS PRÉ - EXISTENTES NA PCR (n 97) *</i>		
	n	%
Ventilação Mecânica	25	25,77
Drogas Vasoativas	21	21,64
Acesso Venoso Central	19	19,58
Intubação	18	18,55
Traqueostomia	7	7,21
Acesso Venoso Periférico	5	5,15
Nenhum	2	2,06
Antiarrítmicos	0	0
TOTAL	97	100

FONTE: Pesquisa direta

* Frequência de ocorrência: um mesmo paciente apresentava mais de um dispositivo antes da PCR, numa média de 3,03 dispositivos por paciente.

O modelo UTSTEIN preconiza ser importante o registro dos dispositivos existentes no paciente antes de ocorrer a PCR, através dos quais se podem avaliar o grau de gravidade e dependência dos mesmos aos mecanismos de suporte de vida.

De acordo com os registros avaliados, observa-se que a maioria dos pacientes fazia uso de ventilação mecânica (25,77%), drogas vasoativas (21,64%), acesso venoso central (19,58%) e intubação orotraqueal (18,55%). A ventilação mecânica é considerada elemento básico de suporte de vida nas UTIs e a abordagem adequada dos ventiladores é fundamental para a recuperação dos pacientes críticos. Foi observado que dispositivos comuns em pacientes internados não foram registrados fidedignamente, pois não é comum encontrar pacientes internados em UTI sem ter pelo menos algum tipo de acesso venoso periférico, por exemplo. Essa falta de informações confiáveis sobre a realidade do paciente, além de retratar a fragilidade da equipe de enfermagem pode levar a interpretações erradas por parte de quem está utilizando o prontuário, podendo resultar em ações que causem danos ao paciente e conseqüentemente comprometer o trabalho da equipe de saúde, no que diz respeito ao campo ético e legal da assistência.

Informações referentes aos registros de enfermagem na PCR/RCR.

Em relação aos registros referentes à Reanimação Cardiorrespiratória foram avaliados os seguintes parâmetros: causas imediatas da PCR; registro da tentativa de reanimação; ritmos de PCR apresentados; registro das horas dos eventos; registro das drogas utilizadas e os registros dos profissionais envolvidos na Reanimação.

Pôde-se observar que 15 (42%) dos prontuários examinados não constavam registros das causas imediatas que precedem a PCR, o que reforça a idéia de que os enfermeiros estão deixando de anotar informações importantes pertinentes ao evento. Caso esses registros fossem realizados contribuiriam como fontes de dados para pesquisas e serviriam para tornar o atendimento da equipe de saúde mais rápido e eficaz.

Quanto ao registro das tentativas de reanimação cardiorrespiratória pelos enfermeiros foram encontrados em 17 (53%) dos prontuários analisados, enquanto que 15 (47%) prontuários não mencionavam essa informação. Todo este processo e conseqüente proposta de conduta devem ser registrados e justificados no prontuário do paciente, para garantir conduta ética e respaldo legal da equipe de enfermagem e também como forma de especificar em quais pacientes foram tentadas as manobras de reanimação. Entretanto, quando não houver este consenso e quando a situação do paciente indicar a RCR, é imprescindível

realizar as devidas anotações para constatar a sua realização, inclusive o número de tentativas realizadas.

Verificou-se que 17 (53%) dos prontuários não apresentavam registros sobre os ritmos de PCR apresentados. Por outro lado, 15 (47%) dos prontuários apresentavam registros como bradicardia e assistolia. Segundo a força tarefa do UTSTEIN é importante que se registre o ritmo inicial de PCR que foi evidenciado no paciente e se for mais de um, que esses ritmos sejam enumerados. Com isso é possível, conhecer os ritmos de parada cardíaca mais comumente encontrada em um determinado serviço hospitalar podendo promover discussões sobre atualização e treinamento das equipes de médicos e enfermeiros para o melhor preparo no atendimento desse tipo de situação crítica (AVANSI, 2007).

De acordo com Bertoglio et al (2008) o mecanismo de parada cardíaca mais comum é a fibrilação ventricular (FV), que responde por até 80% dos casos. Comparando aos dados expostos podemos questionar se houve falha da enfermagem em descrever este ritmo cardíaco, já que em nenhum dos prontuários foi mencionado essa modalidade de PCR, que é a que ocorre mais comumente.

Outro parâmetro avaliado foi à existência de registros sobre a hora em que ocorreram os eventos. Dos 32 registros de prontuários avaliados 9 (28%) apresentaram o registro da hora que a PCR foi confirmada; 4 (13%) registraram a hora que a via aérea foi obtida e em todos os registros foi encontrada a hora do óbito do paciente.

O modelo UTSTEIN refere que o registro da hora desses eventos é de extrema relevância se tratando de PCR/RCR já que, permite uma avaliação detalhada do comprometimento da equipe com a assistência prestada, servindo também como fonte de dados para pesquisas, auditorias e de respaldo legal para o profissional, caso seja necessário.

Outro registro que nos chamou a atenção foi o registro das medicações. Verificou-se que, dos prontuários analisados apenas 1 (3%) tinha algum registro das medicações utilizadas no paciente, enquanto que 31 (97%) dos prontuários não apresentavam esse registro. O UTSTEIN indica ser necessário não somente o nome e a dose das principais medicações utilizadas, mas a hora da primeira medicação intravenosa ou endotraqueal, a hora do término de administração da primeira dose de adrenalina ou outra medicação.

De acordo com a *American Heart Association*, a farmacoterapia deve ser realizada seguindo rigorosamente as indicações/precauções, cabendo a equipe de enfermagem administrar o medicamento, após solicitação médica, levando em consideração o nome da droga, dosagem, via e intervalos de administração. É também de responsabilidade da equipe

de enfermagem realizar o registro completo das informações como nos adverte a resolução COFEN n° 225 do art. 3° (ASSUNÇÃO, 2005).

Com relação ao registro dos profissionais envolvidos na RCR observou-se que em nenhum prontuário havia esse tipo de anotação, o que denota uma falha no registro, conforme recomenda o modelo UTSTEIN, quando afirma ser necessário identificar quais os componentes da equipe de saúde estavam presentes e prestaram cuidados ao paciente. Além disso, a PCR/RCR é uma situação que envolve todos os membros da equipe de saúde, necessitando de equipe integrada que garanta o mínimo de falhas no decorrer do atendimento ao paciente e a prevenção de todo e qualquer desvio que possa ocorrer durante o processo (SILVA; PADILHA, 2001).

Características dos registros de enfermagem

Com relação às características dos registros de enfermagem nos prontuários foram observados os seguintes elementos: **Categoria profissional; Horário de início do registro; Letra legível e clara; Concisão; Organização; Siglas e abreviaturas; Erros sem ocultar o original e Assinatura e número do COREN.**

Ao analisar os 32 prontuários constatou-se que 100% dos registros foram realizados pelo enfermeiro do serviço. Fontes (2003) apud Assunção (2005) diz que a identificação do profissional após o término das anotações é um aspecto relevante que formaliza o comportamento ético e legal do profissional, uma vez que todo registro realizado no prontuário do paciente se constitui num documento e, conseqüentemente, implica em responsabilidades.

Foi observado que em relação ao horário de início dos registros, 29 (91%) dos prontuários continham horário e 3 (9%), não foi registrado. Segundo Fontes (2003) apud Assunção (2005) o horário é um dado importante para assegurar a exatidão do registro, principalmente quando se trata de uma avaliação inicial, visto que o estado do cliente pode variar com o tempo. As anotações de enfermagem devem iniciar mencionando o horário de forma confiável da realização de cada procedimento, a cronologia de acontecimentos com o paciente é essencial para a continuação dos cuidados e previsibilidade de prováveis intercorrências (LUZ; MARTINS; DINEWICZ, 2007).

Levando em consideração a parte escrita dos registros, verifica-se que 27 (84%) tinham letra legível e clara e apenas 5 (16%) não apresentavam essas características. Esses resultados demonstram que a maioria dos enfermeiros da UTI possui destreza para executar

uma adequada caligrafia em suas anotações. A letra é um aspecto importante nas anotações de enfermagem, tanto no aspecto legal quanto na auditoria em saúde.

Em relação à concisão verificou-se que 24 (75%) foram considerados concisos e 8 (25%) não obtiveram concisão. Segundo Potter; Perry (2004), só há concisão em um relatório quando o mesmo apresenta informações exatas e essenciais. Neste aspecto Assunção (2005) afirma que o registro da enfermagem na PCR/RCR é uma tarefa complexa, visto que vários elementos devem ser anotados de forma cautelosa, como destaca o modelo UTSTEIN. Desse modo torna-se difícil conciliar o item concisão com a demanda de informações necessárias. É imprescindível que o profissional tenha realmente muita aptidão para descrever todos os itens necessários durante o episódio, mantendo a concisão, a clareza e a exatidão nas informações.

Para atender essa condição o modelo UTSTEIN consegue proporcionar condições para que o profissional de enfermagem possa realizar o registro da PCR/RCR de forma concisa e organizada visto que ele envolve variáveis relacionadas ao paciente, ao evento e aos resultados (ASSUNÇÃO, 2005).

Em relação à organização observa-se que 26 (81%) dos registros estavam escritos de forma organizada, o que facilitava o entendimento e 6 (19%) prontuários não continham essa característica e apresentavam-se de forma desorganizada dificultando o entendimento do registro. Segundo Assunção (2005), é evidente a importância dos registros de enfermagem, entretanto, sua elaboração deve apresentar-se de modo organizado para que outros componentes da equipe possam interpretá-los de forma clara, evitando falhas por falta de entendimento.

De acordo com o uso de siglas e abreviaturas verifica-se que em 9 (28%) dos registros apresentavam-se com siglas e abreviaturas e 23 (72%) não continham siglas ou abreviaturas. Vale ressaltar que as abreviaturas encontradas permitiam a compreensão, mostrando que em relação a esse item os profissionais estão zelando pelos registros.

O uso de siglas e abreviaturas é válido, principalmente em eventos complexos que dispõem de muitas categorias a serem anotadas como é o caso da PCR/RCR, mas somente se as mesmas forem uniformizadas, conhecidas de todos os profissionais facilitando assim o entendimento da equipe de saúde e de todos que tiverem acesso ao registro.

No item Erros sem ocultar o original identificou-se que 1 (3%) prontuário tinha erros de registro e que esses não foram ocultados. Todavia, em 31 (97%) prontuários não foi identificado nenhum tipo de erro, fato que pode ser considerado positivo mostrando o envolvimento da equipe de saúde com a assistência prestada. Os registros devem ser

corrigidos de modo a não obscurecer o registro inicial, destacando que o método mais utilizado envolve o desenho de uma linha sobre o item incorreto (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSELY, 1993).

Quanto à assinatura do profissional e número do COREN, 31 (97%) dos registros estavam assinados e com o número do COREN e apenas 1 (3%) não continha assinatura. Dos registros que estavam assinados dois estavam incompletos apenas com a assinatura do profissional. Vale salientar que todos esses registros foram realizados pelo enfermeiro do serviço.

Segundo Oguisso (1975) apud Assunção (2005) os registros mostram a qualidade da assistência prestada, caso seja necessário utilizá-lo na defesa legal, ele representa o testemunho escrito tanto do médico como de todo aquele que prestou assistência sendo, portanto, de grande valia a assinatura mais o número do registro do profissional.

CONCLUSÃO

O registro de Enfermagem consiste num documento que serve para mensurar, avaliar e garantir a continuidade da assistência prestada ao paciente, de forma que a sua falta ou a presença de registros contendo informações incompletas é um dado preocupante, mediante a sua importância do ponto de vista ético e legal.

Os dados concernentes aos dispositivos pré-existentes na PCR confirmam o perfil de pacientes graves que requerem o uso de vários equipamentos de suporte à vida, notadamente para manutenção do equilíbrio hemodinâmico e respiratório dos pacientes. Com relação aos registros sobre o procedimento de reanimação cardiopulmonar foram constatados índices elevados de ausência de registros sobre causas imediatas da PCR, ritmos cardíacos apresentados, horário de ocorrência da parada e de medidas adotadas, a exemplo das medicações utilizadas no paciente, porém a hora do óbito foi registrada em todos os casos.

A análise dos prontuários confirma as dificuldades enfrentadas por pesquisadores na realização de estudos retrospectivos de RCR, diante da escassez de dados registrados, impossibilitando a coleta. A presença de bons registros pode colaborar no aprimoramento e na avaliação da atuação da equipe, como também, de estudos de sobrevida e prognóstico em ressuscitação cardiopulmonar. A dificuldade em efetuar esses registros pode ser atribuída à falta de uma padronização no serviço para realização de tal atividade, o que poderia ser minimizado com a adoção de um modelo de formulário apropriado.

REFERENCIAS

ASSUNÇÃO, C. R. **Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de Enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola no Paraná.** Ano 2005. Disponíveis em: <http://biblioteca.universia.net/irARecurso.do?page=http%3A%2F%2Fwww.theses.usp.br%2Ftheses%2Fdisponiveis%2F22%2F22132%2Ftde-20062005>. Acesso em: agosto de 2008.

AVANSI, P. A. **Tradução e Validação para a língua portuguesa do ``In-hospital Utstein Style``.** 2007. 92f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BERTOGLIO, V. M. AZZLIN, K. SOUZA, E. N. RABELO, E. R. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2008.

BUENO, L. O.; GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D., et al. **Avaliação dos índices prognósticos SOPA e MODS em pacientes após parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva geral.** RBTI, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade.** 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/c04.def> . Acesso em: fev de 2009.

CARDOSO, F. L. **Padronização do Atendimento à Parada Cardiorrespiratória no hospital Sírio-Libanês.** Ano 2005. Disponíveis em: http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/diretrizes_assistenciais/pdf/parada_cardiorespiratoria.pdf. Acesso em: julho de 2008.

CAVALCANTE, T. M. C.; LOPES, R. S. Atendimento à parada cardiorrespiratoria em unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein. **Acta Paulista de Enfermagem.** v.19 n.1 supl.1 São Paulo jan./mar. 2006.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao paciente crítico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FOSCHIERA, F.; VIERA C. S. - O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: jan 2009.

GIL, A. **Como elaborar projeto de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

IYER, P.W. TAPTICHI, B.J.; BERNOCCHI-LOSELY, D. **Processo e diagnóstico em Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave.** 3ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm> . Acesso em: dez 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Registro e relato. In: **Grande tratado de enfermagem prática**. 2. ed. São Paulo: tempo, 2004.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev Esc Enferm USP** 2001.

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R.C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L.R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2004.

TIMERMAN, A; SANTOS, E. S. Parada cardiorrespiratória. **Revista da sociedade de Cardiologia** do estado de São Paulo, vol.8, n4, julho/agosto, 1998.

TIMERMAN, S; PAIVA, E; TARASOUTCH, F. Suporte Avançado de Vida: Implantação no Brasil e sua essência. **Revista da Sociedade de cardiologia do estado de São Paulo**, vol.8, n.4, julho/agosto, 1998.

ZANINI, J; NASCIMENTO, E. R. P; BARRA, D. C. C. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: conhecimento da equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. vol 18. n 2. São Paulo. Apr./June 2006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27/05/2008.

RELEVÂNCIAS ÉTICA EM PRODUÇÃO CIÊNTEFICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS EM FONOAUDIOLOGIA

Ana Karina Lima Buriti¹
Isabelle Cristinne Pinto Costa²
Lorrayne Félix de Lima³
Solange Fátima Geraldo da Costa⁴

RESUMO

A fonoaudiologia como uma profissão e especialidade da área da saúde tem muitas áreas de interesse bioético, e uma das questões envolvidas é a realização de pesquisas que deve ser adequada aos princípios básicos de todo e qualquer projeto de investigação em seres humanos, sendo, portanto, relevante a capacitação dos pesquisadores, a adequação metodológica dos projetos de pesquisa, a obtenção de Consentimento Informado de todos os participantes e sua avaliação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa. Diante do exposto, o presente estudo teve o objetivo de investigar as observâncias éticas contempladas na produção científica de pesquisas envolvendo seres humanos em periódicos on-line da Pró-Fono - Revista de Atualização Científica da área de Fonoaudiologia, no período de 2005 a 2009, inseridos na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). A amostra do material empírico da pesquisa foi constituído por 154 artigos, sendo 11 relatos de caso; 3 estudo de caso e 140 Artigos originais de pesquisa, ambos envolvendo seres humanos. Percebeu-se nesta pesquisa que as publicações científicas na área da fonoaudiologia ainda se encontra irrelevante aos aspectos éticos envolvendo seres humanos, sendo necessário que os profissionais busquem desenvolver e ampliar os espaços de reflexão sobre os aspectos morais e bioéticos envolvidos na prática da pesquisa em Fonoaudiologia. Espera-se portanto, que este estudo possa subsidiar o fonoaudiólogo em uma competência técnica, atuante nos aspectos clínicos, que necessita de uma visão ética de respeito ao paciente ou seus familiares frente a dilemas morais que surgem nas atividades de atenção a saúde, bem como, nos aspectos na pesquisa, visando resguardar os direitos das pessoas participantes de projetos, no que se refere a proteção a riscos, desconfortos, privacidade e abusos de qualquer espécie.

¹ Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Oral pela UNP e especialista em Audiologia Clínica pela FIP. anak_buriti@yahoo.com.br

² Fonoaudióloga. Acadêmica de Enfermagem. Especializanda em Saúde coletiva com ênfase no PSF. belle_costa@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem da UFPB. Aluna bolsista do PIBIC. lorryne.fl@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem pela USP. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UFPB. solangefgc@gmail.com

INTRODUÇÃO

Historicamente, a investigação científica teve seus primórdios há mais de quatro séculos, considerando-se, inclusive, que alguns princípios éticos como a beneficência, confidencialidade e não maleficência já eram relevantes para a prática médica desde o tempo de Hipócrates.

No entanto, a pesquisa envolvendo seres humanos de forma eticamente planejada é bem mais recente, data do século passado. Foi somente em 1947 que o mundo teve a primeira normatização sobre pesquisa científica em seres humanos, por meio do Código de Nuremberg (Universal Code of Research Ethics). Ele surge a partir da conscientização da humanidade acerca das atrocidades cometidas nos campos de concentração nazistas na II Guerra Mundial (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000). O código tem em seu bojo a preocupação com a experimentação humana, ou seja, define diretrizes e regras de conduta nos processos que envolvem seres humanos, no sentido de se alcançar resultados a partir de teorias que não possam ser comprovadas por outros meios.

Em virtude do pequeno alcance do código supracitado, já que os abusos continuavam existindo, a Assembléia da Associação Médica Mundial (AMM), em 1964, proclama a Declaração de Helsinque, um elenco de normas éticas sobre pesquisa em seres humanos, tanto para pesquisas clínicas como não clínicas (RIOS, 1993). Nas décadas seguintes a questão ética continua a merecer atenção de órgãos e instituições da área da saúde. Assim, em 1991, a essa assembléia elabora o documento Diretrizes Internacionais para a Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

O Brasil participou como signatário de todas essas resoluções que recomendavam a criação de sistemas internos em cada país capazes de efetivar o controle dos métodos e procedimentos de pesquisa. Em 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou a primeira resolução destinada a regulamentar a pesquisa com seres humanos no país, voltada naquele momento para a área de novos medicamentos. Em 1996, este documento foi revisto e passou a regulamentar as pesquisas com seres humanos em todas as áreas, por meio da Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 (BRASIL, 2006).

A principal característica da Resolução 196/96 é a preocupação com a dignidade da pessoa humana, manifestada por intermédio dos princípios fundamentais da autonomia (respeito pela pessoa), beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Esta perspectiva, prima pela defesa dos interesses dos sujeitos da pesquisa, promovendo o respeito pela pessoa humana e sua dignidade.

De forma sintética se pode dizer que o respeito pela pessoa deve atender/primar pelo respeito a sua autonomia para deliberar sobre suas escolhas, além de proteger contra danos ou abusos as pessoas com autonomia diminuída (dependentes/vulneráveis). A beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e a não maleficência minimizar danos ou prejuízos, ou seja, a pesquisa tem que salvaguardar o bem-estar dos participantes. O princípio da justiça na pesquisa exige a distribuição equânime tanto dos ônus como dos benefícios da participação na pesquisa (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Assim sendo, a pesquisa em seres humanos tem o compromisso de proteger a integridade de todos os participantes, pois envolve questões sobre a preservação da privacidade, a minimização de riscos, a busca de benefícios, a não discriminação e a proteção de pessoas vulneráveis. Para tanto, duas estratégias têm sido utilizadas no intuito de resguardar os indivíduos estudados: a utilização do consentimento livre e esclarecido e a avaliação por Comitês de Ética em Pesquisa. Na prática, a resolução 196/96 instituiu a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. As diretrizes definidas por essa resolução determinam a todos os estudos que envolvem seres humanos, em qualquer área do conhecimento, que estes sejam submetidos à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), enfatizando ainda, o que deve constar no conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que o mesmo necessita ser avaliado pelo CEP, o qual tem por função analisar se o TCLE apresenta conteúdo de fácil entendimento para os participantes da pesquisa.

Esse consentimento em pesquisa refere-se a um processo no qual o sujeito envolvido, direta ou indiretamente, na investigação recebe orientação detalhada sobre os procedimentos a serem desenvolvidos pelo pesquisador. O mesmo deve ser elaborado com linguagem acessível, incluindo alguns aspectos do estudo a ser realizada, tais como a justificativa e o objetivo de tal estudo, esclarecendo todos os procedimentos a serem realizados, devendo-se oferecer total liberdade ao sujeito da pesquisa de se recusar a participar ou de retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que seja penalizado ou prejudicado de qualquer forma. O ato de consentimento deve ser genuinamente voluntário e se basear na revelação adequada das informações.

Deve-se enfatizar que o consentimento em pesquisa é uma exigência moral a ser observada por investigadores, já que decorre do reconhecimento do outro/sujeito, como pessoa capaz de autodeterminação. A obrigatoriedade moral em respeitar a autonomia do

outro é também um requisito legal, um direito individual que a sociedade protege (NEVES, 2003).

Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Implica, ainda, na ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (princípio da beneficência); na garantia de que danos previsíveis serão evitados (princípio da não-maleficência) e na relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (princípio da justiça e equidade) (BRASIL, 2006).

Diante dessa perspectiva e como profissional de saúde, o fonoaudiólogo deve se preocupar com áreas de interesse bioético, realizando, portanto, pesquisas que estejam adequadas aos princípios básicos de todo e qualquer projeto de investigação em seres humanos, sendo relevante a capacitação dos pesquisadores, a adequação metodológica dos projetos de pesquisa, a obtenção de Consentimento Informado de todos os participantes e a sua avaliação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, todos os projetos de pesquisa devem ser planejados e executados por profissionais habilitados a realizar este tipo de atividade, que tenham tido alguma formação para a investigação. Esta capacitação pode ser expressa pela adequação metodológica e ética do projeto de pesquisa (GOLDIM, 2003).

A Fonoaudiologia, assim como a maioria das profissões, têm o seu próprio código de ética profissional, que é um conjunto de normas que regulamentam ações específicas e são de cumprimento obrigatório, derivadas da ética e freqüentemente incorporados à lei pública. O presente código, em seu Art. 16, parágrafo III, menciona que o fonoaudiólogo deve obter do cliente ou de seu representante legal, consentimento livre e esclarecido, quando da utilização de dados ou imagens que possam identificá-lo. O art. 17, parágrafos I, V e VI, considera infração ética as seguintes situações: falsear dados ou deturpar sua interpretação, apresentar como sua, no todo ou em parte, obra científica de outrem, ainda que não publicada, utilizar-se sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões coletadas em partes já publicadas ou não (Código de Ética da Fonoaudiologia, 2004).

Desta forma, este estudo surgiu das inquietações éticas e bioéticas referentes a pesquisa envolvendo seres humanos na área da Fonoaudiologia, tendo o objetivo investigar as observâncias éticas (resolução 196/96; aprovação em CEP; TCLE; anonimato; sigilo;

referência ao número do protocolo) contempladas na produção científica de pesquisas envolvendo seres humanos em periódicos on-line da Pró-Fono - Revista de Atualização Científica da área de Fonoaudiologia, no período de 2005 a 2009, inseridos na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como abordar sobre as preconizações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os cuidados com os termos de consentimento livre e esclarecido e a aplicabilidade destes aspectos por meio da Fonoaudiologia.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Tipo de Pesquisa

A presente pesquisa é do tipo documental, que de acordo com Gil (2007), trata-se de uma pesquisa semelhante a bibliográfica, sendo que a documental utiliza-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, tais como arquivos de órgãos públicos, instituições privadas, documentos como cartas, diários, gravações, entre outros. É de abordagem quantitativa, a qual envolve a coleta sistemática de informação numérica, com controle rigoroso, análise profunda dessa informação, através de procedimentos estatísticos (POLIT; HUNGLER, 2004).

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em bibliotecas públicas e privadas do município de João Pessoa – PB, procurando analisar periódicos da Pró-Fono – Revista de Atualização Científica da área de Fonoaudiologia, no período de 2005 a 2009, inseridos na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante o mês de agosto maio a junho de setembro de 2009, utilizando a pesquisa em revistas da Pró-Fono - Revista de Atualização Científica, a qual mantém o mais elevado padrão científico, publicando preferencialmente artigos de pesquisas originais que contribuam significativamente para o avanço do conhecimento dentro do campo da Fonoaudiologia. Um dos meios utilizados para a coleta de dados foi a internet acessando sites como a BIREME, que disponibiliza o serviço de localização de documentos existentes nas principais Bibliotecas nacionais e internacionais *online* para a obtenção de

documentos relativos à área de Ciências da Saúde, nomeado Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos (SCAD), pelo endereço eletrônico <http://www.bireme.br> (clique no ícone SCAD). A BIREME produz o Portal de Revistas Eletrônicas SciELO (Scientific Electronic Library Online), o qual foi escolhido para a realização da coleta em revistas da Pró-Fono, disponibilizando-o na Internet, no endereço <http://www.scielo.org>.

Procedimentos Operacionais

Inicialmente foi realizada a seleção dos periódicos a serem inseridos na pesquisa. Nesta etapa, foi eleito um periódico, do período de 2005 a 2009, da área de Fonoaudiologia da Pró-Fono – Revista de Atualização Científica. A escolha destas publicações ocorreu pelo fato de serem periódicos reconhecidos no meio científico, da referida área do conhecimento e por terem números regulares e um considerável quântico de publicações, o que obviamente viabilizou a coleta de dados. Posteriormente, foi realizado o levantamento e seleção do material empírico, que ocorreu no período de maio a julho de 2009. O universo da pesquisa foi constituído por 160 artigos originais publicados nos referidos periódicos. Para seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser pesquisa envolvendo seres humanos; estar indexado na base de dados SciELO e publicado entre os anos 2005 e 2009; estar disponível na íntegra e em língua portuguesa.

Com acesso das produções científicas selecionadas para o estudo, foi iniciada a coleta de dados a partir do instrumento proposto (APÊNDICE A). Este foi elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa, contemplando os seguintes itens: título do periódico; ano; curso; tipo de estudo; metodologia abordada e observâncias éticas essenciais à pesquisa envolvendo seres humanos, incluindo alusão a Resolução 196/96, Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantia do anonimato e sigilo do participante da pesquisa. Desse modo, levando-se em consideração aos critérios previamente estabelecidos à amostra do estudo proposto foi constituída por 154 artigos.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram interpretados estatisticamente e expostos em tabelas e gráficos, estabelecendo, dessa forma, a ligação entre os resultados obtidos com os já conhecidos na literatura.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Pró-Fono – Revista de Atualização Científica foi fundada pelas fonoaudiólogas Heliane Campanatti-Ostiz e Maria Valéria Schmidt Goffi Gomez em 1989. Sua periodicidade foi semestral até 2001 e vem mantendo até os dias atuais a periodicidade trimestral. Tem objetivos de publicar preferencialmente artigos de pesquisas originais que contribuam significativamente para o avanço do conhecimento dentro do campo da Fonoaudiologia.

Para tanto, o presente estudo utilizou a revista supracitada para análise, empregando os periódicos com ISSN 1809-399X versão online, os quais foram coletados entre os anos de 2005 e 2009. No período estabelecido para análise foram publicados duas (2) edições em 2005, três (3) edições em 2006, quatro (4) edições em 2007 e 2008, e duas (2) edições até agosto de 2009, totalizando 15 edições de revistas publicadas. Nestas edições, encontramos 160 artigos originais, sendo 154 destes pesquisas envolvendo seres humanos.

Levando-se em consideração aos critérios previamente estabelecidos, a amostra do estudo proposto foi constituída por 154 artigos envolvendo seres humanos, sendo dos quais cento e quarenta (140) eram referidos como artigos originais de pesquisa; três (3) como estudos de caso e onze (11) como relato de casos. Dentre esses, foram excluídos cinco (5) artigos, uma vez que eram consideradas pesquisas bibliográficas, indo de encontro com os critérios de inclusão propostos pelo estudo, e um (1) artigo referido como carta sobre pesquisa.

Assim, diante da revista on-line contemplada podemos apresentar adiante a distribuição dos artigos publicados nos periódicos selecionados e os artigos que envolveram seres humanos (TABELA 1).

TABELA 1 – Tipos de Pesquisas envolvendo seres humanos, referidos na revista Pró-Fono, no período de 2005 à 2009.

PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	N	%
Relato de caso	11	7,14
Estudo de Caso	3	1,95
Artigos Originais de pesquisa	140	90,91
TOTAL	154	100

Fonte: Pró-fono revista de atualização científica/ 2009.

Dentre as observâncias éticas (resolução 196/96; aprovação em CEP; TCLE; anonimato; sigilo; referência ao número do protocolo) investigadas nas produções científicas selecionadas para a análise, optou-se por apresentar os dados em conjunto, com o objetivo de se ter uma visão mais detalhada quanto a utilização desses aspectos éticos pelos artigos publicados no intervalo proposto pelo estudo, relatando ainda aqueles que citaram e não citaram as observâncias éticas propostas pela pesquisa (TABELA 2).

TABELA 2 – Distribuição equivalente ao período de 2005 à 2009, referente as observâncias éticas registradas nas publicações da revista Pró-Fono.

OBSERVÂNCIAS ÉTICAS	CITA (N)	Perc. %	NÃO CITA (N)	Perc. %	TOTAL N=154
Resolução 196/96	119	77,27 %	35	27,73 %	100%
Aprovação CEP	150	97,4 %	4	2,6 %	100%
Nº do Protocolo	142	92,2 %	12	7,8 %	100%
TCLE	112	72,72 %	32	20,79 %	100%
Sigilo	1	0,65 %	153	99,35 %	100%
Anonimato	3	1,95 %	151	98,05 %	100%

Fonte: Dados do material empírico do estudo, João Pessoa, 2009.

No que se refere ao emprego da Resolução 196/96 pelos periódicos apreciados, pôde-se constatar que 119 (77,27%) artigos citaram a referida Resolução, respeitando, assim, os princípios éticos e bioéticos que envolvem os seres humanos em pesquisas, visto que esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2006).

Quanto ao encaminhamento do estudo para avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), observou-se que a grande maioria das pesquisas, correspondendo a um total de 97,4 % (N=150) estudos, foram encaminhados e avaliados pelo CEP, respeitando os princípios propostos pela Resolução 196/96, a qual menciona que toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, que é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados, sendo considerado um comitê interdisciplinar, constituído por profissionais de ambos os sexos, além de pelo menos um representante da comunidade (GOLDIM, 2003).

No que diz respeito ao emprego do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos artigos em análise, notou-se que 72,72 % (N=112) pesquisas preocuparam-se em empregá-lo no estudo, havendo, portanto, uma consideração a dignidade humana, uma vez que a Resolução 196/96 preconiza que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, 2006). A obtenção de consentimento informado de todos os indivíduos pesquisados é um dever moral do pesquisador. O consentimento informado é um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, isto é, é uma busca de preservar a autonomia de todos os sujeitos. Em cima disso, constata-se que os profissionais envolvidos nessas pesquisas estão cientes do seu código de ética, respeitando o Art. 16, parágrafo III, o qual refere que quando há utilização de dados ou imagens que possam identificar o cliente, deve-se obter deste ou de seu representante legal, consentimento livre e esclarecido (Código de Ética de Fonoaudiologia, 2004).

Outro ponto apreciado foi quanto ao aspecto do sigilo, observando-se que 99,35 % (N=153) dos artigos não referiram esse aspecto em seus estudos, ferindo a garantia do sigilo proposta pela referida Resolução. A mesma enfatiza a garantia do sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais (BRASIL, 2006).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos na pesquisa possibilitaram analisar observar as observâncias éticas contempladas em artigos científicos. Assim, percebemos que pesquisadores fonoaudiólogos não colocaram em prática às exigências dos documentos existentes para uma pesquisa com seres humanos, conforme resolução 196/96.

Constatou-se que das observâncias éticas dos artigos analisadas, o maior déficit é em citar a resolução 196/96, e ainda, em declarar o sigilo e anonimato dos investigados da pesquisa. Em contrapartida, a maioria dos artigos, aludiu ter aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas essas observâncias deveriam ser asseguradas a fim de garantir não só a eticidade da pesquisa, como também a proteção do ser humano.

É possível concluir que, como corroborado pelos dados obtidos na pesquisa, há necessidade de que todos os envolvidos na área busquem desenvolver e ampliar os espaços de reflexão sobre os aspectos morais e éticos envolvidos na prática da pesquisa em Fonoaudiologia, haja vista que o termo de consentimento e a apreciação do projeto de

pesquisa por um Comitê de Ética são primordiais na condução das atividades de pesquisa em Fonoaudiologia. Deve-se enfatizar ainda, que esta profissão é uma especialidade da área da saúde, envolvida não só em questões científicas, mas também nos aspectos referentes ao atendimento de pacientes, bem como no que se refere à realização de pesquisas, deve resguardar os direitos das pessoas participantes de projetos, frente à proteção a riscos, aos desconfortos, à privacidade e a abusos de qualquer espécie, por isso a interação da ética com a Fonoaudiologia é extremamente fértil. Consideramos, portanto, que o enfrentamento, na formação profissional, das questões éticas é uma das condições para a compreensão das dimensões sociais, políticas e econômicas que permeiam os conhecimentos teóricos e práticos da área.

REFERÊNCIAS

BARCIBONTE, C.P. & PESSINI, L. Bioética: Alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001. In: OLIVEIRA, S.T. **Ética e Bioética na atuação Fonoaudiológica em Hospitais**. São Paulo: Lovise, 2003.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996. [citado 2006 jan. 20]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acessado em: 06/ 09/ 2009.

Conselho Federal e Regionais de Fonoaudiologia. Lei 6965/81. **Código de ética da Fonoaudiologia**, 2004.

GOLDIM, J. R. Bioética e Fonoaudiologia, 2003. In: <http://www.ufrgs.br/bioetica/fonoaud.htm>, acesso em 05/09/2009

GOLDIM, J. R. Bioética e Ética na Ciência. Porto Alegre, 2009. <http://www.bioetica.ufrgs.br>. Acessado em: 05/ 09/ 2009

GOTTSCHALL, C.A.M. Bioética e seus fundamentos. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 47 (4): 300-303, out.-dez. 2003. In: <http://www.amrigs.com.br>, acessado em: 06/09/2009.

NICOLIELO, A.P et. al. **A importância da bioética nas pesquisas em fonoaudiologia**. Arq Ciênc Saúde 2005 out-dez;12(4):200-05.

OLIVEIRA, S.T. Ética e Bioética na atuação Fonoaudiológica em Hospitais. In: OLIVEIRA, S.T. **Fonoaudiologia Hostipalar**. São Paulo: Lovise, 2003.

SINGER, P. Ethics. Oxford: OUP, 1994:4-6. In: GOLDIM, J. R. Bioética e Ética na Ciência. Porto Alegre, 2009. <http://www.bioetica.ufrgs.br>. Acessado em: 05/ 09/ 2009.

RESPONSABILIDADE ÉTICO-JURÍDICA DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE PARTO NORMAL

Alice Iana Tavares Leite¹
Daniela Doulavince Amador²
Helen Gomes e Claudino³
Alan Dionízio Carneiro⁴

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de investigar a responsabilidade ético-jurídica do Enfermeiro em Centros de Parto Normal. Trata-se de um estudo documental sobre a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 339/2008, que dispõe sobre a regulamentação dessas Unidades, conjuntamente com outras legislações sobre a temática. O Enfermeiro consolida, dentro de uma perspectiva humanizada, sua autonomia e prática assistencial no campo obstétrico por meio das Casas de Parto que transcendem o modelo biomédico e buscam uma redefinição da aplicação tecnológica no âmbito da saúde destinada ao ser mulher, resultando em ricas experiências assistenciais para os profissionais e mulheres neles atendidas.

PALAVRAS-CHAVE: Ética. Enfermagem Obstétrica. Centros independentes de assistência a gravidez e ao parto.

¹ Enfermeira. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade Federal da Paraíba - NEPB/UFPB.

² Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba.

³ Enfermeira. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa no Tratamento de Feridas da Universidade Federal da Paraíba - GEPEFE/UFPB.

⁴ Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité. Pesquisador do NEPB/UFPB. Mestre em Enfermagem. Cuité. Paraíba.

I REFLEXÕES INICIAIS

A Enfermagem Obstétrica compreende o conjunto de conhecimentos e ações, técnicas e científicas, direcionadas ao ser mulher no seu ciclo gravídico-puerperal. A atuação do profissional de Enfermagem neste campo, constitui-se numa assistência integral e individualizada para a gestante, parturiente e puérpera, pautada em ações de prevenção e promoção a saúde. Não obstante a isso, a assistência a este ser mulher, em estado singular da vida, é realizada por uma equipe multiprofissional, incluindo-se o Enfermeiro, a obstetriz e a parteira, respeitados suas formações e graus de competência, conforme regulariza a Lei 7.498/86. Preconiza-se, ainda, ao Enfermeiro Obstetra ou parteira, o acompanhamento e execução do parto normal, sem distócia (BRASIL, 2005; RIBEIRO et al., 2003).

É oportuno destacar que a prática assistencial de saúde ao parto sofreu algumas modificações históricas a partir de sua institucionalização, horizontalização do parto, bem como do desenvolvimento de tecnologias nesta área que conduziram a mulher, de uma posição de autonomia, protagonista do nascimento, para uma relação de submissão e dependência da prática clínica. O parto passou a ser visto como um momento perigoso para a saúde do binômio mulher-criança, sendo imprescindível a presença do médico. Outrossim, no imaginário do profissional de saúde, em especial da medicina, instaura-se a noção de que seria possível dominar, comandar esse processo (OSAVA, 1997).

Hodiernamente, a assistência Obstétrica, por conseguinte, a de Enfermagem, vem sendo delineada por políticas que procuram combater este ideal e práticas de submissão feminina no momento do parto. Dentre estas, podemos destacar: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa Nacional de Humanização (PNH), e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esses programas levam em consideração a inserção da mulher num contexto social, político, econômico e cultural, tendo como proposta uma assistência de qualidade e humanizada ao ser mulher, cujo serviço possa ser construído em conjunto com as clientes, procurando assegurar a continuidade e a integralidade da assistência (BRASIL, 2005).

Mediante esse contexto, a Enfermagem consolida, dentro de uma perspectiva humanizada, sua autonomia e prática assistencial no campo Obstétrico por meio dos chamados Centros de Parto Normal (CPN) ou Casas de Parto, que são Unidades de atendimento ao parto normal sem distócias, humanizado, integral e voltado para a mulher envolvida num contexto social que dispõe de particularidades em seu processo de gerar uma vida.

Sob esse prisma, os Centros de Parto Normal transcendem o modelo biomédico e buscam uma redefinição da aplicação tecnológica no âmbito da saúde destinada ao ser mulher, resultando em ricas experiências assistenciais para os profissionais e, em especial para as mulheres neles atendidas.

Compreender a relevância de um Centro de Parto Normal para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, que em sua simplicidade tecnológica é capaz de oferecer um cuidado humano e assistencial aos usuários de saúde, significa perceber, ao mesmo tempo, a evolução das bases teóricas e práticas da Enfermagem brasileira cuja legitimidade social é reconhecida a partir do momento em que o profissional de enfermagem torna-se responsável por esta atividade e instituição.

Convém recordar que a Enfermagem possui duas propostas ou finalidades básicas para aqueles que desejam trilhar seus caminhos enquanto ciência e arte do cuidar. Essas finalidades são: a auto-realização profissional; e um fim social, pois as atividades do profissional de enfermagem devem visar o bem-comum, procurando preservar a dignidade da pessoa humana e a justiça social, isto é, a profissão de enfermagem busca melhorar a qualidade de vida e de saúde da sociedade.

Neste sentido, quando o enfermeiro, no nosso caso, no exercício de sua profissão, deixa de realizar suas funções em conformidade com a ética profissional e com a legalidade, ou mesmo, deixa de defender o compromisso que fez com a enfermagem e a sociedade a partir de seu juramento, a sociedade poderá questionar, cobrar, julgar, penalizar, ou convidar-nos a corrigir nossa conduta, a isto, podemos chamar de Responsabilidade (DINIZ, 2008).

Assim, o profissional de Enfermagem, no âmbito dos Centros de Parto Normal, é chamado a responder por seus atos profissionais que possam proporcionar, ou proporcionara, eventuais danos materiais (físicos –corporais –, ou patrimoniais – bens –), danos morais (constrangimento, desrespeito), resultando em infrações legais, éticas, ou mesmo, administrativas (contrato e relação de trabalho/empregatícia). (PINTO; SILVA, 2008).

Diante do exposto, nosso estudo tem como objetivo:

- Investigar a responsabilidade ético-jurídica do Enfermeiro nos Centros de Parto Normal.

II PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma análise documental, a qual se configura num método de coleta de dados que elimina qualquer influência a ser exercida por intervenção do pesquisador. O documento constitui um instrumento imparcial a mudanças o qual o pesquisador deve aceitá-lo. Contudo é oportuno que o documento seja avaliado, adequadamente, com enfoque crítico (CELLARD, 2008).

A pesquisa foi organizada com base nas seguintes etapas operacionais:

1ª etapa: Seleção de documentos normativos relacionados à responsabilidade ético-jurídica do Enfermeiro em Centros de Parto Normal. Neste primeiro momento, após um levantamento dos documentos normativos, os autores selecionaram aqueles inerentes à atuação e a responsabilidade do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal, incluindo a Lei do Exercício Profissional 7.498/86, o Decreto 94.406/87, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Resolução COFEN 311/07, Resolução COFEN 305/06, Resolução COFEN 308/06, Resolução COFEN 339/08 e a Portaria MS 985/99.

