

ISBN 978-65-88528-09-9
DOI org/10.31512/978658852809.9

ORGANIZADORES:
GIANA LISA ZANARDO SARTORI
RAMIRO RONCHETTI
ARNALDO NOGARO

OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA



2021

OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA

Giana Lisa Zanardo Sartori

Ramiro Ronchetti

Arnaldo Nogaró

(ORGANIZADORES)



ERECHIM-RS
2021

Todos os direitos reservados à EDIFAPES.

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma e por qualquer meio mecânico ou eletrônico, inclusive através de fotocópias e de gravações, sem a expressa permissão dos autores. Os dados e a completude das referências são de inteira e única responsabilidade dos autores.

Depósito Legal de acordo com a Lei 14/12/2004

Editoração/Diagramação: EdiFAPES

Revisão: Organizadores

Capa: (Assessoria de Marketing, Comunicação e Eventos /URI Erechim)

Conselho Editorial:

Adilson Luis Stankiewicz (URI / Erechim/RS) - Presidente

Arnaldo Nogaro (URI / Erechim/RS)

Cláudia Petry (UPF / Passo Fundo/RS)

Elcemina Lucia Balvedi Pagliosa (URI / Erechim/RS)

Elisabete Maria Zanin (URI /Erechim/RS)

Jadir Camargo Lemos (UFSM / Santa Maria/RS)

Maria Elaine Trevisan (UFSM / Santa Maria/RS)

Michèle Satto (IFMT Cuiabá/MT)

Neila Tonin Agranionih (UFPR / Curitiba/PR)

Sérgio Bigolin (URI / Erechim/RS)

Yuri Tavares Rocha (USP / São Paulo/SP)

D441 Os desafios da ética médica e da bioética na medicina [recurso eletrônico]
/ organização Giana Lisa Zanardo Sartori, Ramiro Ronchetti, Arnaldo
Nogaro. - Erechim, RS : EdiFAPES, 2021.
1 recurso eletrônico

ISBN 978-65-88528-09-9

DOI org/10.31512/978658852809.9

1.Ética médica 2. Profissão – médico 3. Telemedicina 4. Cuidados
paliativos 5. Bioética I. Sartori, Giana Lisa Zanardo II. Ronchetti, Ramiro
III. Nogaro, Arnaldo

C.D.U.: 614.253

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



edifapes

Livraria e Editora

Av. 7 de Setembro, 1621

99.709-910 – Erechim-RS

Fone: (54) 3520-9000

www.uricer.edu.br

SUMÁRIO

ÉTICA E A PRÁTICA DA VIRTUDE NA PROFISSÃO MÉDICA 8

Arnaldo Nogaro
Giana Lisa Zanardo Sartori
Ramiro Ronchetti

ÉTICA MÉDICA E PROFISSIONALISMO NAS REDES SOCIAIS 18

Emilli Cristina Dos Santos
Franciele Dartora
Nicole de Albuquerque
Tayná Andressa Wencelewski
Vianeí João Baldissera

ÉTICA E TELEMEDICINA: MEIOS PARA A PRÁTICA SEGURA 23

Anna Laura Carniel Biesdorf
Laura Cassel
Paola Wozniak Ceni
Gabrielle Trevisan Zorzi

DILEMAS ÉTICOS DAS CAMPANHAS ANTI-VACINAÇÃO NA ATUAÇÃO MÉDICA E AS CONSEQUÊNCIAS FUTURAS 28

Bruna A. De Cesaro
Eduardo F. Rigo
Igor Valentini
Luma G. Kautz
Rafaela Poliana Pagnoncelli
Viktória C. Zampieri

ÉTICA E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA 32

Evelyn Nazzari
Giovanna Sanagiotto Ross
Jéssica Dal Pupo
Katherine Reiss Do Nascimento
Sarah Maioli Limberger

ADI 3510: A ÉTICA E A BIOÉTICA NO ALCANCE DA PESQUISA COM CÉLULAS TRONCO EMBRIONÁRIAS 36

Alana Helbich Brum
Bruna Regina Arboit
Daniela Dallapria
Giulia França Maculan
Taciê Hartmann Tissiani

ENGENHARIA GENÉTICA: EVOLUÇÃO DA MANIPULAÇÃO GENÉTICA E A DISCUSSÃO BIOÉTICA 40

Milena Bittarello
Vitória Boschetti
Eduarda D'agostini
Franco Meneguzzo
Vivian Moreira

ÉTICA MÉDICA E CUIDADOS PALIATIVOS: QUANDO O AFETO SUPERA A CIÊNCIA 44

Mainara Hoffmann Batista
Anielly Dos Santos Cella
Matheus Marchesan De Prá
Matheus Teixeira Feres
Vivianne Amanda Do Nascimento
Maria Isabelle Nakano Vieira

REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS COM MALFORMAÇÕES COMPLEXAS: O ASPECTO ÉTICO EM RELAÇÃO A ESCOLHA DA CONDUTA MÉDICA..... 51

Amanda Peracchi Schneider
Isadora Cristina da Silva
Jean Carlos Ostrowski
Lucas Bresolin
Maria Carolina Simionato

A ESCOLHA DE SOFIA: DILEMAS ÉTICOS NA ESCOLHA DE QUEM SOBREVIVE E QUEM MORRE 56

Fabiane Hoffmann Barbosa
Laura Garcia Sgarbossa
Cíndia Sartori
Fernanda Lanfredi Werkhausen
Simone Reghelin Cadore

EUTANÁSIA, A ÉTICA ENTRE O DIREITO À VIDA E À MORTE 61

Mário César Obadovski Da Rosa
Hélio Júnior Leal Da Silva
Jéssica Maria Marini
Luiz Henrique Perszel
Victor Fagundes Rodrigues
Carlos Henrique Pinson Sichelero

APRESENTAÇÃO

A Ética Médica e a Bioética na Medicina

O ano de 2020, vai ficar marcado na história da Humanidade em virtude da Pandemia da Covid-19, é inegável tal fato. Para alunos e professores, em todos os níveis de formação e todas as áreas de conhecimento se abria um mundo de incertezas e de desafios.

E foi no meio deste turbilhão de informações, de vivências diferentes, de emoções, que tínhamos que trabalhar os conteúdos da disciplina de Ética Médica e Bioética, na turma 2018 do Curso de Medicina da URI – Erechim, no modo *online*, com aulas remotas, pelo *google meet*, com o *classroom*, enfim, com novas e diferentes ferramentas digitais.

Nosso principal objetivo era que os acadêmicos compreendessem os fundamentos e princípios éticos e bioéticos, necessários e imprescindíveis para a atuação na profissão médica. Além disso, possibilitar o reconhecimento e a importância dos princípios e valores norteadores da relação médico com pacientes, com familiares, com alunos, com colegas de profissão e de trabalho, com todas as pessoas, a partir do respeito à dignidade humana, à igualdade, à liberdade. Prezar pela vida e pela saúde, fortalecidos pela Ética e pelo conhecimento técnico científico, lembrando-se sempre do significado da humildade científica.

Desafio proposto para os alunos e para os professores convidados em diversos momentos de discussões das temáticas, o resultado não poderia ter sido mais produtivo. Os acadêmicos pesquisaram, estudaram e além de apresentações orais escreveram resumos expandidos para a finalização da disciplina e consequente avaliação final.

Foi aí, na reta final da disciplina, em meados de dezembro de 2020, tivemos a ideia de publicar os trabalhos dessa turma em formato *e-book* !

Entregamos à comunidade acadêmica, científica e à todas as pessoas que se interessarem pelos temas desenvolvidos, o fruto dessa caminhada: Ética e Bioética no Curso de Medicina da URI –Erechim.

É o primeiro Caderno de ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA, de muitos que pretendemos organizar! Sonhar é o estímulo para o aprender, vivenciar experiências do conhecimento é a motivação para seguir em frente, acreditando sempre, que é possível ser pessoa e profissional ético.

Os organizadores!

PREFÁCIO

A Faculdade de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim, tem o dever de compartilhar todo o conhecimento nela desenvolvido com a sociedade acadêmica e a todos que necessitam manter-se atualizados.

Como demonstração deste objetivo e em um tempo em que estamos passando por importantes adaptações na forma de mobilização do conhecimento, é com muita satisfação que a primeira turma de Medicina da URI Erechim, turma 2018, juntamente com seus docentes, traz o livro intitulado **Os Desafios da Ética Médica e da Bioética na Medicina**.

Ao se apresentar estes importantes temas no contexto da ética e da bioética médica buscam-se referências para a trajetória da formação e do exercício da profissão de nossos acadêmicos. Sem esta visão os docentes e discentes teriam menos bagagem para caminhar. Estes relatos científicos presentes nessa literatura, debatidos e personalizados por alunos e professores, em seus encontros acadêmicos, certamente irão balizar a ética no exercício da profissão de cada participante e de cada leitor.

Os organizadores desta obra estão felizes por poder levar a toda a sociedade, importantes debates sobre um tema de extrema relevância, e a Universidade cumpre seu papel de fomentar e difundir o conhecimento.

Gostaria, por fim, parabenizar a importante participação da turma 2018, acadêmicos e docentes, e a todos que de alguma forma contribuíram para que essa importante obra pudesse ser finalizada.

Sergio Bigolin
Coordenador da FAMED URI Erechim

ÉTICA E A PRÁTICA DA VIRTUDE NA PROFISSÃO MÉDICA

Arnaldo Nogaró¹
Giana Lisa Zanardo Sartori²
Ramiro Ronchetti³

¹ Licenciado em Filosofia. Doutor em Educação- UFRGS. Professor do PPGEDU URI Frederico Westphalen e do Curso de Medicina da URI Erechim. *E-mail:* narnaldo@uricer.edu.br

² Graduada em Direito. Doutora em Ciência Jurídica - UNIVALI. Professora dos Cursos de Direito e Medicina da URI Erechim. *E-mail:* sgiana@uricer.edu.br

³ Graduado em Medicina. Mestre em Psicologia – PUCRS. Professor do Curso de Medicina da URI Erechim. *E-mail:* rronchetti@gmail.com

INTRODUÇÃO

O século 21 traz consigo muitas preocupações e questões que vão além do cotidiano. Temas que dizem respeito à ética, como a biotecnologia, modificações genéticas em seres vivos, desenvolvimento de novos medicamentos, clonagem e outros, ocupam cada vez mais espaço na mídia escrita e falada e passam a serem debatidos por diferentes segmentos sociais. Diante deste quadro, a reflexão ou discussão sobre ética é não somente justificada, como premente e oportuna, “[...] visto que as questões éticas atravessam, nos mais diferentes níveis, o cotidiano das relações humanas” (OLIVEIRA, 1996, p. 34).

Este texto resulta de reflexões teóricas realizadas a partir da literatura utilizada para preparar a disciplina de Ética Médica no curso de Medicina e de problematizações que ocorreram durante o transcurso das aulas. O objetivo de tal incursão foi apresentar alguns elementos teóricos que permitissem aos estudantes a compreensão do campo da ética, sua abrangência, seu objeto de estudo e suas implicações para a área médica.

A teorização aqui expressa sintetiza e traduz pontos considerados mais relevantes e, que, talvez melhor possam auxiliar os acadêmicos, futuros médicos. As Diretrizes Curriculares da Medicina, possuem dois artigos que fazem referência direta à ética na formação e atuação do médico. Em seu artigo terceiro há alusão à presença da ética como um dos componentes da formação do médico, ou seja, trata da formação subjetiva e do caráter do sujeito.

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana,



da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (DCNs, BRASIL, 2014).

A ética está inserida no que se pode denominar de formação humanístico-profissional, o que para Veiga *et al.* (2015, p. 49) é “[...] considerado central no currículo do curso, abrangendo o desenvolvimento de atitudes e a interface entre o profissional e o seu paciente, sua família, sua comunidade, a instituição profissional, entre outros.”

No artigo 5, e, em seu inciso sexto, a referência é para o seu exercício profissional, como um dos requisitos a serem observados na relação com os pacientes, na atenção à saúde e, também, em relação à presença do médico na sociedade, em sua responsabilidade social como integrante de um grupo social, mas também no âmbito maior, já que menciona a diversidade humana com seus constituintes.

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico.

O escrito aqui apresentado tem, dentre suas pretensões, apresentar, de forma didática e clara, o percurso realizado no desenvolvimento de tópicos da disciplina de Ética Médica para que possa servir de subsídio aos estudantes para consulta quando necessário, e, ao mesmo tempo, ser apoio teórico conciso que provoque a reflexão em torno da formação médica e da atuação deste profissional. Com este intuito, além da introdução e conclusão, tratamos de contextualizar o campo da ética e apresentar algumas conceituações, bem como fazemos uma incursão teórica pela ética kantiana, de Jonas e do personalismo. Com isso acreditamos dar conta do objetivo a que nos propomos.

CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITUAÇÃO EM TORNO DA ÉTICA

Cabe, inicialmente, trazer breves considerações em torno das definições conceituais de ética e moral, especialmente porque, no uso cotidiano, as pessoas não fazem distinção entre elas e as utilizam como sinônimas. E a diferença existe e necessita ser explicitada, para sairmos do senso comum. Segundo Gouvêa (2002, p. 12), enquanto o termo “moral” deve ser usado em



[...] referência aos costumes e opiniões sobre conduta individual e relacionamentos interpessoais aceitos por um determinado grupo social [...] o termo “ética” deve ser usado em referência à reflexão humana sobre o tema, teórica, racional e sistemática; uma reflexão que, sem desrespeitar, ignora por princípio e por definição todas as relatividades inerentes à moral.

Para efeitos propedêuticos, de clareza conceitual, concebemos ética como a ciência do agir humano pautada de virtudes, em valores que garantam a vida coletiva de forma equitativa e respeitosa de acordo com os princípios fundamentais de dignidade humana. Para reforçar nosso pensar, valemo-nos de uma definição mais precisa, expressa por Vázquez (1992, p. 12): “A ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Ou seja, é a ciência de uma forma específica de comportamento humano”. O autor (1992, p. 11) reforça dizendo que se trata de uma

[...] teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, o da moral, considerado porém na sua totalidade, diversidade e variedade. Seu objeto de estudo são os atos humanos: atos conscientes e voluntários dos indivíduos que afetam outros indivíduos, determinados grupos sociais ou a sociedade em seu conjunto.

Ao referir-se à moral Vázquez (1992, p. 25) entende “[...] conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa comunidade social dado seu significado, função e validade não podem deixar de variar historicamente nas diferentes sociedades.” Na definição há referência ao comportamento moral e à implicação social dos atos, com repercussão no coletivo, o que demanda que haja responsabilidade em nossas ações, como propala Jonas¹ (2020). Segundo ele, a liberdade do agir exige um tipo de responsabilidade que chega com a antecipação dos possíveis danos e resulta na criação de normas que sirvam de orientação. Não se trata de negar o fazer, mas estabelecer o quão longe podemos ir e onde devemos parar. Sob este ponto de vista sua ética possui uma base **principialista** - na medida em que apela a princípios e **consequencialista** – na medida em que faz da consequência dos atos a orientação de sua atitude em relação aos valores.

Remetemo-nos a Vázquez (1992), quando fala da ética como investigação da experiência humana, para validarmos nossa convicção na necessidade de o médico contracenar sustentado nos pilares da ética, apesar da incerteza e instabilidade presentes nas mentes e na vida cotidiana do presente. “O valor da ética como teoria está naquilo que explica, e não no fato de prescrever ou recomendar com vistas à ação em situações” (VÁZQUEZ, 1992, p. 11). Ela constitui-se como ciência universal, não como construtora de regras específicas, recomendações, para determinados comportamentos específicos.

A ética institui-se na convivência dos homens entre si.

¹ Trouxe contribuições inovadoras para a ética e bioética. É tido por alguns como o “primeiro filósofo de eminência a chegar ao cenário da ética médica”.



São acordos. Poder, dever, querer. Nem tudo o que se pode, se deve. Nem tudo o que se deve, se pode. Nem tudo o que se pode ou deve, se quer. O poder e o dever são da ordem do social, externo ao indivíduo. O querer é da ordem interna do indivíduo, é da ordem da responsabilidade (CASALI, 2007, p. 80).

Ser da ordem do coletivo significa dizer que o homem precisa educar-se para a ética e mesmo as decisões que são da ordem interna do indivíduo são tomadas com base em uma escala de valores, de princípios nos quais se assenta as ponderações de seu querer.