2ª etapa: Identificação, a partir dos documentos selecionados, dos artigos mais relevantes inerentes à atuação e a responsabilidade do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal. Nesta etapa, foram extraídos os artigos relacionados ao tema em destaque. No que concerne a Lei do Exercício Profissional, foi selecionado o Artigo 11º, Incisos I (parágrafo 1º) e II (parágrafos 7º, 8º, 9º e único). Do Decreto 94.406/87, extraiu-se o Artigo 8º, Inciso II (alínea I) e Artigo 12º (parágrafo único). No que se refere ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, foi destacado o Artigo 12º. Em relação a Resolução COFEN 305/06 foram destacados os Artigos 1º (parágrafo 2º), 5º e 6º (Inciso II). No tocante a Resolução COFEN 308/06, foram explorados os Artigos 1º (parágrafo 2º) e 6º (Inciso I e III). Da Resolução COFEN 339/08, foram enfatizados os Artigos 1º (parágrafo único), 2º (parágrafo 2º), 4º (Inciso VIII e IX), 5º e 6º. Por fim, foi destacado o Artigo 6º da Portaria MS 985/99.

3ª etapa: Construção do texto, visando o alcance do objetivo proposto pela investigação. Nesta etapa, foi elaborada a redação final, contemplando a responsabilidade ético-jurídica no que se refere à atuação do Enfermeiro em Centros de Parto Normal.

Vale ressaltar que os pesquisadores levaram em consideração as observâncias éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos, como mostra os artigos a seguir: CAPÍTULO III - DO ENSINO, DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA –

Responsabilidades e Deveres “Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados”; – Proibições “Art. 100. Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicados”; CAPÍTULO IV – DA PUBLICIDADE – Direitos “Art. 103. Utilizar-se de veículo de: comunicação para conceder entrevistas ou divulgar eventos e assuntos de sua competência, com finalidade educativa e de interesse social”; – Responsabilidades e Deveres “Art. 105. Resguardar os princípios da honestidade, veracidade e fidedignidade no conteúdo e na forma publicitária. Art. 106. Zelar pelos preceitos éticos e legais da profissão nas diferentes formas de divulgação” (COREN-PB, 2008).

III ARGUMENTAÇÃO TEÓRICA

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE PARTO NORMAL

O modelo assistencial proposto pelos Centros de Parto Normal enfatiza medidas direcionadas a manutenção da saúde focalizada no ser mulher no período gravídico-puerperal. Esse modelo de assistência obstétrica é considerado como um passo importante para o movimento de humanização do parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que busca resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar, ao mesmo tempo em que garante segurança à mãe e seu filho, oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade (MACHADO; PRAÇA, 2006).

No âmbito assistencial, o trabalho desenvolvido nas Casas está voltado basicamente ao alcance do objetivo de melhorar a qualidade da assistência à gestante e sua família. Nesse contexto, a humanização, como diretriz para o cuidar de Enfermagem Obstétrica, reivindica um olhar humanístico do profissional de saúde sob a paciente, entendendo que cada gestante, ou parturiente, traz consigo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas que afetam de maneira direta nas relações de cuidado (HOGA, 2004).

Essas Unidades, com importante relevância social em razão dos cenários de assistência obstétrica e da proposição de políticas públicas, buscam atender a mulher em seu contexto familiar, priorizando ações de promoção e proteção à saúde, a partir de uma equipe multiprofissional (HOGA, 2006).

É oportuno ressaltar que a participação do Enfermeiro Obstetra na equipe dos CPN merece destaque, uma vez que é possível realizar práticas voltadas para a interação profissional-mulher pautadas na essência do cuidar. A Enfermagem trabalha na perspectiva de uma assistência qualificada e humanizada às gestantes e seus familiares, buscando promover um envolvimento efetivo do ser gestante como sujeito ativo, participativo e consciente de seus direitos, diferenciando os CPN dos serviços tradicionais de atenção obstétrica. Essa atuação é normatizada pela Resolução COFEN 339/08, que respalda o Enfermeiro Obstetra e delimita suas responsabilidades nas Casas de Parto.

Durante a assistência, busca-se proporcionar à mulher um parto menos traumatizante e mais natural. Desta forma, as intervenções são evitadas visando permitir que a própria parturiente escolha a posição que mais lhe convém, deixando livres a deambulação e a alimentação durante o trabalho de parto. Sob esse prisma, ressalta-se que na condução desse processo, há uma grande preocupação no sentido de não apressar o nascimento, respeitando-se, ao máximo, seu ritmo fisiológico.

As Casas de Parto constituem uma alternativa segura para as mulheres que desejam viver o parto como protagonistas, cercada por familiares e amigos, tendo uma atenção individualizada que reconheça e valorize suas necessidades físicas e emocionais, respeite seus preceitos culturais e permita o acompanhamento com o mínimo de intervenção tecnológica/profissional possível (ABEn, 2005).

Urge mencionar que a postura ética do Enfermeiro como cuidador e a própria instituição permeiam a filosofia e os princípios que estabelecem a interação individualizada, coloca os clientes como sujeitos ativos no processo de parturição e respeita os seus direitos de cidadãos preconizados pela Constituição Brasileira de 1988, tornando, assim, a Casa de Parto uma opção apropriada para se materializar o cuidado integral à mulher parturiente e ao seu familiar (MARTINS et al, 2005).

Nesse sentido, a assistência de Enfermagem reflete o preparo e o grande envolvimento dos profissionais, que se esmeram em tentar prestar um cuidado de qualidade às mulheres e ao recém-nascido. Nesse aspecto, o ser mulher é entendido dentro de suas particularidades, sendo perceptível a interação profissional-cliente com mútuo respeito.

CONSIDERAÇÕES ÉTICO-JURÍDICAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE PARTO NORMAL

As Casas de Parto eram consideradas como qualquer estabelecimento de saúde que prestava atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente, ao parto normal sem distócias, conceito expresso nas antigas Resoluções COFEN 305/06 e 308/06. Hodiernamente, o Conselho Federal de Enfermagem compreendeu que essas Unidades não se restringem apenas ao atendimento ao parto normal, estendendo-se, portanto, à parturiente, ao recém-nascido e aos seus familiares, no período gravídico-puerperal. Essa percepção mais ampla do que consiste uma Casa de Parto propiciou a elaboração da nova Resolução COFEN 339/08, que inclui esse atual e ampliado conceito expresso em seu Artigo 2º.

Para o funcionamento e devida assistência, estas Casas de Parto devem compor a estrutura do Sistema de Saúde Local, atuando de forma sintonizada e integrada às demais Unidades de Saúde existentes. Este aspecto, abordado no Artigo 2º, Parágrafo 2º da atual Resolução COFEN 339/08, é considerado relevante, pois, outrora as Resoluções COFEN 305/06 e 308/06 preconizavam, em seu Artigo 1º, Parágrafo 2º que as Casas de Parto atuavam apenas de maneira complementar.

É de suma importância ressaltar o grande avanço observado nessas Resoluções quando visto os Recursos Humanos necessários ao funcionamento dos Centros de Parto Normal. A Portaria GM/MS 985/99 define, em seu Artigo 6º, que este estabelecimento deve nomear como equipe mínima (01) um Enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, (01) um auxiliar de enfermagem, (01) um auxiliar de serviços gerais e (01) um motorista de ambulância. Em seguida, a Resolução COFEN 305/06, no Artigo 6º definiu o Enfermeiro como Coordenador da CPN, tendo esta especialidade em Obstetrícia, e incluiu (01) um Técnico de Enfermagem na equipe mínima de atuação das Casas de Parto. Nessa Resolução, o Enfermeiro responsável deveria garantir uma estrutura física compatível com a assistência a ser prestada, expresso no Artigo 5º e exigir Recursos Humanos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal, conforme o Inciso II do Artigo 6º.

Entretanto, a Resolução COFEN 308/06, ao tratar desse assunto, determinou em seu Artigo 6º, Inciso I, que o CPN deveria ser constituído por 01 (um) Enfermeiro assistencial especialista em Obstetrícia e 01 (um) Enfermeiro Coordenador com especialidade em Obstetrícia. Dessa forma, as ações gerenciais estavam restritas apenas ao Enfermeiro Obstetra, impondo limites a abertura das Casas de Parto, pois estas atividades poderiam ser exercidas por um Enfermeiro generalista com experiência ou especialidade na área de gerenciamento.

Contudo, a Resolução COFEN 339/08, que se encontra em vigor atualmente, não exclui o Enfermeiro generalista como membro da equipe que atua nos CPN, dar-lhe, pois, em seus Artigos 5º e 6º, o encargo de Enfermeiro Responsável Técnico, que deverá garantir recursos humanos mínimos e promover junto às autoridades competentes todos os documentos legais à regularização de tais Unidades. Não obstante a isso, atribui ao Enfermeiro Obstetra a responsabilidade pela assistência a mulher, dando a esta categoria mais autonomia e participação no processo de cuidar durante o ciclo gravídico-puerperal.

No tocante a normatização da atuação dos Enfermeiros Obstetras e na delimitação das responsabilidades no âmbito dos Centros de Parto Normal, a Resolução COFEN 339/08 determina em seu Artigo 1º, Parágrafo único, que estes profissionais devem atuar nos exatos termos do que dispõem os Manuais e Informes Técnicos do Ministério da Saúde.

É oportuno consignar que o Enfermeiro, no cotidiano de sua prática em instituições de saúde, é responsável pelo gerenciamento do cuidar, tendo por finalidade proporcionar todas as condições necessárias à sua execução. Para essa consolidação faz-se necessário perquirirmos quais os parâmetros legais que as respaldam. Primeiramente, cabe ressaltar a Lei Federal 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. A referida Lei é considerada relevante por delinear, em seu Artigo 11, Inciso II, as atividades do Enfermeiro como integrante da equipe de saúde.

No contexto da Enfermagem Obstétrica, a Lei 7.498/86 enfatiza no Artigo 11º, Inciso II, Parágrafos 7º, 8º e 9º a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia. Além disso, em Parágrafo único, desse mesmo Artigo, é incumbido ao Enfermeiro Obstetra, a assistência à parturiente e ao parto normal, além da identificação das distócias obstétricas. O Enfermeiro Obstetra também tem a autonomia, garantida através da Lei, para tomar as providências necessárias até a chegada do médico e realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Nessa perspectiva, o Decreto 94.406/87 reafirma no Artigo 8º, Inciso II, alínea I a assistência de Enfermagem, uma vez que regulamenta a Lei do Exercício Profissional, enfatizando a execução e assistência obstétrica em situação de emergência, estando o Enfermeiro subsidiado de conhecimento teórico-prático, garantindo as mulheres atendidas uma assistência digna e responsável. O Decreto também discorre no Parágrafo único do Artigo 12º, que as Enfermeiras Obstetras, são responsáveis pela supervisão das atividades da parteira, ao serem realizadas em instituições de saúde.

Toda essa autonomia e responsabilidade do Enfermeiro em dirigir e organizar um órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica de saúde é regulamentada pela Lei Federal 7.498/86, Artigo 11º, Inciso I, Parágrafo 1º e 2º. Nesse âmbito, a Resolução COFEN 339/08, reconhece essa competência dada ao Enfermeiro no momento em que a mesma não considera a necessidade de o CPN contar com uma equipe complementar composta por um médico pediatra, neonatologista ou Obstetra para os casos eventuais de risco, como era regulamentado, sob contrato, pela Resolução 308/06, Artigo 6º, Inciso III.

Vale ressaltar que o trabalho de parto já é considerado um procedimento de risco, e que se houver intercorrências do parto ou do puerpério, ou intercorrência clínica em recém-nascidos, cabe ao Enfermeiro Obstetra atuante no CPN, segundo o Artigo 4º, incisos VIII e IX da Resolução 339/08, prestar assistência imediata e assegurar a remoção da mulher e/ou do recém-nascido, em unidades de transporte adequados, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-os durante todo o percurso, até a ultimação de todos os procedimentos.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Centros de Parto Normal transcendem o modelo biomédico e buscam uma redefinição da aplicação tecnológica no âmbito da saúde destinada ao ser mulher; outrossim, resultam em ricas experiências assistenciais para os profissionais de Enfermagem e para as mulheres neles atendidas uma vez que essa relação é permeada de vínculo, respeito e cuidado.

Atribui-se um grande valor às Casas de Parto como espaço para inovação das práticas obstétricas e uma transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto. No âmbito assistencial, entende-se esse espaço como uma representação da humanização do cuidar.

Nesse contexto, é que se soerguem as regulamentações legais da Resolução COFEN 339/2008 para possibilitar ao Enfermeiro executar com segurança e maestria as ações referentes à direção das Casas de Parto, além da assistência prestada durante o processo de parturição.

Para o alcance desta meta, as enfermeiras mantêm constante preocupação em compreenderem as gestantes como um ser social com necessidades específicas. Esta individualização da assistência é vista como essencial no trabalho de parto e parto e é um conceito que se encontra presente na consciência das colaboradoras.

Destarte, esse espaço próprio do Enfermeiro, respaldado e legitimado pela Resolução COFEN 339/2008, garante segurança e continuidade da assistência à mulher e ao

recém-nascido, sendo uma opção apropriada para se materializar o cuidado integral. Diante deste novo horizonte, realçado pelas Casas de Parto, o Enfermeiro assume sua importância na consolidação e autonomia profissional, delineando sua prática com independência e baseado em pressupostos próprios e responsabilidade ético-jurídica.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). **Posicionamento da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) sobre a relevância social e científica da experiência brasileira de implantação da política de Centros de Parto Normal.** Ago. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Amigas do Parto** 2005b [online] Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/phoje.html>>. Acesso em: 25 jul. 2005.

CELLARD, André. A análise documental. In.: POUPART, Jean et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

COREN-PB. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Legislação em Enfermagem.** Paraíba: COREN-PB, 2008.

DINIZ, M.H. **Responsabilidade Civil.** São Paulo: Saraiva, 2008.

HOGA, L. A. K. Casa de Parto: Simbologia e princípios assistenciais. *Revista Brasileira de Enfermagem.* v. 57, n. 5, p. 537-540, 2004.

_____ O cuidado desenvolvido na primeira casa de parto brasileira vinculada ao Programa de Saúde da Família. **Revista Paulista de Enfermagem.** v. 25, 2006.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.40, n.2, p.274-9, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/249.pdf>>. Acesso em: 05 de Abril de 2008.

MARTINS, C. A.; ALMEIDA, N. A. M.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; VASCONCELOS, K. L.; SOUZA, M. A.; CANDÉ, T. A. Casas de Parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e ao nascimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.7, n.3, p.360-65, 2005.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não médicos.** 1997. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1997.

PINTO, L.H.S.; SILVA, A. **Código de ética (deontologia) dos profissionais de enfermagem:** interpretação e comentários. São Paulo: Atheneu, 2008

RIBEIRO, J. M.; BOARETTO, M. C.; PINTO, L. F. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.** 2003. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SER UM PROFISSIONAL ÉTICO NA ENFERMAGEM

Hellen Gomes e Claudino¹
Alice Iana Tavares Leite²
Sérgio Ribeiro dos Santos³

RESUMO

A ética é compreendida como uma ciência que está direcionada à reflexão crítica sobre o comportamento humano, na qual interpreta, problematiza, investiga os valores, princípios e o comportamento moral, à procura do bem-estar da vida em sociedade. Procura ter como princípio fundamental o respeito ao ser humano, o qual deve ser considerado como um indivíduo autônomo e participativo. O presente estudo tem o objetivo compreender a importância dos princípios éticos que norteiam a enfermagem, da educação ao agir ético desses profissionais. Trata-se de um estudo reflexivo sobre a temática. Nesse sentido, compreende-se que a ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão importante para a humanização da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Ética. Humanização da assistência.

¹ Graduada em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

² Graduada em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

³ Enfermeiro. Administrador. Doutor em Sociologia. Professor Associado do Departamento de Enfermagem - UFPB.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem desenvolve suas ações de cuidar, pautada num processo de diálogo humano, valorizando a individualidade de cada ser. Sob este prisma, a Enfermagem encontra-se integrada a um arcabouço próprio de conhecimentos técnicos e científicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência. Assim, aqueles que se dedicam a esta profissão comprometem-se com a saúde do indivíduo e da coletividade, atuando diretamente na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, obedecendo aos preceitos da ética e da legalidade.

Por outro lado, a Enfermagem também é compreendida como ciência e arte, que procura sustentar e preservar cuidado, integralidade e humanidade, através de mundos e tempo, onde o cuidar esteja ameaçado, individualmente ou institucionalmente (WATSON, 2002).

Não obstante esta compreensão, a Enfermagem constitui-se um instrumento de ação e efetivação do cuidar, sendo percebida como uma presença próxima e aberta para o ser cuidado, lidando sempre com o processo dinâmico de saúde, adoecimento e bem-estar de cada pessoa. Neste sentido, procura integrar, coadunar, a uma visão holística do ser humano, os princípios técnicos, científicos, sociais com a arte, a estética, a ética, a intuição e a descoberta da relação do processo de cuidar transpessoal (GURGEL; COSTA; VIEIRA, 2000).

Sob esse enfoque, a ética é compreendida como uma ciência que está direcionada à reflexão crítica sobre o comportamento humano, na qual interpreta, discute, problematiza, investiga os valores, princípios e o comportamento moral, à procura do bem-estar da vida em sociedade (FORTES, 1998).

Destarte, a ética procura ter como princípio fundamental o respeito ao ser humano, o qual deve ser considerado como um indivíduo autônomo, participativo, devendo ser garantida sua condição de sujeito. Nesse sentido, surge a definição de diversos códigos, normas e princípios direcionados para nortear grupos profissionais nas suas atividades e relações com o ser humano.

Com base nesse entendimento, o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem foi criado para que eles pudessem conhecer o conjunto de deveres, princípios, direitos, responsabilidades e proibições pertinentes à conduta ética. É oportuno destacar, que o código leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da

população, os interesses do profissional e de sua organização. Ainda, pressupõe que estes profissionais prestem uma assistência sem riscos ou danos e acessível a toda a população.

Urge mencionar que a ética, no contexto da Enfermagem, abrange comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes compreendidas no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano com a finalidade de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Mediante esse contexto, os cuidados de enfermagem devem estar relacionados às ações livres de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Preconiza-se, ainda, a garantia do respeito ao pudor, a privacidade, as confidências e a intimidade em todo o ciclo vital do paciente. É crucial uma assistência fundamentada nos princípios da ética e da legalidade, ressaltando-se a importância do cuidar humanizado.

Entretanto, é perceptível a dificuldade de vivenciar, disseminar e divulgar a ética profissional, uma vez que muitos valores estão envolvidos nesse contexto, tais como valores culturais, sociais e religiosos que vêm ao encontro do caráter do indivíduo, além de outras dificuldades, pelas quais o profissional de enfermagem não demonstra priorizar a postura ética. Para Waldow (2001), o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática, pois é nesse pensar crítico que se pode melhorar a prática futura.

Diante das considerações apresentadas, sentimos necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a referida temática, a partir do desenvolvimento desse estudo, que tem como fio condutor a seguinte questão norteadora: qual a importância de ser ético da teoria à prática na Enfermagem?

Na tentativa de buscar resposta para esse questionamento, o estudo tem o seguinte objetivo: compreender a importância dos princípios éticos que norteiam a enfermagem, da educação ao agir ético desses profissionais.

A ÉTICA, DA TEORIA À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A preocupação com o ensino da ética na enfermagem brasileira surgiu e evoluiu paralelamente à organização e estruturação da profissão, sofrendo influência dos mesmos princípios que fundamentaram seus marcos conceituais, dos objetivos que sustentaram ou que embasaram a criação de suas várias entidades, enfim, das próprias lutas ideológicas que se travam a partir das diferentes concepções de mundo presentes na sociedade, repercutindo na prática profissional dos enfermeiros. Portanto, o ensino da ética na enfermagem surge com a

criação do próprio curso de Enfermagem, em 1923, no Rio de Janeiro, na então Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), hoje, Escola Ana Néri (FREIRE, 2005).

Não obstante essa compreensão, os conteúdos de ética e bioética foram incluídos no campo da formação do enfermeiro no sentido de permitir a criação de espaços para a reflexão sobre os mais variados temas. Sob este prisma, a ética faz parte do currículo como disciplina, objetivando aperfeiçoar o raciocínio do aluno para que o mesmo possa conduzir a profissão com competência, comprometimento e responsabilidade.

Nesse sentido, a ética é indissociável à prática educativa e algo categoricamente indispensável à convivência humana. Destarte, o ato de educar é sempre um ato ético e não há como fugir das decisões éticas, desde a escolha de conteúdos a serem abordados até o método a ser utilizado ou a forma de relacionamento com os estudantes.

Sob essa ótica, a ética na formação profissional deve abordar alguns princípios cruciais, a saber: responsabilidade; senso crítico; sentido da justiça social; partilha com disponibilidade; educar para o esforço e para se personalizar. Desta forma, este exercício deve permear e influenciar permanentemente a conduta dos estudantes para fazer deles profissionais defensores do valor da competência, do mérito e da capacidade de tudo fazer com excelência, contra favoritismos de qualquer espécie e levando em conta a importância da recompensa pelo trabalho bem executado, que inclui o respeito, o reconhecimento e a remuneração condigna (FREIRE, 2005).

Portanto, o ensino da ética prepara o estudante de enfermagem para atuar com responsabilidade, autonomia, competência e humanismo junto àqueles que estão sob seus cuidados, com a finalidade de formar indivíduos para exercer com proficiência sua profissão, além de proporcionar a escolha de metodologias mais eficazes para o desenvolvimento com qualidade de sua vida pessoal e social.

No entanto, é de suma importância ressaltar que a prática na enfermagem, ainda hoje, é fortemente influenciada pela visão cartesiana de homem, em que o separa entre corpo e alma, e pelo modelo biologicista, em que se combatem as doenças sem se preocupar com os determinantes emocionais, psicológicos e sociais que interferem nos estados de saúde e doença das pessoas (GERMANO, 1996).

Diante disto, há necessidade de fortalecer o enfoque humanístico, nos currículos de enfermagem, permitindo, assim, que o profissional de enfermagem seja atuante, crítico e preparado cientificamente para relacionar teoria e prática em sua ação. Contudo, é necessário

que a ética educativa, incluída nos currículos, insira os valores estéticos caracterizados pela sensibilidade, os quais afirmam que a prática deve ser sensível ao ideal da profissão, a qualidade do serviço prestado e ao respeito pelo cliente; e os valores políticos, que levam à prática de enfermagem uma política de igualdade na atuação profissional (GERMANO, 1996).

Desta maneira, os valores estéticos e políticos inseridos no ensino da ética profissional irão proporcionar a prestação de cuidado mais humanizado, a compreensão de seus direitos e deveres, a solidariedade e companheirismo na relação das atividades profissionais, sendo assim imprescindível ao desenvolvimento individual, profissional e social do indivíduo.

POR QUE O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DEVE SER ÉTICO?

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a fatores de risco, que necessitam de medidas que possibilitem a preservação e a promoção da saúde, a prevenção ou a cura de doenças (PASCHOAL, 2002).

Ao considerar que os profissionais de saúde exercem suas atividades para atender às necessidades de indivíduos, torna-se indispensável levar em conta o fato de que essas necessidades se modificam e se ampliam ao longo do tempo, motivo que é necessário a reavaliação permanente de suas condutas, assim como, atualização contínua acerca de conhecimentos técnico-científicos e de questões políticas e sociais emergentes que influenciam as práticas em saúde (RIZZOTO, 1999).

Nesse contexto de transformações constantes na sociedade globalizada, a Enfermagem como profissão da saúde não fica inerte e desenvolve-se de acordo com as mudanças sociais. Esses profissionais atuam não apenas na proteção e promoção da saúde, como na reabilitação de pessoas que necessitam de cuidados de Enfermagem, respeitando os direitos dos pacientes (CASTRO; ANTUNES; ROLIM, 2004).

A Enfermagem brasileira é tecnicamente dividida em três categorias de profissionais: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e cada uma exerce suas atividades, conforme estabelece a Lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício da profissão e enfatiza em seu Art. 11 do Capítulo I que compete, privativamente, ao enfermeiro o planejamento, a organização, a coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). É importante ressaltar que o enfermeiro, no cotidiano de sua

prática em instituições de saúde, é responsável pelo gerenciamento do cuidado, tendo por finalidade proporcionar todas as condições necessárias à sua execução.

O enfermeiro ao exercer suas atribuições assistenciais e gerenciais fundamenta-se na sua formação e competência, estando implícitos os princípios morais e éticos que dão suporte no momento da tomada de decisão.

A consciência ética, por sua vez, é a voz interna, o julgamento interior dos atos humanos. Apresenta-se como o produto dos valores éticos, das crenças, das convicções filosóficas e religiosas e mantém estreita relação com a obrigatoriedade ética (GELAIN, 1992, p.15).

É interessante destacar que, a ética está originariamente ligada à noção da possibilidade de se definir o bem, quer como algo que é uma realidade perfeita, quer como objeto de desejo ou de aspiração (CORTES, 2005). Com relação a essa possibilidade, a ética é um tipo de saber normativo que pretende orientar as ações dos seres humanos.

Diante disto, os valores e as normas da profissão de enfermagem constituem o alicerce, a partir dos quais são tomadas as decisões éticas, que devem ser adotadas em benefício do paciente ou da população, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, o qual consiste em um conjunto de normas a serem respeitadas e cumpridas pelos profissionais e que norteiam a sua conduta. Menciona também como prescrição moral, os princípios fundamentais da profissão, os direitos dos trabalhadores, suas responsabilidades, deveres e proibições (GUIDO, 1995).

Portanto, para que o enfermeiro desempenhe suas atividades gerenciais respeitando à dignidade e os direitos das pessoas, é imprescindível que sua tomada de decisão na função de gestão seja pautada não apenas nos valores éticos como a justiça, o respeito às pessoas, a honestidade, a veracidade, o sigilo e a humanidade, mas também nos valores da profissão.

Deste modo, o enfermeiro deve manter um posicionamento ético consistente frente à instituição onde exerce suas funções. Ou seja, que ele tenha poder de argumentação e determinação, embasado no conhecimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na legislação profissional vigente, a fim de que possa planejar mudanças que venham a contribuir para a concretização de melhores condições de trabalho e resultem numa assistência adequada para indivíduos e comunidade, de forma segura e com os padrões desejados de qualidade.

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO NO CUIDAR DE ENFERMAGEM

Levando em conta a ética profissional da enfermagem, a esses profissionais não competem apenas às ações técnicas e especializadas, mas a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível, respeitando sua individualidade⁽¹⁵⁾. Ainda, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, Art. 1º - *todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade*, não sendo necessárias ações individualizadas, mas sim, ações coletivas que tenham como objetivo promover o bem estar do outro (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006).

Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com freqüência, parece ser relegada ao segundo plano. A doença, muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve. Também, os profissionais da área da saúde parecem gradativamente favorecer a desumanização de sua prática (TREVISAN; MENDES; LOURENÇO; SHINYASHIKI, 2002).

Desse modo, a ética, por enfatizar os valores, deveres, direitos e o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, constitui-se numa dimensão fundamental para a humanização nos serviços de saúde. A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além do tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor, por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado – uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente, as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana.

A ética profissional é uma parte da ciência moral. Mais do que limitar-se a um feixe de normas, ela procura a humanização do trabalho organizado, isto é, procura colocá-lo a serviço do homem, da sua promoção, da sua finalidade social. Mais do que formular determinadas normas e cristalizá-las num código, é tarefa da ética profissional realizar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha, por finalidade, salvar o humano, a hipoteca social de toda atividade profissional (TREVISAN; MENDES; LOURENÇO; SHINYASHIKI, 2002, p. 87).

Assim, é de suma importância refletir sobre considerações éticas que necessitam fundamentar as ações de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais, a qual necessita estar na base de todo processo de intervenção no campo interdisciplinar da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das considerações apresentadas, percebe-se que a formação do enfermeiro deve ser alicerçada em princípios éticos que permitam uma maior reflexão a respeito da consciência ética quebrando paradigmas através de um agir com competência, comprometimento e responsabilidade.

Desse modo, o ensino da ética é imprescindível no preparo do estudante e no exercício profissional do enfermeiro para atuar com autonomia, além de constituir-se numa dimensão fundamental para a humanização da assistência nos serviços de saúde, permitindo um cuidado digno, solidário e acolhedor ao ser fragilizado.

Sob esse enfoque, compreende-se que a ética, por enfatizar os valores, deveres, direitos e o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, procura ultrapassar um feixe de normas e colocar-se a serviço do homem. Assim, mais do que formular determinadas normas e cristalizá-las num código, a ética profissional busca realizar uma reflexão crítica e questionadora, que tenha, por finalidade, promover uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais, a fim de salvar vidas.

Nessa perspectiva, diversos profissionais da área de saúde, incluindo a Enfermagem, estão diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, W.D.F. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-Am Enferm**, vol. 14, n. 1, p. 132-5, jan-fev. 2006.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L.B.M.; BARRETO, R.A.S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev Eletron Enferm**, vol. 6, n. 3. 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 20 Abr. 2008.

BRASIL. **Lei no 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.

CASTRO, M.E.; ANTUNES, J.K.; ROLIM, M.O. Desafio de trilhar os caminhos da ética em uma perspectiva interinstitucional: uma experiência de ensino em enfermagem. **Rev Bras Promo Saúde**, vol. 17, n. 2, p. 66-71, dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: www.portalcofen.gov.br/2007. Acesso em: 20 Abr. 2008.

CORTES, B.A. Ética é limite. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 3, n. 1, p. 31-49, abr. 2005. Disponível em: www.sr2.uerj.br/sr2/coep/artigo%20bianca.pdf. Acesso em: 20 Abr 2008.

FORTES, P.A.C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GELAIN, I. O significado do “êthos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. **Acta Paul Enferm**, vol. 5, n. 1, p. 14-25, jan-dez. 1992.

GERMANO, R.M. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. **Bioética**, vol. 4, n. 1, p. 79-86, jan-jun. 1996. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v4/evolucao.html>. Acesso em: 20 Abr. 2008.

GUIDO, L.A. Aspectos éticos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico ambulatorial no centro cirúrgico e na sala de recuperação anestésica – reflexões. In: CONGRESSO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, jul. 1995, São Paulo. Anais. São Paulo: ABEn, 1995. p. 103-7.

GURGEL, A.H.; COSTA, L.B.; VIEIRA, M.D.C.M. **O Cuidado em Saúde**. Fortaleza: UFC, 2000.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; POLAK, Y.N.S. A Importância da ética no ensino da enfermagem. **Cogitare Enferm**, Porto Alegre, vol. 7, n. 2, p. 7-9. 2002.

RIZZOTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; LOURENÇO, M.R.; SHINYASHIKI, G.T. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev Latino-Am Enferm**, vol. 10, n. 1, p. 85-9, jan-fev. 2002.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WATSON, J.N. Seeking its source and survival. **ICUs and Nursing Web Journal**, vol. 9, p. 2-7, jan-mar. 2002.

SIGILO PROFISSIONAL: OBSERVÂNCIAS ÉTICAS DOS CÓDIGOS DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Amanda de Queiroga Lunguinho¹
Simone Karine da Costa Mesquita²
Solange Fátima Geraldo da Costa³
Josilene de Melo Buriti Vasconcelos⁴
Juliana Paiva Goés da Silva⁵

RESUMO

O sigilo profissional é um direito do paciente que resulta automaticamente em obrigação exclusiva dos profissionais. No Brasil, as preservações das informações obtidas pelos profissionais estão asseguradas pela Constituição Federal, Código Penal, Código Civil, além dos Códigos de Ética dos Profissionais que estabelecem padrões éticos na prática específica de cada categoria, procurando ratificar a natureza ética do trabalho e assegurar valores relevantes para a sociedade. O sigilo profissional tem seus limites expressos por compromissos legais dos profissionais. Destarte, a justa causa fundamenta-se na existência do estado de necessidade, pautado no conflito de interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro. O estudo tem como objetivo propõe abordar as observâncias éticas a respeito do Sigilo Profissional contempladas nos Códigos de ética dos profissionais de saúde. Através da análise dos resultados observamos que os códigos de Medicina e Enfermagem foram os mais completos apresentando o maior número de informações a respeito do sigilo profissional. Em contrapartida, os códigos dos profissionais de Educação Física e Farmácia foram pouco mencionados na discussão, pois apresentam escassas informações sobre o assunto. Portanto, considera-se o estudo de relevância para o campo da bioética, como também, subsidiará investigações pertinentes ao assunto proposto, disseminando o conhecimento produzido, possibilitando uma maior reflexão do compromisso ético do profissional da área de saúde na condução de uma assistência mais digna e respeitosa.

PALAVRAS-CHAVE: Sigilo Profissional. Código de Ética. Saúde

¹ Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pesquisadora do NEPB – UFPB. mandaqueiroga@hotmail.com

² Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pesquisadora do NEPB – UFPB.

³ Enfermeira. Prof^ª Dr^ª - UFPB

⁴ Enfermeira. Prof^ª Dr^ª - UFPB

⁵ Enfermeira. Egressa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pesquisadora do NEPB – UFPB.

INTRODUÇÃO

Na sociedade humana, sempre deparamos com situações ou fatos que necessite do nosso sigilo, a fim de proteger o ser humano. No campo profissional, em especial na área de saúde, o sigilo profissional requer um compromisso ainda maior, sendo fundamental na questão prática e social, seguindo passos legais que devem ser cumpridos (PERES et al., 2008).

Segundo Loch (2003) a origem do sigilo advém do verbo latino *secenere*, cujo participio, *secretum*, significa reservado, escondido. De acordo com o dicionário Aurélio o termo “sigilo” é sinônimo de segredo e refere-se ainda ao “sigilo profissional” como sendo “o dever ético que impede a revelação de assuntos confidenciais ligados à profissão” (FERREIRA, 2006).

Esse conceito foi evoluindo ao longo dos tempos adquirindo fundamentos mais rígidos, focados nas necessidades e direitos dos cidadãos à privacidade, passando a ser percebido como confidencialidade (LOCH, 2003). Assim, no século XX, o sigilo passou a ser considerado um direito do cidadão, sendo citado em vários códigos de deontologia, bem como nos Códigos Civil e Penal, passando a ser aceito como um direito-dever, pois se tornou um direito do paciente que resulta automaticamente em obrigação exclusiva dos profissionais.

Para garantir a confidencialidade na relação profissional-paciente os mesmos devem assumir o compromisso, mantendo sigilo com relação a qualquer informação sobre o estado de saúde do paciente, o exame físico, a patologia, documentos, dados científicos, relatórios, estudos, registros informáticos, dados pessoais, ou qualquer outra informação ou aspecto referente ao paciente, sobre sua família ou até mesmo parentes próximos, que ele tenha obtido durante sua atividade profissional.

De acordo com Luban (1992 apud PERES et al. 2008) a confidencia pode ser explicada por um argumento que se divide em dois elementos: O primeiro é o instrumental, pois a confidencialidade é fundamental para o exercício profissional, se ela não existisse o paciente não se sentiria seguro para revelar as informações necessárias para garantir uma boa assistência e o segundo é que a profissão tem importância em si mesma, haja vista, proteger certos valores considerados irrefutáveis.

No Brasil, o sigilo e a preservação das informações obtidas pelos profissionais estão assegurados pela Constituição Federal, Código Penal e Código Civil. Outro documento, que melhor orienta a conduta do profissional são os Códigos de Ética que é um conjunto de normas indicativas que servem para guiar a prática dos profissionais, inspirarem atitudes,

comportamentos e decisões, para que os valores éticos não sejam perdidos e que os pacientes possam ser tratados da forma, mais adequada, onde seus direitos sejam sempre preservados.

O sigilo profissional é citado nesses documentos éticos, e este é um dever legal imposto pelo interesse social, a fim de se preservar a intimidade do ser humano. Entretanto, a quebra do sigilo pode ser considerada uma infração ética, penal e até mesmo civil. Sua violação, porém, é admitida quando um interesse social, coletivo é mais relevante do que a manutenção do sigilo, ou mesmo através de uma disposição legal. Estas são as justas causas, no sentido amplo, que liberam o profissional de manter o sigilo profissional (SOUZA, 2004).

O sigilo profissional tem seus limites expressos por compromissos legais dos profissionais, como a notificação compulsória de algumas doenças transmissíveis, as lesões por agressão ou violência e as suspeitas de abuso infantil. Existindo ainda, as obrigações de ofício que também estabelecem limitações à confidencialidade, como quando os profissionais da área da saúde trabalham nas Forças Armadas ou para instituições que possuem responsabilidade, tanto com seus pacientes como com seus empregadores (PERES et al., 2008).

Segundo Loch (2003), é aceitável também, expor dois fundamentos que justifiquem a quebra do sigilo profissional: a preocupação com a segurança de terceiras partes envolvidas e a preocupação com o bem estar público e social. Lembrando que mesmo em casos onde a quebra do sigilo seja permitida, só devem ser reveladas as informações que forem estritamente necessárias ao andamento do caso.

Em regra, a justa causa fundamenta-se na existência do estado de necessidade, pautado no conflito de interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem-interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem; logo, não é absoluto o dever do sigilo profissional, logo para que se explique a infração penal é necessário que da revelação haja possibilidade de produzir um dano (PERES et al., 2008).

No âmbito privado da relação clínica, especificar as situações que exigem a ruptura da confidencialidade e discuti-las com o paciente pode ser uma forma moralmente correta de evitar a decepção e a diminuição da confiança mútua. No âmbito institucional e público é essencial que se estabeleçam políticas criteriosas e eticamente adequadas para regular tais questões. O objetivo principal deve ser balanceamento entre a proteção da privacidade individual e a garantia de um rápido fluxo de informações para os profissionais de saúde que legitimamente dela necessitam (LOCH, 2003).

Martins (2003) ressalta que critério de bom senso frente à possibilidade de quebra ou não do sigilo é o profissional perguntar a si mesmo se o paciente será beneficiado ou não com a violação do segredo. Se a conclusão for que essa atitude será benéfica para o paciente, então se deve solicitar ao paciente ou a seu representante legal a autorização para a revelação, mas, se a conclusão for contrária, o profissional nada revelará.

Considerando o exposto, este trabalho se propõe abordar as observâncias éticas a respeito do Sigilo Profissional contempladas nos Códigos de ética dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo documental. Esta modalidade de investigação tem como objetivo de selecionar, analisar e interpretar contribuições teóricas já existentes, porém sobre determinado fato, assunto ou idéia (GIL, 2008). O universo do estudo foi constituído pelos Códigos de ética de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Assistente Social, Educação Física, Farmácia, Psicologia e Fonoaudiologia. Estes subsidiaram a investigação proposta que teve como fio condutor investigar as observâncias éticas contempladas nos referidos Códigos a respeito do Sigilo Profissional. Foram analisados

Para delineamento da pesquisa documental, Gil (2008) define as seguintes fases: determinação dos objetivos, elaboração do plano de trabalho, identificação das fontes, localização das fontes e obtenção do material, tratamento dos dados, confecção das fichas e redação do trabalho e, finalmente, a construção lógica e redação do trabalho.

Os dados obtidos foram categorizados de acordo com os enfoques relacionados ao sigilo profissional contemplados nos códigos selecionados para a investigação proposta. Em seguida foram expostos por meio de representações gráficas e analisados a luz da literatura pertinente ao tema em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura detalhada de cada um dos dez Códigos de Ética estudados evidenciou que em cinco deles (Odontologia; Enfermagem; Medicina; Nutrição; Assistente Social e Fonoaudiologia) há um capítulo específico sobre o sigilo profissional, valendo destacar que no código de ética médica além do capítulo específico sobre o segredo médico, existe ainda um artigo, no capítulo I, referente aos princípios fundamentais, que ressalta a importância do mesmo. Em contrapartida, nos quatro restantes (Farmácia; Fisioterapia; Educação Física e

Psicologia) esse assunto é abordado, mas não em capítulo específico, fato que deve ser considerado quando se deseja ressaltar a importância na regulação profissional no que se refere ao Sigilo.

Quanto à conduta ética do Sigilo é comum em todos os códigos vistos, seja nos direitos, nas responsabilidades e deveres ou mesmo nos princípios fundamentais que elucidam cada código que nenhuma informação obtida em razão do exercício profissional deve ser revelada excetuando-se os casos previstos na lei, através de ordem judicial ou por “justa causa” onde esse sigilo pode ser quebrado. Os códigos de ética das profissões de fonoaudiologia e odontologia possuem ainda, um parágrafo específico evidenciando o que pode ser compreendido como justa causa, em relação à quebra do sigilo, informação importante, pois além de facilitar a interpretação do código por parte do profissional, orienta sua conduta durante a assistência.

Códigos de ética	Citação
Serviço Social	Parágrafo único - “Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”.
Enfermagem	Art.82º § 2º - “Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência”.

Quadro 1: Sigilo profissional: observâncias éticas relacionadas com o compartilhamento das informações nas atividades multidisciplinares

No quadro 2 que é referente ao compartilhamento das informações entre a equipe multidisciplinar, vemos que somente os códigos de ética de enfermagem e do assistente social, refere que as informações do paciente só podem ser compartilhadas se forem estritamente necessárias a prestação da assistência.

O conhecimento das informações por outro profissional sujeito ao mesmo dever não compõe crime de violação de segredo profissional. Não poderia ser de outro modo, inicialmente, em razão da necessidade de um profissional contar com o auxílio de outro conhecedor da terapêutica a ser administrada; depois, porque é praticamente impossível o paciente ter sempre a presença do mesmo profissional para o atendimento de suas necessidades emergenciais (SANTOS, 2007). Sabe-se que no trabalho multiprofissional a troca de informações entre a equipe de saúde é comum e bastante necessária, mas não

significa que todos os membros da equipe de saúde necessitem e devam ter acesso a todas as informações sobre os pacientes.

As informações do paciente que devem ser compartilhadas com outros profissionais são aquelas que auxiliem na assistência prestada, favorecendo a resolução ou melhora do estado de saúde do paciente. Por tanto, é de fundamental importância a citação desta questão nos códigos de ética de diversas áreas de saúde, para que os profissionais saibam quais as informações que realmente possa ser compartilhadas, preservando assim a intimidade do paciente.

No campo criminal, no art. 325 do Código Penal Brasileiro: “Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação” tem pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, ou multa, se o fato não constitui crime mais grave.

De acordo com os direitos do paciente (na Lei Nº 10.241, de 17 de março de 1999), deve ser resguardando informações de caráter pessoal, pela manutenção do sigilo, desde que isso não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Tais informações incluem tudo o que, mesmo desconhecido pela própria pessoa, seja do conhecimento do profissional de saúde em decorrência de conclusões obtidas a partir do histórico do paciente e dos exames (OSELKA, 2001).

Códigos de ética	Citação
Enfermagem	Art. 85 – “Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados”.
Medicina	Art. 104 –“Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais”.

Quadro 2: Sigilo profissional: observâncias éticas relacionadas com a proibição de divulgar ou fazer referência a casos que identifiquem os pacientes.

No quadro 3 ressaltamos que apenas os códigos de ética de enfermagem e medicina no capítulo referente ao sigilo, alude sobre a proibição de divulgar ou fazer referência a casos e ocorrências, que permita a identificação dos pacientes.

No código de ética de odontologia no capítulo que é referente ao sigilo, não faz referencia a essa questão, mas no capítulo XIV, referente à comunicação, cita que constitui infração ética “divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente, a não ser com o seu consentimento livre e esclarecido, ou de seu responsável legal.

Todo profissional deve manter o respeito à privacidade do paciente, assim, estabelecerá uma confiança maior entre o profissional e paciente, e isso facilitará de certa forma que os pacientes procurem os serviços de saúde sem medo de ser identificados, preconizando assim, o direito de auto proteção.

Como alicerce legal incumbe aludir, primordialmente, o comando constitucional de nossa Carta Magna, a Constituição Federal de 1988, que no inciso X, do seu artigo 5º, determina: "X – são invioláveis a intimidade, a vida privada a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação" (SOUZA, 2004).

Códigos de ética	Citação
Enfermagem	Art. 81º - § 4º - “O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo”.
Medicina	Art. 103 – “Revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.
Nutrição	Art. 17- IV- “manter sigilo profissional referente aos indivíduos ou coletividade assistida de menor idade, mesmo que a seus pais ou responsáveis legais, salvo em caso estritamente essencial para promover medidas em seu benefício”.

Quadro 3: Sigilo profissional: observâncias éticas relacionadas com o menor de idade

No quadro 4 observamos que excepcionalmente os códigos de ética dos profissionais de Enfermagem, medicina e nutrição referem em um artigo específico que mesmo se tratando de pacientes menores de idade o segredo profissional, deve ser mantido, ainda que sua quebra seja solicitada pelos pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que o silêncio possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo II, artigo 17, sobre “Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade” da criança e do adolescente, prescreve: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais” (SAITO et al, 1999).

Ainda segundo Saito et al (1999) é importante analisar que os adolescentes podem fazer parte do chamado comportamento de risco, talvez pela necessidade de estarem sempre procurando experiências novas. Deste modo, por exemplo, o exercício da sexualidade poderá implicar em gravidez precoce, aborto, DST/AIDS, sendo o mesmo entendimento aplicado ao uso de drogas, tentativas de suicídio ou homicídio, acidentes e a todos os tipos de violência. Em situações como essas, fica necessariamente questionada a autonomia do adolescente e em consequência, sua capacidade de tomar decisões. A confidencialidade é um direito do paciente adolescente e gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade de sua quebra (por exemplo, quando este coloca em risco a sua saúde ou de outrem), o paciente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Códigos de ética	Citação
Enfermagem	Art. 84º – Proibido: “Franquear o acesso a informações e documentos para pessoas que não estão diretamente envolvidas na prestação da assistência, exceto nos casos previstos na legislação vigente ou por ordem judicial”.
Fonoaudiologia	Art.13º- III- “ao elaborar prontuário de seus clientes conservá-lo em arquivo próprio, evitando o acesso de pessoas estranhas a ele”
Medicina	Art. 108 – “Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de

	observações médicas sujeitas ao sigilo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso”.
--	---

Quadro 4: Sigilo profissional: observâncias éticas relacionado ao prontuário do paciente.

Os códigos de ética dos profissionais de enfermagem, medicina, fonoaudiologia e nutrição, citam que é proibido facilitar de alguma forma o manuseio de prontuários ou de qualquer documento referente ao paciente por pessoas que não estejam envolvidas diretamente na prestação da assistência, salvo os casos previstos na legislação.

Os registros realizados nos prontuários dos pacientes são elementos imprescindíveis no processo do cuidado humano, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamentos além de garantir a segurança tanto do profissional como do paciente (MATSUDA; SILVA et al., 2006).

De acordo com Massad (2003) como os profissionais de saúde são os responsáveis por receber, registrar, manipular, armazenar e processar dados e informações devem zelar pela integridade das mesmas atentando para a importância de preservar o sigilo e assegurar a privacidade da pessoa cujos dados estão sendo manuseados.

O próprio Código Penal em seu artigo 153 elucida que “Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem”, é considerada infração estando o infrator sujeito a punição de acordo com a lei.

O acesso às informações contidas no prontuário só poderão ser reveladas se por autorização, respeitando o princípio da autonomia do paciente onde o mesmo tem o direito de determinar quais informações devem ser divulgadas ou ainda, como esclarece o código de ética profissional se houver “justa causa” ou por dever legal.

Códigos de ética	Citação
Fonoaudiologia	2º Parágrafo – “Não constitui quebra de sigilo profissional a exposição do tratamento empreendido perante o Poder Judiciário, nas ações que visem à cobrança de honorários profissionais”.
Medicina	Art. 109 – “Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio

	judicial ou extrajudicial”.
Odontologia	Art.9º - § 2º “Não constitui quebra de sigilo profissional a declinação do tratamento empreendido, na cobrança judicial de honorários”.

Quadro 5: Sigilo profissional: observâncias éticas relacionado à cobrança de honorários profissionais

Os Códigos de Ética dos Profissionais de Fonoaudiologia, Medicina e Odontologia referem em seus artigos que não é considerado infração ética a quebra do sigilo quando se trata da cobrança de honorários profissionais por meio judicial, ressaltando que o código de medicina inclui além dos meios judiciais os extrajudiciais.

É um direito do cidadão brasileiro, quando em condições de produzir para o sustento de várias vidas e várias necessidades, adquirir por meio de seu ofício o que lhe é devido. Ofício trabalhado, conquistado sempre com o respaldo de atitudes éticas, honestas e transparentes. Tanto o paciente quanto o profissional devem receber o que lhe é devido de acordo com critérios pré-estabelecidos, como por exemplo, critérios estabelecidos nos Códigos de Ética dos Profissionais de Saúde (GARBIN et al., 2008).

De acordo com Perez et al. (2008) em relação à cobrança judicial, pode-se expor de forma comedida e ponderada o tratamento empreendido na habilitação para recebimento de honorários em ações e em inventários. Também não constitui quebra de sigilo fornecer ao paciente ou responsável legal uma previsão de honorários especificados do tratamento que vai ser realizado.

Amparado judicialmente, durante a previsão de honorários, o profissional deve escrever um contrato com o comprometimento da dívida pela prestação de serviço, assim poderá protestar o não pagamento desta. É importante à união das classes profissionais junto aos órgãos competentes para que haja maior fiscalização quanto à cobrança de honorários e prestação de serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou uma discussão sobre o Sigilo Profissional tendo por base os Códigos de Ética dos profissionais de saúde onde observamos que a relação profissional /paciente fundamenta-se basicamente em três aspectos: a conduta clínica, os aspectos éticos e os parâmetros legais e que a confidencialidade das informações obtidas durante a assistência é

um direito do paciente, assegurado pela legislação brasileira e pelos códigos de ética dos profissionais de saúde.

Foram analisados neste estudo pontos como: o acesso às informações nas equipes multidisciplinares (Assistente Social e Enfermagem), proibição de divulgar ou fazer referência a casos que identifiquem os pacientes (Enfermagem e Medicina), referência à menoridade (Enfermagem, Medicina e Nutrição), prontuário do paciente (Enfermagem, Medicina e Fonoaudiologia) e cobrança de honorários profissionais (Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia).

De acordo com os resultados podemos concluir que os códigos de Medicina e Enfermagem foram os mais completos apresentando o maior número de informações a respeito do Sigilo. Em contrapartida, os códigos dos profissionais de Educação Física e Farmácia não foram mencionados na discussão, pois apresentam escassas informações sobre o tema, citadas exclusivamente nos capítulos referente aos deveres dos profissionais.

Destarte, percebemos que os Códigos que continham mais informações sobre o Sigilo Profissional possuem capítulos específicos que abordam o tema o que é de extrema importância quando se deseja ressaltar a importância na regulação profissional no que se refere ao tema.

Ante o exposto, considera-se o estudo proposto de relevância para o campo da bioética, em particular, no que concerne as observâncias éticas referente sigilo profissional, como também, subsidiará novas investigações pertinentes ao assunto proposto, disseminando o conhecimento produzido. Este possibilitará, também, uma maior reflexão do compromisso ético do profissional da área de saúde na condução de uma assistência mais digna e respeitosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio versão 5.0; edição revista e atualizada**: dicionário eletrônico. Curitiba: Positivo; 2006.

GARBIN, A.J. I; GARBIN, C.A.S.; FERREIRA, N.F.; SALIBA, M.T.A. Cobrança de honorários: é estabelecida pelo código de ética. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**. 20(2): 122-7. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20%282_2%29_2008.pdf .Acesso em: setembro de 2009

GIL, A. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LOCH, J.A. **Confidencialidade**: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética* 2003; 11(1): 51-64. Disponível em: <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/confidencialidad.pdf> . Acesso em: agosto de 2009.

MARTINS, G.Z. Sigilo Médico. Simpósio Medicina e Direito. **J Vasc Br** 2003,v. 2, n.3. 2003. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-260.pdf> . Acesso em: setembro 2009.

MASSAD, E., MARIN, H.F., AZEVEDO, R. S. **O Prontuário do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico**. São Paulo. USP, 2003.

MATSUDA, L.M.; SILVA, D.M.P.; ÉVORA, Y.D.M.; COIMBRA, J.A.A. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006; 8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm. Acesso em: setembro 2009.

OSELKA, G. Direitos dos Pacientes e Legislação. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.47 n.2. São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200024&lng=es&nrm=iso&tlng=es Acesso em: setembro de 2009.

PERES, S.H.C.; PERES, A.; FANTINE, A.M.; FREITAS, F. D. R.; OLIVEIRA, M.A.; SILVA, O.P.; CHAGURI, R.H . Sigilo profissional e valores éticos. **Revista da Faculdade de Odontologia**. Universidade de Passo Fundo, v. 13, p. 7-13, 2008. Disponível em: http://www.upf.tche.br/download/editora/revistas/rfo/13-01/sigilo_profissional.pdf . Acesso em: setembro de 2009.

SAITO, M.I.; LEAL, M.M.; SILVA, L.E.V. **A Confidencilidade no atendimento a saúde de adolescentes**: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)*, 1999. Disponível em: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/412.pdf> . Acesso em: setembro de 2009.

SANTOS, L. O cartão nacional de saúde-cartão SUS e o segredo profissional, sigilo do prontuário e dos dados informatizados. **REVISTA DE DIREITO DO TRABALHO**, São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 105, p. 171-213, jan/mar., 2002.

SOUZA, N.T.C. Erro Médico e sigilo profissional. **Rev.Jus Vigilantibus**, 2004. Disponível em: <http://jusvi.com/artigos/2489>. Acesso em: setembro de 2009.

SMANIO, G.P. **Direito Processual Penal**. 4 ed.São Paulo: Atlas, 2007.

**TRANSFUSÃO DE SANGUE E TESTEMUNHAS DE JEOVÁ:
ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS**

Alana Franco da Silva¹
Leila de Cássia Tavares da Fonseca²
Renata Antonia Aguiar Ribeiro³
Sharllene de Lima Cordeiro⁴
Vanessa Costa de Melo⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO. O sistema de saúde diariamente enfrenta conflitos éticos, principalmente no que tange a transfusão sanguínea nas testemunhas de Jeová o que merece uma discussão respaldada na bioética, uma vez que existem conflitos entre a autonomia do paciente mediante o consentimento esclarecido e o ato médico seguindo os princípios da beneficência e a criação de terapias alternativas. **OBJETIVO.** Promover uma reflexão acerca das implicações bioéticas sobre a negação de transfusão de sangue por pacientes adeptos da religião Testemunhas de Jeová. **MÉTODOLOGIA.** Utilizou-se a análise bibliográfica de artigos publicados em periódicos de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Direito na base de dados do SciELO e no <http://www.google.com.br>, incluindo artigos que abordassem essa temática. **RESULTADOS** A religião Testemunhas de Jeová se opõe á pratica da hemotransfusão para manutenção da vida. Com isso os profissionais da saúde são limitados em suas capacidades de oferecer um tratamento que venha a manter estável a vida do paciente. **CONCLUSÃO.** As leis que asseguram a liberdade religiosa, a autonomia do paciente e que torna inviolável sua privacidade e direito de decidir ainda são motivos de conflitos entre os profissionais, principalmente quando há risco iminente de vida. O uso de terapias alternativas sanciona a problemática, viabilizando um tratamento adequado ao paciente sem ferir seus princípios e sua moral.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. transfusão de sangue. testemunhas de Jeová.

¹ Graduanda do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela UFPB. Email: Alanah_franco@hotmail.com

² Professora, Mestre, do curso de Enfermagem da UFPB. E-mail: leilafonsecarr@hotmail.com

³ Graduanda do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela UFPB. Email: renataribeiro1991@hotmail.com

⁴ Graduanda do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela UFPB. Email: sharllene.vanessa@yahoo.com.br

⁵ Graduanda do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela UFPB. Email: Vanessa_mjp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde se confronta diariamente com questões éticas e bioéticas que, necessitam de uma maior sensibilidade ao serem analisadas e julgadas, antes da tomada de decisão. Do contrário, decisões antecipadas podem comprometer a qualidade do atendimento, a atuação dos profissionais da saúde ou mesmo o direito do paciente á autonomia. (FRANÇA, 2008)

Estudos que abordam o tema sobre os conflitos éticos em situações onde os profissionais são limitados ao oferecerem um tratamento para manutenção vital do paciente por motivos morais ou religiosos, têm contribuído para a evolução tecnocientífica no campo onde há persistência de tais fatores, bem como instruído os trabalhadores da área da saúde a agirem da maneira correta e ética nessas situações.

A Constituição Federal, no artigo 5º; incisos VI e X, garante a liberdade religiosa e o direito a inviolabilidade das decisões do indivíduo mediante os valores impostos pela sua crença. Tal lei anula o artigo 56º do Código de Ética Médica, que afirma a autoridade do médico a aplicar tratamentos, anteriormente negados pelo paciente, se o mesmo apresentar risco iminente de vida, passando este, a não ter valor legal algum, gerando assim um conflito de normas. (MARINI, 2005)

Embora esteja claro o respeito à autonomia do paciente adulto e capaz, ou do seu responsável legal quando este não apresentar os requisitos, muitos profissionais deparam-se com a insegurança, temendo um processo administrativo por parte do Conselho Regional de Medicina, por omissão de socorro, delito previsto no artigo 135º do Código Penal Brasileiro. (VIEIRA, 2003).

A resposta que supre tanto a execução de um tratamento médico quanto o respeito aos princípios do paciente, seria a viabilização de terapias alternativas, que possui vantagens como a diminuição do risco de contrair doenças transmitidas através do sangue, minimiza a necessidade de imunossupressão e reduz os riscos de infecções e o custo financeiro.

Diante das considerações apresentadas, este estudo teve como objetivo abordar considerações sobre os aspectos éticos e jurídicos na realização de transfusões de sangue em paciente adeptos da religião Testemunhas de Jeová.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura desenvolvida basicamente pela pesquisa bibliográfica na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), pela pesquisa

de artigos na internet no endereço eletrônico <http://www.google.com.br>, através dos descritores: doação; transfusão de sangue; Testemunhas de Jeová; religião e bioética, bem como pela pesquisa em teses tanto de mestrado quanto de doutorado e pela pesquisa em artigos da Constituição Federal de 2006, e do Código de Ética Médica referentes as questões que envolvem a recusa em receber tratamento por meio de transfusão de sangue por integrantes da religião Testemunhas de Jeová.

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2009. O material usado tem sua publicação datada entre os anos 1990 e 2008. Foram selecionadas 28 (vinte e oito) publicações que foram submetidas a análise de conteúdo, primeiramente por leitura superficial, seguida de leitura profunda, a qual possibilitou o recorte dos textos de interesse. A partir disso, surgiram categorias que facilitaram a organização da apresentação da temática no trabalho e sua produção. São elas: As crenças religiosas e o homem, as doutrinas religiosas e a autonomia do paciente, a doutrina da religião Testemunhas de Jeová e as implicações éticas no respeito a autonomia do paciente.

Das 28 (vinte e oito) publicações selecionadas, apenas 17 (dezesete), publicadas ora pela Medicina, ora pelo Direito, tratam especificamente a questão da negação de tratamento com sangue alogênico por adeptos da religião Testemunhas de Jeová, fornecendo informações completas e necessárias para a construção deste trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

Crenças religiosas e o Homem

As convicções do ser humano são baseadas na crença da existência de algo maior em si mesmo, conectado à sua alma. Essa espiritualidade tornou-se uma das necessidades fundamentais para o ser humano, pois doutrinas morais norteiam sua prática de vida principalmente no que tange valores e princípios.

O impacto da religião na vida das pessoas hoje tomou proporções terapêuticas. Considerada uma fonte de apoio social, a religião tem demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores, como o processo saúde-doença e o tratamento da saúde. (VOLCAN, 2003, PANZINI; BANDEIRA, 2005). Ainda vale salientar, que quando há a compreensão dos profissionais da saúde acerca da espiritualidade do paciente, consequentemente a relação profissional-paciente é aprimorada e há uma melhora na prática clínica. (GIOVELLI et al, 2005)

Quando o paciente é assistido holisticamente, e é dessa forma que deve ser visto sempre, implica-se a religião em que o mesmo está inserido, pois ela é incorporada pelo indivíduo na sua pessoa e não deve ser minimizada ou desconsiderada durante a execução de um tratamento.

É importante destacar que o dever do profissional é promover o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual do paciente. Objetivo que deve ter por base o ponto de vista do paciente, e não da classe trabalhadora.

As doutrinas religiosas e a autonomia do paciente

A religião é composta além da fé, de uma bagagem de doutrinas e dogmas que busca aprimorar o equilíbrio entre corpo, alma e espírito, afirmando que situações que venham exercer ou provocar mudanças em uma dessas partes, podem influenciar nas demais áreas, positiva ou negativamente. Através da busca por esse equilíbrio, a religião passa a caracterizar o estilo de vida e o comportamento do indivíduo.

A Constituição Federal Brasileira, no art. 5º, fala da liberdade religiosa sem preconceitos ou discriminações nos incisos:

VI – é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício de cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e as suas liturgias;

VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;

VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

X – São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. (BRASIL, 2006).

Tratando-se da religião Testemunhas de Jeová, que não admitem a transfusão de sangue alogênico, confronta-se diretamente com a medicina, atordoando os profissionais que se deparam com o assunto, duvidosos quanto ao caminho mais seguro e certo a tomar diante do perigo de morte do paciente. (VIEIRA, 2003).

As Testemunhas de Jeová

A religião Testemunhas de Jeová, fundada em 1872 por Charles T. Russell e possui hoje mais de seis milhões de fieis em mais de 230 países diferentes. Defendem a abstenção à participação política, não votam ou são votados a cargos políticos, não prestam homenagem aos símbolos nacionais, recusam-se a servir às forças armadas e não comemoram aniversários. São categoricamente contra as transfusões de sangue, afirmando que o sangue é a vida: “*Que se abstenham... da fornicação, e do estrangulamento, e do sangue*”; “*Contudo não deveis comer carne com vida, isto é, com sangue.*” (Gênesis 9:3 – 5); (VIEIRA, 2003).

O adepto deve aceitar, sem contestações, todos os ensinamentos que lhe são ministrados. Caso venha transgredir, será submetido a uma audiência com uma Comissão Judicativa, formada por três anciãos ou pastores. Esse encontro acontece a portas fechadas, admitindo-se, apenas, a presença das testemunhas do caso. (FERREIRA, 2003)

Segundo França (2008), a Comissão Judicativa poderá admoestar privadamente o transgressor; suspender seus privilégios religiosos; censurá-lo publicamente em reunião ou excomungá-lo. No caso de excomunhão, os demais membros devem cortar relações pessoais com o desassociado e com sua família, incluindo até o simples cumprimento. Quem desobedecer esta norma também estará sujeito a ser desassociado.

Diante do exposto, certos questionamentos são levantados, pelos não adeptos a essa religião: A convicção religiosa é mais importante que a própria vida? Os Testemunhas de Jeová são suicidas? Nestes casos, onde termina o princípio da autonomia e onde começa o princípio da beneficência? O ato médico é certo, do ponto de vista ético nesses casos?

O princípio da Beneficência e o Ato Médico

Nossa Constituição Federal, em seu artigo 5º, dispõe que “*Todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza*” e no inciso VI garante “*a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade*”, assegurando que estes direitos representam princípios básicos do Estado Democrático de Direito. (BRASIL, 2006)

Porém, o cumprimento dessas leis pode gerar um conflito entre a consciência do paciente e a do médico. (SOUZA; MORAES, 1998) Segundo Carlos Ernani Constantino, quando os ensinamentos de uma seita religiosa provocam o sacrifício desnecessário de vidas humanas, está ferindo preceitos da ordem pública. Assim, a liberdade religiosa não pode ferir o direito à vida. E se uma pessoa pertence a uma seita contrária à transfusão de sangue, entrar em um hospital estando em grave e iminente perigo de vida ou saúde, e o médico deixar de

prestar-lhe assistência, responderá pelo crime de omissão de socorro, prevista no Código Penal, artigo 135º, ainda que a pessoa ou seus parentes não queiram tal tratamento. (CONSTANTINO, 1998).

O artigo 56º do Código de Ética Médica tem sido citado muitas vezes para apoiar a idéia de que o médico pode desrespeitar as prévias decisões tomadas pelo paciente no que tange seu tratamento de saúde, e praticar um ato médico que o paciente considera impróprio para si, se este estiver em iminente perigo de vida. (SOUZA; MORAES, 1998)

A razão para essa desconsideração para com as crenças individuais, seria a Beneficência, princípio que inspira o médico a direcionar sua atividade e intervenção sempre em benefício do seu paciente.

No entanto, de acordo com Sprung e Eidelman (1996), a “beneficência requer que o médico faça o que beneficiará o seu paciente, de acordo com a visão do paciente e não com a visão do médico”.

Para Munõz e Almeida (1995, pág. 95), existe uma relação lógica entre o princípio da beneficência e a autonomia dos pacientes:

“Respeitar a autonomia das pessoas competentes pressupõe beneficência: quando as pessoas são competentes para escolher, ainda que a escolha não seja a que faríamos, respeitar suas escolhas é um ato beneficente. Isto permite que seus desejos sejam respeitados em circunstâncias que os afetem diretamente”.

Além disso, deve-se dar atenção ao termo “saúde”, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, não se refere apenas à ausência de doença, mas a um bem-estar social e mental do indivíduo, incluindo a não violação de seus valores éticos e culturais. (SEGRE, 1991)

Assim, observa-se que a visão tradicional hipocrática coloca o médico como uma autoridade inquestionável e autoritária, deixando o paciente a mercê de critérios e preferências alheias e privando-o de seus direitos como paciente e cidadão. Porém, atualmente o médico pode compartilhar com seu paciente a responsabilidade e a análise do melhor tratamento para que este possa ser tratado de maneira holística.

Celso Ribeiro Bastos (2001) afirma que nos casos que envolvem consideração de ordem religiosa, a vontade do paciente deverá ser satisfeita. A declaração formal feita pelas Testemunhas de Jeová constitui ato jurídico plenamente válido e isenta os médicos de responsabilidade por quaisquer resultados adversos decorrentes da recusa do tratamento.

Princípios Bioéticos da “Autonomia” e do “Consentimento Esclarecido”

O princípio da Autonomia é aquele que visa reconhecer o direito da pessoa humana de optar submeter-se, ou não, a um procedimento ou tratamento médico, sem sofrer interferência ou pressão externa, de acordo com seus princípios e valores mais íntimos. (MARINI, 2005)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde especifica as condições de uso desse direito:

“Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2007)

Sendo assim, os valores do paciente e sua decisão quanto ao tratamento que irá ou não submeter-se deve ser prezado, afinal, quem terá de suportar os efeitos de tal intervenção será o mesmo, conforme podemos verificar na citação abaixo descrita do Congresso Federal de Medicina:

“Casos, como o de uma Testemunha de Jeová que não deseja que lhe seja administrado sangue sob qualquer hipótese, devem ser considerados a partir do princípio bioético da autonomia do paciente sobre seu corpo e sua integridade moral, e não a partir da fórmula de que ‘preservação da vida é bem jurídico maior do que a liberdade da própria pessoa’... Para bioética, o que é ‘bem’ para uma comunidade moral não necessariamente significa ‘bem’ para outra, já que suas moralidades podem ser diversas.” (CONGRESSO FEDERAL DE MEDICINA, 1998)

Portanto, a construção de um relacionamento amistoso entre profissional-paciente, alicerçado na Autonomia e rico em confiança mútua, terá reflexos na recuperação do paciente, pois este irá sentir-se confortável na sua essência que está sendo respeitada, independente de suas dores e debilidade física.

Outro princípio bioético que decorre da "Autonomia", é o Consentimento Esclarecido que consiste em uma decisão voluntária realizado por uma pessoa competente embasada em informações, aceitando ou recusando propostas de ação que lhe afetem ou possam afetar. Tal ação mostrará que, o paciente, de forma ativa, é quem deve autorizar as propostas a ele apresentadas e não meramente concordar a uma terapia, por meio de uma atitude submissa as ordens dos profissionais da saúde. (FORTES, 1994)

O fornecimento das informações necessárias para viabilizar o Consentimento Esclarecido, bem como o Princípio da Autonomia está especificado na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, no terceiro princípio exposto a seguir:

“A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e relação custo - benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da transfusão sanguínea nas Testemunhas de Jeová é permeada de conflitos do ponto de vista ético e jurídico, tornando complexa a natureza entre a obrigação médica e o respeito ao direito do paciente. Desta forma, o profissional médico deve respeitar os princípios de autonomia e consentimento esclarecido, bem como os direitos dos usuários da saúde, como garantias constitucionais. Entretanto em casos de iminente risco de morte, este mesmo profissional deverá seguir seu Código de Ética, a fim de preservar a vida.

Essa discussão leva-nos a entender que ao recusar o tratamento por transfusão de sangue, o paciente não opta por morrer e sim por não violar seus princípios. A viabilização de hemoterapias alternativas, como a Hemodiluição Normovolêmica Aguda (HNA) e a transfusão autóloga, que utiliza o sangue do próprio paciente por meio de um sistema fechado e conectado a veia do mesmo. Porém no Brasil, essas terapias são restritas a apenas três instituições. (FRANÇA, 2008)

REFERÊNCIAS

FRANÇA, I.S.X; Baptista, R.S; Brito, V.R.S. **Dilemas Éticos na Hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: uma Análise Jurídico-Bioética**. Acta Paulista de Enfermagem – v.21 n.3. São Paulo, 2008.

VIEIRA, T.R.; **Aspectos Éticos e Jurídicos da Recusa do Paciente Testemunha de Jeová em Receber Transfusão de Sangue**. Revista Ciências jurídicas e sociais da Unipar – v.6 n.2. Paraná, 2003.

GIOVELLI, G.R.M.; Lühring, G; Gauer, G.J.C. et al; **Espiritualidade e Religiosidade: uma Questão Bioética?** Revista Eletrônica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética, v.1 n.5. Rio Grande do Sul, 2008.

VOLCAN, S.M.A.; Sousa; et al. **Relação Entre Bem-Estar Espiritual e Transtornos Psiquiátricos Menores: estudo transversal**. Revista de saúde Pública. V.37 n.4. São Paulo, 2003.

PANZINI, R.G.; Bandeira, D. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo.** Psicologia em estudo. V. 10 n.3. Maringá, 2005.

BRASIL, **Constituição da República Federativa.** Artigo 5º incisos: VI, VII, VIII e X. pág. 2. Brasília, 2006.

Construindo um sistema de sangue para o século 21. Conselho Federal de Medicina. Setembro de 1998.

MINISTERIO DA SAUDE, **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** Editora: MS. 2º ed. Brasília-DF, 2007.

MARINI, Bruno. **O caso das testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue: uma análise jurídico-bioética.** Jus Navigandi, Teresina, ano 9 n. 661. 28 de abril de 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6641>. Acesso em 18 set. 2009. Data de acesso: 18 de setembro de 2009.

LEIRIA, Cláudio da Silva. **Transfusões de sangue contra a vontade de paciente da religião Testemunhas de Jeová: uma gravíssima violação de direitos humanos.** Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n. 2100, 1 abril de 2009. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12561>. Acesso em 18 set. 2009.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido.** Revista Bioética. Vol. 2 , n.2. Brasília, 1994.

SOUZA, Zelita da Silva; MORAES, Maria Isabel Dias de Miorin de. **A ética médica e o respeito às crenças religiosas.** Revista Bioética. Vol. 6, N. 1. Brasília, 1998.

CONSTANTINO, Carlos Ernani. **Transfusão de Sangue e omissão de socorro.** Revista Jurídica. N. 246. Abril, 1998.

SPRUNG, CL; EIDELMAN, LA. **Intervenções judiciais em decisões médicas: falhas no sistema médico?** Editorial: Crit Care Med, 1996.

MUÑOZ, DR. E ALMEIDA, M. **Noções de Responsabilidade em Bioética.** Revista Bioética. Editora da USP. 1995, pág. 95.

SEGRE, Marco. **Situação ético-jurídica da testemunha de Jeová e do médico e/ou instituição hospitalar que lhe presta atenções de saúde, face à recusa do paciente-religioso na aceitação de transfusão de sangue.** São Paulo, 4 de julho de 1991.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Parecer penal: direito de recusa de pacientes submetidos a tratamento terapêutico às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas.** Revista dos Tribunais. Ano 90, vol. 787. Maio, 2001.

TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: ASPECTOS ETICOS E LEGAIS

Paulo Roberto Lucena Costa¹
Cizone Maria Carneiro Acioly²
Luanna Silva Braga³
Wilkerly de Lucena Andrade⁴

RESUMO

Desde a antiguidade, a área médica busca meios para retardar o envelhecimento e a morte através de transplantes e doação de órgãos tendo como pré-requisito a adaptação do receptor, avaliando o risco-benefício. Este estudo teve por objetivo abordar os aspectos éticos e legais acerca do transplante e doação de órgão à luz da literatura pertinente. A pesquisa realizada é caracterizada como um estudo bibliográfico, realizada na biblioteca de instituições públicas e privadas de ensino superior, localizadas na cidade de João Pessoa – PB, assim como on line. Seguindo três etapas: Levantamento bibliográfico; Seleção do material; Construção do texto. Observa-se que, buscando o entendimento aprofundado, é possível construir uma consciência crítica para ajudar na tomada de decisão de doar órgãos ou não. Assim, a população pode perceber a importância do transplante e contribuir com a esperança de vida do próximo. As legislações tais como Código de Ética da profissão de enfermagem (Resolução 311/07) em seus Art. 17 e 18 e proibições Art. 27 e 43; lei 9.434/97 no seu Art. 4^a- e o Decreto 2.268/97 representa uma maior segurança com relação a decisão da família, pelo cumprimento e compromisso dos profissionais frente as leis, pois, se haver erros, poderão ser punidos.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante; Doação de órgãos; Aspectos éticos e legais.

¹ Discente do curso de direito UNIPE 6^a- período. E-mail paulo.rlucena@hotmail.com

² Docente da disciplina semiologia e semiótica da enfermagem II-DENC/CCS/UFPB. Mestre em enfermagem. Orientadora. E-mail profcizone@hotmail.com

³ Discente do curso de enfermagem UFPB 4^a- período. E-mail luanna_braga@hotmail.com.

⁴ Discente do curso de enfermagem UFPB 4^a- período. E-mail wilkerly@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, a área médica busca meios para retardar o envelhecimento e a morte através de transplantes e doação de órgãos que tem como pré-requisito a adaptação do receptor, avaliando o risco-benefício. A possibilidade de haver um transplante de órgãos sólidos como rim, pulmão, pâncreas, fígado, coração e intestino iniciaram-se por experimentos de transplantes de animais para o ser humano (xenotransplante) e seres da mesma espécie, mas geneticamente diferentes (alotransplante) (COELHO; GODOY; MATIAS, 2003)

O primeiro transplante renal em cães foi descrito em março de 1902 por Emerich Ullmann. Já os de humano para humano foram de córneas, realizados por volta de 1880, segundo (ROCHA, 1994). Este autor relata ainda a ocorrência do primeiro transplante renal, entre humanos, em 1933, efetuados por um médico russo, Voronoy, na Ucrânia, que, devido ao desconhecimento dos princípios de transplantologia, resultou em óbito do receptor após 48 horas. Já em 1954 foi realizado, com o uso de imunossupressor, o primeiro transplante bem sucedido entre dois gêmeos idênticos por John Merrill e Joseph Murray. A partir desse experimento e a descoberta das propriedades dos imunossupressores, permitiu a disseminação da terapêutica dos transplantes.

No Brasil, a história dos programas de transplantes começou na década de 1960 com um transplante renal, tendo se desenvolvido progressivamente, ao tempo que os programas de transplantes de outros órgãos ficaram diminuídos, voltando a crescer apenas em meados dos anos 80. No final de 1995, o Ministério da Saúde recebeu uma proposta de um modelo de organização de transplante baseado no modelo espanhol, porém não foi publicada nenhuma normatização sobre o mesmo (GARCIA, 2006)

Em 1997, com a publicação da Lei 9.434, que aconteceu sem a participação do Ministério da Saúde, houve uma modificação na forma de consentimento para a doação de órgãos no país, levando a uma grande repercussão na mídia. No Decreto Lei 2.268/97, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e estabelecido a forma de distribuição dos órgãos e tecidos através das listas de espera regionalizadas. Em 1998, foi nomeado o Coordenador do SNT e criado o Grupo de Assessoramento (GTA), e a partir de então foram implantadas medidas indispensáveis para a efetivação desta política de transplante, afirma o autor supracitado.

Na Paraíba, o trabalho na Central de Transplante consistia, inicialmente, em receber a documentação dos médicos que solicitavam autorização do SNT para realizar o procedimento para então receber autorização da CNCDO/PB. Desse modo, enquanto as equipes médicas obtinham autorizações para realizar os transplantes, uma equipe da Central de Transplantes ficava responsável de se dirigir até os hospitais para detectar doadores adequados (FRANÇA, 2008).

O transplante de órgãos é um ato nobre de salvar vidas no qual é retirado o órgão do doador, após confirmar a morte encefálica, e implantada no receptor por meios cirúrgicos seguindo a legislação. Sabendo da terapêutica para o receptor, este estudo justifica-se para uma melhor compreensão sobre o processo de doação de órgãos (ÓRGÃOS, 2009).

Diante de tal fato, levantamos o seguinte questionamento que norteou esta pesquisa: quais os aspectos éticos e legais tangentes ao transplante e doação de órgãos abordados na literatura?

Este estudo teve por objetivo abordar os aspectos éticos e legais acerca do transplante e doação de órgão à luz da literatura pertinente.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

O estudo realizado é caracterizado como um estudo bibliográfico. De acordo com Marconi e Lakatos (2006), a pesquisa bibliográfica consiste no exame de produções humanas desenvolvidas ao longo da evolução da humanidade, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinados assuntos como tema de pesquisa científica. Para Fachin (2003), este tipo de pesquisa apresenta como objetivo fundamental conduzir o leitor a um determinado assunto e produção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica, portanto não é apenas uma repetição do que já foi escrito ou narrado sobre determinado assunto, mas favorece o exame de um tema com uma nova abordagem, chegando a próprias conclusões. Para que esse tipo de pesquisa seja realizado, é necessário que ocorra a redefinição de um problema, definição de técnicas para coleta de dados em resposta ao questionamento formulado.

Local de Estudo

A pesquisa se realizou em fontes especializadas a respeito do tema, pesquisadas em acervo bibliográfico disponível na biblioteca de instituições públicas e privadas de ensino superior, localizadas na cidade de João Pessoa – PB, assim como on line.

Etapas do Estudo

Para a construção do estudo proposto, seguiram-se as orientações de Costa (2002) que foi realizado no período de agosto a setembro de 2009:

Etapa 1- Levantamento do material bibliográfico sobre o tema do trabalho

Nessa etapa, os pesquisadores selecionaram o tema proposto, buscando fazer uma revisão de literatura, a partir das seguintes fontes: livro, artigos e monografias. Essas fontes foram pesquisadas em acervo bibliográfico disponível em bibliotecas localizadas e descritas acima.

Etapa 2- Seleção do material para construção do Trabalho

Nessa etapa, os pesquisadores selecionaram criteriosamente o material considerando tudo que seja relevante e pertinente ao objetivo do trabalho, na qual foi realizada uma leitura detalhada de cada material selecionado. Em seguida, foram feitas citações indiretas de acordo com cada tópico a ser explorado e suas respectivas referências, objetivando facilitar a construção do esboço preliminar da referida pesquisa.

Etapa 3 – Construção do texto

Essa etapa foi iniciada com a construção de um esboço preliminar, tendo como base o material selecionado, para logo depois ser elaborado o texto final com vistas ao alcance dos objetivos propostos.

Considerações éticas

Ressalta-se que os pesquisadores pautaram-se pelas normatizações recomendadas pelas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, quanto ao uso correto de citações e de suas referências sem esquecer os postulados éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução 311/07 (LIMA, 2007).

REVISÃO DE LITERATURA

Considerações acerca do transplante e doação de órgãos

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo, em que qualquer tipo de transplante é financiado pelo SUS. O processo de captação de órgãos e tecidos é um conjunto de atividades que envolvem a obtenção de órgãos e tecidos destinados ao transplante. O processo tem início com a busca do doador e termina com a entrega do corpo aos familiares após a retirada dos órgãos.

É possível utilizar para transplante os órgãos de dois tipos de doadores: o doador vivo, que, de acordo com a Lei 9.434/97, pode doar um de seus órgãos duplos ou parte de órgão, desde que não ocorra prejuízo à saúde do doador, e o doador cadáver, que pode ser de dois tipos, com o coração parado, do qual só poderão ser retirados tecidos, como válvula cardíaca, osso, pele, cartilagens e córneas, e com morte encefálica, do qual poderão ser retirados órgãos, como coração, fígado, pâncreas, pulmão e rins além dos tecidos já citados (PEREIRA, 2000).

Segundo Garcia (2000), o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante possui várias etapas. Primeiramente é feita a identificação e a manutenção do potencial doador (PD), logo após comunica-se à família a suspeita da morte encefálica (ME), realizam-se os exames que comprovarão o diagnóstico de ME e notifica-se a CNCDO do Estado, que encaminha um profissional, geralmente enfermeiro, ao local onde se encontra o potencial doador (PD), que fará uma avaliação clínica das condições de viabilidade dos órgãos e/ou tecidos a serem coletados e, junto com o psicólogo e o assistente social de plantão naquele dia, fará uma entrevista familiar com o responsável legal pelo cadáver com o intuito de obter a autorização para a retirada dos órgãos e/ou tecidos a partir da assinatura do Termo de Doação.

Sempre que um paciente com suspeita de morte encefálica é identificado, o profissional responsável da Comissão Intra-hospitalar para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e/ou da Central de Transplante do Estado solicita ao médico assistente a realização de exames clínicos que a confirmam. Imediatamente é feita uma notificação de PD à CNCDO (BRASIL, 1997).

Após a notificação, uma série de ações deve ser realizada para a manutenção efetiva do potencial doador, viabilizando adequadamente seus órgãos para transplante. Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem vários órgãos e sistemas no paciente em condições de morte encefálica pelos profissionais que trabalham com a doação de órgãos e tecidos é um dos fatores que parece estar ligado à melhoria de sobrevida no receptor ou à qualidade do enxerto transplantado (ROZA, 2005).

Para ser notificada a morte encefálica é realizado o eletroencefalograma, pela constatação da ausência de atividade do tronco cerebral, arreatividade supra-espinhal, pupilas fixas e fotorreagência ausentes, reflexo oculocefáticos ausentes e testes de apnéia positivo (ALVES, BATISTA, CIPRIANO, 2007)

Caso ocorra a recusa familiar à doação, o processo é encerrado. Caso a família doe, os exames sorológicos para triagem do doador são iniciados; se o resultado for positivo para qualquer um dos exames que contra-indique a doação, o processo é encerrado. Do contrário, o provável doador é destinado ao centro cirúrgico pra se começar a retirada dos órgãos, onde são retirados os linfonodos e encaminhados ao laboratório de histocompatibilidade para a realização da tipagem de antígenos leucocitários humanos (HLA) que se fazem necessários para o cruzamento de dados e posterior identificação do receptor renal mais adequado.

De acordo com SÃO PAULO (2002), a retirada dos órgãos é realizada no Bloco Cirúrgico por médicos autorizados pelo SNT, a procederem com a remoção dos órgãos e o transplante. A CNCDO do Estado fiscaliza e acompanha todo o processo para que as etapas sejam executadas de maneira adequada, permitindo a obtenção de órgãos e tecidos de boa qualidade e segurança, a fim de disponibilizá-los para a realização dos transplantes.

O tempo útil para retirada e transplante, segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2009) é o seguinte: para coração e pulmões é de 4 – 6 h; para fígado e pâncreas é de 12 - 24h; para rins é de até 24 h; para córneas é de 7 – 14 dias; para pele é até 2 anos; e para ossos é até 5 anos.

Tendo em vista todos os pré-requisitos para um transplante, além de ser uma terapêutica inacessível para grande parte da população brasileira por causa do alto custo, ainda há certa resistência por uma questão cultural. Pois, é através da cultura que condiciona o modo que o homem enxerga o mundo podendo ter conseqüências adaptativas na maneira de construir valores e crenças. Nesse sentido a família torna-se um ponto chave que pode se recusar a doar os órgãos do seu parente-cadáver, mesmo quando a morte encefálica já foi notificada (ALVES; BATISTA; CIPRIANO, 2007)

Aspectos éticos e legais dos transplantes de órgão. Leis 9.934/97 e 10.211/2001.

Neste ponto, faremos a análise de alguns pontos da lei 10.211/2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Tema

fundamental para os direitos humanos, os transplantes de órgãos de que trata a lei é um dos vários aspectos das discussões relativas à bioética frente aos constantes avanços da biotecnologia, seus grandes benefícios e seus dramáticos efeitos negativos como o surgimento de um mercado lucrativo dentro da lógica individualista capitalista

Com os debates sobre a Lei 9.434 outrora mais acirrados, surgiram as primeiras questões polêmicas referentes a sua interpretação e que tiveram repercussões importantes no dia a dia de sua implementação. Uma primeira questão importante é o reconhecimento da vontade individual. A mesma lei dispõe que, salvo manifestação em contrário, nos termos desta lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para a finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem. Numa leitura precipitada e isolada da lei, pode-se concluir que apenas a manifestação de vontade gravada de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por esta condição, nos termos do artigo 4º parágrafos 1º a 5º, tem validade. Nenhuma outra forma de manifestação de vontade pode ser considerada. Será que esta leitura da lei está correta perante nosso ordenamento jurídico constitucional? (MAGALHÃES, 1998)

Vejamos. É claro que a única maneira para assegurar aos profissionais envolvidos no transplante de órgãos a certeza de que estão agindo de acordo com a lei, é a criação de um ou dois documentos específicos que permitam sem equívoco a identificação da vontade do cidadão doador ou não doador. Desta forma, estando o cidadão de posse de sua carteira de identidade ou de habilitação, e nesta não houvesse nenhuma manifestação contrária à doação, estariam os profissionais que promovessem a remoção dos órgãos, com a finalidade de transplante assim como aqueles que promovessem a cirurgia de transplante, amparados pela lei com plena segurança.