A ética é firmada no discernimento necessário para a não desumanização do Outro, da não banalização do mal e a recusa do voluntarismo das paixões. As intercorrências do cotidiano do século 21 têm deixado pouco espaço para as discussões que envolvem a ética, embora reconheçamos que os acontecimentos e fatos diários demonstram o quanto ela se faz necessária. Segundo Guedes e Rios (2007, p. 19) quando fazemos uma reflexão ética, estamos nos perguntando sobre a consistência e coerência “[...] dos valores que norteiam nossas ações de caráter moral, buscamos sua fundamentação, para que elas tenham significado autêntico em nossas relações sociais”. Em outras palavras, seu “esquecimento” ou não observância leva pessoas e instituições a agirem pautados por outras referências contrárias ou antagônicas àquilo que se pode denominar conduta ética. O que presenciamos são muito mais ações distorcidas do que em conformidade com o bem. (NOGARO; EIDT, 2015). Este cenário nos põe em atitude de questionamento sobre o lugar e o peso da ética na sociedade do presente.

Independente do conteúdo que subjaz ao conceito de ética (e moral) e das ambiguidades de seu uso, o que se evidencia contemporaneamente é que o tecido das relações sociais vem se rompendo perigosamente, e a segurança e sustentabilidade da vida – nas dimensões ambiental, econômica, social, cultural – encontram-se gravemente ameaçadas (CASALI, 2007, p. 76).

Embora o contexto vivido na sociedade atual possa pôr em suspeição o valor da ética, em nenhum momento estamos duvidando da sua importância e efetividade enquanto prática ou conduta voltada para o bem, o que estamos fazendo é externando um sentimento que surge da leitura do cenário observado no desenrolar de nossa vida coletiva.

A volatilidade da sociedade contemporânea demanda bússolas adequadas para dar direção e apontar caminhos e os princípios e valores éticos devem ser reconhecidos como tal, como estaleiros que permitem aos navegantes revigorar-se e tomar alento para seguir viagem, sem tornar-se parapeiros definitivos ou dogmas. Queremos pontos de referência e não porto seguros, eles não existem. (NOGARO; EIDT, 2015). Os jovens realmente parecem ser os que menos sofrem com essas vicissitudes paradigmáticas, pois já nascem num mundo em transformação e se adaptam mais facilmente à vultuosidade de mudanças em curtos espaços de tempo, todavia, questões de ordem ética e moral, como acredita Habermas (1989), sempre são levadas em consideração quando sabemos que as grandes narrativas se findam.



O exercício de uma profissão demanda muitos conhecimentos e de diferentes naturezas: técnicos, práticos, teóricos, atitudinais, dentre outros. O profissional que vai a campo depois de fazer sua formação e adquirir uma certificação, que autoriza o exercício daquela atividade, possui uma dimensão pessoal que antecede a entrada e desempenho da profissão. E é este aspecto que nos interessa discutir, neste breve ensaio, que trata da formação ética do profissional da área médica. Sobretudo, para reforçar alguns pilares que a sustentam: lisura, responsabilidade, comprometimento, sigilo, respeito à pessoa humana, dentre outros.

A ÉTICA E A PRÁTICA DA VIRTUDE NA PROFISSÃO MÉDICA

Muitas profissões possuem seus códigos de ética e juramentos os quais, o profissional se compromete de cumprir no ato de colação de grau. Mas cabe perguntar: basta isto? Por que identificamos ou acompanhamos situações de descumprimento de códigos, que se tornam públicas? A resposta talvez esteja no fato de que antes do profissional há o homem, o ser humano com suas fragilidades, incompletude, com propensão para o erro e, talvez, como afirma Sartre (1978), capaz de agir com má fé.

Cortella e Barros Filho (2014) afirma que quando dizemos que a “ocasião faz o ladrão” nos enganamos, pois, a “ocasião revela o ladrão”. Ele existia antes do fato. A oportunidade serviu para revelar seu caráter. Kant (1983) trata desta questão ao considerar que valor moral de um ato reside na intenção. Não é o objeto que desejo atingir que faz o valor moral do meu ato, mas a razão pela qual eu quero atingi-lo. Por isso a importância de considerar que quando se trata de valor moral, o que importa não são as ações exteriores que se veem, mas os princípios internos da ação, que não se veem.

É disso que estamos falando quando afirmamos que antes do profissional há a pessoa humana e se esta for corrompida, o que virá, os atos dentro da profissão, são consequência, por isso, a necessidade de nos preocuparmos com a formação ética dos futuros médicos. Acompanhar seus processos formativos, orientá-los, sermos rigorosos com suas transgressões e desleixo ético, dar-lhe ciência dos princípios e condutas que precisam ser aprendidos e observados no exercício profissional.

Há um trabalho a fazer na formação pessoal e profissional do médico, uma vez que a ética pode ser aprendida. Aristóteles (2000, p. 61) é enfático neste sentido, ao afirmar que há duas espécies de virtudes: dianoéticas (se gera e cresce por ensinamentos) e éticas (provém do hábito, ou seja, quanto mais exercita mais aprimora). Logo, “[...] as virtudes não se geram nem por natureza nem contra a natureza, mas nascem em nós, que, aptos pela natureza a recebê-las, nos tornamos perfeitos mediante o hábito”. Para o pensador, escolher a virtude e o bem ou deixá-los de lado, está relacionado à nossa consciência e clareza do fim que desejamos.



É por isto que devemos desenvolver nossas atividades de uma maneira predeterminada, pois nossas disposições morais correspondem às diferenças entre nossas atividades. Não será pequena a diferença, então, se formamos os hábitos de uma maneira ou de outra desde nossa infância; ao contrário, ela será muito grande, ou melhor, ela será decisiva. (ARISTÓTELES, 1999, p. 36).

De acordo com Ferreira (1986) virtude significa disposição firme e constante para a prática do bem; boa qualidade moral, força moral; valor. Duas palavras são importantíssimas na definição apresentada: “firme” e “constante”. A disposição está adjetivada, ou seja, ela deve ser firme e ao mesmo tempo duradoura, não aleatória ou casual. Em se tratando de prática ética é essencial para que a conduta não seja oscilante ou condicionada a situações, mas arrojada e permanente, isto é, na vida ética não há lugar para relativismos ou condicionalidade (“fazemos qualquer negócio!”). Sob este prisma Kant (1983) fala dos imperativos hipotéticos (aqueles que nos apresentam uma ação como necessária para alcançar um certo fim e dos categóricos (propõem uma ação como necessária em si mesma, incondicionalmente), que o levam ao que denomina de “dever moral”. Ele não nos diz: “Faze isto se queres ter bom êxito ou se queres ser feliz”, mas tão somente: “Faze isto”. Mas não se trata de algo estabelecido de fora, mas de uma norma que o próprio sujeito se autodetermina em função de sua autonomia e liberdade, que se instituem como condição da vida moral. A lei moral não teria sentido se o homem não fosse livre. Ser livre é se capaz de obedecer à razão.

O entendimento de Lalande (1999), sintoniza com o exposto de Ferreira, uma vez que vislumbra vários sentidos para virtude. No sentido moral, é a disposição permanente para querer cumprir uma espécie determinada de atos morais; disposição permanente para querer o bem; hábito de o fazer. Ela acrescenta uma ideia na qual precisamos prestar muita atenção: as palavras *virtude*, *virtuoso*, tendem, parece, a desaparecer da linguagem moral contemporânea. Por que isso estaria ocorrendo? Que mudanças sofremos para tanto? As virtudes e o homem virtuoso teriam desaparecido ou não existem mais, pois não precisamos mais nominá-los? Como resgatar o sentido concreto e semântico perdido ou silenciado?

Segundo Abbagnano (1970) virtude, do latim *virtus*, tem seu significado atrelado a três níveis de compreensão: 1º capacidade ou potência em geral; 2º capacidade ou potência própria do homem; 3º capacidade ou potência do homem, própria da moral. Interessa-nos as duas últimas, pois a potência está direcionada a um campo específico, o da moral. A virtude precisa estar encarnada em práticas, ações, gestos, caso contrário constituir-se-á como uma declamação vazia, sem sentido, como algo abstrato e indeterminado.

Cortella e La Taille (2009, p. 17) ao referir-se às virtudes e ao seu retorno ao circuito do debate e da vida pública consideram como consequência de nossa busca pelo sentido da vida. “As virtudes fazem parte de uma leitura ética do caráter, ou seja, de uma leitura não psicológica, que dá um sentido valorativo à questão da personalidade”.



Casali (2007) afirma com muita propriedade que a ideia de virtude também tem suas limitações e uma delas está relacionada ao seu uso ou ao contexto de sua aplicação. Sempre que nos referimos a ela pensamos no seu uso construtivo, no entanto, acabamos esquecendo que lealdade, fidelidade, produtividade são virtudes, mas que também são praticadas por ladrões, espoliadores, corruptos que são leais e fiéis entre si. Não basta existir virtudes e serem praticadas, é necessário perguntar pelos fins da ação ou se estão a serviço do bem comum ou não. Por isso que a prática da vida ética sempre supõe a criticidade, o olhar atento que pergunta sobre os interesses em jogo e a quem tudo o que se faz beneficia. (NOGARO; EIDT, 2015).

A ética está diretamente vinculada à prática social, ao outro. Embora haja o campo da vontade particular do sujeito, de sua decisão, sempre a implicação ou o agir tem a ver com a intersubjetividade. Aqui aparece uma das ideias centrais do personalismo que considera uma das características principais da pessoa humana o seu relacionamento interpessoal. Ou seja, o homem necessita dialogar com o seu semelhante, com o outro que está à sua frente para entender sua própria humanidade. Lèvinas (1997) aborda o conceito de alteridade como princípio da relação humana. Significa que através de outra pessoa, conseguimos ter ciência do próprio eu, e da necessidade da responsabilidade e sensibilidade para com a outra pessoa. Ele fundamenta sua ética no conceito de Rosto do outro ser humano. (o rosto fala). A preocupação com o outro, essência da ética da alteridade de Lèvinas, está diretamente relacionada com o cuidado, pois ambos procuram entender o outro ser humano como ele realmente é, e baseado nisto, propor ações para que ele possa ser beneficiado de alguma forma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Precisamos ser éticos por muitas razões, mas há uma razão fundamental que é a condição em que o homem se encontra e a consequente liberdade que possui para agir decorrente disso. Como humanos temos muitas oportunidades de nos reinventar-nos, mas em determinadas situações da vida corremos riscos que podem comprometer nossa existência e a sobrevivência. A atuação profissional precisa ser guiada pela ética para contribuir no sentido de dar vazão ao conhecimento e à tecnologia para diminuir o sofrimento humano e, no caso da medicina, cuidar das pessoas. Portanto se faz necessário toda atenção e zelo na relação com o outro e com o mundo. Agir de modo a não pôr em risco nossa existência e a do outro pode se tornar um imperativo ético fundamental.

A vida é relação e relação supõe a compreensão do homem como um ser coletivo, uma extensão de um universo maior que só existe para nós porque assim o percebemos e com ele nos relacionamos. Na dimensão ética esta relação não deve dar-se, unicamente, em função de interesses econômicos, produtivos, espoliativos, mas como manifestação própria do humano, como constitutivamente fundado nas relações ou



interrelações que estabelece com o meio e com os outros. Para esta relação precisamos ser habituados, educados. O homem não nasce ético, precisa construir-se como tal.

Desta crença no outro, que é uma crença na possibilidade do humano, nasce uma ética da alteridade. Sem ética nada mais tem valor, pois encharcamos-nos nos interesses egoístas e individualistas contrários aos interesses dos outros e da comunidade, num conviver-com. Fazer o bem e evitar o mal não é somente um imperativo ético, condição da existência coletiva, como também é um chamado à libertação do homem, à instalação de sua dignidade. Para Boff (2000), a sociedade como um todo somente é sã se predominarem as relações de inclusão, relações de solidariedade entre todos, relações de reciprocidade e de complementaridade. Assim, cada ser humano se torna responsável pelo mundo, porque na relação para com ele e com as pessoas ajuda a criá-lo e recriá-lo permanentemente.

Ética é acima de tudo relação, pois só vamos ter a percepção, a clareza de nossos atos nas relações que estabelecemos ou que outros estabelecem conosco. Saber se o ato é bom ou mau somente é possível a partir da pergunta do porquê, com que finalidade, com que intenção, isto é, qual o sentido e o desejo, ou o que pretendemos atingir quando de nossa ação. Os homens e as mulheres são seres capazes de agir eticamente, como também de transgredir a ética. “Neste sentido, a transgressão dos princípios éticos é uma possibilidade, mas não é uma virtude. Não podemos aceitá-la.” (FREIRE, 1997, p. 19).

Como não podemos obrigar os homens ou dirigir sua vontade é preciso criar consciência ética nos mesmos e prática profissional médica se constitui em um lugar privilegiado para esse exercício. Como sabemos que os homens e as mulheres podem escolher, são dotados de livre arbítrio, devemos trabalhar no sentido de uma educação das escolhas, da vontade dos homens e das mulheres; da construção de relações pautadas por princípios de respeito ao outro, de convivialidade, de justiça. Ética é justiça. E a prática médica deve caminhar no sentido da justiça e da equidade para que possa cumprir um de seus grandes objetivos que é de proteger a vida e continuar a tarefa de criação e aprimoramento do mundo pelas mãos dos homens e mulheres que dedicam suas vidas a esta profissão.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

ARISTÓTELES. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômacos**. Brasília/DF: UNB, 1999.

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letraviva, 2000.



BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 Acesso em: out. 2019.

CASALI, A. “Ética e educação: referências críticas”. **Revista de Educação PUC – Campinas**. Campinas/SP: nº 22, p. 75-88, junho de 2007.

CORTELLA, M. S.; BARROS FILHO, C. **Ética e vergonha na cara**. Campinas/SP: Papyrus 7 Mares, 2014.

CORTELLA, M. S.; LA TAILLE, Y. **Nos labirintos da moral**. Campinas/SP: Papyrus 7 Mares, 2009.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GOUVÊA, R. Q. Ética e cidadania: a busca humana por valores solidários. In: DE LIBERAL, Márcia M. C. **Um olhar sobre ética e cidadania**. São Paulo: Mackenzie, 2002, p. 9-30.

GUEDES, M. L.; RIOS, T. A. Um olhar ético sobre o valor de educar. **Revista de Educação PUC – Campinas**. Campinas/SP, n. 22, p. 17-24, junho de 2007.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1989.

JONAS, H. **O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2020.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LÈVINAS, E. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1997.

NOGARO, A.; EIDT, P. Ética é prática educativa na sociedade líquida. **Revista Educação – PUC Campinas**, v. 20, n.2, p. 155-165, maio/ago. 2015.

OLIVEIRA, R. J. de. Ética e educação: a formação do homem no contexto de crise da razão. **Revista Brasileira de Educação**, n.º 2, p. 33-41, maio/ago., 1996.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

VÁZQUEZ, A. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

VEIGA, I. P. A. *et al.* **Formação médica e aprendizagem baseada em problemas**. Campinas/SP: Papyrus, 2015.

ÉTICA MÉDICA E PROFISSIONALISMO NAS REDES SOCIAIS

Emilli Cristina dos Santos
Franciele Dartora
Nicole de Albuquerque
Tayná Andressa Wencelewski
Vianeí João Baldissera

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

Com o advento das tecnologias, novas relações entre médicos e pacientes surgiram e com elas impasses éticos e de profissionalismo passaram a fazer parte do território sem lei das redes sociais. Diante da facilidade de compartilhamento de informações e divulgação de perfis sociais, muitos profissionais médicos expõem seu trabalho com o intuito de autopromoção. Fazem isso às custas da exposição da vida pessoal de seus pacientes, tecendo comentários ou mesmo expondo suas enfermidades.

Assim, esse comportamento acaba desacreditando a imagem de que se tem do médico como um profissional ético que deve manter a confidencialidade das informações que lhes são confiadas. Mesmo que para muitos jovens estudantes de medicina e médicos isso não tenha grandes repercussões, ainda são considerados comportamentos inapropriados diante da ética que a profissão exige (SOUZA, 2017).

Com o objetivo de impor limites aos conteúdos vinculados e expostos nas redes sociais o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do decreto número 2.126/2015 diz ser vedada ao médico veicular nas mídias sociais autorretratos (*selfies*) e áudios com finalidade de autopromoção, sensacionalismo ou mesmo concorrência desleal (BRASIL, 2015)

O *Facebook* é uma das principais ferramentas utilizadas como meio de divulgação por médico e acadêmicos de medicina. Fotos, filmes de pacientes, *selfies* são comuns de serem postadas. Esse modo de se expor, muitas vezes reflete o momento em que indivíduo está inserido. É bem comum a exposição inconsciente de profissionais médicos em seu período inicial de vida acadêmica. No entanto, a maioria busca as mídias sociais como forma de divulgação de seu trabalho buscando fama e uma forma fácil, porém inapropriada de se promover profissionalmente (PURIM, 2019).