Logo, se houvesse, de posse da família ou do paciente doador, qualquer documento juridicamente válido de manifestação de vontade, este não poderia ser desconsiderado. Desta forma um documento autenticado ou registrado em cartório com expressa manifestação de vontade do pretense doador, de que este não é mais doador, não poderia ser ignorado. (RAMOS, 1999)

Contudo, como as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, em especial as mudanças na redação do art. 4º da Lei 9.434 de 1997, no sentido de excluir a manifestação de vontade do potencial doador, deixando a cargo da família a decisão sobre a doação - ou não - dos órgãos do *de cuius*. Esta alteração com relação à obrigatoriedade de consulta à família do cadáver para que autorize a retirada, ou não,

órgãos deste, ainda que o mesmo tenha manifestado de forma expressa em vida a vontade de ser doador de órgãos e tecidos. Assim sendo, foi adotado um critério único em todo o mundo, pois associa o consentimento presumido fraco e a exigência da participação da família ou do responsável pelo doador. (ANDIARA, THEOBALDO, 2009)

O critério adotado pela atual lei é bastante polêmico, sendo um retrocesso em nossa legislação e trazendo à tona diversos questionamentos:

“a atual proposta legal, em vigor desde março de 2001, onde só a família pode decidir, pode trazer novas questões. A lei estabelece que a vontade do doador, consignada nos documentos estabelecidos pela lei do transplantes, não tem mais validade. Quem responde pela pessoa falecida? Pela lei é o cônjuge ou outros familiares. Quem tem o poder de decisão quando a família tem posições divergentes entre doar e não-doar? A Bioética deve refletir e discutir estas questões auxiliando as pessoas a tomarem suas decisões. Uma reflexão transcultural destes aspectos pode auxiliar no esclarecimento desta questão.”

Para alguns, diante do exposto, pode-se afirmar que as alterações introduzidas pela atual Lei de transplantes no que se refere à autorização da família do doador, infringem certos direitos fundamentais como dispor de seu próprio corpo e alguns direitos personalíssimos. Acredita-se que deve haver um meio-termo entre a nova lei e a pretérita.

Válido ressaltar também que é defeso pela Lei 9.434/97, em seu artigo 15, onde estatui pena de reclusão de 3 a 8 anos, e multa de 200 a 360 dias-multa para quem comprar ou vender tecidos, órgãos ou parte do corpo humano. Completando, em seu parágrafo único do aludido artigo, a Lei preceitua que incorrem na mesma pena aqueles que promovam, intermedeiem, facilitem ou auferam quaisquer vantagens com a transação.

Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (LIMA, 2007)

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social com reflexos no campo científico e político. Sendo, a Enfermagem uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, o profissional atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

Dessa forma, o autor supracitado afirma que existem algumas leis presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que asseguram os direitos e deveres do paciente e de seu representante legal, não só nos casos de transplantes e doação de órgãos, mas em todos os casos de assistência à saúde, que são: Art. 17 – Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e

intercorrências acerca da Assistência de Enfermagem; Art. 18 – Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantem o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.

Outras garantem a proibição de: Art. 27 – Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminentes riscos de morte; Art. 43 – Colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização, fecundação artificial e manipulação genética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante do levantamento histórico, observa-se que, buscando o entendimento aprofundado acerca do assunto, é possível construir uma consciência crítica para ajudar na tomada de decisão de doar órgãos ou não. E assim, a população pode perceber a importância do transplante e contribuir com a esperança de vida de outro ser humano.

O processo de transplante deve ser realizado de forma adequada, respeitando os aspectos éticos e legais para que não haja complicações judiciais nem para os profissionais, nem para o doador e nem para o receptor.

As legislações tais como Código de Ética da profissão de enfermagem (Resolução 311/07) em seus Art. 17 e 18 e proibições Art. 27 e 43; lei 9.434/97 no seu Art. 4^a- e o Decreto 2.268/97 representa uma maior segurança com relação a tomada de decisão da família pelo cumprimento e compromisso dos profissionais frente as leis. Pois, no momento que houver infração por parte dos profissionais, eles poderão ser punidos. Para tanto, há vários testes e exames para liberação do transplante e doação.

REFERÊNCIAS

ALVES, I. P. S; BATISTA, M. A; CIPRIANO, E. C. Compreensão de valores culturais: um elo na decisão de ser ou não doador de órgãos e tecidos. **Revista Nursing**. São Paulo: Editorial Bolina Brasil, v. 114, n.10, p. 502-508, nov. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Aula de transplante e doação de órgãos**. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/doacaoOrgaosTecidos/ppt/aulaceu.ppt>>. Acesso em: 22 set. 2009.

BRASIL. Decreto Federal no. 2.268/97. Regulamento a Lei 9.434 e cria o Sistema Nacional de Transplantes- SNT e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 de jul. 1997. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm>>. Acesso em: 20 set. 2009.

COELHO, J. C. U; GODOY, J. L; MATIAS, J. E. F. Atualidade e perspectivas dos transplantes de órgãos. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 449 – 459.

COREN-RS. **Novo Código de Ética da Enfermagem**. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/noticias_det.php?id=359>. Acesso em: 23 set. 2009.

COSTA, S.G. et al. **Metodologia da Pesquisa**: Coletânea de termos. João Pessoa: Idéia, 2002

EMED, L. G. M; EMED, L. S. Aspectos éticos da doação de órgãos. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter. 2003. p. 479–484.

FRANÇA, M. C. **A política de saúde e a história dos transplantes na Paraíba**: depoimentos de médicos pioneiros à luz da história oral temática. João Pessoa: UFPB/BC, 2208.

GARCIA, V. D. **A política de transplantes no Brasil**. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/50-04/aesp01.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

GARCIA, W. D. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office, 2000.

_____. Lei nº. 9434, de 4 de fevereiro de 1997. **Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm>. Acessado em: 29 set. 2009.

_____. Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001. **Altera dispositivos da lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acessado em: 29 set. 2009.

LIMA, C.B. **Dispositivos legais norteadores da prática da enfermagem**. 2.ed. João Pessoa: C.Bezerra de Lima, 2007.

MAGALHÃES, J. L. Q. Transplantes de órgãos. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 2, n. 23, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.jusuol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1847>>. Acesso em: 24 set. 2009.

MARTINS, O. F. Legislação brasileira sobre transplantes. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter. 2003. p. 474–478.

MEDICINA, C. F. **Código de Ética Médica**. Brasília: CFM, 1988.

PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

RAMOS, A. C. Remoção de órgãos: um ensaio sobre a lei nº 9.434/97. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 3, n. 31, maio 1999. Disponível em: <<http://www.jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1846>>. Acesso em: 24 set. 2009.

ROCHA, J.R.C. Transplante e ética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais de bioética**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1994. p.261-68.

ROZA, B. A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação**. 2005.184f. Tese (Doutorado de Enfermagem) Escola Paulista, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SÃO PAULO. Governo de estado. Secretaria de Saúde. Coordenação do Sistema de Transplante. **Doação de órgãos de tecidos**. São Paulo, 2002.

SILVA, A. R.; SPENGLER NETO, T. Transplantes de órgãos e tecidos: uma abordagem constitucional. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 855, 5 nov. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7541>>. Acesso em: 30 set. 2009.

TUTELA DOS DIREITOS DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

Tatiana Rodrigues da Silva Dantas¹
Vanusa Nascimento Sabino Neves²
Solange Fátima Geraldo da Costa³

RESUMO

A epidemia da AIDS é, desde a sua gênese, um problema complexo, tanto pela ausência de tratamento eficaz, de assistência integral e igualitária, nos primeiros anos, como pelas questões sociais e culturais que a envolvem. De modo que viver com HIV e AIDS, desde o surgimento dos primeiros casos na década de 80 até os dias atuais, significa conviver cotidianamente com o estigma, o preconceito e a discriminação. A epidemia foi buscar, então, meios nos princípios da bioética e nas normas do biodireito que garantissem acesso universal, integral e igualitária às ações e serviços de saúde bem como o acesso a uma assistência digna, conforme preconiza a Carta Magna de 88. Objetivou-se destacar aspectos referentes a tutela dos direitos inerentes as pessoas que vivem com HIV e AIDS sob a perspectiva da bioética e do biodireito. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica consubstanciado na literatura pertinente ao tema proposto. Considera-se que se, por um lado, a evolução biotecnológica representa a esperança de resposta à várias questões, como a continuidade da vida frente a um diagnóstico antes sombrio, como é o caso dos infectados pelo vírus do HIV, por outro, fez suscitar o debate ético sobre questões antes negligenciadas, como o direito a vida, à saúde, ao sigilo, a confidencialidade, dentre outras. Os conhecimentos técnicos, científicos e jurídicos devem estar presentes na prática profissional daqueles que se dedicam a assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS bem como é desejável a reflexão sob o ponto de vista de bioética e do biodireito como forma de garantir que normas jurídicas e principiológicas sejam respeitadas.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS. Direitos do paciente. Bioética.

¹ Enfermeira do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga. Aluna do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

² Enfermeira da clínica obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Aluna do curso de graduação em direito do UNIPE – Centro Universitário de João Pessoa.

³ Enfermeira. Doutora pela Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Professora da graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

As questões que permeiam a discussão acerca da necessidade de um cuidado humanizado balizado nas diretrizes da bioética e no biodireito têm sido ao longo dos anos alvo de debate entre muitos pesquisadores (ALVES; RAMOS, 2005; BECHELANE, 2003; CARVALHO et al., 2005; CORREA, 2009). E o surgimento da epidemia da AIDS trouxe ao debate as questões éticas e morais chamando as entidades de saúde, a população, as organizações da sociedade civil e as organizações não governamentais à responsabilidade.

É mister que os profissionais que lidam cotidianamente com as pessoas vivendo com HIV/AIDS pautem suas ações em princípios éticos e morais que garantam a esta população o acesso universal, integral e igualitário, conforme estabelecido nos princípios do Sistema Único de Saúde e garantias previstas no aparato legal nacional, às ações e serviços de saúde sem prejuízos decorrentes de qualquer juízo de valor construído à luz de preconceitos, discriminação ou estigma.

Em relação ao HIV e à AIDS, é pertinente recordar que em 1987 Jonathan Mann definiu a existência de três fases da epidemia da AIDS, sendo a primeira a epidemia da infecção pelo HIV – uma disseminação silenciosa e imperceptível do vírus; a segunda, a própria epidemia da AIDS – revelada pelo surgimento dos sintomas de doença infecciosa, e a terceira, potencialmente a mais explosiva, a epidemia das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS, marcada por reações carregadas de estigma, discriminação e por vezes negação e repulsa da coletividade (ALMEIDA; LABRONICE, 2007).

Nesse contexto de estigmatização, preconceito e discriminação, tão bem definido por Jonathan Mann somado ao caráter de doença crônica que atualmente a AIDS assumiu, o conhecimento acerca da bioética e da moral, princípios que propiciam uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual são indispensáveis para guiar o cuidado prestado às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A bioética, conforme afirmam Alves; Ramos (2005) emergiu da necessidade de proteger a vida humana, como um esforço interdisciplinar unindo forças na investigação de valores humanos, sem fórmulas éticas pré-fabricadas visto que os problemas bioéticos são novos. É indispensável encontrar respostas novas, humanizar ambientes clínicos e hospitalares, promover os direitos dos pacientes, integrar a ética e as ciências biomédicas.

A justificativa da realização deste trabalho repousa nas exigências hodiernas oriundas dos avanços biotecnológicos do mundo globalizado, no qual se faz necessário a presença de profissionais cada vez mais capacitados técnica e cientificamente, humanizados e

comprometidos com a observância das normas e dos princípios vigentes no Estado Democrático de Direito, capazes de compreender que a ciência e ética deverão coabitar harmoniosamente e que, em qualquer circunstância, a dignidade da vida humana deverá prevalecer.

Objetivou-se destacar aspectos referentes a tutela dos direitos inerentes a pessoa que vivem com HIV e AIDS sob a perspectiva da bioética e do biodireito.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se, de uma pesquisa bibliográfica, realizada através de um levantamento bibliográfico consubstanciado na literatura pertinente ao tema proposto. De acordo com Costa (2008) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sobre as finalidades, Lakatos e Marconi (2007) destacam que a pesquisa bibliográfica esta voltada ao levantamento de todo o referencial já publicado em livros, revistas, publicações avulsas e impressos escritos.

2.1 Desenvolvimento da pesquisa

As fontes bibliográficas utilizadas durante o desenvolvimento desta pesquisa referiram-se à produção científica sobre o tema em questão publicada em periódicos científicos indexados disponíveis na base de dados de periódicos do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e especificações de páginas da Internet. Além destes, incluíram-se publicações oficiais do Ministério da Saúde acerca da temática abordada.

O estudo foi desenvolvido em três etapas. A primeira referiu-se à busca de publicações relacionadas ao tema em estudo. A seguir, foi feita a localização e seleção da bibliografia pela relevância e adequação, tendo como critério a pertinência ao tema de interesse. A segunda etapa consistiu na revisão e análise da literatura investigada, no intuito de obter uma visão global do conteúdo e de sumarizar as informações contidas nas fontes e obter respostas para o problema da pesquisa. A terceira, e última, etapa consistiu na elaboração do relatório final.

3 Ser pessoa vivendo com HIV e AIDS: refletindo o estigma e o preconceito

Ao longo da história, muitas doenças têm sido estigmatizadas, dentre estas pode-se citar a peste negra no século XIV e o cólera no século XIX. Entretanto, a natureza da

epidemia da AIDS, sua dinâmica, abrangência, características específicas e questões morais envolvidas impuseram e impõem na contemporaneidade desafios para o campo do conhecimento e da intervenção, exigindo respostas rápidas e adequadas de impacto efetivo no desenho de estratégias de combate ao estigma e suas conseqüências (GARCIA; KOYAMA, 2007).

O estigma é uma situação comum a doenças infecciosas, com implicações reconhecidas em várias áreas da saúde pública. Em se tratando da AIDS, um sem número de metáforas tem reforçado e legitimado processos de estigmatização tanto das “vítimas” como dos “culpados” pela expansão da pandemia em todo o mundo (GARRIDO et al., 2007).

Esse processo de estigmatização, associado ao preconceito que envolve a infecção pelo HIV associados ao do medo da morte, da solidão e do silêncio levam o portador do HIV e sua família a viver dramas humanos e sociais no cotidiano pessoal, institucional e social,

A estigmatização, o preconceito e a discriminação em torno da AIDS acompanharam o surgimento dos primeiros casos da doença na década de 80, pela sua associação a grupos populacionais específicos mais afetados em seu início, os homens que fazem sexo com homens, os usuários de drogas e as trabalhadoras do sexo, e pela sua associação com doença fatal e aterrorizante, imagem esta construída com o apoio da mídia. De tal forma se estabeleceu a rede de preconceitos que se chegou a denominá-la como a epidemia do “câncer gay” ou a “peste gay”. Acrescenta-se o fato de o desenvolvimento da doença estar relacionado ao ato sexual, a promiscuidade de certos ambientes, sobretudo no início da epidemia, contribuiu para a estigmatização da doença e do doente.

A criação de rótulos que estigmatizam, discriminam e excluem certos grupos inserem-se em um processo social e histórico das relações sociais onde os mesmo são utilizados como referencial para analisar aquelas pessoas consideradas menos valorizadas (LABRONICE; ALMEIDA, 2007).

Muito embora os organismos de saúde, as organizações da sociedade civil e as organizações não governamentais tenham investido em campanhas públicas de esclarecimento sobre formas de transmissão do HIV com ênfase para as formas de prevenção e a revelação por figuras públicas sobre sua condição soropositiva além dos avanços tecnológicos que possibilitaram o desenvolvimento de esquemas terapêuticos bastante eficazes permanece de distintas formas, mundialmente, o estigma do HIV/AIDS.

De acordo com Machado et al. (2005) desde que foi descrita, a AIDS sempre esteve acompanhada de forte carga semântica capaz de disseminar rótulos estigmatizantes aos

portadores do HIV. Por se tratar de uma doença importante cuja causa ainda era obscura e cujo tratamento não se conhecia a infecção apresentou-se sobrecarregada de significação.

A estigmatização, a discriminação e o preconceito além dos impactos psicológicos que impõem, contribui para reduzir e/ou dificultar a procura pela realização do teste, devido ao receio do resultado, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde após a condição sorológica positiva revelada (GARCIA; KOIAMA, 2008).

Contribuiu bastante para a estigmatização da doença o fato de a infecção ter acometido principalmente pessoas pertencentes a grupos de riscos como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (MACHADO, 2005). Soma-se, segundo Garrido et al (2007) o fato de a infecção pelo HIV ter sido associada a comportamentos imorais merecedores de punição além de nos primórdios da epidemia ser recebida com uma sentença de morte.

Goffman apud Garrido et al. definiu estigma como um significativo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável e indicou que o estigma é um poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços desvalorizados. O processo de estigmatização se materializa de tal forma que os portadores de tais traços são desacreditados imediatamente tão logo estas marcas sejam visíveis, em contrapartida, podem torna-se pessoas desacreditáveis quando estes traços ainda invisíveis podem ser descobertos a qualquer momento. Jacoby apud Garrido et al. (2007) em seus estudos definiu dois tipos de estigma, aquele sentido, que faz com que as pessoas busquem o isolamento com medo da discriminação e o estigma efetivado, que se refere a experiência real de discriminação, quando a exclusão em função do estigma já ocorreu, resultando em violação de direitos e implicando ostracismo social.

Corroboramos neste estudo com Pinheiro et al. (2005) quando afirma que:

Diante desse panorama atual, em que se depara com a síndrome da imunodeficiência adquirida favorecendo o adoecer e o morrer de muitos portadores do vírus que, em alguns momentos de suas trajetórias, necessitam dos cuidados dos profissionais da área da saúde, que vivenciam, junto a esses pacientes, situações delicadas que trazem à tona as questões éticas, essa tríade presente nos nossos dias faz com que se reflita criticamente sobre como cuidar eticamente desses pacientes.

Nesta perspectiva os princípios da bioética e os aparatos do biodireito materializam-se em ferramentas concretas para que o estigma, o preconceito e a discriminação associados à infecção pelo HIV e AIDS não sejam empecilhos para o bem-estar das pessoas infectadas e para seu acesso aos serviços de saúde.

4 BIOÉTICA E BIODIREITO: noções imprescindíveis a compreensão dos direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS.

Cumpramos tecermos uma breve reflexão a respeito do significado da bioética e do biodireito. Para tanto, buscamos apoio em Santos (2002), que esclarecem ser a ética construída para estabelecer as normas de convivência com a coletividade social em um dado momento. No mesmo sentido, Deane (2002) argumenta que a ética aponta e abre possibilidade à ação humana, é a consequência de uma assimilação das propostas do direito. Ora a ética impõe limites, ora orienta a agirmos com cautela e convoca-nos a realizarmos debates interdisciplinares, discussão e reflexão, sobre problemas concretos.

A ética se subdivide em microética e macroética. A primeira é pessoal, privada, inerente ao ser humano, podendo ser ilustrada pela deontologia profissional. A segunda é coletiva, pública, abrange questões globais, como por exemplo, aos direitos plurais e a dignidade da coletividade humana (COSTELL, 2002).

Ética é um ramo da filosofia e uma ciência da conduta humana. Tendo sido utilizada por filósofos, a exemplo de Sócrates, como forma de melhor compreender a justiça. Já Platão, discípulo de Sócrates, almejava encontrar a felicidade através das indagações dos valores éticos. Aristóteles, Kant e muitos outros também difundiram ideais com fulcro na ética (MENDONÇA, 2005).

Para Bittar (2002) a ética exige do agente convicção pessoal, conduta livre, autônoma. Difere da moral, pois é a ciência dos costumes extraída dos fatos morais e dos princípios gerais, cujo objeto de estudo é o agir do ser humano. Ao passo que a moral não é ciência, é apenas um objeto da ética.

No tocante a bioética, podemos assegurar que a mesma está intimamente ligada à ética, pois sua gênese deve-se ao idioma grego *bios* (vida) e *etiké* (ética). O Dr. bioquímico e pesquisador da área de oncologia Van Reusselaer Potter, quando em 1970 a proferiu, pela primeira vez, como significado de participação racional, cautelosa, no processo de evolução cultural e biológica. Sentido este, diferente do que conhecemos nos dias atuais (SANTOS, 2002). O próprio Potter reformulou, por mais 03 (três) vezes, o seu conceito de bioética e até a atualidade, a cada dia o conceito de bioética tem evoluído, juntamente com as incorporações evolutivas, biotecnologias e científicas.

Como exemplo de um conceito atual, trouxe a baila o conceito proferido por Goldim (1995) o qual assevera ser a bioética uma reflexão partilhada, complexa e interdisciplinar sobre adequação das ações que envolvem a vida e o viver.

Para Bittar (2007) a ética e a bioética convivem no mesmo espaço. Sendo a primeira mais filosófica, reflexiva e universal e a segunda mais técnica, operativa e pragmática. Ambas fortalecem conhecimentos que instrumentalizam o saber jurídico sobre os fatos atuais.

O objetivo da bioética é trazer critérios éticos e morais à investigação profissional, impondo limites ao técnico e científico no sentido que a dignidade da pessoa humana esteja sobre qualquer outro valor (BITTAR, 2007).

Com relação ao biodireito compreendemos que este é um ramo da ciência jurídica que visa disciplinar as condutas profissionais e científicas inerentes à saúde, o meio ambiente e a tecnologia. É um direito em crescente expansão, dado a conjuntura atual, incorporação de saberes interdisciplinares e grandes avanços biotecnológicos. É como dito por Santos (2002) a materialização das normas bioéticas.

4.1 A tutela jurídico-normativa das pessoas vivendo com HIV e AIDS

A Carta Política Brasileira de 1988 consagrou, no seu artigo 5º, que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, p. 21, 1988).

Também é bom alvitre destacar que a Constituição Federal, protege a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. Segundo consta no artigo 5º, inciso x. “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”. Bittar (2007) diz que da nossa *Lex* maior podemos extrair diversos éticos princípios adequados a realidade das pessoas portadoras, dentre os quais citamos o princípio da dignidade da pessoa humana, o da igualdade, o da não invasão à personalidade humana, o da não violência.

Entendemos serem os dois últimos auto explicativos, mas convém dizer que o princípio da dignidade da pessoa humana é um supra princípio, que permeia todo o ordenamento jurídico e o princípio da igualdade é um princípio Aristotélico e que significa tratar de forma igual os iguais e de forma desigual os desiguais, com fito de reduzir as desigualdades.

Uma das funções do Estado é a tutela dos bens jurídicos. Nesse mister, atribui-se valores aos bens jurídicos de forma hierarquizada. Os assentos mais célebres são reservados para os bens mais elevados, o qual é ocupado pelo bem jurídico vida, que na dicção do mestre constitucionalista Alexandre de Moraes, é o mais fundamental de todos os direitos, já que se configura em pré-requisito à existência de todos os demais direitos. (MORAES, 2009).

Ao tratar dos direitos e garantias individuais o constitucionalista federal o fez com cuidado grandioso, tanto é que estes são resguardados pelo artigo 60, da CF, contra propostas que visem extirpá-los do ordenamento jurídico brasileiro, visto serem cláusulas pétreas, ou seja, enquanto vigente for, a Constituição Federal de 1988 coibirá qualquer emenda constitucional cujo objetivo seja abolir ou mesmo modificar estruturalmente os direitos e garantias individuais, senão vejamos, “não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:... IV - os direitos e garantias individuais” (BRASIL, 1988, art. 60, § IV, p. 103).

De acordo com o entendimento de Baracho (1997) nos direitos e garantias fundamentais está a filosofia da vigente ordem constitucional, retratada pela preocupação em se assegurar a dignidade humana, um dos princípios basilares inafastáveis do Estado de Direito. Bonavides (2007), insigne constitucionalista brasileiro de renome internacional, reproduz fielmente a importância dos princípios constitucionais ao dizer que os princípios uma vez constitucionalizados, tornam-se a chave de todo o sistema normativo. São premissas de um sistema, verdades primeiras.

Segundo Bittar (2007) os avanços tecnológicos têm colocado a prova o direito, pois exige que o mesmo evolua e acompanhe os avanços terapêuticos, as manipulações de técnicas científicas, a transnacionalidade dos direitos, entre outros. O direito precisa ser apto a resguardar o ser humano contra possíveis lesões ao patrimônio econômico, aos atributos personalíssimos, as características físicas, psíquicas e o morais.

A pessoa vivendo com HIV e AIDS merece proteção à vida em toda a sua amplitude. Proteção proveniente de todo o ordenamento jurídico: Constituição, lei *lato sensu* (leis, decretos e regulamentos) e leis *strictu sensu* (lei enquanto norma escrita emanada do poder legislativo e sancionada pelo executivo), visto que conforme instrução de Moraes (2009) a Constituição Federal determina que o Estado deve assegurar o direito à vida em sua dupla interpretação, a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna.

O artigo 196 da Constituição Federal assegura que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.215).

Prestimosos ensinamentos, encontra-se em Felismino, Costa e Soares (2008), quando, na obra constante nas referências, discorrem sobre os princípios da bioética, a saber: princípios da beneficência, da autonomia, da autodeterminação e da justiça. Todos perfeitamente aplicáveis na proteção dos direitos dos portadores do HIV. O princípio da beneficência preconiza que devemos não causar dano, ou minorá-lo e majorar os benefícios. O princípio da autonomia significa que o paciente tem o direito de dispor sobre o seu diagnóstico, todavia tem o dever de cuidado e proteção para com os demais, pois a disseminação de moléstia contagiosa está tipificada pelo direito penal como crime, sujeitando-a as sanções penais cabíveis, além da obrigação cível de reparar o dano. O princípio da justiça manifesta-se através da equidade no exercício profissional, através da assistência individualizada e integral voltada para abrandar os rigores da patologia.

Os direitos dos portadores ou doentes devem ser conhecidos, divulgados e preservados, visto que as leis existem para serem cumpridas e não ficarem apenas restritas aos respectivos documentos físicos, porquanto suas principais características são: generalidade, aplicam-se a todos indistintamente; abstratas, dirigidas para o maior número possível de pessoas; imperativas, impõem deveres e obrigações; e atributivas, conferem direitos.

Cumpre-nos, dado o nosso objeto de estudo, tecer algumas considerações acerca da construção da declaração dos direitos fundamentais dessa população. O processo de construção da Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da AIDS teve início já nos primeiros anos da epidemia no país a partir da iniciativa de organizações da sociedade civil, quando foram formados, por exemplo, grupos como o RNP+ (Rede Nacional de pessoas vivendo com HIV e AIDS) e a organização por lideranças e ativistas em prol da AIDS passaram a organizar encontros nacionais e regionais para debater a questão. Destaca-se dentre estes encontros o ENONG (Encontro Nacional de ONG que trabalham com AIDS) ocorrido em 1989 em Porto Alegre, momento em que foi elaborada e aprovada a Declaração dos direitos fundamentais portadora do vírus da AIDS que foi pensado segundo alguns pressupostos básicos que consideramos pertinente descrever aqui:

“Que a AIDS é uma epidemia mundial e é preciso um esforço coletivo mundial para detê-la; Que não existe perigo de contágio da AIDS exceto através das relações sexuais, de transfusão sanguínea e da passagem da mãe ao feto ou bebê; Que do ponto de vista planetário é a Humanidade que se

encontra soropositiva, não existindo uma "minoría" de doentes; Que contra o pânico, os preconceitos e a discriminação a prática da solidariedade é essencial" (Declaração dos direitos..., 1989).

Tais pressupostos e apoiados no aparato constitucional e legal que legitima e garante o direito a vida, à saúde, à dignidade dentre outros, culminaram com a proclamação dos seguintes direitos:

“Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a AIDS, sem nenhum tipo de restrição; Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição; Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida; Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação; Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual; Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social; Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei; Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV; Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a AIDS sem o consentimento da pessoa envolvida; A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais; Ninguém será submetido aos testes de AIDS compulsoriamente, em caso algum; Os testes de AIDS deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplantes, e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou populações; Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados; Os resultados deverão ser informados por um profissional competente; Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado dos seus testes; Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva; Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania” (Declaração dos direitos ..., 1989).

A elaboração e aprovação desses direitos constituiu-se num marco para o combate da epidemia da AIDS, sendo para os ativistas e lideranças que lutam para a consolidação dos direitos dessa população uma vitória e para as pessoas que vivem com HIV e AIDS um grande avanço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto inferimos que a evolução biotecnológica é uma via de mão dupla, representa a esperança de solução para vários problemas que afligem bens jurídicos preciosos

tais como vida, saúde, meio ambiente, dentre outros, entretanto torna-nos vulneráveis a efeitos incertos.

Por questão de segurança jurídica e em prol do primado da vida humana, toda a equipe multidisciplinar envolvida com a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS devem buscar conhecimentos técnicos, científicos e jurídicos, sendo salutar a reflexão a luz da ética, da bioética e do biodireito para que normas jurídicas e principiológicas sejam respeitadas, pois se é dever do Estado proporcionar vida com qualidade, saúde, segurança, dignidade, entre outros, esse dever é de todos nós. Os profissionais da saúde, bem como os operadores de direito devem estar familiarizados com os direitos inerentes a essas pessoas, para que possam exercer uma prática acolhedora e condizente com os fins colimados pelo Estado Democrático de Direito.

Os princípios são regras dotadas de elevado grau de abstração, cuja aplicabilidade solicita a interpretação da pessoa que examina de acordo com o caso concreto, são verdadeiras vigas mestras, sustentáculos do ordenamento jurídico e como tal devem ser evocados quando na proteção as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Os enfermos ou portadores devem ser acolhidos nas unidades públicas ou privadas, sem discriminação e preconceito, esses devem ser extirpados.

Em que pese todos os avanços alcançados ao longo desses mais de 25 anos de luta contra a AIDS, percebe-se, ainda e conforme exposto, que o fato de a doença, na memória da população em geral, ainda estar associada à questão de grupos de risco traz algumas dificuldades em seu manejo, com danos tanto no aspecto individual como coletivo. No âmbito individual, há a manutenção do preconceito e estigma, acarretando abandono do tratamento e não aceitação da doença pelo doente e família; no plano coletivo, se não houver intervenção profissional de saúde, o curso da doença leva a sérios danos, comprometendo desde a saúde do portador até a disseminação de vírus resistentes, diminuindo, assim, as possibilidades de controle da patologia.

Reduzir o estigma e a discriminação é ainda uma das principais medidas para uma eficaz e eficiente resposta à epidemia de AIDS, sendo para tanto de relevância inquestionável que se procure em todos os momentos tutelar os direitos dessa população, buscando amparo sempre que necessário nos princípios da bioética e nas normas do biodireito.

Finalmente, não pretendemos com este trabalho encerrar o debate que envolve a questão, esperamos, todavia, contribuir para a discussão que permeia a questão dos direitos inerentes a pessoa que vive com HIV e AIDS sob e o enfoque da bioética e do biodireito.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. de C. B. de; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1):263-274, 2007.

ALVES, E. G. dos R.; RAMOS, D. L. de P. Reflexões bioéticas e psicológicas sobre profissionais de saúde portadores de HIV/Aids. **Revista bioética** 30/3/2005 15:11 Page 75

BARACHO, H.U. **Poder constituinte e reforma constitucional**. João Pessoa: Editoria Universitária, 1997.

BECHELANI, A. A. P. **Aspectos penais e da bioética na transmissão do vírus HIV** (Monografia). FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE. São Paulo: 2003.

BITTAR, E. C. B. **Curso de ética jurídica: ética geral e profissional**. 5ª ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 2008.

CARVALHO F. T. Revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis a parceiros (as) sexuais: um dilema bioético? **J bras Doenças Sex Transm**, 17(3):219-224, 2005.

CORREA, F. J. L. Princípios para uma Bioética social. **Bioethicos**, 2009;3(1):18-25

COSTELL, E. D. A reflexão ética diante do avanço da biotecnologia. In: CASABORA, C. M. R (org). **Biotecnologia, Direito e bioética: perspectiva de um direito comparado**. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 2002.

DEANE, C. A preocupação social da biotecnologia. In: CASABORA, CMR (org). **Biotecnologia, Direito e bioética: perspectiva de um direito comparado**. Ed. Del Rey. Belo Horizonte, 2002.

Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS. Encontro Nacional de ONG AIDS. Porto Alegre, 1989.

FELISMINO H. P, COSTA S. F. G, SOARES M. J. G. O. Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da Saúde: um enfoque bioético. **Rer. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008; 10 (1): 87-99.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. Estigma discriminação e hiv/aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev saúde pública**, 2008;42(supl 1):72-83

GARRIDO, P. B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Rev saúde pública**, 2007;41(supl. 2):72-9

GOLDIM, J.R.O. **Bioética: origens e complexidade**. Revista HCPA, 2006, 26 (2):86-92.). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioética>. Acesso em: 25 de setembro de 2009.

MACHADO, A. C. A.; et al. Estigma, lipodistrofia e HIV/AIDS - estudo bioético. 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDONÇA, C.O.L. **Bioética**. 3ª ed. João Pessoa: Utopia, 2005.

MORAES, A de. **Direito constitucional**. 24ªed. São Paulo: Atlas, 2009.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PINHEIRO, P. N. da C.; et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do hiv/AIDS. **Rev latino-am enfermagem**, 2005 julho-agosto; 13(4):569-75.

SANTOS, A. C. de J. S. **Da vida humana e seus novos paradigmas: a manipulação genética e as implicações na esfera da responsabilidade civil da vida humana e seus novos paradigmas: a manipulação genética e as implicações na esfera da responsabilidade civil**. 2002. 211f. Dissertação (Mestrado em Direito Negocial)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

UMA REFLEXÃO ÉTICA SOBRE A BUSCA PELA COMPREENSÃO DA SEXUALIDADE FEMININA

Lissandra Sobreira Rocha¹
Lannuzya Veríssimo e Oliveira²

RESUMO

Esta é uma pesquisa bibliográfica, realizada em literatura adequada com o objetivo de buscar fatores que levam a anorgasmia feminina e algumas soluções para obtenção do prazer, considerando os direitos de todo ser humano à saúde sexual assegurados pela Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS), adotados em 1999, no decorrer do 14^a Congresso Mundial de Sexologia. A sexualidade feminina vem sofrendo interferências biológicas, psicológicas, socioculturais, dependendo da história de vida de cada mulher ao longo dos séculos. Tem sido comum encontrar-se em consultas relatos de mulheres sobre a ausência de prazer em suas relações sexuais, assim como a confissão de que não dialogam com seus parceiros sobre suas insatisfações, por vergonha, ou medo de serem abandonadas pelos mesmos e assim acarretando a insatisfação sexual feminina. Através do carinho e do companheirismo os parceiros estarão abertos para discussões referentes à sexualidade, trazendo questões que poderão contribuir para o relacionamento como um todo. A plenitude do prazer independe de faixa etária, está na vontade, no desejo de obtê-la, a partir do momento que se buscam os caminhos certos junto ao parceiro. A criação de grupos de orientação sexual na comunidade poderá ser um importante instrumento para que a equipe de saúde possa manter estas mulheres e seus parceiros informados, buscando trabalhar a sexualidade entre os casais em um aspecto que possa contribuir para uma boa saúde sexual.

¹ Enfermeira Especialista em Saúde da Família Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Email: lissandrarocha@gmail.com

² Enfermeira do PSF de Barra de Santana, PB. Especialista em Saúde da Família Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Email: lannuzyavoliveira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O sexo ainda é considerado um tema tabu na sociedade, principalmente quando se refere à sexualidade feminina, até mesmo sob o ponto de vista das próprias mulheres. Este tema vem sendo abordado como uma fonte de risco e vulnerabilidade em vez de ser tratado em termos de direito. As mulheres, em sua maioria, sentem-se receosas em falar sobre este assunto e freqüentemente saem do consultório sem o esclarecimento pleno de suas dúvidas, dificultando, neste aspecto, uma conduta adequada do profissional de saúde.

Em contrapartida o que se tem observado, segundo o Ministério da Saúde (2007), é que as práticas dos profissionais de saúde ainda estão muito voltadas para o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico esquecendo que para humanizar e qualificar a atenção em saúde é necessário aprender a compartilhar saberes e reconhecer os direitos das pessoas.

Freqüentemente, a sexualidade é reduzida a atividades e atos que acarretam riscos e perigo (prevenção da gravidez, das doenças sexualmente transmissíveis, etc.) deixando de lado as ligações íntimas entre as pessoas, como o amor, o desejo e o prazer. De acordo com Cornwall e Jolly (2008), para se expandir o marco de referência de “saúde sexual” é necessário incluir uma abordagem mais holística em relação aos relacionamentos íntimos, que inclua o prazer sexual e o respeito mútuo.

A sexualidade da mulher passa por interferências biológicas, psicológicas, socioculturais, dependendo da história de vida de cada uma. Por envolver aspectos físicos, religiosos, educacionais, biológicos e sociais, a busca pelo prazer sexual é considerada difícil, em especial quando se trata do sexo feminino, posto as condições anatômicas de sua genitália, o que em muito pode lhe dificultar a consecução da plenitude orgásmica.

A cultura repassa à mulher a idéia de que só pode se relacionar sexualmente com quem ama e desta forma o prazer sexual acaba sendo associado ao sentimento de amor. A partir daí surge o fato de algumas mulheres terem dificuldades em assumirem sua falta de prazer, pois estariam assumindo a inexistência do seu amor pelo parceiro.

Embora o homem seja o mais apontado como não colaborador na obtenção do prazer feminino, a mulher também tem grande parcela de responsabilidade, visto que ela deveria explorar sua sexualidade e procurar auxiliar o parceiro a entendê-la, sem receio de ser julgada pelo mesmo; daí a importância dela ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva para receber e transmitir informações sobre sua sexualidade, pois segundo Armas (2008) este é um direito de todos, ainda não usufruído.

É comum encontrar-se em consultas ginecológicas, nas quais o profissional se preocupa em questionar sobre o aspecto sexual das mulheres, relatos sobre a ausência de prazer em suas relações íntimas, assim como a confissão de que não dialogam com seus parceiros sobre suas insatisfações, por vergonha, ou medo de serem abandonadas pelos mesmos. No entanto não é todo profissional de saúde que dá o devido valor a tais relatos e que realmente investigam esta situação, o que por sua vez implica em deixar passar despercebido tais relatos das usuárias, avançando para o exame físico e negando, desta forma, a colocar em prática o verdadeiro sentido de saúde sexual.

Através de nossas vivências enquanto profissionais de saúde no âmbito da saúde da mulher, pudemos constatar durante as entrevistas nas consultas ginecológicas medos e dúvidas expressados pelas mulheres, estas faziam referência acerca das dificuldades em obter prazer junto ao parceiro, a ausência de diálogo por parte do mesmo e inúmeros fatores que acarretam insatisfação sexual feminina foi o que nos impulsionou a realizar um estudo visando levantar na literatura adequada os fatores que levam a anorgasmia feminina e buscar algumas soluções para mudança deste quadro levando em consideração os direitos à saúde sexual que todo ser humano tem, assegurados pela Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS), adotados em 1999, no decorrer do 14^a Congresso Mundial de Sexologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva por ter respaldo na literatura já disseminada, cujo objetivo é conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre um determinado tema. O período de coleta de dados correspondeu aos meses de julho a setembro de 2009, sendo esta realizada em artigos virtuais, livros e periódicos desenvolvidos na área de sexualidade, com ênfase em sexualidade feminina. A análise da bibliografia foi baseada nas seguintes informações: o delineamento do estudo; o periódico de publicação se apresentava ou não o autor e o local da publicação; se tratava de sexualidade como foco principal ou como aspecto relevante na pesquisa; se tratava sobre direito à saúde sexual; e a associação da anorgasmia feminina com fatores físicos, religioso, educacional, biológico e social. Tais informações foram lidas, comparadas através de anotações e posteriormente organizadas para elaboração do texto final da pesquisa.

RESULTADOS

Desde a antiguidade a mulher sofre com preconceitos tais como religioso, educacional, orgânico e com as cobranças feitas pela sociedade na qual ela encontra-se inserida, sendo assim, muitas acabaram desenvolvendo um sentimento de inferioridade. Por razões culturais o sexo era visto somente como algo ligado à reprodução, reprimia-se o prazer, pois este era considerado pecaminoso e moralmente condenável.

Na colônia se houvesse algum tipo de interesse de um rapaz por uma moça, esta deveria aguardar a iniciativa da corte por parte do rapaz, e de acordo com as regras e bons costumes da época, o consentimento paterno. A corte tinha como olhos atentos uma tia ou uma criada de confiança de seu pai. Este era o comportamento esperado no despertar da sexualidade feminina daquela época (DEL PRIORE, 2007).

A religião foi grande influenciadora no estabelecimento dos valores tradicionais que uma mulher deveria almejar e procurar realizar. A supressão dos desejos estava na posição primeira da lista. À mulher cabia o papel de reproduzir, não sendo do seu direito a obtenção de orgasmo ou qualquer outro tipo de prazer, pois isso cabia às mulheres libertinas, de vida fácil (JOTA, 2007).

Tradicionalmente, as mulheres, devido ao medo que lhes é embutido desde pequena, retardam bastante a sua iniciação sexual. Muitas têm receio de uma aproximação mais íntima do sexo oposto com a preocupação de uma gravidez indesejada. Em sua maioria não são orientadas quanto à existência de métodos contraceptivos, assim como é feito para os homens.

Do ponto de vista cristã, o papel feminino era o de agradar e fazer companhia ao homem, determinando assim, o papel de superioridade masculina em relação ao sexo feminino. O Cristianismo, por sua vez, só tolera o prazer sexual dentro do contexto matrimonial e com uma normalidade basicamente de ordem biológica, toda procura intencional de prazer sexual é considerado um pecado mortal (DIAS, 1999).

Tal imposição enfatizada pela igreja em relação à sexualidade feminina chega a ser castradora dos sentimentos da mulher, fazendo-as sentirem-se culpadas por desejar ter prazer, sendo este sentimento, mesmo nos dias atuais, refletido em suas vidas, as deixando envergonhadas em abordar tal assunto principalmente com seus parceiros. Não há discussão sobre dúvidas e preocupações entre o casal, muitas vezes atrapalhando um relacionamento que por intermédio do diálogo poderia ser mais prazeroso e colaborativo.