METODOLOGIA

Os instrumentos utilizados, como técnica de pesquisa, no desenvolvimento deste trabalho caracterizam-se pelas pesquisas bibliográfica e documental, e ainda, englobam os artigos de revista e Internet. O método de abordagem utilizado no presente trabalho é o indutivo, tendo como base uma análise comparativa dos diversos estudos sobre a ética médica e o profissionalismo nas redes sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Rede social pode ser definida como um conjunto composto por dois elementos principais: os atores, representados por pessoas, instituições ou grupos, e as suas conexões, as quais simbolizam as interações ou laços sociais. A metáfora de rede foi utilizada pela primeira vez pelo matemático e físico suíço Leonhard Euler. Em 1736, Euler publicou um artigo sobre o enigma das Pontes de Königsberg. A cidade prussiana de Königsberg (atual Kaliningrado, na Rússia) era localizada em meio a ilhas no centro do rio Prególia e, dessa forma, continha ao todo sete pontes. Folcloricamente, conta-se que era uma diversão para os habitantes tentar formular a possibilidade de atravessar todas as pontes, cruzando cada uma apenas uma vez. Em seu trabalho, Euler ofereceu uma rigorosa prova matemática de que não existia um caminho que passasse por todas as sete pontes uma única vez. De forma não intencional, esse artigo iniciou uma nova área da matemática, conhecida como teoria dos grafos, a qual é a base de todo o conhecimento sobre redes (RECUERO, 2009; SOUZA; CARDOSO, 2011).

É notória a influência das redes sociais no cotidiano de pessoas, empresas e instituições. O fenômeno dessas redes é considerado como um dos maiores acontecimentos dos últimos anos, constituindo-se em uma nova modalidade de fazer sociedade. Nesse sentido, diante da possibilidade do acesso de pacientes e médicos a perfis nas redes sociais, podem surgir mudanças na relação entre eles, dependendo do que é postado (LEMONS; LÈVY, 2012; SOUZA *et al.*, 2017).

Na área médica, o profissionalismo e a competência dos profissionais são fundamentais, englobando confidencialidade com o paciente, integridade, luta pelo bem-estar e promoção da justiça social. Dessa forma, o conceito de profissionalismo está intimamente relacionado com a ética. A ética sempre esteve historicamente ligada a religião, os dogmas e conceitos religiosos, principalmente catolicistas, sempre foram difundidos e permeados dentro das sociedades. O juramento de hipócrates na Grécia helenística, foi um dos primeiros documentos que laicizaram a ética de viés médico. Entretanto, o divisor de águas para moldar a ética, tal qual conhecemos hoje foram nos séculos iluministas, com a publicação do livro *Utopia*, de Thomas Morus. A ética médica no contexto atual possui conceitos diretos e simplificados de conduta, influenciados por filósofos atuais



como Jean Paul Sartre e a teoria psicanalítica de Freud, em que a motivação seria o conceito moral central para escolhas e conduta (SOUZA *et al.*, 2017; MONTE, 2009).

No período pós guerra, com o fim da segunda guerra mundial, em 1946 o Código de Nuremberg e a declaração de Helsinque, de certa maneira, atualizam o juramento hipocrático e publicam uma série de códigos e condutas médicas motivados pelas atrocidades experimentais realizadas pelo nazismo contra a vida humana dentro dos campos de concentração. No Brasil, a ética médica demorou a se desenvolver, os primeiros registros relativos a independência médica nacional, fora com a adoção dos conceitos da medicina higienista e o trabalho voltado para estruturação da classe médica. O primeiro documento regulamentador da profissão adotado no Brasil foi o *Código de ética médica da associação médica americana* em 1867, a partir daí a medicina brasileira foi evoluindo e no ano de 1964 foi adotado o Código de ética do conselho federal de medicina. Dessa forma as leis têm o papel de delimitar o papel do médico como profissional, os procedimentos a serem realizados e a conduta frente ao paciente e a relação entre colegas (MONTE, 2009).

O marketing médico engloba todas as etapas de prestação de serviço pelo profissional, desde a recepção até o pós-atendimento, sendo a presença de assuntos médicos é cada vez mais recorrente nas plataformas de mídia. Entretanto, informar o paciente e a população em geral sobre os avanços científicos e tecnológicos, bem como o divulgar assuntos que dizem respeito a procedimentos, habilitação e capacitação para o trabalho, entre outros aspectos, requer sensível cuidado para que não se ultrapassem os limites éticos. Nesse sentido, Resolução nº 1.974/11 do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, além dos demais instrumentos regulatórios, a exemplo do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, Conselho Nacional de Autorregulação Publicitária (CONAR) e documentos específicos como a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) (BRASIL, 2011; LUCIETTO *et al.*, 2015).

Complementando a norma anterior, a Resolução nº 2.126/15 do CFM auxilia no melhor entendimento específico as questões pertinentes às redes sociais, de forma a deixar claro que é vedada a publicação nas mídias sociais de quaisquer *selfies*, imagens e áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal. Além disso, também é vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos realizados, sendo essa uma prática a ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina (BRASIL, 2015).

A resolução nº 1.974/11, disponível no Manual de Publicidade Médica do ano 2011, ainda expõe e explora outras questões éticas que envolvem a relação médico-paciente, tais como: uso de fotografias de pacientes, proibindo expressamente qualquer tipo uso de imagem, mesmo que haja autorização do paciente, embora, contudo, a resolução legitima o uso de fotos em congressos e eventos científicos quando o seu uso é “imprescindível”, mediante então autorizado pelo paciente. Agora, no que tange a publicidade de produtos e procedimentos, a resolução veda qualquer atitude que implique em anúncio de produto ligados a medicina por



profissionais médicos, permitindo, contudo, a publicidade de aparelhos que a clínica dispõe, desde que não induzem a crer que aquele equipamento possa ser garantia de bom resultado ou seja exclusivo da instituição ou do profissional. Ainda, a resolução repudia qualquer participação do profissional médico em eventos ou concursos que insinuam prêmio ou títulos para o “melhor médico”, porém permite quando a natureza seja homenagear academicamente tal profissional, quando oferecida por entidades médicas ou instituições públicas (BRASIL, 2011).

CONCLUSÕES

Diante do exposto acima, sabe-se que os conflitos bioéticos na relação do profissionalismo médico é presente e, sendo os meios eletrônicos instrumento de fácil manipulação, torna-se uma ferramenta que necessita de cautela e prudência para ser utilizada de maneira que não envolva conflitos bioéticos e pessoais, bem como interfiram na relação médico-paciente. Atualmente já há Instituições e organizações empenhadas em tentar nortear as ações médicas no meio das redes sociais, tais como normas do Manual de Publicidade Médica, pela resolução CFM nº 1.974/11, o qual prevê critérios para publicidade e propaganda, proibições gerais no meio eletrônico, modelos de propaganda em diversas plataformas e regras gerais a serem incorporadas pela sua natureza ética, legal e moral (BRASIL, 2011).

Assim sendo, saber quais são as normas que regem o profissionalismo é dever de todo estudante de medicina, assim como de todo profissional médico dedicado em atender exclusivamente as demandas do paciente, de maneira ética e virtuosa, explorando tão somente aspectos que envolvam sua saúde e seu bem estar. Ademais, utilizar dessas normas não só o protegem de ações judiciais, como também torna a relação médico-paciente confiável, ética e moral, obedecendo assim o Juramento de Hipócrates que todo estudante de medicina o faz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Manual de publicidade médica**: resolução CFM nº 1.974/11. Brasília: CFM. 2011.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 2.126/2015**. Brasília: CFM. 2015.

LEMOS, A.; LÉVY, P. O futuro da internet: Em direção a uma ciberdemocracia planetária. **Direitos Emergentes na Sociedade Global**, v. 1, n. 1, p. 192-194, jan.jun/2012.

LUCIETTO, D. A.; *et al.* Marketing para a saúde: conceitos, possibilidades e tendências. **Revista Tecnológica**, v. 3, n. 2, p. 30-50. 2015.

MONTE, F. Q. Ética médica: evolução histórica e conceitos. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 407-428, 2009.



PURIM, K. S. M.; TIZZOT, E. L. A. Protagonismo dos estudantes de medicina no uso do *facebook* na graduação. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 187-196, 2019.

RECUERO, R. **Redes Sociais na Internet**. Porto Alegre: Meridional, 2009.

SOUZA, C. H. M. de; CARDOSO, C. As Redes Sociais Digitais: Um mundo em transformação. **Agenda Social**, v.5, n.1, jan-abr/, p. 65-78, 2011.

SOUZA, E. da S. *et al.* Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2017.

ÉTICA E TELEMEDICINA: MEIOS PARA A PRÁTICA SEGURA

Anna Laura Carniel Biesdorf
Laura Cassel
Paola Wozniak Ceni
Gabrielle Trevisan Zorzi

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

A Telemedicina conceitua-se, de forma ampla, como a utilização das tecnologias de informação e comunicação na saúde, de forma a viabilizar a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, especialmente nos casos em que a distância é um fator crítico (MALDONADO *et. al.*, 2016). Apesar do surgimento dessa nova forma de exercer a medicina ser datado ao final século XX no esteio do grande desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação, a mesma ainda é considerada, por muitos, como uma atividade relativamente emergente, visto que enfrenta questões culturais, técnicas, legais e, também, éticas (MALDONADO *et al.*, 2016).

METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica disponível em diretrizes, jornais, revistas e artigos dos principais *sites* de busca de conteúdo *online*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conceitos Iniciais e Conceitos Éticos

Conforme exposto na Resolução n° 1.643/2002, do Conselho Federal de Medicina, a Telemedicina caracteriza-se pela atuação médica através da comunicação audiovisual e de dados, visando ampliar a assistência, educação e pesquisa em saúde. A intenção que circunda esse contexto é de possibilitar acesso à saúde de qualidade para toda a população (MALDONADO *et. al.*, 2016).

Em um contexto brasileiro, a Telemedicina apresentava restrições em sua prática, não permitindo a avaliação médica sem exame físico prévio, agindo de acordo com a necessidade local, através de teleconsultorias, telediagnóstico, educação permanente, videoconferências, simulações clínicas e prontuário



eletrônico. Entretanto, com a pandemia do novo coronavírus, tornou-se necessária a revisão de conceitos éticos e legais para que o uso da telemedicina ocorresse da melhor forma, assegurando o interesse e bem estar dos pacientes (REZENDE *et. al.*, 2010).

Com a Lei 13.989/2020, de 15 de abril de 2020, autoriza-se o uso da Telemedicina enquanto a crise pandêmica perdurar, com caráter emergencial, mantendo-se os padrões normativos e éticos da consulta presencial. O Código de ética médica orienta os profissionais quanto às condutas apropriadas e a ação tendo como base os princípios e questões morais da sociedade, enfatizando a confidencialidade, a humanização e a equidade no atendimento (LIMA, 2020). Tornasse, ainda, responsabilidade do profissional, oferecer as informações quanto às limitações do atendimento on-line, visto a impossibilidade de realização de exame físico.

No entanto, permanece o debate sobre a durabilidade da lei em questão, e a caracterização como retrocesso no direito ao acesso à saúde ao haver o retorno ao modelo de Telemedicina aplicada anteriormente. Em oposição, indaga-se quais seriam as alterações provocadas na relação médico-paciente e suas repercussões na qualidade e eficiência do atendimento ao paciente. E, ainda, a abrangência da telemedicina às populações de baixa renda, visto a inacessibilidade a meios de comunicação via on-line por parte dos mesmos (FURST, 2020).

Conceitos Legais

A partir do ano de 2002, com a ampliação e consolidação dos serviços, foram criadas normas e resoluções a nível nacional a fim de conduzir o uso da telemedicina. Os prestadores de serviço de saúde à distância devem adequar-se às portarias que regem esse serviço, além de seguir as resoluções de ética médica. A Resolução n° 1.643 de 2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que define e disciplina a prestação desses serviços, apresenta em seu segundo artigo que “os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infraestrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer às normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional”, não sendo permitido consultas, diagnósticos ou prescrições por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa (artigo 134 do Código de Ética Médica).

Desse modo, a proteção tanto dos pacientes quanto dos profissionais é uma garantia legal, o que impõe a aquisição de meios tecnológicos seguros para o armazenamento e transmissão de dados. Ainda, define o Conselho Federal de Medicina como fiscalizador da qualidade dos serviços, fornecendo maior credibilidade e segurança aos serviços que adotam essa modalidade de atendimento.

Como os demais profissionais, aqueles que oferecem serviços através da Telemedicina no Brasil não devem prescrever tratamentos ou outros procedimentos sem que seja realizado um exame com o paciente. Essa norma é definida pela Resolução n° 1.246 de 1988, do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 62. Entretanto, a norma permite a possibilidade de prescrição sem o exame médico em situações de emergência.



Além disso, “é vedado ao médico revelar informações sobre os pacientes sem o consentimento dos mesmos”, essa proibição também aplica-se em situações judiciais e em solicitações pelas seguradoras. O profissional não pode fazer referências a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes em anúncios de aspecto profissional ou em situações de divulgação de assuntos médicos. No que tange prontuários e demais observações médicas, o profissional que presta serviços por meio da telemedicina também deve prevalecer o sigilo, sendo vedado “facilitar o manuseio e conhecimento [...] por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso” (segredo profissional).

Em 2020, com a pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), foi promulgada a Lei nº 13.989, no dia 15 de Abril, a qual “dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus”. Essa lei autoriza, em caráter emergencial, seu uso durante a crise ocasionada pela nova síndrome gripal. Ainda, durante esse período “serão válidas as receitas médicas apresentadas em suporte digital, desde que possuam assinatura eletrônica ou digitalizada do profissional que realizou a prescrição, sendo dispensada sua apresentação em meio físico”. A prestação desse serviço deve seguir os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial.

Panorama de Telessaúde no Brasil

Evidências mostram que o uso de ferramentas de Telemedicina podem trazer benefícios, como a redução de tempo de atendimento, dos custos de deslocamento e melhorias na qualidade assistencial, ao possibilitar o acesso a especialistas por profissionais de áreas remotas (CAETANO *et al.*, 2020).

No âmbito público, o Telessaúde faz parte da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil e visa a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma iniciativa do sistema em âmbito nacional e tem como objetivo promover a Teleassistência e a Teleducação. O serviço disponibilizado, dessa forma, possibilita a conexão dos profissionais da atenção primária, com diferentes frentes da saúde (BRASIL, 2020):

Teleconsultoria: consulta entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, visando esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho; **Telediagnóstico:** serviço de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal; **Tele-educação:** conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação;

Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída por meio de base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância.

No que diz respeito a iniciativas privadas em relação a ferramentas de Telessaúde, 75% dos hospitais utilizam-se de Telemedicina e 58,3% possuem programas próprios. Os serviços de telemedicina já representaram, em



média, 5,8% das receitas ambulatoriais do hospital e espera-se chegar a 8,8% até o fim de 2020. Em consonância, para os 78% dos dirigentes, a telemedicina tem sido uma aliada frente aos desafios enfrentados na pandemia (ANAHP, 2020).

Nas universidades, entre as primeiras ações frente às tecnologias na área da a Universidade de São Paulo (USP), no ano de 1997, iniciou cursos de graduação e outras atividades de ensino, pesquisa e extensão com essa iniciativa. Em 2004, a formação da rede de educação e pesquisa (EPesq) foi criada e visa a integração da

Faculdade de Medicina com o complexo Hospital das Clínicas. Várias outras estratégias, nesse âmbito, vem se consolidando como ferramentas para a educação em saúde, como o “Homem Virtual”, *Cybertutor*, videoconferência, Sala de Aula do Futuro, entre outras, interagindo com estados do Brasil e, também, com outros países (REZENDE *et al.*, 2010).

Na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), existem vários projetos em parceria com as secretarias municipais e estaduais de saúde. O projeto BHtelessaúde se destaca pois visa o aperfeiçoamento dos serviços ofertados pelas equipes de saúde da família no Município de Belo Horizonte e estruturação de um processo de educação permanente em saúde. O modelo dispõe de consultorias *online* e *offline*, nas quais os profissionais que estão nas unidades básicas de saúde discutem casos clínicos com professores da Faculdade de Medicina e profissionais do Hospital das Clínicas. O programa em questão abrange 142 unidades básicas de saúde e também realiza videoconferências quinzenais com reuniões temáticas escolhidas pelos próprios profissionais de saúde (REZENDE *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, percebe-se que a Telemedicina é uma prática que vem ganhando espaço como uma forma de ampliar o acesso à saúde a locais remotos e promover um serviço de saúde qualificado com baixo custo. Nessa perspectiva, o Brasil seria, sem dúvidas, um país que oferece oportunidades ímpares para o desenvolvimento e aplicação da Telemedicina, uma vez que conta como uma grande extensão territorial com inúmeros locais isolados, além de uma distribuição desigual de recursos médicos (MALDONADO *et al.*, 2016). No entanto, há, ainda, inúmeras questões éticas que devem ser resolvidas para que se estabeleça esse serviço de forma segura e eficaz.

REFERÊNCIAS

ANAHP. **Nota técnica observatório ANAHP**: Publicação trimestral. 3. ed. Outubro, 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução n° 1.246/1988, de 08 de janeiro de 1988.



BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.643/2002.

BRASIL. **Lei Nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**: edição 73, seção 1, página 1.

BRASIL. **Saúde Digital e Telessaúde**. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/telessaude>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-6, 2020.

FURST, H. **Limites Éticos para o Exercício da Telemedicina**. Disponível em: <http://genjuridico.com.br/2020/07/20/limites-eticos-telemedicina>. Acesso em: 03 dez. 2020.

LIMA, I. **Telemedicina x Ética. Como Manter A Qualidade dos Atendimentos**. Disponível em: <https://blog.imedicina.com.br/telemedicina-x-etica-como-manter-a-qualidade-dos-atendimentos/>. Acesso em: 03 dez. 2020.

MALDONADO, J. M. S. V. *et al.* Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 15, Sup 2:e00155615, 2016.

REZENDE, E. J. C.; MELO, M. do C. B. de; TAVERES, E. C.; SANTOS, A. de F. dos; SOUZA, C. de. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 1, p. 58-65, 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/58-65/pt>. Acesso em: 02 dez. 2020.

DILEMAS ÉTICOS DAS CAMPANHAS ANTIVACINAÇÃO NA ATUAÇÃO MÉDICA E AS CONSEQUÊNCIAS FUTURAS

Bruna A. De Cesaro
Eduardo F. Rigo
Igor Valentini
Luma G. Kautz
Rafaela Poliana Pagnoncelli
Victória C. Zampieri

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

A vacinação é o processo pelo qual a inoculação de um agente no corpo produz imunidade para uma determinada doença. Quando nos referimos à prática médica, a questão da vacinação é um ato que inclui a ponderação da sua eficácia e efetividade, da sua segurança, do seu impacto organizacional, do seu custo-benefício e das questões éticas, sociais e psicológicas associadas. Desse modo, os movimentos antivacinação acarretam um prejuízo na atuação médica, de forma que implica não somente no processo saúde-doença, como em todo um contexto cultural, socioeconômico e psíquico da sociedade (SANTOS; HESPANHOL, 2013).

Por conseguinte, o presente trabalho tem como objetivo discutir sobre o movimento antivacinação e seus impacto no âmbito médico, social e ético, tal como a exposição a doenças já erradicadas e a influência desse comportamento na população em amplos aspectos, visto que vacinas utilizadas da forma correta são grandes alicerces na manutenção da saúde mundial.

METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza como uma breve revisão de artigos, do tipo descritiva e exploratória, acerca dos dilemas éticos das campanhas antivacinação na atuação médica e as consequências futuras. Foram selecionadas publicações entre 2011 e 2019, sendo a coleta de dados realizada nos bancos de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PUBMED (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados na busca textual foram: anti vacina, ética e vacinação, consequências campanhas antivacinação e movimento antivacina.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a FIOCRUZ, vacinas são preparações que, uma vez introduzidas no organismo, desencadeiam uma reação no sistema imunológico, estimulando a formação de anticorpos e tornando o organismo imune a determinado agente e às doenças por ele provocadas. As vacinas, por sua vez, surgiram no século 18, com a vacina antivariólica, quando Edward Jenner comprovou que ao inocular uma secreção de alguém com a doença em outra pessoa saudável, essa desenvolvia sintomas mais brandos e tornava-se imune à patologia. A vacina contra a varíola foi desenvolvida a partir da cowpox, varíola que acometia as vacas, pois percebeu que as pessoas que trabalhavam com as vacas adquiriram imunidade à varíola humana. Assim, a palavra vacina, que vem do latim “de vaca”, passou a nomear todo o inócuo que tem capacidade de produzir anticorpos, e conseqüentemente, induzir uma reação de memória e preparar o organismo, caso haja uma invasão do antígeno ativo, que receberá uma resposta rápida e eficiente. A vacina, dessa forma, atenua ou até evita por completo as doenças e suas conseqüências.

A vacinação é considerada uma política pública efetiva e de menor custo-benefício, que impulsiona a diminuição na incidência e até erradicação de doenças infecto-contagiosas (LESSA; SCHRAMM, 2015). A vacinação passou por mudanças dentro das discussões na sociedade atual, visto que não é mais centrada nas doenças imunopreveníveis por elas, e sim sobre questões éticas e morais que as englobam, relacionando-as com a autonomia, beneficência e não-maleficência, assim como a vulnerabilidade da população, evidenciando discussões entre comunidade, médicos, ciência e moral de cada indivíduo (LESSA; DÓREA, 2013).

Atualmente a vacinação e a seguridade são questionadas por uma parcela da população por diferentes fatores, entre eles, o baixo nível de escolaridade e renda, desinformação dos próprios profissionais de saúde e descaso da divulgação sobre o ato de vacinar, fundamentando as *fake news* e seu papel na saúde e na vacinação (SARAIVA; DE FARIA, 2019; LESSA; DÓREA, 2013). O caso mais famoso e primordial de *fake news* foi a respeito das vacinas Tríplice Viral e sua suposta relação com o autismo, lançada por um artigo de Wakefield, publicado no *The Lancet*, que gerou pânico e inseguranças sobre as vacinas, fomentando os movimentos antivacinação. Desde então, este movimento vem ganhando mais visibilidade com as plataformas digitais, como *Facebook*, *YouTube*, *Twitter*, *Instagram*, com alta disseminação de notícias falsas, aliadas a falta de informações seguras com embasamento científico, o que contribuiu para a força do movimento e a diminuição das taxas de vacinação, contribuindo para baixas taxas de imunização. Por isso, nos últimos anos, os brasileiros têm presenciado a volta de doenças já erradicadas no final dos anos 1990 tais como o sarampo, caxumba e rubéola (SANTOS *et al.*, 2019). De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2015 e 2016, o Brasil teve a pior taxa de vacinação dos últimos 12 anos, pois vacinou apenas 86% da população, sendo que a recomendação de cobertura da Organização Mundial de Saúde é de 95% (SARAIVA; DE FARIA, 2019). Entretanto, o artigo de Wakefield, mesmo que falso, incentivou novas pesquisas sobre a



segurança das vacinas, testando principalmente os conservantes e adjuvantes usados nelas, e eles têm demonstrado não existir evidências que relacionam doenças graves com a vacinação (LESSA; DÓREA, 2013), mas que são disseminadas fracamente nas mídias.

Na discussão sobre vacinar ou não a si próprio ou familiares, o bem individual choca-se com o coletivo. Por um lado, existem riscos relacionados aos efeitos adversos que a vacina pode apresentar e a não garantia de 100% de proteção. Entretanto, a imunidade coletiva gerada é de grande valia pois quanto mais indivíduos imunes, menos circulação da doença e maior proteção àqueles que não estão imunizados (LESSA; SCHRAMM, 2015), ainda mais quando a maioria desses eventos são leves e autolimitados, como dor e rubor, sem complicações mais sérias a longo prazo (SANTOS; HESPANHOL, 2013).

Visto que a vacinação pode implicar riscos, mas traz consigo excelentes benefícios, remete aos princípios da maleficência e beneficência. Então, proteger os pacientes de uma doença imunoprevenível *versus* não causar danos pela iatrogenia produzida por vacinas em indivíduos previamente saudáveis. Por isso, é preciso ponderar se a proteção do paciente contra doenças infectocontagiosas, seja pela imunidade que adquiriu com a vacina ou pela imunidade coletiva gerada pela vacinação em massa, prevalece aos danos que ele poderá desenvolver ao vacinar-se, dos mais leves aos mais graves. Assim, um conflito ético é gerado, porque a princípio, a ação de vacinar seria mais benéfica e os efeitos advindos dela variam de pessoa para pessoa, tornando quase impossível saber qual sua reação após (LESSA; DÓREA, 2013). Para isso, é necessário o empenho dos serviços de saúde com a farmacovigilância, desde a garantia de um produto bem conservado e transportados, sua aplicação e suas reações (SANTOS; HESPANHOL, 2013), garantindo estudos que possam esclarecer essas questões no futuro.

Desse modo, um dos trechos do Juramento de Hipócrates pode ajudar nas decisões enquanto ainda não temos essa segurança garantida, “Eu, solenemente, juro consagrar minha vida a serviço da Humanidade... Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade... A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação” situa a promoção da saúde como objetivo principal do exercício médico, numa atitude ética e deontológica direcionada para o paciente e orientada pelos valores do respeito pelo próximo, da beneficência, da autonomia, da não maleficência, da justiça e da verdade (SANTOS; HESPANHOL, 2013). Esse trecho reconhece ao médico o direito de defender e promover a sua própria saúde e a dos outros, criando condições para a melhoria dos níveis de saúde da sociedade, nomeadamente através do contributo para o estabelecimento de uma imunidade de grupo que possa levar eventualmente à erradicação de outras doenças, como aconteceu no passado com a varíola, de forma que os movimentos antivacinação, por exemplo, sejam de certa forma contra os princípios pregados pelo juramento médico.

Mesmo com toda a discussão acerca da vacinação, a ética principialista pode deixar muitas lacunas na ponderação das questões da vacinação, visto que a discussão é mais sobre individual *versus* coletivo (LESSA; DÓREA, 2013). Mas o que deve prevalecer é o sucesso das campanhas vacinais até a atualidade, a sua



importância dentro da saúde preventiva e todo o avanço técnico-científico que vem sendo aprimorado com novas pesquisas.

CONCLUSÕES

Campanhas de vacinação inadequadas, o crescimento do movimento antivacinação, as *fake news* disseminadas nas redes sociais, e o fato de os indivíduos ou seus representantes legais poderem recusar o ato de vacinação, bastando para tal uma declaração da sua vontade livremente assumida, uma vez que estejam na posse da totalidade da informação que necessitam para a decisão, são alguns dos motivos que explicam o ressurgimento de doenças antes erradicadas ou o aumento no número de ocorrência de outras doenças, como o sarampo, caxumba e a rubéola, por exemplo (SANTOS, *et al.* 2019; SANTOS; HESPANHOL, 2013).

Portanto, o impacto da não vacinação na sociedade deve fazer com que os profissionais envolvidos encarem esses acontecimentos como oportunidade de educação em saúde, bem como possam contribuir de forma ética, honesta e baseada em evidências para propagar informação à população, lançando mão da atuação dos órgãos de Saúde, Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz), **Ministério da Saúde**, Brasil. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/vacinas>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LESSA, S. C.; DÓREA, J. G. Bioética e Vacinação em Massa. **Rev. Bioét.**, v. 21, n.2, p. 226-36, 2013, Brasília. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18508/1/ARTIGO_Bio%c3%a9ticaVacina%c3%a7%a3Infantil.pdf.

LESSA, S. C.; SCHRAMM, F. R. Proteção Individual Versus Proteção Coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n1/115-124/pt/>.

SANTOS *et al.*, 2019. Bioética e Vacinação: Análise Quali-Quantitativa das Ações Desenvolvidas pelo Ministério da Saúde por Meio das Redes Sociais *Facebook* e *Twitter*. In: XI EPCC. **Anais eletrônicos** [...] Maringá: Paraná, 2019. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/3964/1/VANESSA%20DA%20SILVA%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SANTOS, P; HESPANHOL, A. Recusa vacinal – o ponto de vista ético. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 29, p.328-33, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n5/v29n5a08.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SARAIVA, L. J. C.; DE FARIA, J. F. A ciência e a mídia: a propagação de *fake news* e sua relação com o movimento anti-vacina no Brasil. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 42, 2019. Belém-PA. **Anais eletrônico** [...]. Belém – PA, 2019. Disponível em: <https://portalintercom.org.br/anais/nacional2019/resumos/R14-1653-1.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ÉTICA E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Evelyn Nazzari
Giovanna Sanagiotto Ross
Jéssica Dal Pupo;
Katherine Reiss Do Nascimento
Sarah Maioli Limberger

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

Desde 1985 já havia preocupação a respeito da utilização consciente de fármacos. Essa inquietação deu-se devido à realização de uma conferência organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual foram discutidos fatores que estavam diretamente ligados ao uso racional de medicamentos. Esses fatores concernem com a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses e período de tempos indicados e nos intervalos definidos de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Os medicamentos caracterizam-se como o insumo médico mais consumido mundialmente, o qual atinge 40 a 50% dos orçamentos em saúde em diferentes países (MAINETTI, 2012). Ainda, sabe-se que segundo a Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica – Febrapharma, entre abril de 2003 a março de 2004, a venda de medicamentos no país rendeu 17 bilhões de reais.

Portanto, contar com informações confiáveis, fundamentadas em dados científicos e que contemplem as vantagens e desvantagens dos produtos farmacêuticos, é de fundamental importância para a existência boa prescrição e uso adequado dos mesmos (BARROS, 2004).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica com fundamentação em artigos internacionais e nacionais, encontrados nas plataformas digitais Scielo e PubMed, bem como resoluções e manuais de conselhos nacionais, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP) e também resoluções do Ministério da Saúde durante o período de 2000 a 2018.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

A administração e a indicação correta dos medicamentos mostram-se como fator primordial para o êxito da terapêutica. Tal condição justifica-se pelo fato de que os medicamentos, associados a fatores sociais, configuram-se como fatores de grande importância na modificação de indicadores de saúde por se relacionarem com a qualidade de vida dos indivíduos. Devido a isso, voltam-se olhares para a prática médica eficaz, onde a prescrição do medicamento mais apto ao caso seja recomendada. Contudo, a interface médico-indústria farmacêutica é estreita e os conflitos de interesse interferem no momento da prescrição do profissional (REIS, *et al.* 2018).

É visto que há uma forte relação entre a indústria farmacêutica e a medicina, uma vez que o médico é o alvo principal das atividades promocionais dos produtores de medicamentos, em virtude do papel da prescrição (BARROS, 2004). Portanto, essa relação, como toda a relação que envolve seres humanos, está sujeita a tensões que podem a levar a dilemas éticos (BRODY, 2011). Conseqüentemente, falar sobre os aspectos éticos existentes na relação que os profissionais médicos têm com a indústria farmacêutica envolve fatores relacionados à formação profissional, à natureza humana, aos sistemas de saúde, e o desenvolvimento da economia global (KELLER, 2016).

Ainda, sabe-se que a formação continuada dos profissionais médicos tem estado, nas últimas décadas, sujeita aos patrocínios da indústria farmacêutica, resultando em contratos tácitos de prescrições favorecidas (DEJONG, 2017; SURESH, 2013; CINZA, 2013). Em consonância, uma pesquisa realizada na Virgínia apontou que a maioria dos médicos não sente constrangimento por receber brindes ou participar de jantares oferecidos pela indústria farmacêutica, portanto, é evidente que há vantagens nessas estratégias financeiras, e elas estão embutidas no preço dos medicamentos custeados por nossos pacientes no ato da aquisição do medicamento (CREMESP, 2007).

É importante ressaltar, que o Código de Ética Médica e a resolução CFM nº 1595/00 proíbem aos médicos a comercialização da medicina e a submissão a outros interesses que não o benefício do paciente. Além disso, é proibida a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais. A RDC 102/00 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proíbe a indústria farmacêutica de oferecer prêmios ou vantagens aos profissionais de saúde envolvidos com a prescrição ou dispensação de medicamentos.

Diante do exposto, nota-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu critérios para uso racional de medicamentos há 21 anos, baseando-se na indicação clínica correta, assim como segurança, eficácia e efetividade dos medicamentos (MADRUGA, 2009). Porém, infelizmente, a indústria farmacêutica, sobretudo as grandes empresas, vem se valendo das teses do movimento 'medicina baseada em evidências', com a valorização outorgada aos ensaios clínicos para incrementar os argumentos publicitários em favor dos seus produtos (BARROS, 2004). Assim, embora às vezes possa ser complicado, a comunidade médica deve



estar atenta a “estratégias comerciais” disfarçadas, nas quais a prescrição de determinados produtos é induzida, interceptando diretamente critérios médicos e integridade profissional (GOMEZ, 2007).

CONCLUSÕES

Diante do arrazoado exposto, é dever dos profissionais da saúde zelar pelo uso racional dos medicamentos, o que diz respeito às práticas conscientes de prescrição e dispensação. Dessa forma, a importância da comunicação na interface profissional da saúde-paciente é diretamente reafirmada sempre em consonância à premissa da informação confiável disponibilizada pelo profissional, sendo estabelecida pela OMS.

Ademais, a relação entre a indústria farmacêutica e os profissionais médicos é estreita, tendo em vista a estratégia comercial estabelecida, a qual caracteriza práticas imorais diante do serviço médico referente a prescrição influenciada de medicamentos. Desse modo, o médico responsável não deve ceder às tentações propostas, voltando suas ações ao tratamento mais adequado (benéfico, eficaz e de menor custo) ao paciente baseando-as no julgamento clínico, imparcial e científico.