Embora hoje o sexo seja parte do cotidiano das pessoas, não se limitando à concepção, já que o prazer humano é independente da reprodução, as mulheres têm sido

educadas para agirem como filhas e mães sem passar pelo estágio de mulher. Quando criança, elas devem ter bons modos e controle sobre sua vontade. Na adolescência, não são preparadas para a vida, porém sim para negar o prazer cheio de culpa, censura e medo. É neste período que os questionamentos sobre sexo geram constrangimento e são respondidos de maneira incompleta ou são absolutamente ignorados (GOZZO ET AL., 2000).

As mulheres em consultórios referem dificuldades relativas à vida sexual, principalmente no que dizem respeito ao orgasmo. Os fatores religiosos, biológicos, culturais e educacionais interferem causando distorções na maneira de pensar da mulher e um bloqueio do estabelecimento normal das relações conjugais, dificultando o prazer e conseqüentemente causando conflitos.

Os fatores que provavelmente interferem na libido, podem ser divididos em categorias: fatores orgânicos – doenças que acometem de forma direta ou indireta os genitais, transtornos psiquiátricos crônicos que geram uma diminuição ou até ausência de desejo sexual e o uso de algumas medicações, que têm como efeito colateral a diminuição da libido; fatores emocionais - situações traumáticas, como abuso sexual, culpas e ansiedades vinculadas a não permissão ao sexo, conflitos conjugais importantes, com cobranças acompanhadas de agressões, falta de comunicação e intimidade no casal; fatores culturais ou sociais - falta de educação e orientação sexual, medo de gravidez indesejada associada à insegurança de contracepção, falta de tempo necessário para dedicação à vida sexual, falta de ambiente propício à intimidade e repressões sociais à sexualidade da mulher, principalmente em culturas cujas religiões cristã e mulçumana têm marcada influência (PARISOTTO, 2001).

É fundamental que ao longo da consulta o profissional de saúde atente para as queixas da mulher e preferencialmente elabore um questionário sobre sexualidade, com o objetivo de auxiliar no diagnóstico da cliente e assim, propiciá-la um tratamento e um acompanhamento adequado, holístico. Este questionário deve conter espaço aberto pra que a cliente possa expressar claramente seus sentimentos, suas dúvidas e necessidades.

É importante deixar claro que nem sempre a anorgasmia ou a dificuldade em obter orgasmo é devido fatores psicológicos, ou dificuldade de relacionamento entre parceiros. Existem disfunções sexuais tanto masculinas como feminina que podem prejudicar o desempenho sexual e estes problemas não devem ser desprezados, mas sim levados para profissionais capacitados e habilitados que farão a busca de solução apropriada para lidar com esses casos específicos.

Para se ter um diagnóstico das disfunções sexuais femininas, por exemplo, é fundamental considerar um mínimo de seis meses de sintomatologia, para a caracterização da disfunção além de investigar as condições do parceiro. Um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando na verdade, a precocidade dele impede-a de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito (ABDO, 2006).

A busca pelo o prazer, pelo orgasmo, não pode ser considerado como uma habilidade natural da mulher é algo constante que deve ser desenvolvido por meio de uma prática educacional, na qual os parceiros se coloquem ao mesmo tempo a disposição de aprender um com o outro e consigo mesmos, principalmente por intermédio da masturbação, que é um método natural e saudável de conhecer seu próprio corpo e aprender a lidar com o mesmo nas situações em que se busca alcançar o prazer pleno.

Mulheres que estão no período da menopausa também sofrem na busca pelo prazer e com as falsas concepções da sociedade tais como “já passou da idade”. As pessoas, de um modo geral, não aceitam que a mulher com mais de 50 anos possa namorar, esquecendo que a sexualidade não é só sexo, mas toda uma afetividade essencial do ser humano. A resposta erótica na mulher idosa não é menor do que na jovem, é apenas diferente, pois os anos podem reduzir a força, no entanto jamais bloquear o desejo ou anular a resposta (JÚNIOR, 1999).

Embora bastante conhecidas, as disfunções sexuais femininas muitas vezes deixam de ser diagnosticadas por inibição da cliente, que não apresenta a queixa, ou do profissional de saúde, que se constrange de investigar, principalmente se a mesma for idosa ou já estiver no período da menopausa. Essa falta de investigação acabará interferindo na possibilidade de melhora da qualidade de vida dessas mulheres.

Olhares são voltados, neste sentido, para a importância do profissional de saúde na hora de procurar esclarecer as questões de suas clientes nos mais diversos atendimentos, já que as dificuldades em viver a sexualidade são mais comuns do que se possa imaginar. Muitas vezes falta um vínculo entre cliente e profissional para que haja a verbalização do problema.

1.As dificuldades encontradas à satisfação sexual feminina

São muitas as insatisfações relatadas por mulheres sobre a vida sexual. Para algumas é o fato de estarem envelhecendo, de não possuírem o corpo da juventude, para outras é a falta de sensibilidade de seus companheiros que não buscam acompanhar o ritmo do ciclo sexual delas, a falta de diálogo.

As mulheres pensam no sexo como sinônimo de juventude, disposição, início de convivência a dois. E quando já não existem vigor físico e beleza exterior, quando se passam anos de convivência, parece que o sexo não faz mais parte de suas vidas e que o ato sexual é menos uma coisa a fazer quando já se sentem velhas e cansadas da vida (PAIVA, 2004).

Tal problema identificado anteriormente, nos dias atuais, chega a ganhar mais força a partir do momento que o corpo da mulher passou a ter valor de mercado, sendo a beleza buscada a todo custo, fragilizando as mulheres que não têm acesso a certos programas como o de rejuvenescimento e fazendo-as sentirem obrigadas a estarem perfeitas para seus parceiros, do contrário eles não as aceitarão.

Em uma pesquisa relatada na revista *Veja* (2004) sobre as aflições femininas foi constatado que os principais fatores que podem vir a comprometer um sexo bem sucedido são: a rotina, o cansaço, a ansiedade e a falta de tempo.

É comum escutar-se em consultas ginecológicas, depoimento de mulheres que afirmam sentir dor à penetração peniana porque permitem que o homem o faça sem antes estarem excitadas, ou seja, no momento em que a lubrificação da vagina ainda não ocorreu, provocando assim, irritação local. Este é um exemplo de um problema acarretado pela ansiedade do parceiro em obter o prazer tão desejado e conseqüentemente solitário.

Gozzo et al (2000) constatou por meio de entrevistas relatos de mulheres que afirmaram não sentir a libido, por medo de engravidar, por dificuldade de expressar suas necessidades afetivas, vergonha de dar dicas de onde ser tocada. Acrescentam que o companheiro não aceita que converse sobre seus problemas do dia-a-dia do casal e dos filhos, ou que a mágoa está interferindo na relação sexual. Também colocam que o filho não permite a aproximação com o marido por ciúmes, interferindo no relacionamento conjugal.

No “Informe Hite sobre la Sexualidad Femenina” (1976) é possível encontrar algumas declarações femininas sobre o incomodo de não conseguir atingir o orgasmo como seus parceiros, sentem-se injustiçadas pelo pequeno período de excitação que muitos deles as submetem: “Eu gosto de aumentar as etapas de excitação até que o desejo do orgasmo seja irresistível. Por desgraça, muitos homens são demasiadamente impacientes para permiti-lo”. “Entristece-me verme obrigada a controlar minhas ações e perder boa parte disso por causa do condicionamento do meu companheiro, que necessita que acabemos a cópula sempre que nos tocamos, praticamente”.

Nos relatos citados acima é possível perceber a falta de liberdade de algumas mulheres em expressar seus sentimentos, a indignação destas por lhes serem retirada a

oportunidade de sentirem prazer, não conseguindo alcançar o orgasmo junto aos companheiros e o egoísmo destes quando não são colaborativos com a obtenção do prazer mútuo.

Para o homem, muitas vezes, o coito vaginal é bem mais importante do que para a mulher, sendo a vagina um órgão ideal para estimular o pênis e levá-lo ao orgasmo, no entanto o pênis, quase sempre, não é o bastante para levar a mulher ao orgasmo e este fato precisa ser compreendido por eles.

2.Sexualidade: é possível ter prazer

Nunca é tarde para buscar novas alternativas para se atingir a satisfação sexual. Para tal fim, há profissionais especializados em sexualidade que podem ser importantes guias para melhor compreensão do funcionamento do corpo. O importante é saber que a plenitude do prazer não está relacionada com idade, mas sim com a vontade, o desejo de obtê-la, basta buscar os caminhos certos.

As mulheres relataram, segundo pesquisa de Gozzo et al (2000) que buscar outras formas de sentir prazer como ir a motel, assistir filmes pornô, mostrar que ele tem duas mãos e que pode dar prazer pode também ajudar, tentar conversar com o companheiro dizendo o que tem vontade e não ter vergonha de dizer o que pensa.

Para que a rotina, o cansaço e a ansiedade não sejam problemas futuros em uma relação é importante que a escolha da hora e local da prática sexual seja feita através de um diálogo amigável entre o casal, buscando um ambiente tranqüilo, uma hora em que ambos estarão dispostos procurando deixar o momento fluir com naturalidade.

A gravidez pode deixar de ser um problema para aquelas que não a desejam, a partir do momento que é tomado o conhecimento sobre a existência de métodos contraceptivos, as possibilitando optar pelo mais adequado à sua condição de vida e desta forma reduzir alguns problemas que afetam a relação, como por exemplo, o coito interrompido que é um método que além de não ser seguro ainda limita mais ainda o tempo de excitação da mulher a partir do momento que a mesma está preocupada em saber se o parceiro vai ejacular ou não dentro dela.

Disfunções sexuais, como ejaculação precoce, é um problema que deve ser enfrentado de forma a reduzir o fato e proporcionar uma relação sexual prazerosa, sendo necessário que o casal procure ajuda especializada (PAIVA, 2004).

É importante destacar que através do carinho e do companheirismo os parceiros estarão abertos para discussões referentes à sexualidade, trazendo questões que poderão contribuir para o relacionamento como um todo.

3. Trabalhando com grupos de orientação sobre sexualidade

Os grupos de orientação geralmente são implantados quando surge a necessidade de se trabalhar determinado assunto ou problema em uma comunidade. Neste caso busca-se trabalhar a sexualidade entre os casais em um aspecto que possa contribuir para uma boa vida sexual.

Para tal fim, seria interessante que estes grupos fossem constituídos por mulheres e seus parceiros de variadas faixas etárias e orientados por uma equipe multiprofissional, a fim de trabalharem-se juntos, as diversas dificuldades encontradas por meio do compartilhamento de vivências e aconselhamentos adequados.

Muitas mulheres, de acordo com Gozzo et al (2000), participam de grupos porque almejam mudar, agradar mais seus companheiros, tomar iniciativa para a relação sexual quando for desejo do mesmo. Elas relatam que têm esperança, por acreditar que no grupo encontrarão elementos que procuram, tentando aprender coisas novas, conhecer melhor o companheiro e a si próprias, sentir desejo e levar experiências para assim conseguir melhorar o relacionamento conjugal.

4. Um enfoque ético acerca da sexualidade

É preciso distinguir o ponto de vista ético do indivíduo quanto à vivência da sua própria sexualidade (a avaliação que cada um faz de si próprio), o ponto de vista relacional, isto é, a dimensão intersubjetiva, privada e íntima, dos atos ou atitudes que implicam a presença de outra pessoa (a interação no relacionamento sexual), enfim, as tomadas de posição sociais ou públicas sobre assuntos relacionados com a sexualidade. Os valores não se apresentam do mesmo modo em cada um destes ângulos de análise.

Em Ávila, 2003 encontramos que os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva, significando, desta forma, tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática. Para que tais direitos sejam exercidos é necessário que haja uma transformação da lógica na qual está baseado o sentido das leis referentes ao exercício da reprodução e das relações amorosas e

sexuais, deslocando o princípio lógico da prescrição e controle, para o princípio da ética e da liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização, do presente estudo possibilitou um aumento na amplitude dos conhecimentos acerca da sexualidade feminina, já que este é um assunto vasto que deriva várias abordagens e muitas vezes desencadeiam dificuldades para algumas mulheres dependendo do contexto sociocultural em que elas se encontram.

Os tópicos, a busca pelo prazer e anorgasmia, foram os mais enfatizados e a falta de conhecimento das mulheres sobre tais assuntos. Ficando evidenciado que as mulheres pouco sabem sobre seu corpo e ainda sentem-se inibidas em tocá-lo a fim de melhor conhecê-lo.

Pôde-se constatar que as mulheres e a sociedade ainda guardam mitos e preconceitos oriundos dos tempos passados, como por exemplo, o fato que desde a infância alguns pais têm criado suas filhas para que estas sejam criaturas frágeis e submissas ao homem, sendo o expressar de seus desejos algo vulgar, e a associação errônea entre idade avançada e fim da vida sexual.

O estudo revela como agravante nas dificuldades para alcançar o prazer, a ausência do diálogo entre o casal. Apesar de cada indivíduo ter sua visão de mundo, em uma relação conjugal é possível a existência de situações que os permitam conviver e compartilhar das mesmas experiências. É preciso que a mulher compartilhe seus problemas com seu companheiro e que a mesma fique atenta quando algo não vai bem com ele buscando um diálogo e compreensão de ambas as partes. Tais atitudes provavelmente trarão grandes mudanças na vida sexual dos casais.

É importante destacar a necessidade da criação de grupos educativos orientados por equipes multiprofissionais, com mulheres de várias faixas etárias e seus companheiros, em que sejam discutidas questões relacionadas à sexualidade humana, voltado para aspectos que possam colaborar com uma boa saúde sexual.

É dever do profissional da saúde procurar esclarecer as questões que essas mulheres possam vir a ter, nos mais variados entendimentos, buscando criar vínculo com elas possibilitando-as verbalizar sobre seus problemas, já que é um direito humano o acesso à saúde sexual. Uma política pública de saúde que tem um comprometimento com a promoção

integral dos direitos reprodutivos e sexuais representaria uma conquista política para a democracia.

Não há a pretensão de excluir da vida das mulheres suas crenças, valores inerentes a cada uma, porém visa-se com este estudo, ajudá-las a encarar sua sexualidade e lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida sexual juntamente com seus companheiros, além de contribuir para a realização de novos estudos sobre sexualidade, trazendo ainda mais benefícios para os casais e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N;FLEURY, H.J. **Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas.** Rev. Psiq. Clín. 33 (3); 162-167, 2006.

ARMAS, Herry. Questões de Sexualidade: Ensaio Transculturais. **Explorando os Vínculos entre Sexualidade e Direitos para Enfrentar a Pobreza.** Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: Desafios para as Políticas de Saúde.** CAD. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S465-469, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes. **Humanização e Qualidade: princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CORNWALL, Andrea; JOLLY, Susie. Questões de Sexualidade: Ensaio Transculturais. **Introdução: A sexualidade é importante.** Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

DEL PRIORE, Mary. **História das Mulheres no Brasil.** 9. ed. São Paulo: Contexto, 2007.

DIAS, C. A.; MENDONÇA, E. C. S. **O prazer sexual da mulher: processo ainda em evolução.** Revista Brasileira de Sexualidade Humana. Volume 10. Numero 2. Julho a Dezembro de 1999.

HITE, Shere. **El Informe Hite: Estudio de La Sexualidad Femenina.** Febrero de 1976.

JOTA, F. S. S. V. B. O. **O meu prazer é meu maior desejo: uma análise da sexualidade feminina na contemporaneidade.** Brasília, outubro 2007. Disponível em: <<http://www.onda.eti.br/revistaintercambio/conteudo/arquivos/1251.pdf>>. Acesso em: 03 Jul de 2008.

JÚNIOR, Osmar Pellegrini. **Alterações na sexualidade da mulher no climatério.** Revista Brasileira de Sexualidade Humana, v. 10, n. 1, Janeiro a Junho de 1999.

GOZZO, T.O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W.M.; FREITAS, I.A. **Sexualidade feminina: compreendendo seu significado.** Ver.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p.84-90, julho 2000.

PAIVA, B. S. R.; MARCICANO, E. O.; PAIVA, C. E.; RIBEIRO, M. G. M. **Sexualidade feminina: o prazer e o desprazer da relação sexual.** Enfermagem Atual, v. 4, n. 23, p. 18-22, SET./OUT., 2004.

PARISOTTO, Dra. Luciana . **Resposta Sexual Feminina.** Data de Publicação: 01/11/2001. Revisão: 30/11/2006. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?194>>. Acesso em: 22 Jul. de 2008.

_____. **Frigidez.** Data de Publicação: 01/11/2001. Revisão: 30/11/2006. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?205>> Acesso em: 20 Jan de 2008.

VEJA, Edição Especial: Homem. **Até onde o prazer da mulher depende do homem.** Agosto 2004. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/especiais/homem_2004/p_040.html>. Acesso em: 20 de Jan de 2008.

ORTOTANÁSIA: UMA TERCEIRA VIA PARA A TERMINALIDADE

Tatiana Ferreira da Costa¹
Kamila Nethielly Leite²
Smalyanna Sgren de Andrade³
Ana Aline Lacet Zaccara⁴
Aurilene Cartaxo de Arruda⁵

RESUMO

A dor e o sofrimento são um dos grandes temores do ser humano, pois atingem de forma cruel os aspectos físicos, psicológicos e espirituais, destruindo a integridade do corpo e da alma. Por isso torna-se complexo e difícil a reflexão sobre as estratégias diante do doente terminal. Diante do exposto, esse trabalho pretende contribuir para um maior esclarecimento acerca da melhor conduta frente ao sofrimento de um paciente terminal e sobre os meios éticos para alcançar tal objetivo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em estudo, que tem como fonte diversos artigos, livros, incluindo leis e outros documentos. A eutanásia e a distanásia como procedimentos médicos tem em comum a preocupação com a morte e a forma mais adequada de agir diante da mesma. Enquanto a distanásia se preocupa na quantidade de tempo de vida, considerando a morte como um inimigo a ser combatida, a eutanásia procura na morte, o alívio do sofrimento e da dor. A ortotanásia constitui uma terceira via diante da terminalidade, em que procura promover o bem estar global do paciente, amenizando suas angustias e seus medos e preparando-lhe para partir em paz, sem que haja necessidade de prolongar ou antecipar seu fim.

PALAVRAS CHAVE: Morte digna, paciente terminal, ortotanásia.

¹ Estudante de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: tatxianaferreira@hotmail.com

² Estudante de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: ka_mila.n@hotmail.com

³ Estudante de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: anazaccara@hotmail.com

⁴ Estudante de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: nana_sgren@hotmail.com

⁵ Docente. Mestre em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem DENC-UFPB, Doutoranda em Ciências da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ - Rio de Janeiro. E-mail: aurilene_cartaxo@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A dignidade humana parece ser uma inquietação que une as pessoas nas questões que envolvem eutanásia, distanásia e suicídio assistido principalmente quando nos referimos aos pacientes que estão em fase terminal, essa discussão torna-se relevante à medida que essas divergências se preocupam mais com os meios a serem utilizados do que com o fim desejado (MARTIN, 1998).

De acordo com o mesmo autor, não aceitar a eutanásia, não significa necessariamente que a distanásia, em que são usados meios artificiais para prolongar a vida, seria a melhor opção para pacientes que estão em fase terminal.

Diante dessas ambiguidades, os cuidados paliativos se entranham em modelo conflituoso, com implicações bioéticas (ENGELHARDT, 2003). Este modelo abrange uma assistência de modalidade emergente no fim da vida do indivíduo, oferecendo cuidados totais, ativos, individualizado e holístico ao cliente com doença avançada e na fase terminal e também aos seus familiares, legitimando desta forma o direito a uma morte com dignidade ao paciente (SILVA; HORTALE, 2006).

A partir deste enfoque, propõe-se uma análise acerca dos princípios éticos que envolvem as questões relativas ao processo de morte e as implicações que surgem diante dos meios a serem utilizados para proporcionar uma morte digna. A relevância deste trabalho reside na construção de uma produção literária que subsidie futuras reflexões acerca da problemática em questão.

Considerando a relevância da temática no que diz respeito ao campo da saúde, nos propusemos a conhecer um pouco mais sobre as questões éticas referentes a ortotanásia versus distanásia e eutanásia, a partir da realização deste estudo o qual parte

da seguinte questão norteadora: Qual seria melhor conduta, sob o ponto de vista ético, a ser tomada com um paciente em fase terminal?

Portanto, para atender ao questionamento proposto, este estudo tem por objetivo abordar os aspectos éticos que envolvem a ortotanásia, a eutanásia e a distanásia, contribuindo na busca de uma ética que se comprometa com a dignidade humana, respeitando aquilo que é bom nos momentos concretos da vida e da morte.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cuidados paliativos com pacientes terminais: aspectos conceituais e históricos

O cuidar paliativamente vem desde o ano 400 quando Fabíola, discípula de São Jerônimo iniciou a prática dos cuidados paliativos e nessa mesma época, foi construído em Roma um grande hospital para atender os peregrinos de Roma, África, Ásia e leste da Europa (CORTES, 1997). A palavra paliativo deriva do vocabulário latino pallim, que significa manta ou coberta. Esse termo envolve uma dimensão física, psicológica, social e espiritual, ou seja, tem um enfoque holístico (PESSINI, 2003).

A Organização Mundial de Saúde – OMS define cuidados paliativos como aqueles que procuram atender as necessidades dos pacientes terminais procurando por meio de alguns princípios, tais como cuidados para não acelerar e nem prolongar com medidas desproporcionais a morte, aliviar dores, suporte psicológico, espiritual e familiar (OMS, 2009). Segundo dados dessa organização, somente uma pequena minoria do mais de 1 milhão de pessoas que morrem semanalmente no mundo todo recebe cuidados paliativos para diminuir seu sofrimento.

Desde a idade média, na Europa muitos dos hospitais foram chamados modernamente de hospices os quais eram comandados por religiosos que tinha o objetivo de cuidar dos doentes e dos que estavam morrendo. O termo hospice foi utilizado pela primeira vez relacionado à paciente em fase terminal, por Lyin em 1842. Sendo uma mulher, Jeanne Garnier que liderou, através da Associação das Mulheres do Calvário, a criação de diversos hospices denominados de Calvários (PASSINI, 2003).

De acordo com o mesmo autor, Elisabeth Kübler-Ross, ao final da década de 60 iniciou com os primeiros trabalhos de psiquiatria na Suíça, e com formação nos EUA. Elisabeth, após entrevistas mais de 500 pacientes terminais, divulgou uma nova visão sobre a psicologia do paciente em fase terminal. Destacou que durante o processo da morte o paciente passa por várias fases emocionais que o levam à aceitação da sua condição incurável.

Já no Brasil em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, a qual procura uma vinculação científica e profissional entre toda equipe de saúde que pratica e estuda as disciplinas vinculadas aos cuidados paliativos nas enfermidades crônicas- evolutiva, na fase avançada e na fase de terminalidade. Há 30 serviços atualmente no país que surgiram com características próprias de serviços de dor dentro de hospitais. Há enfermaria de Cuidados Paliativos no Hospital do Servidor público Estadual, em São Paulo, atende pacientes em domicílio (WEISSMAN; BLUST, 2005).

2.2 Aspectos Conceituais da Eutanásia, da distanásia e da ortotanásia

EUTANÁSIA

Eutanásia foi definido como “tratamento adequado às doenças incuráveis”, por Francis Bacon, na sua obra *Historia vitae et mortis*, em 1623. Etimologicamente, a palavra eutanásia significa “boa morte” ou “morte apropriada”, ou ainda morte sem dor, sem sofrimento. Deriva dos vocábulos gregos *eu*, que pode significar bem, bom e *thanatos*, morte. A eutanásia pode ser caracterizada quanto ao seu tipo de ação e ao consentimento o paciente (PESSINI, 2003).

Quanto ao tipo de ação, pode ser ativa quando se provoca a morte do paciente com objetivo de precipitar a mesma, a fim de minimizar seu sofrimento. Passiva ou indireta que por sua vez, não provoca deliberadamente a morte, porém é interrompido todos e quaisquer tratamentos com a finalidade de cura. Não há por isso um ato que provoque a morte (tal como na eutanásia Ativa), mas também não há nenhum que a impeça (como na Distanásia). Ou ainda, eutanásia de duplo efeito, onde a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal.

Quanto ao consentimento do paciente pode ser voluntária quando é provocada a morte do paciente, atendo a sua vontade. Pode ainda ser involuntária em que ocorre quando se provoca a morte do paciente contra a sua vontade. Ou ainda, não-voluntária que acontece quando o paciente não põe sua posição em relação à prática, entretanto sua morte é provocada (SIQUEIRA; SCHRAMM, 2004). Contudo, segundo a Comitê de Ética da Associação Européia de Cuidados Paliativos, a eutanásia só pode se apenas voluntária e ativa (MATERSTVEDT, 2003).

No mundo, apenas três países permitem a prática da eutanásia, sem considerá-la crime, a saber, Estados Unidos da América, Holanda e Colômbia. Já no Brasil, de acordo com a Lei n. 2.848/40, art. 121, § 1º c/c art. 56, III, "a"), a eutanásia é crime de homicídio privilegiado (piedoso), motivado por relevante valor moral, objetivando eliminar o sofrimento (dor) ou abreviar a agonia (angústia) daquele que não tem nenhuma chance de sobrevivência, por ser portador de moléstia incurável, ministrando-lhe uma morte rápida, "doce", ou "serena" (ANGHER, 2009).

DISTANÁSIA

A distanásia tem por objetivo prolongar a vida do paciente por meios artificiais, não se importando, portanto, em respeitar o direito do paciente a ter um processo de morte com dignidade. Ao contrário da eutanásia, a distanásia propõe a resistência terapêutica, com finalidade de “cura” do paciente, mesmo sabendo-se que esta já não é possível, desta forma o sofrimento físico e psicológico não é levado em consideração (PESSINI, 2003).

Segundo o mesmo autor, a distanásia é uma deformidade da conduta médica, já que nega o princípio ético mais importante da medicina: não-maleficência. Apesar dos problemas clínicos relacionados ao atendimento do paciente, os profissionais da saúde deve sempre focalizar seus esforços no alívio do sofrimento para evitar ao máximo o desconforto do paciente em estado terminal.

A questão técnica, nesta ótica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase terminal, que não tem mais chances de cura e a questão ética é: Até quando se deve investir neste empreendimento? Que sentido este investimento tem? (MARTIN, 1998).

ORTOTANÁSIA

A ortotanásia tornou-se aceita socialmente na Espanha devido desempenho dos teólogos moralistas Vidal e Gafo (PESSINI, 2003).

“O termo ortotanásia tem sido utilizado como sinônimo de morte natural (do grego, orthós: normal, correta e thánatos: morte). Não se trata de suicídio ou homicídio eutanásico, mas apenas da aceitação da condição humana frente a morte” (OLIVEIRA et al., 2003, p. 83)”.

Desta forma essa prática tem uma preocupação holística com o paciente, promovendo o alívio do seu sofrimento biopsicoespiritual, ao lado se pessoas queridas, assim proporcionando uma preparação do paciente para uma morte sem culpas e dúvidas. Portanto a ortotanásia, não adia nem acelera o processo de morte, mas proporciona todo apoio e condições de vida com dignidade durante esse período (JARAMILLO, 2004).

No Brasil, à ortotanásia, com projeto de reforma do Código Penal atribuiu uma causa de exclusão da antijuridicidade, ao determinar que "não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, desde que a morte iminente e inevitável seja atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente ou de familiares" (art.121, parágrafo 4º) (ANGHER, 2009).

O Ministério da Saúde editou a *Portaria n. 675/GM* de 30 de março de 2006, aprovando a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Essa portaria reafirmou que é direito do usuário o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública (ANGHER, 2009).

2.3 Questão da Autonomia

De acordo com o filósofo Immanuel Kant (1724- 1804) autonomia é a “capacidade apresentada pela vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível”. (KANT, 1994).

Quando falamos em autonomia é primordial levar em consideração os princípios da beneficência, não-maleficência e da justiça. Diante de um pluralismo ético que surge diante desta realidade, o conceito de saúde pode vir a ajudar a redimensionar o conflito entre a escolha de um procedimento adequado e os valores éticos (MARTIN, 1998)

Segundo o mesmo autor, quando definimos saúde como ausência de doença, parece sem sentido falar em saúde ao se tratar de um paciente em fase terminal, em que não há mais chances de cura, e assim eutanásia pode vir a ser a melhor conduta a ser seguida. Se, contudo, se entende a saúde como o bem estar global do paciente, abrangendo os aspectos biopsicoespiritual do indivíduo com fase avançada de sua doença, a assistência ao paciente é redirecionada não para sua cura nem para sua morte antecipada, mas sim para os cuidados físicos, mentais sociais e emocionais, assegurando desta forma, seu conforto e o controle da sua dor.

Nessa perspectiva, para a tomada de decisão com autonomia é necessário dois pressupostos: A existência de opções e uma capacidade plena de escolha, com entendimento das conseqüências de cada opção.

Existência de Opções:

Como não há uma equipe médica capaz de ter cuidados adequados a pacientes terminais, há a necessidade, de que seja livre a escolha do paciente. Kant afirma que o suicídio destrói a autonomia em seu sentido mais fundamental: erradica a possibilidade de futuros atos autônomos, sendo a destruição da própria autonomia. Uma

grande parte dos pacientes terminais faz uma escolha draconiana: abreviar a vida e ter uma morte “digna” ou, então, têm a “opção” de morrerem á margem de tudo, ficando abandonados em uma maca nos corredores de um hospital, sentindo dores e sem higienização (MATERSTVEDT, 2003).

Capacidade Plena de Escolha:

É a capacidade de saber compreender totalmente as conseqüências de cada escolha e assim poder decidir-se com base numa análise comparativa entre as opções disponíveis (KISSANE; STREET; NITSCHKE, 1998).

De acordo com os autores supracitados, a depressão é um transtorno mental que permanece subdiagnosticado e subtratado em todo o mundo, principalmente em relação aos pacientes terminais por considerarem que a depressão como algo bastante normal nessas pessoas, não precisando de tratamento o que mostra um pensamento totalmente errôneo. Fica difícil então, garantir a capacidade de escolha em um paciente que se encontra deprimido.

Assim, o bem estar físico apenas não basta, muitas vezes é o mal estar mental, emocional ou espiritual que leva a um paciente em fase terminal pedir a morte, desta forma, o bem estar mental, emocional e espiritual são componentes fundamentais para saúde do paciente que está vivenciando seu processo de morrer (MARTIN, 1998).

A nossa legislação já contempla o respeito à autonomia do paciente. Mas o *Novo Código Civil* brasileiro, com suas três décadas de gestação, ainda usa expressões paternalistas, demonstrando que não foi assimilado o "neologismo". Confira-se o art. 13, que diz: "*salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes*". Não existe mais exigência médica. A autonomia deu lugar à indicação, à recomendação, à prescrição, afastando a exigência, a ordem. No art. 15, ocorreu o mesmo: "*ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica*", permitindo-se concluir que há obrigação de aceitar tratamento ou cirurgia *sem risco de vida*, o que seria, hoje, um contra-senso ético e jurídico. A leitura desse artigo "*conforme a Constituição*" deve ser: ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta Era dos Direitos (ANGHER, 2009).

A *Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90, art. 7.º, III)* que reconhece o direito à autonomia do paciente e no *Código de Ética Médica* que repete esses mesmos princípios legais e ainda proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de *emergência médica de salvação*, o que não é o caso de um quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento (ANGHER, 2009).

2.4 O Direito de morrer com dignidade.

Diante da alta tecnologia na área da saúde que surgem nesse novo milênio, com medicalização da morte e o poder de abreviar ou de prolongar o processo de morte, os sofrimentos no fim da vida assumem outros contornos. Quantidade e qualidade de vida na fase terminal tornam-se um fator vulnerável e questionável (MARTIN, 1998).

O direito de morrer com dignidade reporta-se ao direito do paciente a ter uma vida restante com qualidade e um processo de morte natural, sem sofrimento, sem pressa e antecipação da morte, mas também sem a agonia de prolongar a vida com sofrimento e dor por parte de um tratamento inútil. Este não deve ser confundido com direito a morte, ou seja, a eutanásia, que são intervenções por parte de familiares, médicos e amigos que causam a morte do paciente com diagnóstico de uma doença sem cura. O direito de morrer dignamente trata-se de uma reivindicação por vários direitos de aspectos jurídicos, no quais está inseridos a dignidade do indivíduo, a autonomia, a liberdade de escolha e os direitos de personalidade (SANTOS, 2001).

O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 garante a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança, dentre outros. Ocorre que tais direitos não são absolutos.

E, principalmente, não são deveres. O artigo 5º não estabelece deveres de vida, liberdade e segurança.

Os incisos do artigo 5º estabelecem os termos nos quais estes direitos são garantidos: II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento degradante; IV – é livre a manifestação de pensamento...; VI – é inviolável a liberdade de consciência e de crença...; VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei; X – são invioláveis a

intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; XXXV –a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito" (ANGHER, 2009).

Assim, é assegurado o direito (não o dever) à vida, e não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento. O direito do paciente de não se submeter ao tratamento ou de interrompê-lo é consequência da garantia constitucional de sua liberdade, de sua liberdade de consciência (como nos casos de Testemunhas de Jeová), de sua autonomia jurídica, da inviolabilidade de sua vida privada e intimidade e, além disso, da dignidade da pessoa, erigida a fundamento da República Federativa do Brasil, no art. 1º da Constituição Federal. O inciso XXXV do art. 5º garante, inclusive, o direito de o paciente recorrer ao Judiciário para impedir qualquer intervenção ilícita em seu corpo contra sua vontade.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em estudo. De acordo com Gil (1999) a pesquisa bibliográfica consiste em basicamente na recuperação dos dados impressos (“de papel”) ou dos arquivos eletrônicos (“bits de informação”). Tais dados podem ser obtidos tanto em bibliotecas físicas ou virtuais, como é o caso da própria Internet, com suas listas de discussão, acesso online direto à literatura científica, correio eletrônico, listas de discussão, e outros. Ao realizar uma pesquisa bibliográfica deve-se obedecer a uma seqüência ordenada de procedimentos que, além de auxiliarem a manter a perspectiva global do estudo, contribuem para uma organização racional e eficiente.

3.1 ETAPAS OPERACIONAIS DO ESTUDO:

Primeira Etapa — Levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho.

Nesta primeira etapa, foram selecionados todos os materiais pertinentes ao tema proposto a partir de uma extensa revisão de literatura, constituída por fontes bibliográficas impressas e *on-line*, incluindo livros, dissertações, monografias, artigos de periódicos, incluindo Leis, entre outros documentos.

Segunda Etapa — Seleção do material e construção do texto preliminar.

Nesta etapa, foi selecionado criteriosamente todo o material disponibilizado inicialmente e considerado relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Em seguida, a partir de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram extraídas citações diretas de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências.

Terceira Etapa — Redação final do relatório da pesquisa.

Após a elaboração do texto preliminar foram identificadas lacunas devendo-se melhorar a coerência estrutural do referido trabalho. Os pesquisadores seguiram as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para a elaboração de trabalhos científicos e também levaram em consideração as observâncias éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os complexos problemas que emergem com os cuidados no fim da vida colocam-nos diante da necessidade de aprofundarmos o debate em torno deste momento crítico da existência humana.

Os profissionais da saúde trabalham em conjunto com o objetivo de promover ao paciente a preservação da vida e o alívio do sofrimento, porém quando se trata de pacientes que estão na fase terminal com impossibilidade de cura, não se pode determinar o tempo de vida nem o término da mesma.

Os cuidados paliativos constituem uma prática multiprofissional que não visa a assistência em busca da cura e sim, um atendimento com base nos aspectos biopsicoespiritual objetivando promover ao indivíduo um fim de vida com qualidade, sem sofrimento, sem dor e uma preparação para uma morte tranquila, sem antecipação, mas também sem um prolongamento de vida angustiante.

Portanto, partindo do conceito de saúde, não precisamos apelar nem para eutanásia, nem para distanásia para garantir uma morte digna para um paciente em fase terminal, a ortotanásia é um caminho que além de proporcionar o alívio de todos os tipos de sofrimento e preservar a sua autonomia, oferece ao indivíduo as condições necessárias para o entendimento de sua finitude, preparando para partir em paz e sem sofrimento.

REFERÊNCIAS

- ANGHER, A. J. Vade Mecum acadêmico de direito. 5 ed. São Paulo: Rideel, 2009. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Rio de Janeiro. *Resolução COFEN 311/2007*. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7221§ionID=34>>. Acesso em 20 ago. 2009.
- ENGELHARDT, J. H. T. Sofrimento, enfermidade e morte: a busca de sentido. In Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da Bioética Cristã Ortodoxa*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas da pesquisa social. Editora Atlas, São Paulo, 1999.
- ARAMILLO, J.G. Ortotanásia versus Eutanásia, 2004. Disponível em: <http://www.cardiolili.org/esp/conferen/pdf/eutanasia_26jul2004.pdf>. Acesso em: 20 ago.2009.
- KANT, I. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Hamburg: Felix Meiner, 1994. KISSANE, D.; STREET, A.; NITSCHKE, P. Seven deaths in Darwin: case studies under the rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet*, 1998. MARTIN, L. M. Eutanásia e Distanásia. *Iniciação a biética*, 1998.
- MATERSTVEDT, L. J. Palliative care on the “slippery slope” towards euthanasia? *Palliative Medicine*, 2003.
- OLIVEIRA, H. B.; OLIVEIRA, E. F. B.; OLIVEIRA, R. Z. B et al. Ética e eutanásia. *J Vas Br*. 2003.
- OMS, Organização Mundial de Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em 20 ago. 2009.
- PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *O Mundo da Saúde*, 2003.
- SANTOS, M. C. C. L. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. São Paulo: RT, 2001. p. 40.
- SIQUEIRA, B. R.; SCHRAMM, F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004.
- SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*, 2006.
- WEISSMAN, D. E.; BLUST, L. Education in palliative care. *Clin Geriatr Med*, 2005.

**EQUIDADE DE DIREITOS: PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS
PERANTE A LEI**

Kamila Nethielly Leite¹
Tatiana Ferreira da Costa²
Smalyanna Sgren de Andrade³
Ana Aline Lacet Zaccara⁴
Marcella Costa Souto⁵

RESUMO

As diferenças entre os indivíduos de uma sociedade é fator determinante para que estes sejam únicos no meio em que vivem. Tomando como foco estas diferenças entre os seres do meio social, é que surgem desigualdades e conseqüente desrespeito aos indivíduos portadores de deficiência. Tanto a discriminação, quanto à exclusão tiram a oportunidade dessas pessoas de conviverem de forma igualitária, bem como de conquistarem seus espaços nos diversos setores sociais. Diante do exposto, nos propomos avaliar os direitos dos portadores de deficiência quanto à igualdade social proposta pela lei. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em estudo, que tem como fonte diversos artigos, livros, incluindo leis e outros documentos. Considera-se então, que tanto o descumprimento, quanto o esquecimento da lei por vários órgãos sociais, compromete de forma enfática para o não desenvolvimento de melhorias consideráveis para esta parte da população. Uma forma de diminuir a exclusão dessas pessoas é a instituição de mecanismos fortalecedores dos direitos já adquiridos, esses mecanismos correspondem além de maiores verbas destinadas a essa população, uma mudança de mentalidade das pessoas, que devem ter uma visão desses indivíduos, sob a ótica da capacidade e não mais sob a ótica da deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Portadores de deficiência. Lei. Inclusão sociais.

¹ Estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Email: ka_mila.n@hotmail.com

² Estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Email: tatxianaferreira@hotmail.com

³ Estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Email: anazaccara@hotmail.com

⁴ Estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Email: nana_sgren@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Gerontologia. Email: marcellasouto@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo as pessoas com deficiência física e mental, entre elas os idosos e crianças, sofreram exclusão da vida em sociedade por falta de respeito das diferenças entre os seres humanos criando assim uma divisão injusta entre os cidadãos portadores de deficiência e pessoas supostamente normais.

Atualmente, essa situação não está muito diferente, milhões de pessoas continuam sendo discriminadas e excluídas tanto da vida em sociedade quanto do mercado de trabalho. Esta condição junto aos mais carentes é agravada, pois não possuem a oportunidade de acesso à educação e atendimento de saúde de qualidade.

“As últimas décadas têm sido marcadas por manifestações de diversos grupos minoritários, os quais procuram, cada um a seu modo, ampliar suas formas de ocupação dos espaços sociais. É o que ocorre, por exemplo, com as pessoas portadoras de deficiência. Cada vez mais esses indivíduos reivindicam direitos e deveres, tornando pública uma questão cuja reflexão se restringia, até há bem pouco tempo, somente aos próprios deficientes e a um número reduzido de pessoas não-deficientes diretamente envolvidas com tal problemática, como são os casos dos familiares de deficientes e dos profissionais da área da Educação Especial (MARQUES, 1998, p. 62)”.

A Constituição Federal de 1988 e a lei garantem a cidadania e direitos aos portadores de deficiência, tanto a criança bem como idoso. Essa conquista foi fruto de várias lutas efetuadas e muitas tragédias ocorridas que resultaram no aumento da inclusão social de tais cidadãos. O difícil é reconhecer que a sociedade produz portadores de deficiência, seja por ausência de prevenção na área da saúde, seja por acidentes ou atos criminosos ou outras ocorrências, portanto, todos estão a mercê de se tornar um deficiente físico ou mental (ANGHER, 2009).

Entretanto, apesar de a democracia garantir o atendimento e respeito às diversidades, as políticas, programas e terapias são restritos a poucos e insuficientes para atingir a demanda necessária.

Nesse sentido, um dos grandes sonhos do homem é ter vida longa, entretanto, a sociedade não está preparada intelectualmente ou fisicamente, com acessibilidade, para recebê-lo. A conscientização e o respeito às diferenças garantem a participação de todos no exercício da cidadania.

A convivência igualitária entre os indivíduos é garantida pela educação inclusiva que é um direito dos portadores de deficiência e também dos supostos normais, com isso quebram-se as barreiras psicológicas e estruturais. A Educação inclusiva é um direito dos

portadores de deficiência e também dos supostos normais, pois quebrará barreiras psicológicas e arquitetônicas, produzirá sensibilidade, respeito à dignidade humana e garantirá a convivência igualitária entre todos os cidadãos (BRASIL, 2009).

A Constituição Federal de 1988, as leis 7.347/85 (Lei da Ação Civil) e 7.853/89 (Lei de Apoio Integração Social dos Portadores de Deficiência), são algumas das normas jurídicas que garantem direitos ao Portador de Deficiência, inclusive, o Ministério Público possui legitimidade nas ações públicas, coletivas ou individuais, em que se discutam interesses relacionados à deficiência das pessoas (ANGHER, 2009).

A partir deste enfoque, propõe-se avaliar os direitos e portadores de deficiência quanto à igualdade social proposta pelas leis. A relevância deste trabalho reside na construção de uma produção literária que subsidie futuras reflexões acerca da problemática em questão.

Como estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial, torna-se imprescindível para nós acadêmicas de enfermagem e futuras enfermeiras, conhecer acerca do tema abordado, para assim desempenharmos nossas intervenções com o cuidado humanizado e individualizado.

Considerando a relevância da temática no que concerne ao campo da saúde, nos propusemos a conhecer um pouco mais sobre as questões legais e éticas referentes ao portador de necessidades especiais, a partir da realização deste estudo o qual parte da seguinte questão norteadora: Quais os direitos dos portadores de deficiência?

Portanto, para atender ao questionamento proposto, este estudo tem por objetivo abordar os direitos dos portadores de deficiência quanto à igualdade social proposta pelas leis, de modo a buscar estratégias de mudanças na saúde voltadas para estas populações, envolvendo os seus direitos legais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Portadores de Deficiência: aspectos conceituais

A necessidade de uma definição para “deficiência” é um problema que impossibilita a vigilância identificar as pessoas incluídas nesse grupo. Com isso, torna-se difícil a conquista de benefícios no qual seriam de direitos a estes indivíduos (LOLLAR, 2002).

Nessa perspectiva, a organização mundial de saúde classifica e define o estado de saúde de um indivíduo através de duas classificações: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a (CIF) Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003).

A idéia da criação da CIF surgiu nas décadas de 90, sendo publicado no ano de 1980 e aprovada em 2001 pela OMS (Organização Mundial de Saúde). A implementação dessa classificação, partiu da necessidade de exceder as questões que a CID tratava, pertencendo assim, a “família” de classificações complementares a CID (CASADO, 2001).

“A publicação da CIF neste caminho, como classificação complementar à CID, com seu foco na funcionalidade, trouxe o interesse em explorar as sobreposições e interfaces das duas classificações, no que tange aos próprios limites a serem desenhados para as definições de deficiência. (BARRON, 2001; MARIN, 2003, p. 1-54)”.

O Decreto nº 3.298/1999, que regulamenta a Lei nº 7.853/1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida normas de proteção. Em seu art. 3º traz os conceitos de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (ANGHER, 2009).

De acordo com a CIF a deficiência se distingue da incapacidade, no fato que a deficiência corresponde apenas a nível funcional, enquanto a incapacidade abarca fatores físicos, mentais, emocionais, ambientais, numa dinamicidade relacionada a interação do indivíduo com sua condição de saúde. Assim, um indivíduo pode apresentar-se incapacitado, em razão apenas de preconceito ou estigma e não ser deficiente. Ou pode ser deficiente e não vivenciar nenhum tipo de incapacidade. Essa classificação é uma base que aborda múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo, considerando, pois, que todos os âmbitos da saúde têm uma relevância igualitária (OMS, 2003).

A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13 de dezembro de 2006 e da qual o Brasil é signatário, conceitua em seu art. 1º: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.” Trata-se de um conceito de deficiência arrojado, pois contempla o aspecto clínico e inclui a questão social (ONU, 2006).

2.2 Estatísticas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população mundial apresentam alguma deficiência adquirida ou não, atualmente em torno de 650 milhões de pessoas (BRASIL, 2006; SASSAKI, 2007). Segundo o Censo Nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2000 utilizando nova abordagem conceitual e metodológica (CIF/percepção de funcionalidade), apontou, no País, a existência de 14,5% da população com algum tipo de deficiência, correspondendo, à época, a cerca de 24,5 milhões de pessoas, desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Foram detectados, no total de 24,5 milhões, 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência mental e 4% com deficiência física.

2.3 Assistência de saúde à pessoa portadora de necessidades especiais.

A assistência ao portador de deficiência não deve ser pautada apenas em instituições específicas de reabilitação, como também em serviços de que compreendem diversos níveis de complexidades médica, pois, é um indivíduo que além de ter necessidades inerentes à sua condição, ainda pode ser acometido por agravos comuns. (BRASIL, 2002).

O Ministério da saúde (2002) discorre a complementação diagnóstica através da assistência domiciliar, a qual proporciona um suporte clínico especializado, auxilia as pessoas limitadas e consideradas incapacitadas a obter o medicamento e os recursos necessários para elevar sua capacidade funcional e conseqüentemente reduzindo suas limitações, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Tem como objetivo primordial promover atenção integral à saúde dos indivíduos com necessidades especiais, desde a atenção básica até a sua reabilitação, como também o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários (ANGHER, 2009).

2.4 Mercado de trabalho para pessoas com deficiência

O recenseamento do IBGE aponta que pessoas com deficiência preenchem menos vagas no mercado de trabalho do que o restante da população sem deficiências investigadas. Após uma análise do setor de atividade, verifica-se que os setores mais representativos no mercado formal de trabalho são os setores de serviços e a indústria. A média nacional de empregabilidade de pessoas portadoras de deficiência é muito baixa, 2,05%, o que corresponde um pouco acima da cota mínima exigida por lei, no mercado formal de trabalho. (NERI, 2002).

Na área da formação profissional e do trabalho, propõe a adoção de legislação específica que discipline a reserva de mercado de trabalho para as pessoas com deficiência nas entidades da administração pública e do setor privado, porém, sem especificar o percentual de vagas.

O Decreto nº 129/1991 (BRASIL, 1991), promulga a Convenção nº 159 da OIT sobre reabilitação profissional e emprego de pessoas deficientes.

A Lei nº. 8.213/1991 (BRASIL, 1991), que versa sobre os planos de benefícios da Previdência Social, é conhecida como a Lei de Cotas em decorrência do seu art. 93,

§ 1º A dispensa do trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

§ 2º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social, deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, aos sindicatos ou entidades representativas dos empregados (ANGHER, 2009)”.

O Ministério do Trabalho e Emprego elaborou a Instrução Normativa nº 20/2001 (ANGHER, 2009), que dispõe sobre procedimentos a serem adotados pela fiscalização do trabalho. O art. 10 estabelece que o “auditor fiscal do trabalho verificará, mediante fiscalização direta ou indireta, se a empresa com cem ou mais empregados preenche o percentual de 2 a 5 por cento de seus cargos com beneficiários reabilitados da Previdência Social ou com pessoa portadora de deficiência habilitada”.

2.5 Acessibilidade

Acessibilidade é a utilização com segurança e a autonomia dos espaços urbanos constituídos por edificações e serviços de transportes que devem estar adaptados com a

capacidade de limitação de tais indivíduos. Surgiu em 1990 um novo conceito de desempenho universal que deve atender ao planejamento arquitetônico ambiental de comunicação e transporte para todas as pessoas independentes de ter ou não uma deficiência, à medida que, procura-se respeitar a diversidade humana (BUENO; PAULA, 2006).

A acessibilidade está contemplada na Constituição Cidadã :

art.227, § 2º. “A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência (ANGHER, 2009)

2.6 Inclusão social

O processo discriminatório ao deficiente é bastante antigo e a estrutura da sociedade impede o desenvolvimento das capacidades dessas pessoas que apesar de terem algumas limitações físicas e/ou mentais podem ter habilidades bastante úteis para a vida em comunidade (MACIEL, 2000).

A conferência Mundial de Educação Especial que contou com a participação de 88 países e 25 organizações internacionais, em assembléia geral, na cidade de Salamanca, na Espanha, em junho de 1994 foi a concretização da formatação de uma política de integração e de educação inclusiva.

Este evento teve como culminância a "Declaração de Salamanca", da qual transcrevem-se, a seguir, pontos importantes, que devem servir de reflexão e mudança da realidade atual, tão discriminatória (MACIEL,2000; p.3-4).

É proclamado que:

- aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer tais necessidades;

É obrigação de todo governo que:

- atribuam a mais alta prioridade política e financeira ao aprimoramento de seus sistemas educacionais no sentido de se tornarem aptos a incluírem todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais;

- adotem o princípio de educação inclusiva em forma de lei ou de política, matriculando todas as crianças em escolas regulares.

Segundo o mesmo autor o primeiro passo é conseguir a alteração da visão social através de um trabalho de sensibilização contínuo e permanente por parte de grupos e

instituições que já atingiram um grau efetivo de compromisso com a inclusão de portadores de necessidades especiais junto à sociedade e da divulgação da Declaração de Salamanca e outros documentos congêneres.

O segundo passo para o processo de inclusão social progredir é necessário a ocorrência de mudanças e o compromisso para com este processo. E para isso é preciso analisar se o ambiente de aprendizagem é favorecedor, se existe oferta de recursos audiovisuais, se ocorreu à eliminação de barreiras arquitetônicas, sonoras e visuais de todo o próprio escolar.

O terceiro passo para a inclusão é a destinação de maiores verbas públicas para realização de projetos que atendam as necessidades dos portadores de deficiência. A inclusão social é, na verdade, uma medida de ordem econômica, uma vez que o portador de deficiência e outras minorias tornam-se cidadãos produtivos, participantes, conscientes de seus direitos e deveres, diminuindo, assim, os custos sociais. Dessa forma, lutar a favor da inclusão social deve ser responsabilidade de cada um e de todos coletivamente (MACIEL, 2000).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em estudo. De acordo com Gil (2002) a pesquisa bibliográfica consiste em basicamente na recuperação dos dados impressos (“de papel”) ou dos arquivos eletrônicos (“bits de informação”). Tais dados podem ser obtidos tanto em bibliotecas físicas ou virtuais, como é o caso da própria Internet, com suas listas de discussão, acesso online direto à literatura científica, correio eletrônico, listas de discussão, e outros. Ao realizar uma pesquisa bibliográfica deve-se obedecer a uma seqüência ordenada de procedimentos que, além de auxiliarem a manter a perspectiva global do estudo, contribuem para uma organização racional e eficiente.

3.1 ETAPAS OPERACIONAIS DO ESTUDO:

Primeira Etapa — Levantamento do material bibliográfico sobre a temática do trabalho.

Nesta primeira etapa, foram selecionados todos os materiais pertinentes ao tema proposto a partir de uma extensa revisão de literatura, constituída por fontes bibliográficas impressas e *on-line*, incluindo livros, dissertações, monografias, artigos de periódicos, incluindo Leis, entre outros documentos.

Segunda Etapa — Seleção do material e construção do texto preliminar.

Nesta etapa, foi selecionado criteriosamente todo o material disponibilizado inicialmente e considerado relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Em seguida, a partir de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram extraídas citações diretas de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências.

Terceira Etapa — Redação final do relatório da pesquisa.

Após a elaboração do texto preliminar foram identificadas lacunas devendo-se melhorar a coerência estrutural do referido trabalho. Os pesquisadores seguiram as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para a elaboração de trabalhos científicos e também levaram em consideração as observâncias éticas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indivíduos de uma sociedade são diferentes e únicos e por isso faz-se necessário o respeito às diferenças de cada um, para uma convivência harmoniosa, desta forma, fortalecendo a cidadania e alcançando o conforto da vivência com o próximo (BRASIL, 2009).

O processo de exclusão de pessoas com necessidades especiais é tão antigo quanto a socialização do homem. Desde os primórdios, os portadores de deficiência são marginalizados e tratados como pessoas sem direitos e liberdade. Diferentes formas de reação e preconceito são acarretadas pelos mais variados tipos de deficiências e como consequência da falta de conhecimento da sociedade o problema é considerado como doença crônica e transformado em fator incapacitante.

Muitos direitos foram conquistados por essa categoria, entretanto muitas leis são descumpridas por parte de órgãos privados e esquecidos pelo poder público, barrando consideravelmente o desenvolvimento e relativa independência que seriam advindas dessas melhorias garantidas pela justiça.

Uma forma de diminuir a exclusão dessas pessoas é a instituição de mecanismos fortalecedores dos direitos já adquiridos, como a destinação de maiores verbas públicas para

os projetos que atendam esse segmento e maior participação destes indivíduos em entidades de defesa e processos decisórios.

Atualmente tem-se percebido um aumento na preocupação acerca de questões importantes a pessoa com qualquer tipo de “imperfeição”. Esta mudança de atitude deve-se em parte a uma mudança de mentalidade, já que, a pessoa portadora de deficiência física passa a ser vista sob a ótica da capacidade e não mais sob a ótica da deficiência. A partir daí, passa-se a ter também a consciência de que esta fatia da sociedade constitui, não mais uma minoria, mas sim um percentual considerável da população.

REFERÊNCIAS

ANGHER, A. J. Vade Mecum acadêmico de direito. 5 ed. São Paulo: Rideel, 2009.

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050, de 30 de junho de 2004. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp>. Acesso em 10 de julho de 2009.

BARRON, B. A. Disability certifications in adult workers: a practical approach. *Am Fam Physician*, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência “*Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência*”, 2002, p. 11-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2 ed. rev. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Instrução Normativa nº. 20, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre procedimentos a serem adotados pela fiscalização do trabalho no exercício da atividade de fiscalização do trabalho das pessoas portadoras de deficiência. Diário Oficial da União. 29 janeiro de 2001.

BUENO, C. L. R.; PAULA, A. R. Acessibilidade no mundo do trabalho. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.mj.gov.br/ct/conade/conferencia/texto_base3.htm#Texto. Acesso em 10 de julho de 2009.

CASADO, D. Conceptos sobre la Discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 2001.

CHATERJI, S.; USTUN, B.; BICKENBACH, J. E. **What is disability after all?** *Disabil Rehabil*, 1999.

GIL, A. C. Métodos e técnicas da pesquisa social. Editora Atlas, São Paulo, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico*, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 de julho de 2009.

LAURENTI, R. **Análise da informação em saúde: 1893-1993**, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Saúde Pública*, 1999.

MACIEL, R. C. M. **Portadores de deficiência a questão da inclusão social**. Perspec, vol.14 n.2 São Paulo, 2000.

NERI, M *et al.* **Políticas de cotas e inclusão trabalhista de pessoas com deficiência**. 2002. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/clientes/federativo/bf_bancos/e0002351.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2009.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Universidade de São Paulo, 2003.

SASSAKI, R. K. **Quantas pessoas têm deficiência?**, 1998. Disponível em: <http://www.educacaoonline.pro.br/quantas_pessoas_tem_deficiencia.htm>. Acesso em 11 de julho de 2009.

ÉTICA NO CUIDAR: PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A RESPEITO DO TOQUE

Andrea Abreu Calista¹
Ariedney Sâmilla de Souza Vasconcelos²
Chirlaine Cristine Gonçalves³
Maria Cidney da Silva Soares⁴

RESUMO

Introdução: O contato humano faz parte da história da humanidade assegurando a manutenção da vida humana. Sabendo que a prática de enfermagem baseia-se numa relação de empatia e dedicação, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida dos clientes, entendemos o toque como uma dimensão na forma de cuidar, contribuindo para aliviar a dor, o stress e a ansiedade, este estudo teve como objetivo discutir a questão ética quando se fala em tocar o ser humano, respeitando os preceitos éticos e culturais e identificar o vínculo de humanização que deverá existir entre profissional e cliente. **Metodologia:** O estudo foi realizado no município de Campina Grande, no campus da Universidade Estadual da Paraíba, utilizando-se a abordagem qualitativa através de oficinas de sensibilização, tendo como atores concluintes do curso de enfermagem. **Discussão dos resultados:** os resultados apontaram que a universidade preocupa-se com uma formação humanizada e ética do discente no que se refere em tocar o ser humano. Percebemos que os futuros profissionais de enfermagem buscam o aperfeiçoamento do toque como aliado no processo de humanização, respeitando os preceitos éticos e culturais de cada um, visando um melhor resultado na relação enfermeiro/cliente, portanto o conhecimento sobre a ética do cuidar através do toque deve ser de domínio de todos os futuros enfermeiros. **Considerações finais:** percebemos que a humanização é sem dúvidas o guia do profissional que se dedica a cuidar do ser humano, constituindo uma relação de troca, gratificação e respeito aos princípios éticos e aos direitos dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Toque. Cuidar humanizado. Enfermagem.

¹ Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: andrea_fcm@hotmail.com.

² Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: samylla_vasconcelos@hotmail.com.

³ Enfermeira Mestre em Saúde Coletiva, doutoranda em ciências e tecnologia, Coordenadora do CEP/CESED e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Supervisora da emergência psiquiátrica de Campina Grande

⁴ Enfermeira especialista em saúde pública e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

*Parte integrante da pesquisa inédita intitulada: O toque como intervenção de enfermagem: uma proposta para a prestação de uma assistência humanizada.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem buscado desenvolver seu olhar e nortear a assistência para além da doença e do sintoma, ou seja, tem trilhado o caminho do pensar holístico. Todavia, não tem sido tarefa fácil perceber o ser humano como ser único e sem dicotomias, e tratá-lo dessa forma tem sido um desafio constante para os profissionais dessa área (SOUSA E KOERICH, 2008).

Munari e Furegato (2003) nos fazem acordar para uma falha nos estabelecimentos de ensino superior de enfermagem, as autoras relatam que durante a formação acadêmica é dada maior ênfase ao atendimento das necessidades biológicas, psicológicas e espirituais de um cliente, portanto na prática essa tarefa torna-se difícil frente ao modelo biomédico predominante nas instituições de saúde, onde é preconizado o tecnicismo.

Puggina (2004) nos alerta para a questão da tecnicidade entre enfermeiros, ela relata que quando esses entram no mercado de trabalho, se defrontam com uma realidade bem diferente daquela construída na academia. Os profissionais são submetidos a uma carga de trabalho muito intensa e acaba se distanciando da assistência direta com o cliente, delegando a maioria dos cuidados a uma mão de obra não qualificada, alegando falta de tempo.

Tinêo (2006) afirma que o sucesso no tratamento e na recuperação de um cliente depende de uma assistência humanizada, e entrando no universo de cuidar do ser humano numa visão holística, é que nasceu o interesse em estudar a utilização do toque pelos profissionais de Enfermagem como forma de humanização da assistência.

Percebemos que o contato humano faz parte da história da humanidade como forma de assegurar a manutenção da vida humana. Esta sobrevivência segundo Maia e Vaghetti (2008), deu-se principalmente ao espírito de união grupal, que já fazia parte do ideário humano de existência, uma vez que acreditavam que a união grupal diminuía a vulnerabilidade aos ataques dos animais aumentando assim a possibilidade de viverem mais.

Tendo em vista que o tato é o maior sentido do nosso corpo e a pele é como uma roupa que nos envolve contínua e flexível, envolvendo-nos por completo. É o mais antigo e sensível de nossos órgãos, nosso primeiro meio de comunicação, nosso mais eficiente protetor (MONTAGU, 1988). E sabendo que a prática de enfermagem baseia-se numa relação de empatia e dedicação, contribuindo para a melhora e a qualidade de vida dos clientes, entendemos o toque como uma intervenção de enfermagem criando uma dimensão na forma de cuidar e contribuindo para o alívio da dor, do stress e da ansiedade.

É sabido que é um desafio para a profissão, mas sabemos também que a principal arma da Enfermagem é o cuidar humanizado no sentido de tocar. Tocar no sentido de proceder com as técnicas necessárias, mas também de demonstrar apoio, carinho, compreensão e solidariedade.

Através deste trabalho resolvemos resgatar essa humanização que ainda vive dentro de cada um, atrelado ao sentimento que o cuidado não é apenas um objeto a ser consertado, mas a ser resgatado dentro de cada ser humano, seja enfermo ou cuidador, construímos a proposta desse estudo que foi de discutir a questão ética quando se fala em tocar o ser humano, respeitando os preceitos éticos e culturais de cada um e identificar o vínculo de humanização que deverá existir entre profissional e cliente.

2 METODOLOGIA

Apoiamos-nos na pesquisa qualitativa porque segundo Denzin (2006), esta ressalta a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado.

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, no campus da Universidade Estadual da Paraíba, utilizando as instalações do Departamento de Enfermagem e da Pós- Reitoria de Ensino, sendo parte integrante da pesquisa inédita intitulada: “O toque como intervenção de enfermagem: uma proposta para a prestação de uma assistência humanizada”.

Constituíram os atores do estudo estudantes de Enfermagem referentes ao 5º ano (último período) de ambos os sexos.

A pesquisa foi encaminhada através de oficinas, pois segundo (CABRAL, apud GONÇALVES, 2005), esta é uma forma sensível e criativa que concede a participação ativa na busca do conhecimento. Buscando uma melhor interação entre enfermagem e criatividade num universo majoritariamente tecnicista, utilizamos as oficinas como método de criatividade e de sensibilização a fim de uma melhor abordagem do tema. Encontramos na oficina a possibilidade de aflorarmos o toque através do coletivo, arrancando dentro de cada participante o que já é intrínseco do humano, que é a humanização.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, adotamos os princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), deixando os colaboradores esclarecidos e livres para participarem da pesquisa, estando cientes do nosso objetivo e do direito de interromper sua participação no momento que lhes conviesse.

Além disso, seguimos as observâncias éticas que se referem à garantia da privacidade, do anonimato e do sigilo dos colaboradores (BRASIL, 1996). No que tange à pesquisa qualitativa, em específico, a privacidade e o anonimato dos depoimentos prestados foi garantido utilizando-se letras do alfabeto para designar cada informante.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Quando falamos em humanização na enfermagem, pensamos logo em enfermeiros cuidadores, dedicados, aptos a cuidar, não percebemos que na maioria das vezes precisamos também ser tratado com humanização, por que como é descrito por Esperidião (2004), se não houver respeito e consideração com o enfermeiro, se esse não for tratado como ser humano, não poderá desenvolver isso com o outro, pois só oferecemos ao outro aquilo que possuímos.

Quem cuida, seja ele profissional ou familiar do enfermo, está exposto freqüentemente a estresse, nesse sentido precisamos nos cuidar. A mesma necessidade que sente quem precisa de cuidados, também necessita quem está cuidando. Portanto, é urgente e necessário que quem prepara cuidadores esteja atento para a formação de futuros cuidadores (DAMAS, 2004).

Embora a questão da humanização seja trabalhada na academia, percebemos muitas vezes uma discordância com a forma que é tratada o aluno na universidade, Esperidião (2004), entende que terá mais significado esta questão se pensarmos a humanização já no ensino. Isso acaba por exigir uma postura centrada no aluno, que deverá ser adotada pelos educadores. Esta visão é compartilhada no discurso de N:

“Eu acho assim... se a enfermagem se traduzisse numa palavra e se essa palavra fosse cuidado, então a universidade seja onde ela for, ela devia trilhar uma linha por ai, de não só formar cuidadores, mas formar cuidadores que tivessem sendo cuidados... aquela historia de às vezes o cuidador ta precisando tanto de cuidado que ele não pode repassar esse tipo de conhecimento, não pode passar esse tipo de carinho, de atenção, então falta muito essa questão de você se sentir cuidado realmente aqui...a instituição lhe ver só como cuidador...”

A concepção anterior de “N” nos remete ao pensamento de Sousa e Koerich (2008), quando relata que aquele que cuida de si conhece, também, quais são os seus deveres e limites nas diferentes relações que estabelece com os outros.

É evidenciada também no discurso de Damas (2004), quando esclarece que para termos sucesso no processo de aprender a cuidar de quem cuida é preciso ter, ainda na graduação, abordagem que nos mobilize nessa direção.

3.1 Enfermagem sem humanização – relação impossível

A enfermagem científica tem pouco, mais de 200 anos, iniciada por Florence Nightingale que em 1854 leva 38 enfermeiras para a guerra da Criméia com a missão de cuidar de soldados ingleses feridos. Os cuidados de Florence com os feridos eram de atenção e dedicação, aos doentes terminais ela oferecia conforto com palavras e visitas noturnas para confortá-los e diminuir a dor que outrora sentiam (SÁ; PEREIRA, 2007).

Ainda segundo essas autoras, Florence era marginalizada por ser uma dama da corte inglesa, e assim, o contato com doentes era inadmissível do ponto de vista social, porém, não se entregando a forte repressão de então, ela pregava a tolerância, compaixão pelo ser humano, destituição de preconceitos e respeito à vida. Além de vencer o preconceito contra a mulher, que na época não era admitida para esse tipo de serviço. Foi a partir da luta insistente da dama da enfermagem moderna que o cuidar científico aflorou, garantindo assim sobrevivência àqueles feridos, conseguindo diminuir drasticamente a mortalidade entre os soldados. Foi essa guerreira e sem medo de mudanças que conseguiu que a enfermagem fosse vista como profissão e deixou marcado em seus escritos que quem optasse pela profissão deveria ter como objetivo principal o cuidado global com o ser humano, que hoje entendemos como holismo.

O conceito de holismo vem sendo difundido na enfermagem de forma mais explícita e objetiva, está cada vez mais sendo evidenciada, principalmente após a década de 80. As escolas de enfermagem têm abordado o tema com mais ênfase nos últimos anos por esse abraçar toda a prática de enfermagem, concordando com a profissão quando reconhece que o todo é maior que a soma de suas partes (NETO, 2002).

Percebemos no discurso a seguir que mesmo envolvidos e fascinados pela tecnologia predominante nos serviços de saúde, a enfermagem ainda prioriza o ser humano em sua totalidade.

“... apesar de hoje em dia ter várias tecnologias que estão inseridas no caminho, mas a gente vê que a enfermagem ela prioriza principalmente o ser humano, então assim no meio de um mundo tão tecnicista, tão assim mecanizado. A gente vê assim que a

enfermagem ainda prioriza essa cultura de... de cuidar, de e... De dar atenção à outra pessoa...” N

Essa percepção mostra que a humanização está presente no processo de formação desses acadêmicos, mesmo que esses muitas vezes, deparem-se com uma realidade nem sempre em consonância com a esperada. O curso em questão não oferece a esses alunos uma disciplina exclusiva para trabalhar a humanização, contudo, apesar disso, constatamos que essa não é a principal medida para trabalhar mais a humanização na academia. O discurso em seguida evidencia esse achado.

“...seria legal ter uma disciplina separada, mas como a humanização ela tem que vir em conjunto também poderia ser que perdesse um pouco o sentido, eu acho que o ideal seria introduzir mais dentro de cada componente curricular a questão da humanização”. E

“... Eu também não vejo essa disciplina como fosse a humanização isoladamente, como um componente curricular isoladamente é necessário que seja dentro de todas as disciplinas, desde as do primeiro ano...” J

Concordamos com Espiridião (2004), quando ele afirma que a formação do educador é fundamental nesse contexto, pois não se pode esperar do docente uma postura humanizada e holística, quando este muitas vezes foi formado para atuar tecnicamente, e na maioria dos casos repassa apenas o conhecimento de forma fragmentada e biomédica.

Observamos nos discursos a seguir que o docente, em algumas situações, ainda mantém a forma hegemônica de fazer saúde, tendo como base o modelo cartesianonewtoniano, sendo apenas transmissor de conhecimento.

“...tem professor que na sala de aula você diz, meu Deus como será esse professor dentro de um hospital, diante de um paciente... de repente, ele não tem o dom de ser docente.” E

A 9ª Conferência Nacional de Saúde relatou que a formação de profissionais de saúde adotava uma visão biologicista e fragmentada do corpo, pois até 1994, baseada na Lei Nº. 540/68 e no parecer CFE Nº. 163/72 a formação do enfermeiro não mais acompanhava as necessidades sociais. Portanto essa conferência enfatizava a necessidade de mudança da metodologia de ensino (BERARDINELLI; SANTOS, 2005).

Quando “E” e “J” comentam sobre a introdução da humanização em todas as disciplinas do currículo de enfermagem, elas falam da interdisciplinaridade no ensino, meta

buscada durante a conferência. O autor acima citado dá ênfase a esse tipo de abordagem como meio de incitar o diálogo com outras formas de conhecimento, possibilitando assim a articulação entre os diferentes saberes.

3.2 O toque como ferramenta para humanização na Assistência de Enfermagem.

Montagu (1998) comenta que a importância do Toque como terapia tenha sido reconhecida pela enfermagem, por existirem muitos periódicos da classe ressaltando o assunto em relação aos benefícios terapêuticos do toque.

Continua afirmando que o toque tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto a nível fisiológico como de comportamento. Vários estudos realizados por equipes que pesquisam o contato humano apontam que à pessoa não amada de qualquer idade, tem possibilidade de ser um ser bioquimicamente diferente da que foi amada.

Davis (2000) afirma que o contato físico é natural e saudável aos seres humanos, na verdade é necessário à saúde emocional e física e que quando empregamos apenas um rápido toque em si mesmo ou nos outros é possível acelerar profundamente a resposta de cura do corpo.

Ainda pontua que o contato físico exerce efeitos benéficos sobre o funcionamento interno do corpo, propiciando conforto e muitas vezes a cura de enfermidades, ele continua dizendo que mesmo que a cura seja psicológica, já focalizou o propósito maior que é o de cuidar do ser humano.

O toque faz parte das atividades do enfermeiro, ele pode ser entendido como uma forma humanizada de produzir cuidado. Em algumas condições o tocar deve receber atenção específica, como nos casos de isolamento, dor, auto-estima e auto-imagem comprometidos e até mesmo no processo de morrer, isto interferem no planejamento da assistência de enfermagem de forma positiva como afirma Dell' Acqua (1998). Percebemos no discurso seguinte que essa forma de humanizar pode ser usada pelo enfermeiro como instrumento benéfico a seu favor, e em favor do próximo.

“E assim o toque é uma arma, é um instrumento que agente tem a nosso favor, muito importante, quantas coisas a gente pode tá identificando, diagnosticando com um simples toque.” I.

Silva (1991), refere que para prestarmos assistência a um cliente é necessária compreensão para assim ministrar os cuidados de enfermagem, e esta dar-se-á através do que

for expresso por ele de maneira verbal e não verbal, reconhecendo que até mesmo o silêncio é uma forma de tocar. O que e é esclarecido nos discursos abaixo:

“Tocar assim... é uma maneira da gente sentir um pouco o outro né? A gente não sente a pessoa só tocando né? Ouvindo, olhando, é uma maneira de sentir mais propriamente pratica” K.

“... o toque é como se fosse assim... é um falar sem nenhuma palavra a ser dita... seja lá em que relação humana for... se você passar adiante esse toque a riqueza da relação vai ser muito maior...” N.

“. O toque e uma ação do ser humano que transmite muita afetividade... você sabe que isso vai trazer um conforto, então você se sente também útil...” L

Esses discursos ressaltam o que diz Brito (2008), a referir a comunicação não verbal como verdadeira e como uma maneira de expressar sentimentos muitas vezes não ditos na fala, ainda continua afirmando que é por onde mais os sentimentos são expressos.

E essa comunicação pode ser expressa através do tocar, Krieger (1996) afirma que o toque é o meio de comunicação não verbal mais efetivo nas relações humanas desde o nascimento, e que essa manifestação pode na maioria das vezes confortar, relaxar, cuidar e em alguns casos curar quem o recebe.

Ainda é ressaltado por Huddak e Gallo (1997), quando dizem que o enfermeiro, produz uma vasta variação de mensagens através do toque, incluindo, segurança, compreensão, sinceridade, respeito e proximidade.

3.3 – Tocar eticamente é respeitar os limites do próximo.

Existem também fatores que interferem no ato de tocar, a idade, o sexo, aspectos culturais, locais a ser tocado, ou seja, tocar é um gesto subjetivo, e deve ser respeitado a fim de que a comunicação seja um elo que propicie conforto, segurança e principalmente respeito para com o cliente (SOUSA et al., 2005). Percebemos no discurso a seguir uma compreensão nesse sentido.

“O sentido de tocar pra mim envolve a subjetividade. Assim quando fala em subjetividade abre um campo muito grande na questão de sentimento...” B

Dell' Acqua (1998), reforça o toque como transmissor de confiança, apoio e atenção, porém evidencia a importância do enfermeiro utilizar o respeito e não esquecer o estilo de vida e a cultura de cada cliente.

Para não ferir a autonomia do cliente é necessário que se estabeleça um relacionamento interpessoal de confiança mútua e que, quem está cuidando esteja atento aos limites de sua atuação (KOERICH, 2004). Esta afirmação da autora parte do princípio de que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Analisando o discurso a seguir observamos que “E” reconhece que o ato de tocar tem limites e deve ser respeitado.

“E a questão do toque é assim... eu acho uma questão muito delicada porque tem a questão dos limites, você tem que conseguir compreender até onde aquele toque pode ir...”

A questão dos limites também é defendida por Huddak e Gallo (1997), quando afirmam que respeitar a autonomia do enfermo é reconhecer que cabe a ele tomar decisões seguindo suas crenças e valores, o que deverá ser respeitado pelo profissional de saúde.

Completando essa questão dos limites culturais em relação ao toque, Montagu (1998), diz ser o toque um ato de intimidade que pode causar insatisfação por parte de quem está sendo cuidado, ainda diz que pode ser considerado uma invasão de privacidade.

Está portando evidente que o ato de tocar, apesar de ser um excelente meio de aproximar as pessoas, precisa de limites e aceitação por quem o recebe (DAVIS, 2000).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como foi discutido o toque como intervenção de enfermagem nos fez crer que a humanização é sem dúvidas o guia do profissional que se dedica a cuidar do ser humano, nos fez perceber que é uma relação de troca, gratificação e respeito, por que quando toco também sou tocado de alguma forma, respeitando logicamente os limites de cada indivíduo.

Esse estudo nos fez perceber que mesmo com os crescentes meios tecnológicos utilizados na saúde, não tirando seu mérito e importância, possuímos uma arma eficaz, verdadeira e indispensável no cuidado com o cliente, que é o toque humanizado.

A forma como foi conduzido o estudo foi singular, a técnica utilizada para coletar dados nos fez acordar sentimentos que talvez estivesse guardado e precisasse ser resgatado, em nossa concepção, essa experiência foi muito mais que uma simples coleta de dados, foram momentos de aprendizagem, engrandecimento pessoal e principalmente profissional.

5 REFERÊNCIAS

BERARDINELLI, L. M. M.; SANTOS, M. L. S. C. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. v. 14, n. 3, p. 419-426, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<http://148.215.1.166:89/redalyc/pdf/714/71414314.pdf>>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2008.

BRASIL. Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 1996.

BRITO, C. M. O tempo do Enfermeiro com a família na unidade de terapia intensiva. In: SILVA, M. J. P. [org.]. *Qual o tempo do cuidado*. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

DAMAS, K.; CRISTINE, A.; MUNARI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 272-278, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 18 de janeiro de 2008.

DAVIS. P. K. *O poder do toque*. São Paulo: Best Seller, 1991.

DELL' ACQUA, M. C. Q.; ARAUJO, V. A.; SILVA, M. J. P. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 17- 22, abr. 1998.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre, 2006.

ESPIRIDIDÃO. E.; MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 2004.

GONÇALVES, C. C. *O grito das mulheres foi ouvido: grupo de saúde mental da equipe amarela do bairro do Pedregal em Campina Grande – PB*. [dissertação]. p. 112. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2005.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e Bioética: Para dar início a reflexão. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Jan./Mar., 2005.

KRIEGER, D. *As mãos: como usá-las para tratar ou cuidar?* São Paulo: Cultrix, 1996.

MAIA, A. R. C. R.; VAGHETTI, H. H. O Cuidado Humano Revelado como Acontecimento Histórico e Filosófico. In: koerich M, Macedo FG. *Cuidar-Cuidado: Notas Contemporâneas*. 1a ed. Florianópolis: Papa-Livro; 2007. p. 15-33.

MONTAGU. A. *O significado humano da pele*. São Paulo, Sumuus, 1988.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. Enfermagem e grupos. 2. Ed. Goiânia: A. B. Editora, 2003.

NETO, D. L. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Nov./Dez., 2002.

PUGGINA, A. C. G. Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”. In: SILVA, M. J. P. [org.]. Qual o tempo do cuidado. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. Ver. O Mundo da Saúde. São Paulo: 2007: Abr/Jun 31(2):225-237. Disponível no site: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf>. Acesso em 13 abril de 2008.

SILVA, M. J. P. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem da USP, v.25, n.3, p.309-18, 1991.

SOUZA, F. G. M.; KOERICH, M. S. Cuidar, cuidado: reflexões contemporâneas. Florianópolis: Papa Livro, 2008.

SOUZA, M. L. et al. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Revista Texto & Contexto Enfermagem. v. 14, n. 2, p. 226-270, 2005.

TINÊO, M. Enfermagem Humanizada. Revista Meio de Cultura. n. 33, ano 9, p, 6-7, 2006.

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA
ESPERANÇA LTDA.: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Rosa Rita da Conceição Marques¹
Nereide de Andrade Virgínio²
Gerson da Silva Ribeiro³
Bernadete de Lourdes André Gouveia⁴
Edielson Jean da Silva Nascimento⁵

RESUMO

Na década de 1990 a ética em pesquisa com seres humanos foi instituída em nosso país. A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde mudou significativamente os procedimentos éticos nas investigações envolvendo seres humanos no Brasil. Além disso, ela definiu a criação e consolidação do sistema brasileiro de revisão ética das pesquisas, o sistema CEP/CONEP. O presente trabalho tem como objetivo geral relatar a experiência de implantação e desenvolvimento do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., no período compreendido desde o seu registro na CONEP, novembro de 2005 a junho de 2009. Neste relato são apresentados os aspectos históricos que conduziram à sua criação, descreve sua estrutura, seu funcionamento e constituição, as atividades realizadas, o papel dos membros como defensores dos usuários de pesquisas. Descreve a atuação do Comitê de Ética em Pesquisa, com relação aos procedimentos de avaliação dos protocolos de pesquisa baseados nos documentos sugeridos na Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Também apontam as principais dificuldades, basicamente pelo grande número de projetos para avaliação, à dificuldade de acompanhar a execução dos projetos e os relatórios finais. Por outro lado, ressaltam os principais pontos positivos, como o papel educativo, o papel de parceiro e não de “perseguidor”, a qualidade cada vez mais acentuada dos projetos de pesquisa, a participação ativa na CONEP com um representante deste CEP, e a credibilidade que o CEP adquiriu junto aos gestores, professores, pesquisadores, alunos de graduação e de pós-graduação desta instituição e de outras IES.

PALAVRAS-CHAVE: Comitê de Ética em Pesquisa. Sistema CEP/CONEP. Pesquisa com seres humanos.

¹ Mestre. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE. Professora Adjunto aposentada do Departamento de Enfermagem da UFPB; e professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: cep@facene.com.br

² Mestre. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE; e membro da CONEP. E-mail: nereideav@uol.com.br

³ Mestre. Presidente do COREN-Paraíba. Membro fundador do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPB. E-mail: florenceribeiro@hotmail.com

⁴ Mestre. Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE. Vice-Coordenadora do NUPEA FACENE/FAMENE; e professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: bernagouveia@yahoo.com.br

⁵ Mestre. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE; e Editor da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. E-mail: edielson@facene.com.br

INTRODUÇÃO

Os primeiros Comitês de Ética em Pesquisa aparecem nos Estados Unidos da América, no final dos anos 1960, entretanto, somente se tornaram exigência legal em alguns países europeus a partir dos anos 80 do século XX. Assim, a estrutura criada para a apreciação ética dos protocolos de pesquisa clínica pressupõe, sobretudo, a existência de comitês ligados às instituições que realizam a pesquisa (DALLARI, 2008).

No Brasil, segundo Hardy *et al* (2004), em estudo feito sobre o histórico dos comitês no Brasil, um dado interessante encontrado foi que os primeiros comitês de ética no país surgiram nos anos 80, a partir de uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, e se chamavam Comitês de Ética Médica.

Em 1988, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução CNS 01/88, determinava que toda instituição de saúde que realizasse pesquisa com seres humanos deveria ter um comitê de ética (HARDY *et al*, 2004).

Mas foi na década de 1990 que a ética em pesquisa com seres humanos foi instituída efetivamente em nosso país, a partir da Resolução No196/96, do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em 10 de outubro de 1996, que mudou significativamente os procedimentos éticos nas profissões das Ciências da Saúde.

A Resolução CNS 196/96 é um enorme avanço na política de controle social e de cuidado aos sujeitos envolvidos em pesquisas, bem como na maior credibilidade internacional à pesquisa clínica no Brasil para além das fronteiras das pesquisas médicas, biológicas e farmacêuticas, para as quais foi criada.

Com o rápido desenvolvimento científico e tecnológico, a reflexão ética sobre os protocolos efetuados a partir das diretrizes contidas na Resolução CNS 196/96, necessitou ser ampliada. Foram elaboradas resoluções complementares para abarcar os novos desafios colocados pelas áreas temáticas especiais, entre elas a Resolução CNS 251/97, que redige norma complementar para a área temática especial de novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos (BRASIL, 2008).

A partir da Resolução CNS 196/96, foi criado o Sistema CEP/CONEP, um sistema nacional de avaliação ética das pesquisas envolvendo seres humanos, que compreende uma Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) que estão vinculados às instituições de ensino e pesquisa, hospitais, clínicas, organizações não-governamentais, secretarias de saúde, entre outras possibilidades. A CONEP tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa e atua de forma conjunta

com os CEPs. Constitui-se como um colegiado multiprofissional e transdisciplinar, que comporta profissionais de destacada atuação nas áreas da ética, saúde, pesquisa e com reconhecida atuação em áreas específicas do conhecimento científico. Estão representados, também, diferentes segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 1996).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os países deveriam promover a criação de CEPs em diferentes instâncias, tais como nos níveis nacional, institucional e local. E estabelece um sistema de avaliação ética que assegure ampla cobertura e tenha a capacidade de promover a proteção dos potenciais participantes da pesquisa, de forma a contribuir para elevar a qualidade científica e ética da investigação biomédica (BRASIL, 2008).

Segundo Hardy *et al* (2008), em estudo feito em 2006 sobre avaliação do sistema CEP/CONEP, constataram que o Brasil tem tido sucesso em criar esse sistema, que ainda está longe de ser perfeito, mas que, em apenas 10 anos após a Resolução 196/96, regulamentou os CEPs, já permeia praticamente todo o território nacional, mostrando que os esforços para sua divulgação deram os frutos desejados, o que significa dizer que há amplo espaço para aprimoramento desse sistema.

Em 2003 foi desenvolvido, com colaboração do Departamento de informação e informática do SUS (Datusus), o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), via internet, gerando eletronicamente um código numérico, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), com objetivo de oferecer agilidade e transparência para os trabalhos dos pesquisadores e dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) atuantes no Brasil, e, ao mesmo tempo, garantir à população mecanismos para exercer o controle social no campo da ciência. O SISNEP está disponível para os Comitês de Ética em Pesquisa, para os pesquisadores e possui um módulo de consulta para a população (BRASIL, 2004).

A criação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FACENE/FAMENE) volta-se, entre outros objetivos, para atender a uma demanda de pesquisas e extensões feitas pelos docentes e discentes, e como fim primordial de alavancar e desenvolver a cultura de pesquisa na referida Instituição. Nesse contexto surgiu o interesse em realizar um relato de experiência sobre o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Justifica-se este estudo pela necessidade de avaliar a qualidade das atividades desenvolvidas em seu âmbito, requisito importante para mostrar transparência sobre o seu trabalho desenvolvido e para fornecer à sociedade elementos que lhe permita conhecer o desempenho do CEP e também proporciona, ainda, a oportunidade de identificar soluções

para as dificuldades encontradas, propor mudanças e definindo novas metas e desafios, de forma a qualificar as ações desenvolvidas por esse CEP.

Diante de tais considerações, o presente estudo tem com objetivo geral: realizar um relato de experiência sobre o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., no período compreendido desde a sua fundação, novembro de 2005 a junho de 2009 e como objetivos específicos: descrever os aspectos históricos que conduziram à criação do CEP-FACENE/FAMENE; descrever sua estrutura física, funcionamento e constituição; apontar as atividades realizadas desde a fundação do Comitê; apontar o número de protocolos de pesquisa apreciados desde a fundação do CEP até junho de 2009; descrever o papel dos membros como defensores dos usuários de pesquisas.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo documental retrospectivo. O mesmo foi realizado nas Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, a partir dos documentos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Pela característica do estudo foi necessária a consulta aos seguintes documentos: Regimento Interno do CEP; Ata de Fundação; atas de reuniões ordinárias e extraordinárias; ofícios enviados e recebidos; memorandos enviados e recebidos; registros dos protocolos de pesquisa em livros de registro, e consulta no site do sistema CEP/CONEP, a partir de registro do projeto pelo pesquisador responsável junto ao Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP).

Para a coleta dos dados, inicialmente, foi feita uma exploração nos referidos documentos, a partir de um roteiro estruturado com questões relacionadas aos objetivos propostos. Após seguimento desta etapa, foi construído o relato de experiência pelos pesquisadores sobre o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

No desenvolvimento do relato de experiência, a partir de consultas aos documentos, foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, que de acordo com a Resolução CNS 196/96, pesquisas que envolvem seres humanos ou incluindo o manejo de informações ou materiais ou suas informações, como em prontuários ou documentos, o projeto de pesquisa devem ser submetidos à apreciação ética de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Como se trata de pesquisa documental retrospectiva, o envolvimento com seres humanos ocorrer de forma indireta, por isso, justifica-se a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como mostra o Item IV. 3 f da Resolução CNS 196/96, “quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador ao Comitê de Ética em Pesquisa” (BRASIL, 1996).

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CEP-CEM/FACENE/FAMENE

Aspectos históricos sobre a sua criação

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora da Escola de Enfermagem Nova Esperança (CEM) e das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), de João Pessoa-PB e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN, recebendo a denominação de Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (CEP-CEM/FACENE/FAMENE), foi instituído pelo Ato, Portaria nº 07, de 03 de maio de 2005, da Direção da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., aprovado e registrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em 18 de novembro de 2005, sendo que em 26 de novembro de 2008 obteve renovação e aprovação do registro pela CONEP. Em 15 de janeiro de 2007 teve seu cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP), com número de registro 351.

O CEP-CEM/FACENE/FAMENE é um colegiado interdisciplinar e multidisciplinar, com “munus público”, autônomo, normativo, consultivo, deliberativo e educativo, criado a partir da Resolução CNS 196/96 e suas complementares para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integralidade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Várias circunstâncias contribuiriam decisivamente para a sua criação. Em primeiro lugar, havia a necessidade, sentida pela Coordenação do Curso de Enfermagem da Facene (primeira faculdade a ser implantada pela Entidade Mantenedora), em disciplinar os Trabalhos de Conclusão de Curso, feitos pelos alunos concluintes, a partir dos preceitos éticos, sendo analisados por um comitê constituído.

Em segundo lugar, tanto nas Faculdades quanto no Curso Técnico de Enfermagem existiam uma demanda considerável de trabalhos acadêmicos sendo desenvolvidos, que

careciam de um acompanhamento mais sistemático no que se refere às questões éticas no trabalho com seres humanos. Hoje essa demanda aumentou consideravelmente.

Em terceiro lugar, professores, pesquisadores e demais profissionais da saúde e de áreas afins produzem, através do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas (NUPEA), vinculado às Faculdades Nova Esperança, uma gama de pesquisas importantes para a ciência, que inevitavelmente recorrem à participação humana em suas amostragens de forma direta ou indireta.

Concluimos, assim, avaliando a singular importância da implantação e contribuição de um comitê de ética em pesquisa nas Instituições Nova Esperança para contribuir também com aqueles que desejam publicar artigos científicos na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, periódico criado pelas Faculdades, em circulação nacional desde o ano de 2003.

Para tanto, o apoio incondicional dos diretores foi decisivo para que este projeto alcançasse êxito e prosseguisse suas atividades até os dias atuais. Foram disponibilizados recursos materiais e humanos necessários ao bom andamento dos trabalhos, além de total autonomia do comitê em assuntos decisórios atinentes ao processo ético em pesquisa com seres humanos.

Estrutura, funcionamento e constituição

O CEP-CEM/FACENE/FAMENE possui normas de funcionamento, e metodologia de trabalho, comporta em sua estrutura um espaço físico adequado, climatizado, contando com Regimento Interno, planejamento semestral das atividades, cronograma de reuniões, elaboração de atas e a manutenção em arquivo, por 5 anos, da documentação referente aos projetos, após o encerramento dos estudos.

Em cumprimento à Resolução CNS 196/96 e ao Regimento Interno, o CEP analisa os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, realizados por pesquisadores, alunos, docentes e funcionários da Escola de Enfermagem e das Faculdades Nova Esperança, e de outras instituições de nível superior, desde que devidamente encaminhados pela CONEP.

O CEP-CEM/FACENE/FAMENE segue as atribuições estabelecidas na Resolução CNS 196/96, Item VII. 13, das quais constam:

- revisão de todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos;
- emissão de parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 dias;
- manutenção confidencial dos dados dos protocolos;

- acompanhamento do desenvolvimento dos projetos;
- desempenho de papel consultivo e educativo;
- acolhida às denúncias de abusos ou fatos adversos das pesquisas;
- solicitação de instauração de sindicâncias (denúncia de irregularidades); e
- manutenção de comunicação regular com a CONEP.

Manter o funcionamento do CEP em espaço físico adequado e capacitar os membros do Comitê requer um investimento contínuo, para isso a Entidade Mantenedora tem se empenhado na melhoria da infraestrutura e na capacitação e formação de seus membros.

O CEP-CEM/FACENE/FAMENE conta, além dos seus membros e secretário, com consultores *ad hoc*, pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos. No caso de análise de projetos de pesquisa envolvendo grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, um representante desses grupos é convidado como membro *ad hoc* para participar da análise do projeto específico.

A coordenadora ou a vice-coordenadora e o secretário executivo do CEP ficam à disposição diariamente para consultas de alunos, professores, orientadores e sujeitos de pesquisa. Também recebem reclamações e tentam encontrar solução para os diferentes dilemas menos complexos. Os atendimentos são previamente agendados por *e-mail*, pessoalmente ou por telefone, e visam, especialmente, a orientação sobre a correta apresentação do protocolo de pesquisa e a entrega de materiais instrucionais e educativos. Em especial, esse suporte procura elucidar possíveis dúvidas relacionadas à adequação do protocolo para análise pelo CEP.

As reuniões ordinárias do Comitê são realizadas mensalmente, perfazendo uma a cada mês, exceto no mês de julho, conforme reivindicação sindical das escolas privadas, em calendário a ser definido em cada 1ª reunião do ano. Mas com frequência são resolvidas pequenas pendências com reuniões extraordinárias para acelerar a liberação dos projetos de pesquisa.

O CEP-CEM/FACENE/FAMENE, para assegurar o caráter interdisciplinar, como foi estabelecido pela Resolução CNS 196/96, colegiado constitui-se por pesquisadores da área da saúde, das ciências humanas e sociais, representados por enfermeiros, médicos, historiador, jurista e assistente social. Segundo determinação desta Resolução, há também um representante dos usuários indicado pelo Fórum de Patologia, Sociedade de Hemofílicos da Paraíba. Também teve a preocupação em não ter mais da metade de seus membros

pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas de ambos os gêneros, contando ainda com consultores *ad hoc*, pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Nesse contexto, o CEP atualmente está composto por 13 membros e por três consultores *ad hoc*, com mandato de três anos, permitida a sua recondução, assim constituído:

FORMAÇÃO ORIGINAL	REPRESENTATIVIDADE
Enfermeira (docente)	Representante comum aos cursos de Enfermagem e Medicina.
Enfermeira (docente)	Representante do Curso de Enfermagem da FACENE.
Enfermeira	Representante da Escola de Enfermagem Nova Esperança.
Enfermeira	Representante da Coordenação de Curso da FACENE.
Enfermeira	Representante da Coordenação de Estágio Supervisionado FACENE.
Enfermeira	Representante do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas (NUPEA) das Faculdades.
Médico (docente)	Representante do Curso de Medicina da FAMENE.
Médica	Representante da Coordenação de Curso da FAMENE.
Médico	Representante da Coordenação de Estágio Supervisionado FAMENE.
Advogado	Jurista indicado pelas Direções das Faculdades Nova Esperança.
Historiador	Representante da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.
Assistente Social	Representante da Ouvidoria das Faculdades Nova Esperança.
Assistente Social	Representante da Sociedade de Hemofílicos da Paraíba, envolvido com os interesses dos grupos potencialmente sujeitos das pesquisas.

Pela grande demanda de projetos de pesquisa e de extensão, o CEP avança a possibilidade de ampliação de seus quadros com a escolha de membros suplentes para o próximo semestre de 2009.2.

Atividades realizadas desde o seu registro na CONEP

Na distribuição das atividades do CEP-CEM/FACENE/FAMENE cumpre as exigências educativas sobre os aspectos éticos em pesquisa advindas da Resolução CNS 196/96. Todo semestre, em várias disciplinas, são dadas palestras sobre a responsabilidade ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

A estrutura e funcionamento de comitês de ética em pesquisa fazem parte de algumas disciplinas dos cursos de graduação de Enfermagem e de Medicina, como

Metodologia da Pesquisa Científica; Ética e Bioética em Enfermagem e Medicina; Monografia I e II e na pós-graduação *lato sensu*, oferecida pelas Faculdades de Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa-PB e de Mossoró-RN. Há, também, processo de orientação na elaboração de Relatório Final e parcial aos professores-orientadores e discentes pré-concluintes e concluintes.

O CEP tem realizado cursos de capacitação para membros do próprio Comitê sobre o sistema CEP/CONEP e a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. No trabalho desenvolvido junto aos pesquisadores e orientadores, o CEP orienta-os a desenvolver pesquisas de acordo com os princípios éticos.

O CEP tem participado de muitos eventos, entre eles se destacam: participação de reunião de regional em Recife-PE, em dezembro de 2006, sobre a implementação do SISNEP; participação do II ENCEP realizado em São Paulo, em agosto de 2007; participação de mesa-redonda sobre Ética, Bioética e o SUS, no III Seminário CEM-FACENE-FAMENE, em maio de 2007; participação no I Encontro Nacional de Bioética e Biodireito, no município de João Pessoa-PB, em outubro de 2008; participação de oficina de apresentação da Plataforma Brasil de Pesquisa com Seres Humanos realizada em Brasília-DF, em dezembro de 2008; entre outros.

Número de protocolos de pesquisa apreciados

Desde o seu registro na CONEP, em novembro de 2005 até o primeiro semestre de 2009, o CEP-CEM/FACENE/FAMENE realizou 54 reuniões, sendo 29 ordinárias e 25 extraordinárias e analisou 630 protocolos de pesquisa, assim distribuídos:

QUANTIDADE	NATUREZA DO PROJETO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
557	Trabalho de Conclusão de Curso	Facene João Pessoa
26	Projeto de pesquisa e extensão	Facene/Famene João Pessoa
14	Projeto acadêmico	Facene João Pessoa
03	Projeto de pós-graduação <i>lato sensu</i>	Facene João Pessoa
01	Projeto acadêmico	Facene Mossoró
05	Projeto de pesquisa e extensão	Facene Mossoró
13	Projeto de TCC	Outras IES
02	Projeto acadêmico	Outras IES
05	Projeto de pós-graduação <i>stricto sensu</i>	Outras IES

Os protocolos de pesquisa são encaminhados ao CEP pelos orientadores de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), NUPEA ou por outras IES. Os documentos

exigidos para submissão à revisão ética estão baseados nas exigências constantes na Resolução CNS 196/96 e nas normas internas do CEP, sendo indispensável o registro do projeto no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP).

Entre os documentos necessários, estão: carta de apresentação do projeto e confirmação do conhecimento de seu conteúdo assinada pelo pesquisador responsável; Folha de Rosto versão 2003, obtida no endereço eletrônico do SISNEP; uma cópia do projeto de pesquisa; orçamento financeiro detalhado: fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou justificativa com as causas da impossibilidade de obtê-lo; e *Curriculum vitae* resumido do pesquisador responsável e dos demais participantes.

O CEP encaminha o protocolo de pesquisa a um dos seus membros, que será o relator apresentando sua análise na próxima reunião ordinária ou extraordinária, na qual o projeto receberá um dos enquadramentos previstos na Resolução CNS 196/96 em uma das seguintes categorias: aprovado; com pendências: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas em seu conteúdo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores; retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente; e não aprovado.

Entre as principais dificuldades verificadas em nossa experiência, no início, foi a necessidade de se desmistificar a ideia de que o CEP seria “mais” um órgão burocratizante e fiscalizador. Muitas reuniões foram (e estão sendo) necessárias para vencer essa concepção ultrapassada, ainda presente na mentalidade de muitos pesquisadores.

A maioria dos pesquisadores e orientadores certamente vinha conduzindo suas pesquisas de acordo com critérios eticamente corretos, mas sem a necessidade de submeter-se a um comitê de ética. Podemos dizer que esta fase está resolvida entre a maioria dos pesquisadores, embora ainda persista entre outros. Algumas das principais dificuldades encontradas relativas à coerência com princípios científicos e adequação metodológica dizem respeito ao título; justificativa insuficiente ao que realmente pretendem os autores esclarecer; objetivos pouco claros ou inadequados; inadequação do "n" da amostra; critérios de elegibilidade da amostra (inclusão ou exclusão) ausentes e/ou inadequados; descrição inadequada das análises quantitativa ou qualitativa que os autores pretendem; orçamento

financeiro detalhado, ausente ou incompleto; e cronograma de execução, ausente ou inadequado.

Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os maiores índices de pendências são: termo incompleto; termo redigido com linguagem técnica, não acessível ao sujeito da pesquisa; termo que não esclarece sobre riscos e benefícios; justificativa pela não apresentação do termo de consentimento.

Papel dos membros como defensores dos usuários de pesquisas

Os membros dos CEP-CEM/FACENE/FAMENE têm total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não sofrem qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa.

Os membros cumprem o que normatiza a Resolução CNS 196/96, Item VII.12, “os membros devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflitos de interesse”. Nesse sentido, os membros deverão se declarar suspeitos quando diretamente envolvidos em pesquisa sob análise do CEP.

Os membros do CEP ao receber o protocolo para a avaliação da pesquisa procuraram examinar sob os princípios da bioética e também de metodologia científica, com relação a riscos e benefícios, termo e processo de consentimento, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa, privacidade e confidencialidade, entre outros aspectos.

Os membros do CEP são defensores dos usuários de pesquisas atentando para a vulnerabilidade dos mesmos, um ponto bastante delicado na avaliação de um protocolo, especialmente com menores de 18 anos, populações pobres, populações indígenas, presidiários, deficientes mentais e incapazes, exigindo um processo de consentimento que envolve maiores cuidados. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos, os membros deverão sempre observar se os protocolos de pesquisa estão atentando para os princípios da dignidade, autonomia e vulnerabilidade, e contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal, como preconiza a Resolução CNS 196/96.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que foi criado oficialmente há três anos e meio, em 18 de novembro de 2005, o CEP-CEM/FACENE/FAMENE só faz por aumentar suas atividades e acumula, ao longo desse período, experiência proporcional à credibilidade do trabalho que desenvolve. O

CEP está em processo de crescimento realizou 54 reuniões, sendo 29 ordinárias e 25 extraordinárias e analisou 630 protocolos de pesquisa, assim distribuídos por ano: em 2006, foram apreciados e aprovados 176 protocolos de pesquisa; em 2007, apreciados e aprovados 234 protocolos de pesquisa; em 2008, apreciados e aprovados 144 protocolos de pesquisa; e no primeiro semestre de 2009, apreciados e aprovados 76 protocolos de pesquisa.

Nesses três anos e meio, por seu caráter educativo, o CEP tem desenvolvido várias atividades como cursos de capacitação e orientação para membros do CEP sobre o sistema CEP/CONEP e a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil; além da finalidade, estrutura e funcionamento do CEP, orientação na elaboração de Relatório Final e parcial aos professores-orientadores e discentes pré-concluintes e concluintes; entre outros.

Algumas dificuldades foram sentidas e apontadas pelos membros do CEP-FACENE/FAMENE, por exemplo, quanto ao grande número de projetos para avaliação, a dificuldade de acompanhar a execução dos projetos e os relatórios finais, como também a dificuldade em detectar investigações secundárias oriundas do protocolo inicial e até mesmo os artifícios metodológicos de alguns protocolos.

Os principais pontos positivos que o CEP identificou como o papel educativo do processo de avaliação, o papel de parceiro e não de “perseguidor”; a qualidade cada vez mais acentuada dos projetos de pesquisa, a participação ativa na CONEP com um representante deste CEP, e a credibilidade que o CEP adquiriu junto aos gestores, professores, pesquisadores, alunos de graduação e pós-graduação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. 4. ed. ver. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.o 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos-SISNEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para Comitês de Ética que avaliam Pesquisas Biomédicas/Ministério da Saúde**. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DALLARI, S. G. A proteção do direito à intimidade, confidencialidade e sigilo na pesquisa em saúde. In: GUEIRREIRO, I. C. Z. et al. **Ética na pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

HARDY, E. et al. **Avaliação do sistema CEP/CONEP**: Relatório Final - Etapa 1. Campinas: UNICAMP, 2008.

HARDY, E. et al. Comitês de ética em pesquisa: adequação à Resolução 196/96. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 50(4), 2004.

ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO: UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

Maria Galgânia Moura de Araújo*
César Moreira Gomes**
Sóstenes Hermano Virgolino Missias***

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de levantar as principais literaturas nacionais que abarcassem a humanização em centro cirúrgico, evidenciando sua necessidade e importância na assistência de enfermagem. O trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico, em determinados momentos constitui-se como um instrumento da equipe cirúrgica, empregando-se apenas de tarefas administrativas sem se deter no cuidado ao paciente. Porém, pode-se afirmar que desde o momento em que o paciente é admitido para a realização de procedimento cirúrgico até a alta hospitalar, este não é mais o único responsável pelo que acontece consigo, mas toda a equipe. Durante a permanência do paciente no centro cirúrgico, a responsabilidade recai sobre a equipe cirúrgica e mais diretamente no enfermeiro, passando a responder por tudo o que está ou possa acontecer com o mesmo. Ao investigar os artigos selecionou-se palavras-chaves e delimitou-se um período de 7 anos, resultando 25 artigos. Após observação, descreveu-se aspectos da formação acadêmica voltada para humanização, considerações éticas à assistência, a necessidade de humanizar o cuidado frente aos avanços tecnológicos, e a possibilidade de humanizar o cuidado no centro cirúrgico. Concluiu-se que a humanização na assistência de enfermagem em centro cirúrgico ainda consiste um desafio para a profissão que precisa se adequar às demandas tecnológicas, econômicas e sociais todas elas com forte tendência a desumanização, todavia, possível e essencial na prática da enfermagem, essencialmente nesta área.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Centro Cirúrgico; Assistência; Ética.

* Bacharel em Enfermagem pela União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC, Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho e Auditoria em Saúde pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP e Licencianda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB Campus João Pessoa-PB; E-mails: galganiacoremas@yahoo.com.br , galganiacoremas@hotmail.com

** Bacharel em Enfermagem pela União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC, Pós-graduando em Saúde da Família pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, Técnico em Enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC em Campina Grande-PB; Preceptor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG Campus Cajazeiras-PB; E-mail: negaocesar@hotmail.com

*** Bacharel em Enfermagem pela União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC, Pós-graduando em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP; E-mail: soshinynggg@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Conceito antigo, a humanização, ressurge para valorizar as características do gênero humano. Sendo necessária a conscientização da equipe quanto aos desafios e limites a serem enfrentados e transpostos, respectivamente.

Na enfermagem, embora de forma indireta, Florence Nightingale enfocou a humanização em enfermagem, onde em vários momentos sugere maneiras para o melhor restabelecimento dos pacientes por meio de medidas ambientais proporcionadas pelas enfermeiras.

Atualmente, a questão da humanização ainda consiste num desafio para a profissão que precisa se adequar às demandas tecnológicas, econômicas e sociais todas elas com forte tendência à desumanização.

Assim, como as demais profissões de saúde, a enfermagem, na amplitude de sua assistência, se subdividem em várias áreas, como por exemplo, a assistência em centro cirúrgico, onde voltamos nossa atenção.

Segundo FIGUEIREDO (2002, p.256),

os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico são geralmente os responsáveis pela recepção do cliente na sua respectiva unidade, (que deve ser) personalizada, respeitando sempre suas individualidades; o profissional deve ser cortês, educado e compreensivo, buscando entender e considerar as condições do cliente que normalmente já se encontra sob efeito dos medicamentos pré-anestésicos.

A enfermagem no centro cirúrgico, muitas vezes, limita-se a no momento da indução anestésica segurar a mão do paciente, escutá-lo, confortá-lo e posicioná-lo na mesa cirúrgica.

A importância e a responsabilidade da enfermeira quanto à observação e atendimento das necessidades psicossomáticas do paciente cirúrgico deve ser detectada, uma vez que possui função específica na eficácia da terapêutica de seus pacientes, pois dependendo de sua atitude pode facilitar ou impedir um programa de recuperação, visto que este paciente é invadido por medo do desconhecido num ambiente estranho (ZEN & BRUTSHER, 1986).

Para OLIVEIRA (2001, p.104),

humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo,

porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

No primeiro contato com a unidade de centro cirúrgico, percebe-se o distanciamento entre teoria e prática, onde o enfermeiro era visto como o “administrador”, empregando-se na manutenção de equipamentos, mesas, bandejas, papéis, entre outras rotinas e o paciente ficava invisível a todos, sendo tratado como objeto e não como corpo vivo.

Aliado ao fato de haver uma carência de literatura envolvendo a humanização em centro cirúrgico, esse distanciamento, levou-nos à realização de um estudo na qual abrangesse a formação acadêmica implicando à humanização, as considerações éticas envolvidas na assistência (des) humanizada, a necessidade de humanizar o cuidado frente aos avanços tecnológicos e a possibilidade de humanizar o cuidado no centro cirúrgico.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, por meio de revisões bibliográficas, no banco de dados: Lilacs, Scielo, BDEFN, no período de 7 anos, através de palavras-chave: assistência humanizada, tratamento humanizado, centro cirúrgico, cliente cirúrgico, cuidados na admissão em centro cirúrgico e cuidar em enfermagem. Dos 1100 artigos encontrados, 25 foram utilizados, após exame do título e resumo quanto à adaptação aos temas apresentados.

CUIDADO HUMANIZADO NO ENSINO DE ENFERMAGEM

No que tange à formação do aluno de graduação em enfermagem, o assunto “comunicação”, sua importância para o estabelecimento de uma conversação franca e esclarecedora com o cliente, suas funções e formas, a comunicação terapêutica e sua aplicabilidade diária das ações de enfermagem, são debatidas constantemente com os graduandos, e mesmo com o empenho de professores e alunos, durante o processo de ensino-aprendizagem, mais especificamente nas atividades práticas, deparam com situações em que o processo de comunicação com o cliente parece ineficaz e/ou não oferece auxílio para o planejamento da assistência (AZEVEDO, 2002, p. 19).

No processo de formação os discentes são postos em condições onde se faz necessário o processo de comunicação entre ele e o paciente, empregando-se tanto a forma verbal, quanto não-verbal. Para AZEVEDO (2002, p. 21), “a comunicação franca e aberta auxilia alunos e clientes a enfrentarem momentos de incerteza e ansiedade durante a realização de cuidados”.

Por outro lado, ZAGO & CASAGRANDE (1996, p.57), lembram que,

os enfermeiros cirúrgicos brasileiros valorizam e desenvolvem atividades educativas com o paciente. Mas, a extensão, a visão desses profissionais quanto à atividade, o contexto cultural em que ocorrem e os padrões culturais dessa atividade ainda são incompatíveis com os pressupostos de educação e ensino de pacientes e de auto cuidado.

Examinando-se vários artigos, percebemos que o avanço das ciências tem colaborado para as especializações que, em certas circunstâncias foge ao que interpretamos como assistência ao ser humano, entretanto SANTOS et al (2002, p. 28), afirmam que “só uma equipe de enfermagem humanizada é que poderá humanizar o paciente”. Já para AZEVEDO (2002, p. 23) a “comunicação é uma parte do cuidar adquirido pelos profissionais em forma de competência interpessoal”.

Em se tratando de centro cirúrgico, uma das ações que vem distanciando os profissionais de suas ações é o avanço tecnológico desta unidade, o que tem favorecido a complexibilidade dos procedimentos ali executados.

AZEVEDO (2002, p. 19), diz que, “tanto para os alunos quanto para os enfermeiros a dificuldade no relacionamento enfermeiro/paciente é uma realidade enfrentada diariamente”.

A que se considerar comum certa dificuldade em estabelecer e/ou manter uma comunicação efetiva a clientes com nível de consciência alterado ou aqueles mais “reivindicadores”, como concluiu (AZEVEDO, 2002, p.23). No entanto, ainda concordamos com VILA & ROSSI (2002, p.147) quando revelam que “se cada um de nós entender e aceitar quem somos e o que fazemos, seremos capazes de lutar e agir para que essa mudança aconteça.” As bases da humanização são as ações do enfermeiro frente ao paciente, priorizando atitudes de respeito e privacidade, atingindo a satisfação do cliente. Concordamos com OLIVEIRA et al (2002, p.03) quando ressaltam que, “esta humanização deve ser implantada no coração antes mesmo de ser implantada no trabalho”.

PRINCÍPIOS ÉTICOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

Considerando a ética profissional da enfermagem, a esses profissionais não compete somente as ações técnicas e especializadas, mas a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível respeitando sua individualidade (GUIDO, 1995, p. 103). Ainda, conforme a DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (2003), Art. 1º

“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, não sendo necessárias ações individualizadas, mas sim, ações coletivas que tenham como objetivo promover o bem estar do outro.

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem, por meio da Resolução n.º240/2000, p.35, capítulo I (COFEN, 2000), estabelece que,

o profissional da enfermagem respeita a vida a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, a discriminação de qualquer natureza, assegura ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

No centro cirúrgico, ao traçarmos as ações desenvolvidas pela enfermagem, temos: preparação e montagem da sala, teste e verificação da segurança dos equipamentos, recepção e identificação do paciente, encaminhamento à sala de cirurgia, mobilização e transporte de pacientes, recepção e avaliação em sala de recuperação anestésica, assistência individualizada e humanizada, encaminhamento e alta com segurança e respeito (GUIDO, 1995).

Julgamos que a humanização deve permear cada uma destas atividades, mesmo que equipamentos estejam presentes no procedimento. Há momentos, no centro cirúrgico, em que o paciente é esquecido em detrimento de questões burocráticas, ambientais, e até por falta de respeito. No pré-anestésico, o paciente muitas vezes fica exposto e até mesmo pelado sobre a mesa cirúrgica esperando o efeito dos anestésicos.

Brandão *apud* JOUCLAS et al (1998, p.46), manifesta claramente, quando coloca a visão do paciente cirúrgico:

a caminho do centro cirúrgico, a maca atravessa corredores gelados, porém o frio dentro de mim não tem a ver com a temperatura do dia. Entre o apartamento e a mesa de operação é um longo caminho. Luto contra cada instante, tenho que chegar intacto à mesa. Preciso vencer alguns metros de corredores. Conto a possibilidade de vida por metros. Não há dor, indisposição, náuseas, eu poderia ter caminhado, batendo um papo (...).

Na atividade cotidiana de um centro cirúrgico é de competência do enfermeiro (a) a recepção do paciente que na maioria das vezes é realizada mecanicamente junto a uma identificação que passa de nome e sobrenome para um número e patologia.

Friamente, o paciente é conduzido até a sala de cirurgia sem se fixar um diálogo ou mesmo uma relação de confiança profissional-paciente; após posto na mesa operatória é

esquecido, e a enfermagem passa a adotar função tecnicista, concedendo atenção aos equipamentos e seu funcionamento adequado, sem maiores esclarecimentos ou respostas às suas angústias. De acordo com o documento acima citado,

No momento em que se encerra o ato cirúrgico o paciente é transferido da sala de cirurgia para a sala de recuperação pós-anestésica, e neste momento, segundo a condição hemodinâmica, ou seja, dependendo do sucesso do ato anestésico-cirúrgico, o paciente acaba por não receber a atenção que a ele deveria ser dedicada, independente de seu quadro geral.

Castellanos et al. *apud* GUEDES et al (2001, p.22) salientam que,

o enfermeiro é o responsável pelo cuidado do paciente do centro cirúrgico e, se ele não o coloca em primeiro plano, irá atender à cirurgia e não ao paciente, promovendo, assim o controle de material, equipamentos e pessoal voltado para a cirurgia, tornando o paciente um objeto de trabalho, mas não o ser principal, sujeito desencadeante do processo.

A atenção, muitas vezes, fica restrita a simples expressões como: “está tudo bem”, “respira fundo” ou “calma” sem ao menos olhar diretamente para ele.

Caso digno de destaque e que por diversas vezes é provocado por problemas administrativos, é o cancelamento de cirurgias, onde já causou angústia e insegurança considerável a pacientes, prejudicando-os e desrespeitando-os, pois geralmente só são informados no centro cirúrgico, sendo que cada paciente tem sua reação e resposta particular, (ANTONIO et al, 2002).

Segundo o Código de Ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2000, p. 34), verifica-se no capítulo III, artigo 16º que é de responsabilidade da nossa profissão “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

Agregado ao cancelamento de cirurgias outros “dilemas éticos” podem ser mencionados no atendimento ao cliente na eminência de uma cirurgia, como a invasão de sua privacidade e o desrespeito dentro da sala operatória; não se pode estranhar que a enfermagem no cuidado diário, toca e expõe o paciente diversas vezes sem autorização, adotando posturas de poder sobre o mesmo. Sentimentos de constrangimento, vergonha e embaraço, são demonstrados, contudo o paciente pouco questiona crendo ser imprescindível a invasão para sua recuperação. Todavia, o sujeito do processo de trabalho da enfermagem, é um ser humano com personalidade, dignidade, preconceito e pudor (PUPULIM & SAWADA, 2002).

Recordando outra vez o Código de Ética da Enfermagem destacamos os artigos 27 e 28 do capítulo IV que tratam dos deveres do profissional enfermeiro, sendo, o “Art. 27-

Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar” e o “Art.28-Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente” (COFEN, 2000).

Ao se respeitar e atender as necessidades e direitos do paciente, a equipe que com ele se relaciona terá sucesso em seu trabalho, já que é de responsabilidade principalmente do enfermeiro fazer com que esses direitos sejam cumpridos. Evidenciam MENDES et al (2000, p.217) a respeito do profissional enfermeiro:

(...) mais do que qualquer outro profissional de saúde, os enfermeiros tem freqüentemente tempo, oportunidade e acima de tudo preparo para demonstrar seu conhecimento pelo direito do paciente, ser assistido com dignidade e ainda mais, de promover estes direitos, através de suas ações.

Assim, é possível observar que o atendimento dedicado ao paciente se distancia demasiadamente da teoria, já que, na prática, em várias situações, a atenção individualizada é praticada de forma mecânica. Com isso, a ética profissional que tanto deve ser conservada acaba sendo substituída por práticas adotadas devido à escassez de tempo ou mesmo por comodidade de certos profissionais, tornando o ambiente (des) humano.

TECNOLOGIA X HUMANIZAÇÃO

No decorrer da história a enfermagem vem se desenvolvendo, e a partir da Revolução Industrial teve um impulso considerável, em pesquisas, técnicas e novos conceitos que conquistou perante a sociedade; por outro lado, a ciência obteve um grande avanço a partir do momento em que se aliou à tecnologia, beneficiando-se dos princípios científicos e dos equipamentos mais simples aos mais sofisticados (RIBEIRO et al, 1999, p.15).

É claro que a tecnologia é essencial, desejável e necessária à modernização do atendimento aos pacientes no centro cirúrgico, tornando-se útil para prolongar a vida e diminuir o sofrimento de muitas pessoas, contudo, não se deve deixar o paciente de lado dando prioridade aos aparelhos, segundo descreve RIBEIRO et al (1999, p.19) ao dizer que, “de nada adianta ser um humanista e observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ser rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente”.

Os profissionais que assistem o paciente no centro cirúrgico devem buscar o uso da tecnologia humanizada, entretanto, analisando LOPES et al (1998, p.56) conferimos que,

“na equipe de saúde este fenômeno não está presente, pois o paciente deixa de ser uma pessoa para ser um caso interessante. O paciente individualizado, com seus problemas, temores e necessidades não é sempre levado em conta”.

Examinando a tecnologia e a humanização, observa-se que estas possuem características distintas, mas se faz necessário o uso de ambas para que o resultado do atendimento seja satisfatório por parte dos pacientes. Baseado nestas afirmações percebe-se que a humanização na enfermagem não é possível sem a tecnologia e vice-versa, não se pode aplicar a tecnologia nas ações da enfermagem sem que a humanização esteja presente (CARRARO, 2000, p.43).

É essencial salientar que o avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista, mas seria melhor associar esta tecnologia à uma assistência voltada para o paciente, onde o enfermeiro priorize “estar com” o ser humano, preservando-o de infortúnios e singularizando a assistência humanizada, com vistas a obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem estar dos pacientes. RODRIGUES (1999, p.19) lembra que, “o tema tecnologia não se refere a algo que está a influenciar a nossa vida, refere-se antes a própria realidade na qual estamos totalmente inseridos e que, portanto, não podemos ignorar”.

Para tanto, é necessário muito empenho para que o progresso da tecnologia e da ciência não acabe por esvaziar a profissão de seu conteúdo humano, sendo imprescindível associar ao exercício profissional, a tecnologia e o conhecimento da personalidade do paciente, mantendo a assistência digna a quem tem sentimentos e racionalidade, e não a um amontoado de sinais, sintomas e reações (ZEN & BRUTSCHER, 1986, p.06). Enfim, é indispensável a “tecnologia do calor humano” nas relações enfermeiro-paciente, característica esta que enobrece, dignifica e eleva os ideais da profissão de enfermagem.

HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO EM CENTRO CIRÚRGICO: UMA AÇÃO POSSÍVEL

Ao se fazer uma retrospectiva sobre a enfermagem, suas origens e evolução até o presente momento, não restam dúvidas que o cuidar é sua principal característica e seu marco referencial, representando as crenças e valores predominantes da prática da enfermagem. Com o passar dos tempos têm surgido várias definições de cuidar/cuidado de acordo com diferentes concepções. WALDOW (1998, p.30) afirma que o “cuidado pode ser considerado como a conotação de atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia. Em geral, o termo implica a idéia de fazer, de ação”.

Na maioria das vezes, a rotina e a complexidade do ambiente fazem com que os membros da equipe de enfermagem esqueçam-se de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente (VILLA & ROSSI 2002, p.143), conseqüências de uma rotina diária, que exigem um grande esforço físico e psíquico dos profissionais; ao realizar um estudo para avaliar os sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem em um centro cirúrgico, CARVALHO & LIMA (2001, p.31) chamam a atenção para, “... as muitas queixas que caracterizam sintomas físicos de estresse, dando a impressão de que esses sintomas têm interferido negativamente, tanto na vida do funcionário, quanto no seu trabalho...”.

Apoiados nestas afirmações, constatamos que o trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico, em determinados momentos constitui-se como um instrumento da equipe cirúrgica, empregando-se de tarefas administrativas, como afirmam GUEDES et al (2001, p.24), “percebe-se que a função burocrática, planejamento, organização e o controle sejam elementos firmemente incorporados ao seu trabalho diário”, não restando tempo do seu expediente para dedicar-se aos cuidados com o paciente.

Deste modo, para que consigamos humanizar o atendimento de enfermagem é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente de forma humana; o enfermeiro é responsável por orientar, sanar dúvidas pertinentes ao procedimento trazendo uma maior tranqüilidade e segurança, não esquecendo de que ele também necessita de um ambiente adequado para realizar o seu trabalho.

A assistência de enfermagem, de boa qualidade, ao paciente cirúrgico, inicia-se no pré-operatório. Segundo VALLE et al. (1997, p.35) analisando as orientações pré-operatórias sob a ótica dos pacientes, os mesmos “exaltam a importância do preparo pré-operatório efetuado pelas enfermeiras do centro cirúrgico trazendo-lhes, orientações acerca do procedimento cirúrgico e transmitindo-lhes segurança”.

Na chegada ao centro cirúrgico é preciso que o enfermeiro acolha calorosamente o paciente, encaminhando-o à sala de cirurgia, porém, no dia-a-dia das atividades cirúrgicas, há uma insatisfação por parte dos pacientes, quanto à prontidão ao atender chamados, ao apoio, às orientações recebidas desde a recepção até a sala operatória e durante o ato cirúrgico, o que leva a inferir que os cuidados de enfermagem no trans-operatório, na maioria das vezes, não estão incorporados ao cotidiano das atividades desenvolvidas, (JOUCLAS et al, 1998, p.47).

Na saída da sala de cirurgia a maioria dos pacientes são encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica, onde o cliente deve ser recebido pelo enfermeiro e ter as suas

necessidades sanadas. Soares apud TEIXEIRA et al (1994, p.255), afirmam que, “um bom relacionamento entre enfermeiro e paciente reduz o impacto da cirurgia e as possibilidades de complicação, além de promover adaptação mais rápida...”.

A presença do enfermeiro ao lado do paciente, desenvolvendo uma relação de ajuda e compartilhando este momento tão angustiante, lhe trará conforto e segurança, tornando mais ameno e menos doloroso este momento. Ao avaliar os cuidados de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, obteve-se alto grau de satisfação por parte dos pacientes nos itens: segurança demonstrada pelo pessoal de enfermagem nos cuidados, acolhimento do paciente e apoio, desde a chegada até ser encaminhado a unidade de internação (JOUCLAS et al, 1998, p.47).

Contudo, as orientações recebidas pelo paciente na sala de recuperação pós-anestésica muitas vezes não estão de acordo com o que é preconizado pelos referenciais teóricos, como coloca TEIXEIRA et al (1994, p.254) ao afirmarem que, “prestar informações específicas ao paciente sobre as sensações esperadas, pode ser útil, contudo, é importante antes de fornecer qualquer informação, ouvir o paciente, seus temores e dúvidas ...”, evitando que o mesmo fique sem saber o porque dos sintomas que está apresentando e até quando permanecerá neste estado desconfortante.

Depois destas reflexões, pode-se afirmar que desde o momento em que o paciente é admitido para a realização de procedimento cirúrgico até a alta hospitalar, este não é mais o único responsável pelo que acontece consigo, mas toda a equipe. Durante sua permanência no centro cirúrgico, a responsabilidade recai sobre a equipe cirúrgica e mais diretamente no enfermeiro, passando a responder por tudo o que está ou possa acontecer com o mesmo.

Dessa forma, é necessário que o enfermeiro esteja atento a todas as reações apresentadas pelo paciente nestes períodos, sendo imprescindível, segundo JOUCLAS et al (1998, p.48) “a utilização de um processo de interação interpessoal que ultrapasse o fazer mecânico, promovendo o espírito de humanização dos cuidados”. Neste sentido, é inevitável motivar e conscientizar os profissionais para as mudanças indispensáveis na obtenção de um ambiente mais humanizado no centro cirúrgico. RODRIGUES (2000, p.20) lembra que,

“humanizar o atendimento de enfermagem em centro cirúrgico tem sido um desafio constante, pois encontramos resistência de alguns funcionários e de vários profissionais de outras áreas, porém, acreditamos que o cuidado humanizado é essencial para a prática da enfermagem.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto sobre humanização no período transoperatório e os vários fatores que interferem nesta, podemos afirmar que não teremos uma equipe humana, em suas atividades diárias, se não for preparada para tal em sua formação. Com isso, fica um questionamento, que muito tem nos incomodado. Como podemos falar em humanização do paciente, se antes não podemos constatar a presença de equipes humanizadas?

Surge a necessidade de se repensar e reavaliar os conteúdos que estão sendo ministrados durante a graduação, quanto à qualidade do ensino e dos profissionais que estão sendo formados e encaminhados para o campo de trabalho, sendo imprescindível que os graduandos recebam uma formação mais humanista.

As ações éticas contempladas na graduação devem ser praticadas pelos enfermeiros ao assistirem seus pacientes. A sensibilidade, o respeito ao outro, a bioética associados ao conhecimento técnico-científico são elementos fundamentais para o desempenho de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a qualidade do cuidado em enfermagem. Entretanto, a repetição diária das atividades, fazendo o profissional agir de forma mecânica, a sobrecarga de trabalho e até mesmo o comodismo, tem afastado consideravelmente a prática da teoria, deixando com isso indícios de insatisfação dos clientes com relação aos cuidados recebidos.

Aliado a estes fatores, encontramos os avanços tecnológicos interferindo e afastando a enfermagem da assistência adequada, desde a recepção dos pacientes no centro cirúrgico até serem encaminhados a unidade de internação ou para casa. O enfermeiro como mestre da criatividade deve utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização, favorecendo a preservação do calor humano nas relações enfermeiro-paciente.

Sendo o centro cirúrgico uma unidade de alta complexidade, tecnologia e procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes se faz necessário que os enfermeiros que ali trabalham estejam conscientizados da importância de ouvir, olhar, tocar e serem presentes, pois, a segurança e a tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação.

Desta forma, o presente estudo ressalta a importância de mudanças frente aos profissionais, por levantar questionamentos a respeito da necessidade de inovação dos conceitos sobre assistência cirúrgica e implantar uma assistência cirúrgica humanizada, deixando de buscar as características relacionadas a problemas burocráticos, estruturais e técnicos, mas sim a uma questão que envolva atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional.

REFERÊNCIAS

- ANTONIO, P.S.; MUNARI, D.B.; COSTA, H.K. Fatores geradoras de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Rev. Eletrônica de Enfermagem (online)*, v.04 n. ° 01 p. 33-39, 2002. Disponível em:
http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/fatores.html. Acesso em 01 de fevereiro de 2002.
- AZEVEDO, R.C de S. A comunicação como instrumento do processo de cuidar. Visão do aluno de graduação. *Rev. Nursing*. n.º 45, p. 19 – 23 2002.
- CARRARO, T.E. Tecnologia e humanização: da sua união as possibilidades de prevenção de infecções. Florianópolis. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem*, v. 09, n.º 01, p 42-62, 2000.
- CARVALHO, D. V.; LIMA, E. D. R. de P. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. *Rev. Nursing*, n.º 34, p. 31-34, 2001.
- COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COREN/GO. *Código de Ética dos profissionais de Enfermagem*. Brasília (DF) 2000.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS - OMS. Disponível em:
<http://www.boes.org/un/porhr-b.html>. Acesso em 28/03/2003.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de. *Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas*. São Paulo. Ed. Difusão Paulista de Enfermagem. 2002.
- GUEDES, M.V.C.; FELIX, V de C. S.; SILVA, L de F. da. O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. São Paulo. *Rev. Nursing*, n.º 34, p. 20-24, 2001.
- GUIDO, L. de A. Aspectos éticos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico ambulatorial no centro cirúrgico e na sala de recuperação anestésica – reflexões. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, 2, São Paulo, Julho 1995. *Anais*. São Paulo, p. 103-107, 1995.
- JOUCLAS, V. M. G.; TENCANTTI, G. T.; OLIVEIRA, V. M. Qualidade do cuidado de enfermagem trans-operatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente. Curitiba. *Rev. Cogitare de Enfermagem*, v. 03, n.º 01, p. 43 – 49, 1998.
- LOPES, C.L. R, e cols. A comunicação profissional de saúde x cliente diante das novas tecnologias. Brasília. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v 51, n.º 01, p. 53-62, 1998.
- MENDES, I. A. C.; TREVISAN, M. A.; HAYASHIDA, M.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem, vínculos humanos e direitos do paciente. In: MENDES, I. A. C.;CAMPOS, E. Comunicação como meio de promover a saúde, 7º Simpósio de Comunicação em Enfermagem. *Anais*. FIERP, Ribeirão Preto, p. 215-218, 2000.

OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. *A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento*. Florianópolis. Ed. Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, M.E.; BRUGGEMANN, O.M; ZAMPIERI, M. de F.M. Humanização e trabalho: razão e sentido na enfermagem. In.:ABEN.. 63 SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Brasília, 2003. *Caderno de dicas*. Brasília, ABEN Nacional, 2002.

PUPULIM, J.S.L; SAWADA, N.O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético moral. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. V. 10, n.º 03, p. 433- 438, 2002.

RIBEIRO, R. de C. N.;CARANDINA,D.G.D.;FUGITA,R.M.T. Tecnologia e humanização em C.C e U.T.I. São Paulo, *Rev. SOBECC*, v.04, nº3, p.15-19, 1999.

RODRIGUES, A. L. *Sensibilizando a humanizando o cuidado*. Monografia de especialização apresentada a UFP-PR. Curitiba, p. 22. 2000.

RODRIGUES, M. M. M. Tecnologia e humanismo. Campinas. *Rev. Reflexão*, n.º 74, p. 59-66, 1999.

SANTOS, A.L.G.S.; BACKES, V.M.S.; VASCONCELOS, M.A. A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zdera. São Paulo. *Rev. Nursing*, n.º 48, p. 25-30, 2002.

TEIXEIRA, M.E.M.; BARBOSA, M.A; SILVA, L.F. da. Percepções dos pacientes quanto aos procedimentos invasivos no pós-operatório de cirurgias de grande porte. Brasília. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v47, n.º 03, p. 250-257, 1994.

VALE, E.G.; AMORIM, M.F.; FREITAS, C.B.; MELO, F.P. Orientação pré-operatória: análise compreensiva sob a ótica do cliente. Brasília. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v. 50, n.º 01, p. 31-36, jan./mar.1997.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev. Latino americana de Enfermagem*. v. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002.

WALDOW, V. R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 204 p. 1998.

ZAGO, M.M.F.; CASAGRANDE, L.D.R. Algumas características do processo educativo do enfermeiro cirúrgico com pacientes: um ensaio. São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*.v. 09, n.º 03, p. 52-59, 1996.

ZEN, O. P; BRUTSHER, S. M. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. São Paulo, *Rev. Enfoque*; v. 14, n.º 01, p. 4-6, 1986.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO BIBLIOGRÁFICA

Tattiana Dias de Carvalho¹
Mayza Raphaella P. de Oliveira²
Karelline Izaltemberg V Rosenstock.³
Sérgio Ribeiro dos Santos⁴
Débora Raquel Soares G. Trigueiro³

RESUMO

Os avanços na área da saúde vêm impondo uma reorientação acerca dos aspectos éticos profissionais, não obstante, as conquistas e ampliação do exercício legal também acarretam desafios éticos ao profissional de enfermagem. Frente a esta problemática, o atual estudo propõe fazer uma reflexão da importância da ética e da legislação nas ações profissionais do enfermeiro e refletir sobre o exercício da profissão de acordo com a legislação. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, cuja fonte de informação foi constituída por artigos científicos nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS – MS e Bibliomed, assim como livros da literatura científica da área, abordando duas categorias norteadoras - ética e moral: a importância social e aspectos éticos e legais da atuação do enfermeiro nos serviços de saúde. As discussões apontam a relevância da ética e da moral nas representações sociais a fim de alcançar o aperfeiçoamento e a humanização da assistência prestada ao paciente, o surgimento da bioética como uma nova proposta na análise das questões éticas dos grupos sociais, além de que o conhecimento e a compreensão da ética permitem ao enfermeiro exercer com competência, resolutividade e segurança o seu papel profissional na sociedade. Conclui-se, portanto, que é imprescindível a incorporação de aspectos éticos e legais na vivência profissional do enfermeiro, contribuindo para uma assistência completa e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Ética. Leis. Enfermagem.

¹ Graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

² Graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e pesquisadora vinculada ao CNPq. E-mail: mayza_bela@hotmail.com.

³ Bacharel em Enfermagem pela UFPB e discente do Curso de Licenciatura da UFPB. E-mail: mrosenstock@ig.com.br; deborasgt@hotmail.com.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Sociologia. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB/CCC. E-mail: srsantos207@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a preocupação com a ética vem emergindo de maneira marcante em nossa sociedade, mais precisamente no âmbito da saúde, devido às novas descobertas e experimentos científicos. A enfermagem vem aprofundando suas reflexões e questionamentos sobre a sua prática cotidiana, a fim de enfrentar esses desafios, bem como as questões éticas que cotidianamente surgem (ALVES et al, 2008). A busca de soluções para os muitos dilemas enfrentados na área da saúde necessita de um esforço coletivo dos profissionais que aí atuam, sendo que a equipe de enfermagem pode oferecer uma contribuição importante, já que são os profissionais que mais tempo permanecem com o cliente.

O trabalho de enfermagem tem se diversificado indo desde o cuidar, seja do indivíduo, família e grupo da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde. O enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde, apesar das reações surgidas pela classe médica (ARAÚJO, 2003). Surgem, junto com este avanço, os problemas éticos relativos ao desempenho da profissão de enfermagem, sendo necessária que o profissional de enfermagem tome conhecimento de seus direitos e deveres, ampliando-se, assim, a segurança em suas ações e a possibilidade de estar exercendo as suas atividades dentro daquilo que lhe cabe, evitando possíveis complicações legais posteriores.

A ética profissional é uma parte da ciência moral, mais do que limitar-se a um feixe de normas, ela busca humanizar o trabalho, isto é, procura colocá-lo a serviço do homem, da sua promoção e da sua finalidade social. É tarefa da ética profissional, detectar os fatores que, numa determinada sociedade, esvaziam a atividade profissional tornando-a alienada; portanto, é tarefa da ética profissional realizar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha, por finalidade, salvar e dar segurança a sociedade no que diz respeito à atividade profissional (TREVISAN et al, 2002).

Assim, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi criado para que eles pudessem conhecer o conjunto de deveres, princípios, direitos, responsabilidades e proibições pertinentes à conduta ética (SANTOS et al, 2009). É oportuno destacar, que o código leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, o interesse do profissional e de sua organização, ainda pressupõe que estes profissionais prestem uma assistência sem riscos ou danos e acessível a toda a população (COFEN, 2007).

A ética, no contexto da Enfermagem, abrange comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes compreendidas no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano com finalidade de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, os cuidados de enfermagem devem estar relacionados a ações livres de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (WALDOW, 2001).

Diante do exposto, percebemos que a ética é difícil de ser vivenciada, disseminada e divulgada na prática, uma vez que muitos valores estão envolvidos nesse contexto, tais como valores culturais, sociais e religiosos que vêm de encontro ao caráter do indivíduo (FREIRE, 2005). Além disso, outras dificuldades são percebidas quando alguns profissionais de enfermagem não demonstram priorizar os princípios da ética e da bioética.

Assim, o objetivo deste artigo é fazer uma reflexão da importância da ética e da legislação nas ações profissionais do enfermeiro e refletir sobre o exercício da profissão de acordo com a legislação. O exercício da enfermagem deve estar baseado em valores morais da profissão, em seu código de ética, na bioética e nos direitos do paciente hospitalizado, integrando cuidado humano qualificado, guiado pelo respeito, por livre consentimento e pela promoção do paciente como um protagonista e sujeito do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, cuja fonte de informação foi constituída por artigos científicos nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS – MS e Bibliomed, assim como livros da literatura científica da área.

Utilizamos como descritores de busca: ética, enfermagem, bioética, legislação de enfermagem e lei do exercício profissional. Estes descritores foram utilizados separadamente como também nas várias combinações possíveis, buscando, assim, filtrar artigos compatíveis com a temática.

Na leitura e análise das publicações, buscamos as convergências e contradições, sendo que, ao organizarmos os dados, destacaram-se dois tópicos principais – Ética e moral: a importância social e Aspectos éticos e legais da atuação do enfermeiro nos serviços de saúde – os quais serão apresentados a seguir.

As categorias foram estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória, o que é pertinente, pois o pesquisador pode definir as categorias a serem investigadas antes do trabalho de campo e após a coleta de dados, ele também poderá

reformulá-las visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo (MINAYO, 1996).

ÉTICA E MORAL: A IMPORTÂNCIA SOCIAL

A ética vem sendo abordada desde a antiguidade, variando de acordo com o momento histórico e com a linha de pensamento dos estudiosos. É comum utilizar como sinônimos os termos ética e moral, porém não os são, a ética se instituiu como uma reflexão teórica que analisa ou legitima criticamente os fundamentos que norteiam a ação moral (TRAUTMAN, 2002).

De acordo com Chauí (1999), a ética experimenta a maneira como a cultura e a sociedade definem para si mesmas o que julgam ser a violência e o crime, o mal e o vício e, como contrapartida, o que consideram ser o bem e a virtude. Sendo assim, segundo a autora, os valores morais determinam à conduta humana moral como boa ou má, de acordo com a sua aceitação ou não; a consciência moral não só conhece tais diferenças, mas também se reconhece como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos e pelas conseqüências do que faz e sente. Consciência e responsabilidade são condições indispensáveis da vida ética.

A ética e a moral têm uma grande importância nas representações sociais, essa é uma reflexão teórica que analisa os fundamentos da ação moral. As representações sociais definem-se como um sistema de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, orientando comportamentos e intervindo na definição da identidade individual, social e na construção de objetos; é a partir destas representações, que o indivíduo sofre a pressão das mesmas dominantes na sociedade, e é nesse meio que pensa e exprime seus sentimentos (JODELET, 2001). Com o avanço das profissões liberais, surge a necessidade do estabelecimento de regras relativas às práticas ou exercícios dessas profissões, elaborando-se os códigos de deontologia, que indicam o conjunto de deveres ligados a uma profissão.

O código de ética é um corpo de princípios que relaciona as principais práticas de comportamento permitidas e proibidas no exercício da profissão (LISBOA, 1997). Os códigos de ética dos profissionais de saúde devem estar direcionados ao respeito e à privacidade, à livre opção do paciente em escolher o profissional, ao consentimento informado, seguindo a evolução científica e tecnológica. A conduta ética deve pautar-se no compromisso ético com a qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade (BARROSO et al, 2005).

Partindo do momento histórico da humanidade, de enormes desafios à ética, surge a bioética como uma nova proposta na análise das questões éticas dos grupos sociais. A bioética tem sido descrita enquanto o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais (CLOTET, 1993).

Para Connor e Fuenzalida (1990), a bioética exprime um conceito amplo envolvendo quatro importantes aspectos: a) compreende os problemas relativos aos valores presentes em todas as profissões de saúde; b) aplica-se nas investigações biomédicas; c) aborda diversas questões sociais; d) extrapola a questão da vida e da saúde humana. Segundo os referidos autores, a bioética se norteia em três princípios básicos: a autonomia, que é a capacidade dos seres humanos de pensar e emitir juízos sobre o que consideram melhor; a beneficência, que é o tratamento dispensado pelo profissional aos pacientes, respeitando suas decisões e promovendo seu bem-estar; e a justiça que é a obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado.

Particularmente na área da saúde, os novos marcos contextuais têm contribuído para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às condutas frente às situações-dilema. Tais situações denotam o quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e o quão relevantes são as conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

É no âmbito das relações humanas que se dá a prática cotidiana da equipe de enfermagem e nelas pode se dar à formação do "sujeito ético". Segundo Cohen e Ferraz (1995), essa condição permite ao homem reconhecer os conflitos que representam o significado de estar no mundo, sendo que é a resolução desses conflitos que lhe permitirá autodeterminar-se. Dessa forma, procuram evidenciar que não nascemos éticos, mas que nos tornamos éticos no decorrer de nossas existências.

Assim, de acordo com Boemer e Sampaio (1997), a equipe de enfermagem, dada essa proximidade mais constante com os pacientes, tem a possibilidade de compartilhar de seus anseios em relação a determinados tratamentos. Sob essa perspectiva, a enfermagem pode estar contribuindo com o paciente no exercício de sua autonomia, já que é uma área que tem se voltado também para as relações humanas e para uma visão holística do homem. Esta formação de caráter humanístico pressupõe o fornecimento de subsídios para lidar com valores humanos.

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram que estão cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem uma dimensão humana nas relações profissionais, principalmente, às associadas à autonomia, justiça e necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana (SANTOS et al, 2009). Assim, é importante refletir sobre considerações éticas que necessitam fundamentar as ações de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais, a qual necessita estar na base de todo processo de intervenção no campo interdisciplinar da saúde.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Durante a vivência em instituições hospitalares, observamos que pairam muitas dúvidas sobre o que é atribuição do enfermeiro, ou seja, qual sua competência técnica e legal. Técnica no que se refere aos conhecimentos técnicos necessários para o exercício profissional e legal, aquela conferida por formação acadêmica, que por força de lei, é exclusiva do enfermeiro (CARBONI; NOGUEIRA, 2006).

No contexto atual, estamos circundados por questões éticas em todas as facetas de nossas vidas. Por conseguinte, tem havido um interesse maior pelo campo da ética, na tentativa de obter uma melhor compreensão de como estas questões nos influenciam. Por isso, uma consciência dos conceitos filosóficos relacionados com a moral, condutas éticas e a compreensão do papel do enfermeiro, ajudarão na articulação de suas posições e no desenvolvimento das habilidades necessárias na tomada de decisões éticas (HANSEL, 2002). Citando Smeltzer e Bare, (2006, p. 92) podemos dizer que:

“A estrutura ética básica da profissão de enfermagem é o fenômeno do cuidado humano. As teorias de enfermagem que incorporam as dimensões biopsicossociais e espirituais enfatizam um ponto de vista holístico com o humanismo ou o cuidado como núcleo central. À medida que a profissão de enfermagem se esforça para delinear a sua própria teoria ética, o cuidado é citado frequentemente como a base moral.”

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil - Resolução COFEN 311/2007 - reestruturado e aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2007, constitui uma declaração pública que visa o aprimoramento do comportamento ético do profissional, expressando questões morais, valores e metas da Enfermagem.

Este código está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem e (COFEN, 2007, p.1):

"... leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população”.

Dentre outras questões importantes, o código aborda (BRASIL, 2007):

DOS DIREITOS:

- Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.
- Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.
- Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade [...].

DAS RESPONSABILIDADES E DEVERES:

- Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.
- Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.
- Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional [...].

PROIBIÇÕES:

- Promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, de organizações da categoria ou instituições.
- Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais. [...]

No ambiente hospitalar, os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional da saúde, têm freqüentes oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos

pacientes. Como líderes de equipe, ou seja, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a fonte principal de contato pessoal, íntimo e contínuo com os pacientes, não obstante seu envolvimento com a tecnologia e com a burocracia hospitalar (TREVISAN et al, 2002).

O enfermeiro deverá utilizar sua criatividade ao planejar as ações de enfermagem, ao tomar decisões e adequar os recursos humanos e materiais à implementação da assistência planejada e desejada (TREVISAN; MENDES; ÉVORA; ANSEMI,1989). Entendemos que, deste modo, o enfermeiro estará cumprindo o que determina a Lei de nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional de enfermagem e descreve as atribuições dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Segundo a legislação, compete privativamente ao enfermeiro, dentre outros (BRASIL, 1986): direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar; participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica; prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia.

Além da lei, existem resoluções, que definem soluções para questões pertinentes à enfermagem. Para Trevisan (2002), o exercício da função gerencial pelo enfermeiro no Brasil é um ponto permeado por desentendimentos e incompreensões, pois o fato de o enfermeiro incorporar funções gerenciais no seu trabalho, em grau considerado acentuado por alguns autores, tem sido a causa de muita polêmica na profissão. Esta discussão aumenta na medida em que se torna evidente a dicotomia entre o que se espera do enfermeiro, na visão dos teóricos de enfermagem, e o que se verifica ser a sua ação cotidiana nas instituições de saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, através da Resolução 194/1997, determina que o enfermeiro pode ocupar, em qualquer esfera, cargo de direção-geral nas instituições de saúde, públicas e privadas, cabendo-lhe ainda, privativamente, a direção dos serviços de Enfermagem. É imprescindível, contudo, que não se perca de vista que a ação

gerencial do enfermeiro deverá ser fundamentada nos valores da profissão, no seu Código de Ética e nos direitos do paciente hospitalizado.

A valorização do enfermeiro perante sua equipe, pacientes, profissionais de outras áreas e administradores das instituições de saúde depende de sua atuação, chamando para si aquilo que lhe é devido, segundo a Lei, pois ele é o profissional com competência para liderar, dar cuidados a pacientes graves, realizar procedimentos de maior complexidade e supervisionar de perto sua equipe, dentre tantas outras atribuições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste estudo percebe-se que o exercício da profissão de enfermagem deve estar baseado em princípios éticos e legais, que permitam maior reflexão a respeito da consciência ética, apresentando um espaço para que possamos realizar discussões no âmbito da ética dos princípios, baseada na beneficência, autonomia e justiça. Os enfermeiros são responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente, individualmente, o que lhes conferem a oportunidade de orientá-lo e de prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos que os integrantes da equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, desempenharão com ele e para ele.

Sendo assim, cabe aos profissionais de enfermagem se interar a respeito de suas leis, para que possa oferecer uma assistência livre de danos, pois uma vez que ele conhece quais as suas ações, ele poderá exercer suas funções com mais segurança e responsabilidade. Este conhecimento contribuirá para uma assistência de enfermagem completa e de qualidade para o paciente, devendo pensar no direito à saúde analisando os problemas na dimensão interpessoal do comportamento social, considerando a influência dos contextos sociais sobre os comportamentos e suas participações na construção das próprias realidades sociais dos sujeitos/grupos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Patrícia Chaves et al. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 Mai 2009.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos. **Prática Profissional e Construção da Identidade do Enfermeiro no PSF**. [Tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, 2003.

Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/politicaetrabalho/arquivos/artigo_ed_19/artigos/artigo_08.pdf. Acesso em: 10 Mai 2009.

BARROSO, L. M. M. et al. Aspectos éticos da interação enfermeiro-puérpera com HIV/AIDS. **J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/revista17-3-2005/aspectos-eticos.pdf>. Acesso em: 10 Mai 2009.

BOEMER, Magali Roseira; SAMPAIO, Mauren Alexandra. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, 1997. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 Set 2008.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências. Disponível em: <http://www.lei.adv.br/7498-86.htm>. Acesso em 12 Set 2007.

CARBONI, Rosadélia M.; NOGUEIRA, Valnice O. Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional. **Rev. paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, abr. 2006. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010088892006004000009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 Set 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo, Ática, 1999.

CLOTET, J. Por que bioética ?. **Rev. Bioética**, Brasília, v.1, n.1. 1993. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v8/Textbiomed.doc>. Acesso em: 12 Mai 2008.

COFEN. **Resolução 194/1997**. Direção-geral de Unidades de Saúde por Enfermeiros. Disponível na www.corensp.org. Acesso em: 28 Abr 2008.

_____. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível: www.portalcofen.gov.br/2007. Acesso em: 20 Abr 2008.

COHEN, C.; FERRAZ, F.C. Direitos humanos ou ética das relações. In: SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995.

CONNOR S.S.; FUENZALIDA, H.L. **Bioethics: issues and perspectives**. Washington: Panamerican Health Organization, 1990.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

HANSEL, Tânia Dubou. **Processo de re-significação ética do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos**. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0393.pdf>. Acesso em: 30 Mai 2009

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LISBOA, Lázaro Plácido. **Ética geral e profissional em contabilidade**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. A importância de ser ético: da teoria a prática de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná, v.14, n.1, Jan/Mar. 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/14142/9520>. Acesso em: 25 Ago 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TRAUTMAN, Dagmar Aparecida. **Educação, ética e tecnologia: Impressões e reflexões**. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~edla/orientacoes/trautmandagmar.pdf>. Acesso em: 30 Mai 2009.

TREVISAN, M.A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev Latino-Am. Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 1, Jan/Fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago 2009.

TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; ÉVORA, Y.D.M.; ANSELMINI, M.L. O significado da administração da assistência ao paciente. **R. Gaúcha Enferm.**, v.10, n.1, 1989. Disponível em: http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo38_fin.pdf. Acesso em: 13 Out 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

DO TRANSPORTE AO ATENDIMENTO: RESGUARDANDO O DIREITO DO USUÁRIO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA¹

Andrea Abreu Calista²
Ariedney Sâmylla de Souza Vasconcelos³
Chirlaine Cristine Gonçalves⁴
Maria Sidney da Silva Soares⁵
Stefan Yohansson Gonçalves⁶

RESUMO

Apesar dos avanços acerca da doença mental, esta permanece obscura perante a medicina e a sociedade, trazendo dificuldades para a abordagem correta do paciente. A assistência humanizada exige que a assistência preconceituosa e imperita seja evitada. Esse trabalho visa identificar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais dos serviços de segurança pública, em relação ao manejo clínico de pacientes em surto psiquiátrico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na Emergência Psiquiátrica da cidade de Campina Grande-PB com profissionais de saúde de nível médio e superior. A maior parcela de profissionais pesquisados encontra-se na faixa etária acima de 40 anos (37,5%) e é do sexo feminino (75%). No que se refere aos passos para abordar o paciente em surto, surgiram três categorias: Avaliação da agressividade; Anamnese; Abordagem verbal. Em relação às modificações para a adequação do manejo dos pacientes, formaram-se duas categorias: Não utilizar a Polícia Militar para essa abordagem; Modificar a abordagem atual. Acerca da repercussão da abordagem na evolução clínica do paciente, emergiram duas categorias: Ocasionalmente agravamento do quadro clínico; Prolongam o tempo de recuperação do paciente. E em relação à abordagem dos profissionais no surto psiquiátrico, originaram-se duas categorias: Abordam agressivamente os pacientes; Necessitam de treinamento para o manejo. A abordagem do paciente em surto psiquiátrico e seu transporte até uma unidade de saúde exigem dos profissionais, conhecimento para que possa ser efetivada uma assistência resolutiva, que supra integralmente as necessidades do paciente, garantindo o direito universal à saúde integral e equânime.

PALAVRAS-CHAVE: Manejo clínico do surto psiquiátrico. Serviços de Segurança Pública. Integralidade na assistência.

¹ Parte integrante da pesquisa inédita intitulada: Manejo clínico durante o transporte de pacientes portadores de transtornos mentais em surto: abordando a realidade com profissionais de saúde do serviço de emergência psiquiátrica da cidade de Campina Grande

² Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: andrea_fcm@hotmail.com

³ Graduanda do oitavo período do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: samylla_vasconcelos@hotmail.com

⁴ Enfermeira Mestre em Saúde Coletiva, doutoranda em ciências e tecnologia, Coordenadora do CEP/CESED e docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Supervisora da emergência psiquiátrica de Campina Grande, e-mail: chirlaine_cris@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, especialista em saúde pública, docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, e-mail: profcidney@hotmail.com

⁶ Graduando do oitavo período do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, estagiário da emergência psiquiátrica de Campina Grande, PB.

1-INTRODUÇÃO

A doença mental pode ser compreendida como uma variação mórbida do normal, podendo trazer prejuízo no desempenho global do indivíduo, manifestando-se por delírios, alucinações, confusão e déficit de memória (AMARAL, 2003). Esta pode derivar-se de vários fatores causais entre eles estão os biológicos (propõe disfunções anatômicas e fisiológicas), os distúrbios mentais (propõe as inexatidões défcits do conhecimento ou consciência), psicodinâmica (sugere conflitos intrapsíquicos e deve surgir de desenvolvimento), ambiental (propõe estressores e respostas ambientais adversas) (STUART; LARAIA, 2001).

Apesar de todos os estudos feitos em volta da doença mental, essa patologia ainda permanece não muito clara perante a medicina, mas é perfeitamente observada pela sociedade, pois os portadores destes distúrbios apresentam comportamentos fora daqueles considerados normais.

No decorrer da história, os portadores de doença mental eram vistos como possuídos por espíritos demoníacos ou, então, como alguém que sofria de um desvio de caráter que os tornava indignos do convívio social. Vistos com aversão e animosidade, os doentes eram assim excluídos das cidades e vilas, juntando-se em bandos de “lunáticos” que passaram a sobreviver através de pequenos furtos ou mendicância e aterrorizavam o público com seus comportamentos bizarros. Com a finalidade de não perturbarem a paz da população muitos desses doentes foram confinados e presos (ALMEIDA et al. 1996).

Com a Reforma Psiquiátrica houve o rompimento da ciência que tinha como elementos norteadores a objetivação do fenômeno da loucura e a patologização dos comportamentos humanos, e passou a ser focalizado o modo de viver e sentir o sofrimento do sujeito, buscando mudanças para que este pudesse interagir socialmente (SPANDINI, 2004).

Porém, o comportamento geralmente considerado anormal e visto como ameaçador pelas demais pessoas da sociedade trazem dificuldades que a sociedade nem sempre está preparada para enfrentar o que ocasiona verdadeiros problemas, devido a falta de entendimento por parte da sociedade e dos próprios profissionais responsáveis direta ou indiretamente por esses portadores de distúrbios mentais, como no caso dos Policiais Militares que passam a ser responsáveis pelo manejo desses pacientes até a Unidade de Referência Psiquiátrica, por serem geralmente a primeira alternativa para conter e transportar os pacientes em surto.

Em função disso é que se percebe a importância de uma maior integração entre os Serviços de Assistência Psiquiátrica e o Serviço de Segurança Pública Militar, para uma humanização mais eficaz, que venha proporcionar um maior conhecimento técnico a esses profissionais responsáveis pelo manejo dos portadores de transtornos mentais, evitando uma assistência inadequada e maus-tratos sofridos por esses usuários durante esse manejo.

Assim, esse trabalho visa identificar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais dos serviços de segurança pública da cidade de Campina Grande (em especial, a Polícia Militar), em relação ao manejo clínico durante o transporte de pacientes portadores de transtornos mentais em surto, nas concepções dos profissionais de saúde que atuam no serviço emergencial psiquiátrico, referência para o acolhimento dos casos.

Nos primórdios da psiquiatria os portadores de transtorno mental eram visto com aversão pela a sociedade, o que hoje apesar de todas as mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica, permanece ainda no meio social e entre os profissionais responsáveis a lidar com esses pacientes (COLVERO, 2002).

Observa-se que o Estado tem se distanciado, de sua obrigação de promover o bem estar social dos portadores de sofrimento psíquico, não garantindo a estes o direito universal, integral e equânime à saúde. Além disso, os direitos à assistência médica de boa qualidade, à dignidade, respeito e consideração, e de ser tratado com competência, recebendo pronta atenção são violados quando é feita uma intervenção preconceituosa e agressiva aos pacientes psiquiátricos, mesmo àqueles que se encontram em surto, devendo ser conduzida uma reflexão conjunta sobre a atuação de todos os profissionais para que estes repensem acerca das suas condutas e a efetivação de um cuidado integral e resolutivo seja alcançada.

2 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida teve como alicerce a pesquisa qualitativa. A escolha pelo método qualitativo se deu por permitir descrever a complexidade de determinado problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais e contribuir no processo de mudança de determinado grupo (RICHARDSON, 1999).

Este estudo é parte integrante da pesquisa intitulada: *Manejo clínico durante o transporte de pacientes portadores de transtornos mentais em surto: abordando a realidade com profissionais de saúde do serviço de emergência psiquiátrica da cidade de Campina Grande*, sendo de caráter inédito, a mesma foi desenvolvida na Emergência

Psiquiátrica da cidade de Campina Grande-PB. Sendo constituída por profissionais de saúde de nível médio e superior que exercem suas atividades profissionais na referida instituição.

Os dados foram analisados através da análise do conteúdo, pois segundo Bardin (1997), a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que faz parte de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das comunicações, tendo uma organização própria no procedimento da análise, que permite deduzir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Para operacionalização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa CESED seguindo as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram do estudo, profissionais de saúde que exerce suas atividades na Emergência Psiquiátrica, estando 37,5% na faixa etária acima de 40 anos 25% demais com menos que 30 anos , 25% entre 30 e 35 anos e 12,5% entre 36 e 40 anos.

Observa-se que a amostra possui profissionais em uma faixa etária de provável maturidade, o que pode ser avaliado sob duas vertentes. Os profissionais podem ser mais experientes para reconhecerem uma abordagem adequada voltada para os portadores de sofrimento psíquico em surto, assim como podem influenciar a abordagem com concepções conservadoras advindas de estereótipos pautados em visões preconceituosas que se propagaram pelas gerações.

Os profissionais são predominantemente do sexo feminino (75%). Esse fator encontra-se em consonância com as concepções de Lopes e Leal (2005) que abordam claramente a associação direta e a predominância do gênero feminino nos cuidados de saúde.

3.1 Análise Qualitativa

No que se refere aos passos para uma abordagem adequada de um paciente em surto, surgiram três categorias: Avaliação da agressividade; Anamnese; e Abordagem verbal.

Categoria I: Avaliação da agressividade

As emergências psiquiátricas são definidas por Caldierard; Spode; Fleck (2008) como sendo qualquer situação que envolva risco para o paciente e aqueles que estão a sua volta, necessitando de uma intervenção terapêutica rápida e eficaz, para prevenir que seu comportamento, muitas vezes agressivo, ocasione complicações para estes e/ou a equipe de saúde que realiza sua abordagem, exigindo uma avaliação minuciosa quanto aos riscos em potencial. É o que encontra destacado no seguinte discurso.

“Observar seus movimentos quanto à agressividade”. (Profissional 03)

Os pacientes em crise, geralmente, possuem mecanismos de enfrentamento menos eficazes, nesses momentos atos de agressão ou violência física são frequentes, necessitando de um manejo adequado para o comportamento apresentado, evitando, assim, que haja sequelas após o retorno para o estado anterior à crise e que outras pessoas sejam afetadas pela agressividade apresentada pelo paciente (STUART, 2001).

Categoria II: Anamnese

Conhecer as razões que motivaram o estado de crise do paciente se faz necessário para guiar as condutas terapêuticas eficazes para reverter seu estado psíquico para aquele anterior à crise (CALDIERARD; SPODE; FLECK, 2008). É importante que, mesmo em estado de surto, o paciente seja ouvido antes dos familiares, para que um vínculo maior seja firmado, e possam realmente ser reconhecidos os fatores predisponentes da crise, de acordo com esse preceito é que o Profissional 04, destaca.

“Caso ele não ofereça risco devemos conversar com este para colher informações e identificar o motivo do surto”. (Profissional 04)

Como ressalta Nogueira (2005), a entrevista/anamnese é o principal recurso terapêutico a ser utilizado pelos profissionais para lidar com os pacientes, devendo ocorrer através de uma linguagem verbal e não-verbal compreensível que possa facilitar a obtenção de dados da vida do paciente e do seu estado atual, para que as demais fases do processo cuidadoso sejam realizadas com êxito.

Categoria III: Abordagem verbal

A principal ferramenta para os profissionais de saúde aproximar-se de forma a

conseguir a confiança do paciente psiquiátrico, é a escuta adequada de suas queixas, que mesmo que sejam aparentemente bizarras devem ser registradas e consideradas na sua abordagem terapêutica (CALDIERARD; SPODE; FLECK, 2008). O Profissional 07, revela a importância do diálogo entre usuários e profissionais do discurso a seguir.

“Tentar ter um diálogo de confiança entre nós e o usuário”.
(Profissional 07)

Com frequência os profissionais de saúde e familiares ouvem as queixas e concepções dos pacientes psiquiátricos, mas não as escuta, ou seja, há uma atenção fingida para com o paciente, e isso pode dificultar os vínculos necessários para um convívio adequado entre estes, o que pode dificultar a estabilização do paciente, especialmente quando este se encontra em surto (FELICIO; ALMEIDA, 2008).

Quando questionados sobre os serviços públicos chamados pela população para o transporte dos pacientes em surto até o serviço de emergência, houve unanimidade dos profissionais quanto à opção da comunidade por chamar a Polícia Militar para fornecer esse suporte, no que se refere aos profissionais desse serviço público saberem manejar adequadamente os pacientes psiquiátricos em surto, os profissionais de saúde permaneceram unânimes a afirmar que não, e as justificativas para essa afirmação deram origem a duas categorias: Abordam agressivamente os pacientes; e Necessitam de treinamento para o manejo.

Categoria I: Abordam agressivamente os pacientes

As concepções errôneas acerca da doença mental que se originaram pela sua não aceitação perante a sociedade, ainda persistem e interferem na postura de muitas pessoas frente à exteriorização do sofrimento psíquico, e mesmo aqueles que convivem constantemente com a necessidade de atenderem às demandas desses pacientes, geralmente sofre influências destas na realização da sua abordagem. É o que apresenta o posicionamento do Profissional 04, que afirma que alguns profissionais que conduzem os pacientes ao serviço de Emergência Psiquiátrica promovem uma assistência deficitária.

“São agressivos, não sabem contê-los, causam geralmente ferimento nos pulsos devido às algemas”. (Profissional 04)

A agressividade dos profissionais geralmente denota falta de confiança básica em si próprio e de conhecimentos adequados sobre a doença mental, geralmente é realizada para demonstrar superioridade em relação aos demais, contrariando os direitos do

paciente (STUART; LARAIA, 2001). Os casos de agressão física e censura contra pacientes psiquiátricos devem ser denunciados às autoridades competentes por constituírem atentado contra a dignidade humana e contrariem os princípios de igualdade e universalidade garantidos legalmente para todos os cidadãos (OGUISSO; SCHIMIDT, 2007).

Categoria II: Necessitam de treinamento para o manejo

A abordagem domiciliar de um paciente em crise proporciona maiores risco para o paciente terceiro devendo ser realizado por uma equipe de profissionais treinados e capacitados e treinados para tal atribuição (SABBI; QUEVEDO; MAIOLI, 2008).

Para os profissionais participantes da pesquisa, falta para os profissionais dos serviços públicos treinamento especializado para o manejo de pacientes em surto, como ressalta o discurso a seguir:

“Porque deveriam passar por treinamentos para obter conhecimento sobre o procedimento correto”. (Profissional 05)

O conjunto de conhecimentos pode fornecer o reconhecimento da atuação de uma profissão, proporcionando meios que permitam o desempenho seguro das suas atividades, dando aos profissionais independência, competência e responsabilidade e aos pacientes um cuidado qualificado e direcionado para as suas necessidades.

No que concerne à repercussão ocasionada pela abordagem dos profissionais dos serviços de segurança pública para a evolução do estado do paciente, foram formadas duas categorias: Ocasionam agravamento do quadro clínico; e Prolongam o tempo de recuperação do paciente.

Categoria I: Ocasionam agravamento do quadro clínico

A abordagem incorreta dos pacientes em surto é um fator de fundamental importância, pois esta pode vir a repercutir no quadro clínico ocasionando um agravamento do estado de crise, como ressalta o profissional 04.

“Como os pacientes ficam amedrontados, acabam tornando-se mais agressivos ao chegar à unidade, agravando o estado da crise psiquiátrica e comprometendo seu prognóstico clínico”.(Profissional 04)

Quando a equipe de profissionais são chamadas para o atendimento domiciliar

de um paciente psiquiátrico em surto, geralmente o encontra agitado ou violento e assim, estabelecer uma rápida aliança terapêutica deverá ser a primeira alternativa, sendo necessário que o profissional apresente-se tranqüilo e sob controle, aborde verbalmente o paciente de forma calma, sem expressa julgamentos, explique as intervenções que serão realizadas, posicione de forma adequada em relação ao paciente transmitindo-o segurança através de uma postura confiante (SABBI; QUEVEDO; MAIOLI, 2008).

Categoria II: Prolongam o tempo de recuperação do paciente

As intervenções realizadas com o paciente em crise devem constituir uma terapia breve e ativa e eficaz, que possa facilitar à restauração do nível de funcionamento psicológico anterior a crise, para que esse objetivo seja alcançado é necessário que toda abordagem ocorra de forma adequada, caso contrario, os demais passos para a recuperação do paciente estarão comprometidos, prolongando o tempo para a sua recuperação (STUART; LARAIA, 2001). Como afirma o profissional 05

“Repercutindo no tempo do tratamento”. (Profissional 05)

Nesse contexto, observa-se a importância de se ter uma equipe de profissionais apacitados para a realização do transporte dos portadores de transtorno mental em surto, pois a forma de abordagem adequada desses irá facilitar a evolução do seu quadro clínico, diminuído a sua estadia no serviço, por contribuir para a continuidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde.

Em relação às modificações necessárias para a adequação do manejo e do transporte dos pacientes, as afirmativas dos profissionais do serviço da Emergência Psiquiátrica proporcionaram a formação de duas categorias: Não utilizar a Polícia Militar para essa abordagem; e Modificar a abordagem atual.

Categoria I: Não utilizar a Polícia Militar para essa abordagem

Demonstrando a preocupação de haver uma equipe especializada no cuidado dos pacientes psiquiátricos, é que o Profissional 01 afirma a necessidade de utilizar outro serviço para o transporte e manejo para o paciente em surto, como se observa no discurso em sequência.

“Não deve ser utilizada a Polícia como meio de transporte”.

(Profissional 01)

A abordagem clínica de pacientes psiquiátricos necessita de grande capacitação dos profissionais para que a atuação seja realmente voltada às necessidades dos pacientes, que apresentam características diferenciadas, especialmente quando encontram-se em situação de crise psíquica, quando estes demonstram comportamento que requer atenção especial dos profissionais que os atendem.

Categoria II: Modificar a abordagem atual

O manejo de pacientes psiquiátricos exige que tanto a manipulação do ambiente quanto a do paciente esteja em conformidade com as novas concepções trazidas pela Reforma Psiquiátrica, abordando o paciente como um ser biopsicossocial que precisa ter suas necessidades supridas, no entanto tem sido observado que nem todos os profissionais estão preparados para essa atuação.

Nesse sentido, os profissionais demonstraram como necessidade, para melhorar a abordagem e o transporte dos pacientes psiquiátricos em surto, a modificação na abordagem atualmente utilizada, como se observa a seguir.

“Modificar a forma de abordagem aos usuários”. (Profissional 05)

O preconceito e a desinformação acerca da doença mental continuam perceptíveis no relacionamento entre a sociedade em geral e os pacientes psiquiátricos, quando o paciente encontra-se em um surto psiquiátrico essas manifestações sociais tornam-se ainda mais evidentes através do medo do desconhecido diante da crise apresentada pelo paciente. Esses preceitos rotineiramente se manifestam na insegurança apresentada pelas pessoas que necessitam lidar com os pacientes, gerando, ocasionalmente, uma abordagem errônea da situação que pode desencadear agravamento do quadro apresentado.

4 CONCLUSÕES

A abordagem do paciente em surto psiquiátrico e seu transporte até uma unidade de saúde exigem dos profissionais, dedicação e conhecimento, pois essas situações necessitam de uma abordagem adequada para promover segurança ao paciente e facilitar a continuidade da assistência que será prestada, para assim, não promover agravamento do quadro clínico do paciente contribuindo para o retorno mais precoce do paciente para o estado anterior à crise.

Refletir continuamente sobre os serviços prestados, visando aperfeiçoar a atuação profissional é uma necessidade constante em todas as profissões, especialmente naquelas que envolvem situações que podem fugir totalmente ao padrão das demais.

Uma das grandes alternativas é o aprimoramento profissional através da capacitação e busca contínua por conhecimentos, que constitui uma proposta viável que possui grande potencial para modificar as práticas realizadas pelos profissionais, para que possa ser efetivada uma assistência resolutiva e que supra integralmente as necessidades do paciente, promovendo assim a garantia dos direitos universais à saúde integral e equânime.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. et al. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
AMARAL, O. L. Transtornos mentais. Disponível em:
<<http://www.inef.com.br/transtorno.htm>>. Acesso em: 12 de Abril de 2009.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Resolução CNS 196/96). Brasília, DF, 1996.

CALDIERARO; M. A.; SPODE, A.; FLECK, M. P. A. Avaliação do paciente na emergência. In: QUEVEDO, J. SCHMITT, R. KAPCZINSKI, F. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COLVERO, Luciana de Almeida et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. 2002. Disponível em:
<<http://www.el.USP.br/reeusp/upload/pdf/112.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2008.

FELÍCIO, L. F.; ALMEIDA, D. V. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. O Mundo da Saúde. [online]. v. 32, n. 2, p. 248-253, São Paulo: abr./jun., 2008: abr/jun 32(2):248-253. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/59/248a253.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2009.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos Pagu. v 24, p. 105-125, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 10 de Julho de 2009.

NOGUEIRA, R. L. Psicopatologia I. Curso sobre psicofarmacologia para psicólogos. Salvador, 2005. Disponível em: <<http://www.lessa.com/psicologia/5%BA%20Periodo/aulas/Psicopatologia1%20-%2002-09-05.pdf>>. Acesso em: 14 de agosto de 2009.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SABBI, E. H.; QUEVEDO, J. ALMEIDA, J. T. A. Atendimento domiciliar e remoção psiquiátrica emergencial. In: QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SPADINI, Luciene Simões et al. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Disponíveis em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v.40.n.1/a17v.40.n.1.pdf
Acessado em: 23 de abril de 2008.

STUART, G. S.; LARAIA, M. T. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2001.