REFERÊNCIAS

BARROS, J. A. C. de. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: UNESCO, 2004.

BRASIL. RESOLUÇÃO CFM nº 1.595/2000. **Conselho Federal de Medicina**, 2000. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2000/1595>. Acesso em: 05 nov. 2020.

BRASIL. RESOLUÇÃO - RDC Nº 102, DE 24 DE AGOSTO DE 2016. **Ministério da Saúde**; edição 164, seção 1, p.51, 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/23517143/do1-2016-08-25-resolucao-rdc-n-102-de-24-de-agosto-de-2016-23517010. Acesso em: 5 nov. 2020.

BRODY, H. Esclarecendo conflito de interesses. **The American Journal of Bioethics**. Edição 1, v. 11, p. 23-28, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Médicos e indústria farmacêutica: a falta de limites para conflitos de interesse. **CREMESP**; edição 41, 2007. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/index/library/modulos/flipbook/jornal/332/files/?siteAcao=Revista&id=336>. Acesso em: 5 nov. 2020.

CÓRDOBA, A. I. G.; SANTOS, C. L.; CARREÑO, J. N. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. **Persona y Bioética**, v.11, n.1, p.23-38, 2007.

DEJONG C.; DUDLEY, R. A. Reconsiderando as relações entre o médico e a indústria farmacêutica. **JAMA**, v. 317, n. 17, p. 1772-1773, 2017.



GRAY, G. C. The Ethics of Pharmaceutical Research Funding: A Social Organization Approach. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 3, p. 629-634, 2013.

KELLER, F.; MARCZEWSKI, K.; PAVLOVIC, D. A relação entre o médico e a indústria farmacêutica: ética de fundo e propostas de regulamentação. **Croat Med J**, v. 57, p. 398-401, 2016.

MADRUGA, C. M. D.; SOUZA, E. S. M. de. **Manual de Orientações Básicas para a Prescrição Médica**. João Pessoa: Ideia, 2009.

MAINETTI, J. L. **Bioética do uso racional do medicamento**, 2012. Disponível em: <http://farmaysalud.blogspot.com/2012/05/bioetica-del-uso-racional-del.html>. Acesso em: 05 nov. 2020.

REIS, I. L. F. *et al.* Prescription refill in primary health care: a critical analysis. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, 2018.

SURESH, M.; KAMALA, R. Championing ethics. Industry Viewpoint. **Perspect Clin Res**, v. 4, n. 1, p. 33-38, 2013.

VALADÃO, A. F. *et al.* Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição. **Rev. Bras. Farm**, v. 90, n. 4, p. 340-343, 2009.

ADI 3510: A ÉTICA E A BIOÉTICA NO ALCANCE DA PESQUISA COM CÉLULAS TRONCO EMBRIONÁRIAS

Alana Helbich Brum
Bruna Regina Arboit
Daniela Dallapria
Giulia França Maculan
Taciê Hartmann Tissiani

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

Células troncos compreendem células que apresentam a possibilidade de diferir de outras células do organismo. Elas ainda podem ser classificadas conforme sua origem e seu potencial de diferenciação – o embrião humano, até a fase de mórula - até o terceiro dia de desenvolvimento, possui células totipotentes (cada uma pode gerar um novo embrião); até a fase de blastocisto, quinto dia de desenvolvimento, podem formar qualquer tipo de tecido, ou seja, pluripotentes (LUNA, 2017). Ainda há as somáticas, essas com capacidade limitada de diferenciação, em geral restritas ao tecido de onde derivam (ZAGO; COVAS, 2004). O avanço tecnológico-científico foi capaz de impulsionar os estudos com essas células visando sua aplicação médica, como na reparação de tecidos que foram lesionados ou destruídos – tecido neurológico na doença de Parkinson ou em lesão de medula espinal, tecido pancreático na diabetes, tecido muscular e vasos sanguíneos na insuficiência cardíaca ou no infarto do miocárdio (ZAGO; COVAS, 2004).

No entanto, há questões éticas e legais a serem consideradas nesse propósito. O cerne dessas questões, reside no fato de que é preciso destruir o embrião para se obter as células-tronco embrionárias (ZAGO; COVAS, 2004). Nesse sentido, estão envolvidos questionamentos filosóficos e religiosos relacionados à definição do momento de origem da vida. No Brasil, a pesquisa com células-tronco embrionárias foi disciplinada pela Lei n.º 11.105, de 24 de março de 2005, o qual, pelo artigo 5º, permitiu, com restrições, a manipulação de embriões humanos – os chamados “embriões inviáveis” (DINIZ; AVELINO, 2009). Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é a análise e reflexão ética sobre o uso e manipulação das células-troncos, com base no caso histórico da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) 3.510, que defendia a inconstitucionalidade do artigo 5º.



METODOLOGIA

Neste trabalho optou-se pela metodologia qualitativa. Logo, é resultado de uma leitura cuidadosa de artigos, livros e na própria Ação Direta de Inconstitucionalidade 3.510. O trabalho, em si, tenta responder ao seguinte questionamento: “Qual a relação entre a bioética e a pesquisa/manipulação de células tronco embrionárias?” Por isso, também fez-se a busca por conceitos, relatose resultados de pesquisas acerca do tema em sites jurídicos tal qual do Supremo Tribunal Federal e do Ministério Público Federal.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O aumento dos índices de doenças degenerativas que estão associadas, principalmente, ao envelhecimento populacional, caracterizam o cenário que fomentou e estimulou o desenvolvimento de entidades que investissem na pesquisa com células-tronco em diversos países (ZORZANELLI *et al.*, 2017). Nesse contexto, desde a década de 80, nos Estados Unidos, a pesquisa com células embrionárias ganhou prestígio entre a comunidade pesquisadora; cenário semelhante ao que o Brasil viveu na primeira metade dos anos 2000, com o Instituto Milênio de Bioengenharia Tecidual, que introduziu os estudos na área, e posteriormente, em 2005, com a liberação da utilização de células-tronco para pesquisas, por meio da Lei de Biossegurança - Lei nº 11.105 (Brasil, 24 março de 2005), aprovada no Congresso Nacional.

Os entraves éticos por trás da pesquisa com as células-tronco iniciaram nom mesmo ano em que a Lei de Biossegurança foi aprovada (ZORZANELLI *et al.*, 2017), definindo os dois lados de uma moeda: de um, a promessa da medicina regenerativa, e de outro, a defesa levantada pelo olhar ético e religioso contra a utilização dessas espécies celulares. O contexto desse debate está diretamente relacionado às definições que cercam um questionamento conhecido por pesquisadores e defensores do direito à vida: O embrião pode ser considerado como uma vida? Para uma parcela da população, o conglomerado de células originados nos primeiros dias após a fecundação, não constitui uma vida, enquanto para a outra parcela, já existe vida desde o primeiro momento da concepção (MATIAS *et al.*, 2019), sendo a garantia dos direitos desse feto, o maior ponto de argumentação no tema.

A aclamada inconstitucionalidade que envolve as pesquisas está enraizada nessa conjuntura e foi verbalizada através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 3.510) de 2008; a qual tão logo foi impugnada no Supremo Tribunal Federal, garantindo que as pesquisas pudessem ser continuadas no país, concordando com o panorama mundial de pesquisas (SILVA, 2020). Há de saber que, embora as pesquisas sejam legais no Brasil, as discussões que cercam esse tema encontram-se longe de serem aquietadas, haja vista as crenças éticas e morais de cada um, tanto no que concerne a discussão acerca do conceito de vida desses embriões, quanto no que se confronta com a Constituição Brasileira – em especial no que diz



respeito à assistência desses embriões como um dever do Estado (SILVA, 2020).

Apesar de a legislação ter sido positivada em 2005, notou-se uma grande controvérsia, dividindo opiniões e por isso foi vítima de muitas polêmicas. A ADI 3.510, última atualização realizada, diversificou a opinião dos juristas no nosso país por isso o seguimento das pesquisas que tratam sobre células tronco acaba sendo responsabilidade dos comitês de ética e pesquisa. Isso pode ser melhor compreendido quando discussões em que o embrião se enquadra como nascituro ou não e se ele possui (ou não) direitos vigiados, entram em questão (SILVA, 2020).

Apesar de o Supremo Tribunal Federal ter constitucionalizado a Lei de Biossegurança em atenção à autonomia da vontade, ao planejamento familiar, à vida digna e à liberdade de expressão científica, desde que observadas cautelas na condução das pesquisas e na realização das terapias, ainda existe inflexibilidade e dificuldade burocrática imposta para realizar pesquisas com células-tronco. Além disso, os pesquisadores ainda lidam com clínicas que oferecem (a altos custos), terapias com células-tronco que, além de não possuírem comprovação de eficácia, estão sujeitas a efeitos colaterais graves. Dito isso, para que esse assunto deixe de ser uma discussão meramente moral, ética, filosófica e religiosa e tenha imponência na saúde pública obrigatória, a discussão tanto no meio acadêmico quanto jurídico, é imprescindível.

CONCLUSÕES

Paralelo ao avanço científico, ascendem também discussões éticas e bioéticas. Fica evidente que os processos científicos, de modo geral, comumente são aceitos ou recusados conforme fatores culturais e/ou religiosos de cada país. Debates éticos ocorrerão ainda sobre o assunto em grandes escalas, no futuro, já que quando há inúmeras possibilidades terapêuticas e a promessa de cura de doenças, antes incuráveis, o ser humano tem ofuscada as repercussões de suas ações a longo prazo e possíveis vulnerabilidades sociais. A bioética interpõe os âmbitos de opiniões com a missão de promover posições consideradas importantes tanto para a saúde, quanto para a vida humana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 3.510 – Distrito Federal**. Relator Min. Ayres de Britto. Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>. Acesso em: 15 nov. 2020

DINIZ, D.; AVELINO, D. Cenário internacional da pesquisa em células-tronco embrionárias. **Revista saúde pública**, v. 43, n. 3, p. 541-547, 2009.

LUNA, N. Células-tronco: pesquisa básica em saúde, da ética à panacéia. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, 2007.



MATIAS, D. P. *et al.* A ética no uso de células tronco revisão de literatura. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 25-32, 2019.

SILVA, P. G. DE L. Liberdade científica para as pesquisas com células-tronco embrionárias: simpatizantes, contraditores e o posicionamento jurídico internacional atual. **Revista Científica UMC**, Mogi das Cruzes, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2020.

ZAGO, M. A.; COVAS, D. T. Pesquisas com células-troncos: aspectos científicos, éticos e sociais. In: **Seminário Instituto Fernando Henrique Cardoso**, n. 16, p. 1-20, 2004. São Paulo. Anais [...]. São Paulo: Instituto Fernando Henrique Cardoso, 2004. Disponível em: URL: <http://www.ifhc.org.br/wp-content/uploads/apresentacoes/1936.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

ZORZANELLI, R. T. *et al.* Pesquisa com células-tronco no Brasil: A produção de um novo campo científico. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 24, n.1, p.129-144, 2017.

ENGENHARIA GENÉTICA: EVOLUÇÃO DA MANIPULAÇÃO GENÉTICA E A DISCUSSÃO BIOÉTICA

Milena Bittarello
Vitória Boschetti
Eduarda D'agostini
Franco Meneguzzo
Vivian Moreira

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

A Engenharia Genética envolve os processos que permitem manipular o genoma, podendo implicar em alteração das capacidades de cada espécie. (CANDEIAS, 1991). Também chamada de Genética Molecular, essa ciência embasa técnicas aplicáveis no manejo de doenças genéticas, parasitárias e infecciosas; além disso, o fato de proporcionar um universo de possibilidades de intervenções no genoma tornou essa área amplamente comercializada dentro da biologia. (GARCIA; CHAMAS, 1996)

Por sua vez, a evolução da emergente ciência traz consigo implicações bioéticas a serem observadas, como, por exemplo, o questionamento sobre ser ética ou não a manipulação da natureza. (GARCIA; CHAMAS, 1996) Apesar dos inegáveis benefícios proporcionados, questões como o uso da tecnologia na busca da eugenia ou a possibilidade de iatrogenia, ao propositalmente alterar o código genético, geram dilemas no âmbito bioético das aplicações da engenharia genética. (PENNA; CANOLA, 2010)

METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura referente à evolução da manipulação genética e a discussão bioética na área médica. Para tal fim, foram utilizados artigos escritos em inglês e português, publicados no período de 1991 a 2019 pesquisados das plataformas PubMed, Scielo e Google Acadêmico, através de palavras-chave que estabeleceram a relação entre a engenharia genética e a discussão bioética.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Engenharia Genética ou Genética Molecular são sinônimos que podem ser definidos como o isolamento de um fragmento de DNA de um organismo e sua purificação, examinação e, principalmente, manipulação. (CANDEIAS, 1991) A partir dessas manipulações pode-se, então, alterar as potencialidades de cada espécie, reduzindo suas “fragilidades”. (GARCIA; CHAMAS, 1996)

A primeira experiência bem-sucedida de engenharia genética é datada do ano de 1972, dando origem à chamada tecnologia de DNA recombinante. Essas novas tecnologias tornaram-se, então, a chave para o diagnóstico de diversas doenças genéticas, infecciosas e parasitárias. (GARCIA; CHAMAS, 1996) Dessa forma, as indústrias farmacêutica, química e agrária passaram a investir pesado nesse tipo de tecnologia, o que permitiu o desenvolvimento de testes diagnósticos sensíveis (GARCIA; CHAMAS, 1996) e a “obtenção de produtos e substâncias através de técnicas genéticas, e não somente do cruzamento de espécies já existentes na natureza” (PENNA; CANOLA, 2009). Isso quer dizer, em outras palavras, que passou a ser possível modificar o organismo para a direção desejada. (GARCIA; CHAMAS, 1996) Por isso, salienta-se as diversas possibilidades de benefícios à humanidade, como combate a doenças e melhoramento da quantidade e qualidade dos alimentos, em contrapartida aos riscos envolvidos com o melhoramento genético. (PENNA; CANOLA, 2009)

Tendo em vista os avanços e o vislumbre de prosperidade no âmbito da genética molecular, ao passo que novas tecnologias relacionadas à imunologia e à bioquímica desenvolvidas após a segunda guerra “permitiram o diagnóstico de várias doenças genéticas relacionadas ao metabolismo - alcaptonúria, cistinúria, hemo-globinopatias, albinismo, etc.” (GARCIA; CHAMAS, 1996) e também de outras enfermidades como síndrome de Down, fibrose cística, doença de Huntington, etc., a engenharia genética passou a permitir o diagnóstico de doenças no recém nascido e no feto, tal como em adultos, possibilitando o aconselhamento genético, visando evitar o nascimento de bebês com alguma síndrome genética, ou o rastreamento precoce de câncer, por exemplo. (GARCIA; CHAMAS, 1996) Nesse contexto, foi lançado, em 1990, o Projeto Genoma Humano (PGH), liderado pelo *National Human Genome Research Institute*, com o objetivo de sequenciar todo o genoma humano. Esse sequenciamento visava ainda mais avanços nas pesquisas relacionadas à engenharia genética, aumentando as possibilidades de lucro com o patenteamento de regiões do genoma. Entretanto, os resultados foram muito mais discretos que o esperado, e o conhecimento do genoma humano não foi fonte de grandes lucros e desenvolvimento de cura para doenças genéticas. (GOES; OLIVEIRA, 2014).

Nos últimos anos, por sua vez, surgiu a mais polêmica técnica de engenharia genética, a CRISPR, que possibilita a alteração de fragmentos genômicos “defeituosos” por outros saudáveis, ou ainda, inserir caracteres benéficos ao organismo. (REIS; OLIVEIRA, 2019) Em 2013, foi realizado um experimento que mostrou ser possível a manipulação de células germinativas e embriões, sendo que poderiam ser realizadas várias



manipulações simultâneas. Isso abriu portas, enfim, para a modificação genética e a transmissão para gerações posteriores. (REIS; OLIVEIRA, 2019)

Mesmo com tantos benefícios possíveis proporcionados pelas inovações na engenharia genética, há controvérsias e discussões acerca dos riscos existentes. Modificações em células germinativas, por exemplo, podem causar malformações em embriões ou até mesmo alterações genéticas recessivas que se manifestarão somente em próximas gerações (REIS; OLIVEIRA, 2019). No Brasil, as normas de segurança e a fiscalização sobre o manuseio de organismos geneticamente modificados estão estabelecidos na Lei Nº 11.105, de 2005, que, entre outras diretrizes, estimula o avanço científico de biossegurança e biotecnologia e utiliza-se do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente, além de criar o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS e reestruturar a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio. Ademais, questões éticas levantadas por (HABERMAS, 2016) questionam a autocompreensão da espécie sobre sua constituição orgânica, além de ressaltar a possibilidade de eugenia, conceito relacionado à seletividade genética. Diferentemente de quando atribuída ao nazismo, a eugenia nos dias de hoje é direta e literalmente ligada à manipulação genética individual (FRAGA; AGUIAR, 2010), assim (FRANCO, 1996) demonstra preocupação com futuro, quando tais conceitos tornarem-se banais e a eugenia negativa possa influenciar, de maneira mais incisiva do que na Alemanha nazista, nas características fisiológicas de recém nascidos, que deixam de ser obras do acaso.

CONCLUSÕES

Quanto maior for o avanço da engenharia genética, maiores serão as condições e possibilidades de manipulação da espécie – e mais dilemas bioéticos serão colocados em pauta. Por um lado, a progressão da ciência poderá resultar em grandes benefícios para a saúde da humanidade, proporcionando diagnóstico, prevenção e cura de inúmeras doenças relacionadas aos genes. Por outro, além das injúrias que podem ser causadas aos indivíduos até que se obtenha o aperfeiçoamento completo da engenharia genética, a tecnologia também corre o risco de ter seu uso direcionado a questões indevidas, como por exemplo a busca pela eugenia. Assim, destaca-se a importância da discussão dos dilemas bioéticos que devem ser desenvolvidos paralelamente aos avanços da ciência, a fim de regulamentar e criar soluções que não impeçam a evolução tecnológica, mas que assegurem a dignidade dos seres humanos.

REFERÊNCIAS

CANDEIAS, J. A. N. A engenharia genética. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 3-10, Feb.1991.



FRAGA, I. de O.; AGUIAR, M. N. Neoeugenia: o limite entre manipulação gênica terapêutica ou reprodutiva e as práticas biotecnológicas seletivas da espécie humana. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 1, p.121-127, 2010.

FRANCO, A. Genética Humana e Direito. **Revista Bioética**, v.4, n. 1, 1996.

GARCIA, E. S.; CHAMAS, C. I. Genética molecular: avanços e problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 103–107, 1996.

GOES, A. C. de S.; OLIVEIRA, B. V. X. de. Projeto Genoma Humano: um retrato da construção do conhecimento científico sob a ótica da revista Ciência Hoje. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 20, n. 3, p. 561-577, Sept. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132014000300561&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2020.

HABERMAS, J. **O futuro da natureza humana**. Tradução de Karina Jannini. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

PENNA, J. B.; CANOLA, B. C. A Evolução Da Biotecnologia e da Engenharia Genética Frente Às Implicações Ambientais, Ao Biodireito e aos Direitos Fundamentais. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás**, v. 33, n. 2, p. 74-88, 2010.

REIS, E. V. B.; OLIVEIRA, B. T. CRISPR-CAS9, biossegurança e bioética: uma análise jusfilosófica-ambiental da engenharia genética. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 16, n. 34, p. 123-152, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1490>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ÉTICA MÉDICA E CUIDADOS PALIATIVOS: QUANDO O AFETO SUPERA A CIÊNCIA

Mainara Hoffmann Batista
Anielly Dos Santos Cella
Matheus Marchesan De Prá
Matheus Teixeira Feres
Vivianne Amanda Do Nascimento
Maria Isabelle Nakano Vieira

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

Ética médica e cuidados paliativos devem estar diretamente associados, constituindo relações protetoras de direitos, sustentadas no respeito, na dignidade humana e na qualidade do cuidado e assistência. É fundamental o preparo e formação adequada do profissional, em relação aos cuidados paliativos, com o intuito de fornecer atendimento humanizado, responsável e ético, uma vez que conhecer as implicações de uma relação não fortalecida, gera competências e habilidades ao médico, e, por conseguinte, promove condições de percepção aos sentimentos envolvidos, de compreensão das limitações e de aceitação da morte.

Diante da complexidade do tema em questão, ter conhecimento da finitude da vida só ocorre, efetivamente, promovendo discussões e pesquisas do assunto, por isso a constituição dessa revisão bibliográfica. Este estudo tem como objetivo compreender as necessidades reais dos indivíduos em cuidados paliativos, os sentimentos transferenciais e contratransferenciais da relação médico-paciente terminal e a importância do estabelecimento da ética no contexto referido.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão bibliográfica sobre afeto nos cuidados paliativos e ética médica. Para tanto, foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed e Scielo, utilizando-se os descritores cuidados paliativos, ética médica, afeto, comunicação e inteligência emocional.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde definiu cuidados paliativos como sendo 'cuidados ativos e totais do paciente quando a doença não mais responde ao tratamento curativo' (WHO, 2006). Supor que não há o que ser feito por um paciente sem cura é um erro, pois enquanto há vida, há necessidade de cuidado. Assim, é necessário proporcionar o máximo de conforto permitindo que o processo de morte seja vivenciado com dignidade, torna-se o foco buscar qualidade quando não é mais possível acrescentar quantidade de vida.

Os cuidados paliativos baseiam-se no controle da dor, controle dos sintomas, e atenção à dimensão emocional, social e espiritual. De forma que, a atenção paliativista seja voltada para a pessoa doente e não para a doença, resgatando e revalorizando as relações interpessoais, cuidar quando a cura não é mais possível (ARAÚJO, 2012). Dessa forma, é preciso mais estudo e preparo para o enfrentamento da morte e dos cuidados paliativos. Habilidades de comunicação como principal aspecto no cuidado emocional dos pacientes e familiares, com o uso adequado da comunicação interpessoal, é possível decifrar informações essenciais e diminuir a ansiedade e aflição de quem vivencia a ameaça da terminalidade (ARAÚJO, 2012). A comunicação e relacionamento com pacientes tornam-se protagonistas nesse momento de suas vidas (ARAÚJO, 2007).

O relacionamento interpessoal deve ser baseado na empatia e compaixão que se tornam os principais fatores a serem praticados por quem cuida, a fim de poder aliviar psicologicamente o paciente e entregá-lo um cuidado humanizado. Uma comunicação verbal aplicada de forma correta, otimista e bem-humorada reduzem o estresse psicológico e também lhes permitem compartilhar o sofrimento por meio da criação de uma relação com confiança. Outro fator a destacar é a linguagem não-verbal, o paciente em seu maior momento de sensibilidade torna-se capaz de entender e identificar sinais do profissional, inferindo se este é confiável. Os sinais não verbais como o sorriso e os olhares permitem inferir se o profissional é atencioso ou frio, sendo assim determinante para estabelecer um vínculo de confiança do qual depende o cuidado (ARAÚJO, 2007)

Observa-se também que os pacientes em cuidados paliativos preferem não conversar sobre a doença ou a morte, optando por conversar sobre outros assuntos, uma vez que a menção do estado atual e do futuro do paciente lhe traz angústia, tristeza e piora do quadro. Assim, valorizando o otimismo, mesmo em momentos de conversas sérias é preciso ter empatia para encontrar o lado bom do momento trazendo o conforto emocional ao paciente (ARAÚJO, 2007).

O bom-humor também se encontra nas formas de comunicação, pois é espontânea e contextual, permite aliviar a tensão, ansiedade e insegurança em um contexto de dor e sofrimento. Além disso os pacientes referem a necessidade de estarem acompanhados, uma vez que a solidão e a sensação de ser esquecido agrava o quadro (ARAÚJO, 2007).

Profissionais com prévia capacitação teórica em cuidados paliativos e estratégias de comunicação desempenham-se melhor neste aspecto do que aqueles sem formação prévia. A escuta ativa é a principal



estratégia, significa centrar-se no outro e em suas reais necessidades, nos mais amplos aspectos. Atentar-se para as atitudes do paciente, manifestas de modo verbal e não verbal. Quando se sentem escutados, têm a cálida e reconfortante sensação de que são compreendidos e valorizados pelo profissional (ARAÚJO, 2012).

Assim, escutar ativamente envolve a manutenção de contato visual com o paciente, meneios positivos de cabeça, o uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e orientação do corpo com o tronco voltado para a pessoa e o uso de expressões verbais curtas que encorajam a continuidade da fala. O toque afetivo estimula terminações nervosas sensoriais que desencadeiam alterações neuronais e mentais, as emoções. E demonstra que o profissional reconhece seu sofrimento e é solidário ao mesmo (ARAÚJO, 2012).

O cuidado paliativo é uma situação dicotômica, pode trazer satisfação e angústia. Mas, quais as emoções que o paciente terminal desperta no médico? É um aspecto pouco debatido. Esses sentimentos são inerentes à profissão e constituem um pilar fundamental da relação médico-paciente. Percebe-se uma falha na construção acadêmica do profissional (ausência de ensinamentos úteis sobre o luto), no que tange a identificação de emoções no paciente, tornando a prática clínica algo que baseia-se somente nas experiências pessoais (ANTUNES, 2005).

Desse modo, a falta de conhecimento sobre o assunto pode trazer malefícios ao profissional: angústia, esgotamento. A regulação do grau de envolvimento emocional próprio e com o doente é uma tarefa fundamental na construção do profissional, tanto o excesso quanto a evitação podem pôr em risco o sucesso da relação. Sabe-se que, excluindo os psiquiatras, os médicos não são treinados para identificar as emoções geradas nos encontros clínicos, momento no qual as relações de transferência e contratransferência se estabelecem. Nasce aí a necessidade de um treino para reconhecimento consciente das emoções (ANTUNES, 2005).

Na relação médico paciente, o médico deve adotar uma postura de escuta (efeito terapêutico), facilitar a comunicação (perguntas abertas), transmitir compreensão e fornecer apoio psicológico, a fim de construir uma relação que possibilite o tratamento terapêutico (ANTUNES, 2005).

Entretanto as implicações emocionais no médico nem sempre são observadas, resultando em um potencial impacto tanto no cuidado com o doente quanto em si próprio. Questões referentes a perda do significado da profissão, perda da clareza dos objetivos da medicina, desamparo, desespero, frustração e sentimentos de raiva com o sistema de saúde contribuem para um contexto de esgotamento profissional que pode culminar em depressão (ANTUNES, 2005).

Para contornar esse quadro o estudo propõe um método que visa desenvolver uma estratégia de envolvimento emocional com o paciente, baseada em 4 etapas:

1. Identificar fatores de risco que predispõem o médico ao excesso de envolvimento;
2. Reconhecimento de sinais e sintomas emocionais que estão afetando negativamente o cuidado do paciente;
3. Estabelecimento de um diagnóstico diferencial;



4. Envolvimento numa ação corretiva;

É preciso identificar fatores de risco que levam médicos ao excesso de envolvimento ou desapego emocional. Dentre os fatores se encontram a identificação do médico com o paciente, por exemplo, ter um familiar nas mesmas condições, ou estar passando por um luto recente, estar presente uma reflexão inconsciente acerca dos sentimentos, ou mesmo uma doença psiquiátrica como depressão ou abuso de substâncias. Além de fatores situacionais como uma discordância sobre os objetivos do tratamento e falta de clareza (ANTUNES, 2005).

Reconhecer sinais e sintomas emocionais que afetam negativamente são necessários. Dentre os sintomas de alerta estão os sentimentos de irritação ou desprezo em relação ao doente ou familiar, superioridade ou hostilidade, fracasso, culpa, auto responsabilização ou obrigação de “salvar” o paciente, evitar o paciente e dificuldade de comunicação. A conscientização do impacto das próprias emoções possibilita uma capacidade de lidar com a situação posteriormente, essa conscientização é fundamental para a próxima etapa (ANTUNES, 2005).

Para estabelecimento de um diagnóstico diferencial é primeiramente necessário ter clareza que pode haver diferentes etiologias e conexões nem sempre explicáveis para sentimentos despertados pelo paciente. O artigo propõe 4 passos (ANTUNES, 2005):

1. Identificação do sentimento;
2. Aceitação com naturalidade;
3. Reflexão acerca do sentimento para poder antecipá-lo conscientemente;
4. Consulta com colega, que diminui o isolamento e auxilia numa rede de apoio para o trabalho clínico complexo e exigente.

Essa estratégia permite enriquecer a experiência da prática clínica e tornar mais forte o compromisso profissional. Embora muito do que se passa entre paciente e médico ocorra no inconsciente, a capacidade de distanciamento da emoção/ sentimento, pode levar a uma restauração do controle consciente e escolhas racionais, acerca do melhor cuidado. A ausência de identificação e de reflexão acerca de emoções sentidas durante o trabalho com doentes terminais contribui para elevadas taxas de esgotamento, de depressão e abuso de substância na profissão médica (ANTUNES, 2005).

É fundamental para os profissionais que trabalham nessa área gerenciar suas emoções para que não haja reações contratransferenciais e estas não interfiram na conduta do paciente. Dessa forma, é preciso exercer a “inteligência emocional” de Goleman, reconhecendo os próprios sentimentos, impulsos e fraquezas para controlá-los, considerando o sentimento do próximo. Também, é importante desenvolver o diálogo e harmonia entre a equipe para que, de certa forma, ocorra um alívio emocional (ARAÚJO, 2012).



Em relação ao médico residente, frente ao paciente terminal, é importante considerar a sua preparação e formação médica tanto na graduação, quanto na residência médica, além disso, suas experiências pessoais com a morte, sua autopercepção diante deste processo e seu posicionamento filosófico e religioso, a fim de construir melhores condições de enfrentamento à finitude do ser humano, de forma saudável, humana, ética e bioética. Um dos principais itens relacionados às dificuldades dos profissionais com o tema morte é a comunicação médico-paciente/familiares. Os principais sentimentos despertados ao conversar com um paciente sob cuidados paliativos são sentimento de tristeza, sentimento de pena e sentimento de angústia, sendo que muitos residentes, nesta pesquisa, usavam o mecanismo de racionalização na relação com o paciente terminal (AMARAL *et al.*, 2008).

Outro fator importante, causador de tensões nessas relações, está no campo da ética e bioética, visto que é necessário e imprescindível, na atuação médica, a aplicação prática dos princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Sendo que na autonomia, entende-se que o paciente tem o direito de decidir sobre sua própria vida; na beneficência, a comunicação da veracidade das informações, quanto ao prognóstico de sua doença e suas possibilidades gera benefícios ao paciente, na maioria das vezes; e na justiça, ao garantir a autonomia do indivíduo, evita-se ferir este princípio (AMARAL *et al.*, 2008). “A comunicação de verdades dolorosas não deve ser o equivalente a destruir a esperança da pessoa” (AMARAL *et al.*, 2008, p.18)

Numa ótica holística, é de suma importância atentar-se para o processo educacional da formação médica quanto aos aspectos éticos relacionados a cuidados paliativos. Para tanto, deve-se questionar o padrão de ensino do modelo médico biomecânico vigente, baseado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos (DE BENEDETTO, 2014).

Ademais, as emoções representam um papel importante na vida dos estudantes de medicina, não só porque necessitam lidar com suas próprias emoções, mas porque carregam consigo as de seus pacientes, em contraste com poucos componentes curriculares que discursam sobre o assunto. Somado a isto, como chave fundamental para o entendimento da condição alheia está a empatia, considerada o ponto chave de um comportamento ético e humanizado do profissionalismo médico (DE BENEDETTO, 2014).

Nesse cerne, pode-se prezar por abordagens acadêmicas que realcem a importância de um trabalho focado em narrativas pessoais e literárias, que tendam por contemplar o ser humano em sua totalidade, levando em conta aspectos físicos, mentais, emocionais, espirituais, culturais e sociais do indivíduo, servindo como mecanismo desencadeador da reflexão e como método de ensaio mental e oferecendo uma maneira de repensar previamente situações difíceis antes mesmo de enfrentá-las (DE BENEDETTO, 2014).

Ainda, estimular a interação entre acadêmicos e pacientes paliativos e seus familiares, treinando a escuta ativa, o acolhimento, estimulando a empatia no atendimento, relato de narrativas e o compartilhamento de emoções e sentimentos que afloram, permite maior integração de forma a propiciar clareza e eficácia em



tomada de decisões éticas. Aliado a isto, pode-se trabalhar e conduzir as emoções, fixando os dilemas éticos e firmando acordos morais em grupos reduzidos de compartilhamento, catalisando posicionamentos éticos e humanísticos nas vivências, pois o conhecimento que se adquire com as emoções forjará mediante a reflexão das vivências e, por meio delas, um conhecimento assimilado, duradouro, que transforma (DE BENEDETTO, 2014).

Assim, ao observar as dificuldades dos médicos em relação à terminalidade da vida e sua complexidade envolvida, diante das diferentes nuances e sentimentos transferenciais e contra transferenciais, é fundamental estratégias de preparação do profissional ao enfrentamento da morte a fim de garantir a não transgressão dos princípios éticos, respeitar o paciente em final de vida e fornecer o melhor cuidado e assistência com uma adequada qualidade na relação. Essa preparação envolve aulas expositivas, grupos de discussão e terapia com o objetivo de trabalhar melhor suas limitações. (AMARAL et al., 2008)

CONCLUSÃO

A comunicação com o paciente em cuidados paliativos é de extrema importância, uma vez que são valorizadas esferas verbais e não verbais. A presença do contato afetivo, da escuta ativa, do otimismo, bom humor e positividade são fatores essenciais no manejo do paciente, de forma a aliviar tensões, medos, tristezas e proporcionar maior conforto psicológico. No entanto, à medida que habilidades de comunicação não são adquiridas empiricamente ou com o tempo, mas somente com educação adequada, faz-se urgente e necessária a capacitação dos profissionais no âmbito paliativista e da comunicação no processo de morrer. Faz-se necessário que as instituições de ensino compreendam a importância da filosofia paliativista e facilitem sua implantação curricular na área da saúde, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação. Por fim, o profissional inserido em cuidados paliativos precisa envolver-se de inteligência emocional para lidar com o enfrentamento da morte diariamente, a fim de buscar minimizar os sentimentos que lhe afetam de forma individual e que afetam o tratamento e relacionamento com o paciente, o qual necessita de seus cuidados de forma afetiva, ética e assertiva.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. X. G. do *et al.* Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 61-86, 2008.

ANTUNES, M. I.; MOEDA, A. Ao encontro da morte - o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. **Rev Port Clin Geral**, v. 21, p.353-7, 2005.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.4, p.668-74, 2007.



ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 121-9. 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; DE SIMONE, G. G.; TORALES, G. M. G. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 6, n. 11, p.58-65, 2012.

DE BENEDETTO, M. A. C.; MORETO, G.; JANAUDIS, M. A.; LEVITES, M. R., BLASCO, P. Gonzáles. Educando as emoções para uma atuação médica ética: construindo o profissionalismo ético. **Revista Brasileira de Medicina (RBM)**, Especial Oncologia M2, v. 71, p. 15-24, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO. **Definition of Palliative Care** [text on the Internet]. Geneva; 2006. [cited 2020 dec]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 12 nov. 2020.

REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS COM MALFORMAÇÕES COMPLEXAS: O ASPECTO ÉTICO EM RELAÇÃO A ESCOLHA DA CONDUTA MÉDICA

Amanda Peracchi Schneider
Isadora Cristina da Silva
Jean Carlos Ostrowski
Lucas Bresolin
Maria Carolina Simionato

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

Dentre os dilemas morais e éticos enfrentados durante o exercer da profissão médica, um deles é o de reanimar ou não um neonato com malformações congênitas. Existem hoje, algumas diretrizes que estabelecem critérios para auxiliar na decisão do médico. Entretanto, cada caso possui suas peculiaridades e particularidades referente ao percurso da doença, prognóstico, viabilidade e qualidade de vida pós ação.

Além disso, hoje a responsabilidade da decisão não recai apenas sobre o médico, é uma responsabilização compartilhada. Isso se deve ao fato de que, ambas as partes possuem uma parcela de contribuição. Entretanto, cabe à equipe médica, a ponderação e explanação à família, sobre o grau de benefício das manobras, os custos gerados, as chances de morbidade e a qualidade de vida pós procedimentos. Do outro lado, a visão parental traz consigo valores culturais a serem confrontados aos valores éticos e morais.

Logo, este trabalho, objetiva fazer uma reflexão ética a respeito da complexidade da tomada de decisões a serem executadas ou não a um paciente que não tem condições de decidir por si. Visando uma ação ética e moralmente correta, as decisões frente a situações em que há necessidade de reanimação de um recém-nascido, e para que essas sejam respaldadas, devem ser ponderados todos os critérios para que a melhor decisão seja adotada para cada paciente.

METODOLOGIA

A construção deste trabalho realizou-se por meio de uma revisão literária a partir de artigos relacionados ao tema “Aspectos Éticos na Reanimação de Recém-nascidos com Malformações Congênitas”



publicados nos últimos doze anos. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas SciELO, PubMed e Google Acadêmico, bem como nos sites das Sociedades Brasileira e Americana de Pediatria.

Os artigos revisados foram escritos nas línguas portuguesa e inglesa e os critérios para a sua seleção foram o tema principal, a sua relação com a proposta deste trabalho e a data de publicação. Como palavras-chave, utilizou-se “reanimação”, “recém-nascido”, “malformações congênitas” e “ética”, bem como seus correspondentes em inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A despeito do incontestável avanço na área médica, a observância de aspectos biológicos, legais, econômicos e éticos (AMBRÓSIO; SILVA; MELO, 2015) torna-se imprescindível ante a aplicação de medidas extremas, como a reanimação cardiopulmonar de recém-nascidos (RN) com malformações complexas. Nesse sentido, o médico deve ponderar o emprego de tratamentos intensivos tendo em vista o “grau de benefício esperado e o impacto que o mesmo possa causar na qualidade de vida do paciente” (AMBRÓSIO; SILVA; MELO, 2015). Essa ponderação faz-se necessária, uma vez que quanto maior o esforço despendido para salvar uma vida considerada no limite da viabilidade, maiores são a complexidade e os custos do tratamento, e, na grande maioria dos casos, maior é a morbidade posterior (AMBRÓSIO; SILVA; MELO, 2015).

A partir disso, o médico depara-se com um grande dilema: quando investir ou não na reanimação do neonato? Trata-se de uma questão complexa, para a qual a resposta é incerta. Dessa forma, segundo Pinter (2008), devem ser considerados alguns aspectos éticos e teóricos antes da tomada de qualquer decisão, tais como: o “valor” da vida, a autoridade dos pais, a qualidade de vida do neonato - a expectativa de vida, o sofrimento físico e mental e a carga sobre a família e sociedade, bem como as modalidades de tratamento.

Nesse sentido, Pinter (2008 apud RICKHAM'S, 1978) propõe seis grupos dentre os quais fetos e neonatos com anomalias congênitas podem ser divididos de acordo com a gravidade da doença, são eles: (1) aqueles que têm potencial para recuperação total; (2) aqueles com anomalias que permitiriam uma vida quase normal; (3) aqueles com malformações que requerem supervisão permanente e/ou cuidados médicos; (4) aqueles com defeito de repouso somático e desenvolvimento mental subnormal; (5) aqueles com graves danos somáticos e mentais; e (6) aqueles com anomalias incompatíveis com a vida. Essa divisão, dentre outros, proporciona ao médico respaldo teórico para a tomada da decisão de iniciar ou não a reanimação cardiopulmonar do RN com malformações congênitas na sala de parto. No entanto, na prática, mesmo com agrupamentos e diretrizes, essa decisão não é simples, pois envolve aspectos sociais, culturais, financeiros, emocionais e, principalmente, éticos.

Dada a condição de que o recém-nascido não pode tomar decisões por si mesmo, a responsabilidade de fazê-lo recai sobre os pais (PINTER, 2008), o que os torna o centro da tomada de decisão. Entretanto, pode-



se inferir que, em sua maioria, os pais em questão são leigos, não possuindo o conhecimento técnico necessário para que a decisão tomada seja do maior interesse do neonato (EDWIN; EDWIN; MCGEE, 2015).

Nesse sentido, a melhor opção é a decisão compartilhada e a corresponsabilização entre pais, equipe médica e comitê de ética da instituição (se necessário) seguindo os critérios já descritos (EDWIN; EDWIN; MCGEE, 2015). Por isso, parte importante do processo parental de decisão se dá na informação, ou seja, é necessário que a equipe médica envolvida no caso forneça todas as informações necessárias, incluindo a descrição da anomalia, as chances de sobrevivência, etiologia, descrição dos procedimentos a serem realizados, passos do processo de recuperação e o prognóstico em relação a qualidade de vida do paciente (PINTER, 2008). Além disso, é imprescindível que esse processo se dê de maneira calma, sem apressar uma decisão (PINTER, 2008).

Ainda assim, há casos em que a vontade dos pais pode não ser ética ou moralmente correta. A exemplo está o caso “Indiana Baby Doe”, no qual um bebê nascido no estado de Indiana, EUA, em 1982 portador de Síndrome de Down e possuindo uma fistula traqueoesofágica, uma malformação congênita relativamente comum e facilmente tratável, foi oferecido apenas cuidados paliativos, visto que os pais se negaram a autorizar qualquer outro tratamento corretivo da malformação, levando à morte do neonato aos 6 dias de vida (PINTER, 2008).

O caso alcançou grande repercussão nas mídias internacionais, gerando questionamentos sobre a decisão parental, visto que a Síndrome de Down oferece um prognóstico extremamente favorável de qualidade de vida para os pacientes e que a cirurgia para correção da malformação poderia ter sido curativa. (BABY, 2010, p. 25-46). Assim, essa situação levou a criação da “Baby Doe Law”, uma lei criada para a proteção de neonatos com malformações e deficiências, a qual estabelece uma série de critérios para a negação de tratamento, colocando certos limites na tomada de decisão dos pais, no intuito de tornar as mesmas mais éticas e moralmente corretas. (BABY, 2010, p. 25-46)

Em outra situação relatada, um bebê de 9 meses, também com Síndrome de Down e com um defeito de valva atrioventricular, nascido em parada cardiorrespiratória que foi ressuscitado na sala de parto (EDWIN; EDWIN; MCGEE, 2015). A decisão de performar a ressuscitação foi da equipe médica, sem a opinião da família, pelas circunstâncias do momento (EDWIN; EDWIN; MCGEE, 2015). Após o ocorrido e comunicado à mãe, a mesma manifestou o desejo de que não houvesse sido feita a ressuscitação, e que o bebê fosse “deixado para morrer” (EDWIN; EDWIN; MCGEE, 2015).

Ambas as situações podem colocar em discussão a autoridade dos pais na decisão, especialmente porque essa decisão pode ser amplamente influenciada por valores morais e culturais que não atendem princípios éticos ou não vão ao encontro do melhor interesse do neonato (PINTER, 2008).

Outrossim, no aspecto médico, quando o pediatra se depara com um problema ético no cuidado de um recém-nascido gravemente doente, uma diretriz pode ajudar no processo de tomada de decisão. Existem várias



dessas diretrizes e, de acordo com Pinter (2008), geralmente contêm o seguintes componentes: (1) identificar os tomadores de decisão (pais, médicos, tutores legais); (2) reunir todos os fatos médicos relevantes possíveis (diagnóstico, prognóstico); (3) avaliar solicitadamente todos os dados de todas as partes envolvidas; (4) definir as opções de tratamento disponíveis (cura, melhoria, riscos); (5) avaliar as opções de tratamento possíveis e fazer uma recomendação ou dê alternativas; e (6) alcançar uma resolução de consenso.

Especificamente em relação à reanimação de recém-nascidos com malformações complexas, a possibilidade de reanimação deve ser discutida, de preferência, antes do parto, mas a decisão final, diante das inúmeras incertezas, é feita no momento do nascimento. Segundo Almeida e Guinsburg (2016), a conduta de “esperar e ver” para então iniciar a reanimação deve ser abandonada, pois retarda o início dos procedimentos pode resultar em um recém-nascido com lesão pelo estresse ao frio, hipoglicemia, hipotensão e hipoxemia, aumentando ainda mais sua morbidade e mortalidade.

Ademais, a lei tenta construir um sistema prático, geralmente sem sucesso. Portanto, em muitos países do mundo, a autonomia dos pais aumenta onde a lei e outros órgãos de decisão estão falhando. Do mesmo modo, conforme Pinter (2008), os médicos são responsáveis não apenas pelo que fazem, mas também pelo que se abstém de fazer. Dilemas éticos não podem ser resolvidos seguindo um livro de receitas, escolhas devem ser enquadradas em termos de “a melhor solução sob circunstâncias”, em vez de em termos de “certo ou errado”.

Assim, reitera-se que a decisão compartilhada entre a equipe médica e a família é a melhor opção nesses casos, seguindo princípios e diretrizes estabelecidas, contando com a opinião de um Comitê de Ética quando necessário (EDWIN; EDWIN; MCGEE, 2015). Dessa forma, apesar de não haver garantia, pode-se inferir que a escolha feita será a mais correta possível, buscando o benefício de todas as partes envolvidas.

CONCLUSÕES

A reanimação de recém nascidos com malformações congênitas envolve decisões complexas, além de avaliações eticamente difíceis, visto que abrange aspectos morais, econômicos, sociais, biológicos, éticos e legais. Ainda não se tem certeza de quem é o responsável por tal decisão. O mais apropriado e aconselhado é que seja feita em conjunto entre os pais, a equipe médica e, se necessário, o comitê de ética da instituição. Se possível esse debate deve iniciar anteriormente ao parto, junto com a análise no momento do nascimento.

Para amparar a escolha, atualmente, existem alguns estudos e protocolos, que visam exemplificar com situações semelhantes e ajudar a tomada da resolução. Com muitas pesquisas na área, Pinter (2008) elaborou diretrizes e estudos sobre esse tema, levando em consideração a expectativa e qualidade de vida do recém-nascido com malformações complexas, servindo de base para a decisão de que deve-se realizar a reanimação



ou não. O caso “Indiana Baby Doe, ajudou a melhorar a visão de como essa escolha tão importante deve ser elaborada, não mostrando caminhos corretos ou errados, mas sim como é necessária uma estrutura e esclarecimento nesses momentos, tanto para os pais quanto para os profissionais envolvidos. Assim, proporcionando uma base científica para atuar de maneira mais ética e correta possível perante a particular situação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. **Reanimação do recém-nascido \geq 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBP-ReanimacaoRN_Maior34semanas-26jan2016b.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

AMBRÓSIO, C. R.; SILVA, C. H. M. da; MELO, É. G. A. Aspectos éticos do nascimento no limite de viabilidade. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 511-516. 2015

BABY. Does and the Right to Lifesaving Treatment. **Saint Paul:** Government of Minnesota, 2010. p. 25-46.

EDWIN, A. K.; EDWIN, F.; MCGEE, S. J. **Ethical dilemmas relating to the management of a newborn with Down Syndrome and severe congenital heart disease in a resource-poor setting.** Johns Hopkins University Press, p.277-286. 2015.

PINTER, A. B. End-of-life decision before and after birth: changing ethical considerations. **Journal of Pediatric Surgery**, v.43, 430-436, 2008.

A ESCOLHA DE SOFIA: DILEMAS ÉTICOS NA ESCOLHA DE QUEM SOBREVIVE E QUEM MORRE

Fabiane Hoffmann Barbosa
Laura Garcia Sgarbossa
Cíndia Sartori
Fernanda Lanfredi Werkhausen
Simone Reghelin Cadore

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

O presente estudo dá-se baseado na relação entre o célebre romance de William Styron, “A Escolha de Sofia” (Sophie’s Choice), o qual conta a história de uma mãe, no contexto da Segunda Guerra Mundial, que teve uma difícil escolha em decidir qual dos dois filhos permaneceria vivo e qual deles morreria, e as atuais situações relacionadas ao meio médico, em que decisões semelhantes devem ser tomadas pelos profissionais.

“Transportando isso para o mundo jurídico e para o campo da bioética, a “escolha de Sofia” quer dizer ‘escolhas difíceis’ e na prática isso significa fazer “escolhas trágicas” de acordo com a chance de sucesso de tratamento de cada paciente, considerando a idade do paciente, doenças preexistentes, a gravidade do seu estado e a possibilidade de reverter esse quadro.” (LEITÃO JÚNIOR; MOUSINHO, 2020)

Apesar da dramaticidade da época, certas escolhas no nosso contexto atual são tão importantes quanto a de Sophia, pois, em certos casos, também acabam por colocar a vida de alguém em risco. No contexto médico, tais escolhas acabam sendo comuns, seja quando decidimos quem irá ou não receber atendimento, seja nas filas de transplantes, ou ainda pela decisão de quem está apto para receber o atendimento mais cuidadoso nos leitos da UTI.

A grande questão abordada eticamente no contexto médico está em até onde o médico tem esse poder de decidir a conduta do tratamento de um paciente, visto que tais decisões podem afetar o destino da vida de tal paciente (ou também, da qualidade de vida do mesmo). É certo que, na contemporaneidade, há inúmeros protocolos e guias a serem seguidos, o que padroniza esta decisão. A ética médica também se torna responsável por evitar que essas decisões sejam imprudentes, e sejam baseadas no preceito da justiça.

Porém, a grande discussão recorrente no meio médico dá-se em torno da seguinte questão: até que ponto é mais válido oferecer o melhor tratamento ao paciente mais grave, uma vez que o paciente com a



comorbidade mais branda possui mais chances de sobreviver? Esta questão pode ser bastante observada nas decisões referentes aos transplantes de órgãos. Pacientes terminais estão no topo da lista para receber o transplante, porém, muitos deles já estão tão debilitados pela doença, que acabam por não sobreviver mesmo após receberem o transplante, ou mesmo, não aguentarem a própria cirurgia.

O cenário do novo coronavírus também se enquadra na realidade de certas decisões médicas, que mesmo sendo difíceis, às vezes são necessárias. Apesar das medidas de segurança propostas, o vírus ainda é muito heterogêneo, e suas reações divergem de pessoas para pessoas; e o panorama torna-se ainda mais alarmante quando percebemos que não há respiradores para todos, e que esta pandemia está longe do fim.

METODOLOGIA

O respectivo trabalho consiste em uma breve revisão da Literatura, utilizando-se de artigos, notícias e publicações que envolvam os aspectos: “A escolha de Sofia”, a Covid-19 e os leitos de UTI, os dilemas que envolvem as preferências nas filas de transplantes de órgãos, adaptando-se ao contexto atual da sociedade. Conforme Santos e Canderolo (2006), uma revisão de Literatura é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A expressão “escolha de Sofia”, consagrou-se na década de 80 com a publicação do filme baseado no romance de William Styron. O filme retrata a difícil escolha de uma mãe, de origem polonesa, que precisou decidir qual dos seus dois filhos iria sobreviver, após ordem de um oficial nazista. Com base no contexto da época, a mãe opta por salvar o filho homem, pois julga que em uma sociedade extremamente machista e patriarcal, isso lhe traria mais chances de sobrevivência. Com essa decisão, inviabiliza a vida da menina, considerada mais frágil e vulnerável.

Como reflexo da pandemia, com situações de falta de equipamentos e, principalmente, lotação de leitos de terapia intensiva, diversos países vêm tomando atitudes que visam encontrar medidas éticas e legais para permitir o acesso dos cidadãos aos recursos disponíveis. Assim como no romance, as pessoas consideradas menos frágeis ou com maior possibilidade de melhora, serão mais facilmente submetidas ao tratamento do que os indivíduos mais vulneráveis.

Ao trazer a “escolha de Sofia” para o contexto da medicina percebemos que se trata de uma escolha muito difícil que os profissionais médicos precisam tomar. Diante disso, os profissionais devem levar em consideração a chance de sucesso do tratamento de cada paciente, a idade, as doenças pré-existentes, a gravidade do estado e a capacidade de revertê-lo. Lembrando que a Constituição Federal de 1988 consagra o



princípio da dignidade da pessoa humana como elemento inerente a todos os seres humanos. No plano jurídico, o valor intrínseco está na origem de uma série de direitos fundamentais, que incluem: (a) o direito à vida – todos os ordenamentos jurídicos protegem o direito à vida. (b) direito à igualdade – todas as pessoas têm o mesmo valor intrínseco e, portanto, merecem igual respeito e consideração, independentemente de raça, cor, sexo, religião, origem nacional ou social ou qualquer outra condição. Aqui se inclui a igualdade formal – o direito a não ser discriminado arbitrariamente na lei e perante a lei (BARROSO, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de "Lei Orgânica da Saúde", é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Desse modo, a democracia assegura o cumprimento pelo ordenamento jurídico da igualdade, nesse contexto a saúde integra o conjunto dos direitos sociais materializados pelo SUS. O princípio do acesso igualitário à saúde figura um direito social (REIS, 2020).

Dentro dos hospitais, o cidadão que está doente mesmo tendo todo o direito ao atendimento garantido pelo SUS, muitas vezes fica na fila esperando por horas devido a uma série de fatores. Por exemplo, às vezes é necessário um leito na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mas ela está lotada e a decisão do que fazer com o paciente é responsabilidade do médico e da instituição hospitalar. Ou ainda há dois pacientes em estado grave que necessitam de vaga na UTI, e só tem um leito disponível, a decisão de qual paciente irá ocupar a vaga é tomada com base em protocolos e em conversa com mais profissionais para que a decisão mais adequada seja tomada. Para quem observa essa situação de fora, como os familiares, fica o questionamento: “Quais seriam os critérios éticos orientadores de uma boa e justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde?”. Essa pergunta não é fácil de se responder, visto que existe um pluralismo de valores morais existentes na sociedade contemporânea, que levam a diferentes concepções do que seja uma ação boa e justa. As teorias utilitaristas defendem que para a avaliação da moralidade dos atos humanos se deva sempre levar em conta as consequências, os resultados das ações, se proporcionando o “maior bem-estar para o maior número possível de pessoas”, ou seja, a maximização do bem-estar (SOUZA, 2020).

Tendo em vista o transplante de órgãos, essa escolha é feita a partir de análise de características como: o tempo de espera para o transplante, o grupo sanguíneo, o peso e a altura do doador. Sendo que o



paciente receptor com mais critérios semelhantes ao doador, recebe o transplante, ou seja, nem sempre o primeiro da fila é quem vai receber o órgão.

Em um contexto mais atual, a pandemia COVID-19, tornou o assunto ainda mais visado, visto que o colapso do sistema de saúde veio à tona diversas vezes, tornando-se necessário a tomada de decisões, entre escolhas e exclusões, ao acesso de tratamento para pacientes acometidos pela COVID-19. A partir disso, foram criados protocolos, a serem usados se necessário, contemplando como critério de justiça a triagem dos pacientes, com o intuito de priorizar pacientes com melhores chances de benefícios e expectativa de sobrevida. Outro exemplo, é a Itália, onde o critério adotado foi a faixa etária, sendo que pacientes com mais de 80 anos ou com a saúde muito debilitada não seriam admitidos em UTIs, visto que elas já se encontram sobrecarregadas. No entanto, tendo em vista o ordenamento jurídico vigente no Brasil, a “Escolha de Sofia” fica vedada como opção de critério para o emprego de recursos de saúde, visto que o direito à vida está garantido pela Constituição Federal de 1988.

CONCLUSÃO

Durante a vida, todo o ser humano necessita de cuidados. Estamos todos expostos a situações de vulnerabilidade, pode ser durante a infância, situações de adoecimento ou envelhecimento, portanto, este seria um princípio ético e moral da própria condição humana. Somos todos vulneráveis, porém não somos vulneráveis da mesma forma, uma vez que as opções de tratamento não são igualmente ofertadas a todos os indivíduos. (WEID, 2020)

Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, diariamente tomam decisões consideradas difíceis, e essas devem ser baseadas em aspectos éticos. A importância destes, fica mais evidente quando relacionada a questões que envolvem recursos escassos, como qual paciente será alocado para um leito de UTI, ou quem irá receber um transplante de órgão. Segundo Souza (2020), o processo de decisão envolve aspectos relacionados ao recurso em si, ao critério utilizado na alocação do recurso, e quanto à forma, âmbito e abrangência do processo. Os critérios para o emprego de insumos com escassez na saúde devem observar os preceitos éticos para se aproximar do primado da justiça.

A alocação de recursos escassos em saúde deve observar a Constituição Federal de 1988, que diz que o direito à vida funciona como direito fundamental, e sobre esse enfoque não há como valorar uma vida em detrimento de outra. As ferramentas de apoio à decisão do médico devem ser baseadas no primado da igualdade, uma vez que o médico tem o dever ético e moral com todos os pacientes, assim, deve pregar a boa prática médica, sem qualquer critério de distinção.



REFERÊNCIAS

A ESCOLHA de Sofia - 2º Guerra Mundial. **Secretaria da Educação do Paraná.**

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: Os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** São Paulo: Saraiva. 2019, p. 247.

LACERDA, C. A escolha de Sofia na medicina. **CREMEPE - conselho regional de medicina do estado do Pernambuco**, [S. l.], 9 ago. 2014.

LEITÃO JÚNIOR, J.; MOUSINHO, P. R. C. O coronavírus, o Direito Penal e a “Escolha de Sofia”: medicina de catástrofe. **Meu site jurídico.com**, [S. l.], 25 mar. 2020.

SECRETÁRIA DA SAÚDE DA BAHIA (SESAB). Lista de espera para transplante: Como funciona a “fila única”. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/lista-de-espera-para-transplante/>. Acesso em: 15 nov. 2020.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C. de; CECÍLIO, L. C. de O. **Sistema Único de Saúde: histórico, diretrizes e princípios.** UNASUS 2020. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade02/p_01.html. Acesso em: 15 nov. 2020.

SOUZA, E. A. L. A Constituição Federal de 1988 e a vedação a “escolha de sofia” na COVID-19. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10600-10610, jul./ago. 2020.

VON DER WEID, O. ‘A escolha de Sofia’? Covid-19, deficiência e vulnerabilidade: Por uma bioética do cuidado no Brasil. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social** – Reflexões na Pandemia, Niterói, RJ, Brasil, n. p. 1-20, 2020.

EUTANÁSIA, A ÉTICA ENTRE O DIREITO À VIDA E À MORTE

Mário César Obadovski Da Rosa
Hélio Júnior Leal Da Silva
Jéssica Maria Marini
Luiz Henrique Perszel
Victor Fagundes Rodrigues
Carlos Henrique Pinson Sichelero

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

INTRODUÇÃO

A etimologia de eutanásia vem das palavras gregas *eu* (bom) e *thanatos* (morte) que numa tradução livre da junção significaria boa morte. Ela se caracteriza pelo direito a uma morte sem dor e assistida medicamente a pessoas que apresentam estado debilitante. No Brasil, ainda se apresenta como um dilema, onde um médico que se disponibilizar a fazê-la pode ser condenado juridicamente. Entretanto, países como a Holanda e Bélgica, apresentam-se como pioneiros nesse processo, recebendo, inclusive, pacientes de outros países, como França, para terem a opção supracitada. Dito isso, cabe aos conselhos médicos juntamente com conselhos jurídicos, achar uma alternativa que consiga adequar a eutanásia em casos selecionados, sem, com isso, ter impasses jurídicos, médicos ou éticos perante esse processo, afim de apresentar-se como forma de apoio e respeito as decisões do paciente, desde que em plenas faculdades mentais.

METODOLOGIA

O trabalho será realizado por meio de pesquisas em artigos científicos, utilizando-se de plataformas conceituadas, como PubMed, SciELO e *Google Scholar*. Além de literatura elaborada por especialistas no assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A eutanásia, no curso da história, sempre se fez presente entre muitas civilizações. Conforme Barbosa e Losurdo (2018), nas primeiras civilizações humanas percebem-se conceitos mais utilitaristas, em que a ausência de recursos da medicina e a necessidade de labuta constante para sobrevivência forçaram a



eliminação de idosos, doentes e deficientes que não podiam ser mantidos adequadamente. Assim recebiam o golpe, entendido como de misericórdia, após atingirem condições consideradas irreversíveis conforme conceitos religiosos, culturais ou de saúde da época.

No âmbito atual, o confronto de direitos fundamentais se dá entre o direito à vida e o direito à liberdade de escolha de ter uma morte digna. Isto porque pelo direito à vida se tem o dever de manter vivos todos os enfermos, independentemente de sua situação e, pelo direito à liberdade de escolha, amparado pelo princípio da dignidade da pessoa humana, o enfermo pode optar por ter uma morte digna.

A Holanda foi o país pioneiro a legalizar o ato da eutanásia. Entretanto, a Bélgica é o país que possui maior relevância nesse assunto, trazendo, desde 2002, o direito a uma morte digna aos cidadãos portadores de doenças graves e em estado terminal. O paciente informa ao médico o desejo de fazer a eutanásia, e assim, baseado nos critérios jurídicos, o médico concede ou não o pedido do paciente. Se o pedido é concedido, a prática da eutanásia é monitorizada por um comitê multidisciplinar. Além de solicitar a opinião de um segundo colega, o médico deve levar em consideração critérios médicos, tais como: apresentar doença em estado terminal, apresentar dor física ou psíquica insuportável.

Legalizada na Bélgica desde 2002, a eutanásia voltou a ser motivo de debate em virtude de uma modificação da lei até então existente. Em 2014, a Bélgica se tornou o único país do mundo onde a eutanásia pode ser aplicada em pacientes sem limite de idade, sendo realizada em um menor de 18 anos no ano de 2016. Entretanto, para que o desejo do paciente menor de idade seja aceito, é necessário acompanhamento médico e psiquiátrico independente, além de necessitar consentimento dos pais.

No Brasil, de acordo com o artigo 121 do código penal, a eutanásia é considerada homicídio, dar fim a vida é um ato criminoso em nosso contexto social, e isso se enquadra em outros países que tem essa mesma lógica de sistema. Não somente por questões legais, esse meio de interromper a vida de forma sistematizada é visto com maus olhos em nossos costumes morais, que muitas vezes envolvem-se também a princípios religiosos. Em território brasileiro, dá-se enfoque a ortotanásia, um meio que não interfere no curso natural da morte, mas pode prover uma assistência nesse processo de morrer através de cuidados paliativos, sem que hajam novos procedimentos que busquem o prolongamento da vida, apenas o bem estar do indivíduo.

Nesse contexto, chegamos a proibição de qualquer meio que de fim a vida precocemente, e com isso nos deparamos com um conflito bioético, uma vez que vai de encontro ao princípio de autonomia, que pressupõe uma livre decisão do que é bom ou não para si, possibilitando com isso as escolhas individuais do paciente que dizem respeito a própria vida, e conseqüentemente a morte. Nos deparamos com um debate bioético entre a autonomia do indivíduo e a sacralidade da vida.

É complexo um debate a respeito da eutanásia em nosso país, uma vez que em muitos locais do território brasileiro a saúde é ainda precária e acaba adentrando na vulnerabilidade desses pacientes em estados de saúde mais agravados. A possibilidade dessa prática de finitude jamais deve ser usada como



justificativa ou argumento para “melhorias assistenciais”, deve-se apenas ser cabível pensar na autonomia do paciente e no que é melhor para ele. Além disso, em um país onde cada vez mais o caráter ético é relativizado, a linha que define o princípio ético de beneficência médica e banalização da morte é muito tênue, necessitando que essa prática tenha um rigoroso controle. Além disso, pode-se ressaltar que uma boa qualidade de vida e um bom cuidado devem ser prioridades no manejo de pacientes com doenças mais agravadas, dessa forma, é imprescindível que esses pacientes antes tenham um bom cuidado indiferentemente se possa existir a possibilidade de cogitar pela eutanásia ou não.

A visão do médico e de outros profissionais da saúde em geral é contra à prática de eutanásia em seus pacientes, onde vemos esse meio de finitude estar em desacordo ao princípio médico e o juramento de hipócrates, interferindo no contexto legal e moral que o médico é inserido, e com isso, a grande maioria demonstra-se contra a realização desse processo. Porém, outro estudo demonstra que metade dos profissionais e acadêmicos de um hospital analisado tem a eutanásia, caso legalizada, como um meio para uso próprio em situações hipotéticas de doenças terminais, usando isso como uma alternativa de findar o sofrimento. Dessa forma, podemos ver que as opiniões acerca da eutanásia são discrepantes mesmo entre os profissionais de saúde, que em muitos casos se baseiam mais em parâmetros legais e morais próprios e deixam de lado a autonomia do paciente, buscando-a quando essa autonomia diz respeito a si próprio apenas. Vemos uma divisão de opiniões que nem sempre são bem estruturadas, uma vez que as ideias acabam sendo conflitantes em diferentes contextos.

CONCLUSÕES

Se define por fim que a eutanásia é uma prática antiga na história da humanidade na busca de uma atenuação do processo de sofrimento que culminará com o falecimento, porém esta medida não é um consenso, levantando diversas opiniões e diferenças jurídicas em cada nação e cultura, sendo considerada meio válido em alguns países e proibida e imoral em uma grande maioria. Ela divide opiniões também entre profissionais da saúde e da área jurídica, no Brasil existe o dilema ético entre a busca pela proteção da vida a qualquer custo e o livre arbítrio de cada ser humano na escolha do que considera melhor para si, sendo por fim a eutanásia considerada homicídio pelo artigo 121 da legislação brasileira. Existe no Brasil somente a prática de ortotanásia, onde não se interfere no curso natural da morte, mas apenas se aplicam medidas paliativas que não irão prolongar o tempo de vida e consequentemente o sofrimento do paciente.



REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. S. da S.; LOSURDO, F. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Rev. Investig. Const**, v. 5 n. 2, Curitiba, 2018.

BRANDALISE, V. B. *et al.* Suicídio assistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, p. 217-227, 2018.

EICH, M. *et al.* Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 733-744, 2018.

FEROLDI, C. EUTANÁSIA: direito à vida versus direito à liberdade de escolha de uma morte digna. Unidavi. **Revista Direito**, revista 2, 2012.

GOMES, J. de L. A eutanásia e o Direito: a experiência da Bélgica na aplicação da eutanásia aos pacientes terminais de doenças graves. **Percurso**, [S.l.], v. 3, n. 22, p. 18 - 23, abr. 2018. ISSN 2316-7521. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/2639/371371414>. Acesso em: 01 nov. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.21902/RevPercurso.2316-7521.v3i22.2639>

RIBEIRO, K. V. *et al.* Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas*. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 28-32, fev. 2011. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/70>. Acesso em: 01 nov. 2020. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n1.70>.

SANTOS, D. A. *et al.* Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 367-372, 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 111-119, 2005.

