

ISBN 978-65-88528-22-8

ORGANIZADORES:
GIANA LISA ZANARDO SARTORI
RAMIRO RONCHETTI
ARNALDO NOGARO

OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA

- Volume 2

2022



URI

ERECHIM



edifapes



OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA

Volume 2

Giana Lisa Zanardo Sartori
Ramiro Ronchetti
Arnaldo Nogaro
(ORGANIZADORES)



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)

De441 Os desafios da ética médica e da bioética na medicina [recurso eletrônico] /

organização Giana Lisa Zanardo Sartori, Ramiro Ronchetti, Arnaldo
Nogaro - Erechim, RS: EdiFAPES, 2022.

1 recurso eletrônico

ISBN 978-65-88528-22-8

1.Ética médica 2. Eutanásia 3. Medicina paliativa 4. Paciente terminal
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

APRESENTAÇÃO	6
Giana Lisa Zanardo Sartori	6
Ramiro Ronchetti	6
Arnaldo Nogaro	6
PREFÁCIO	7
Miriam Salete Wilk Wisniewski	7
A AUTONOMIA DO PACIENTE TERMINAL: UM OLHAR BIOÉTICO	9
Rubia Finster Freitas	9
Laura Corradi Pagliosa.....	9
Ana Julia Baruffi.....	9
A AUTONOMIA NOS PROCESSOS DEMENCIAIS	17
Alana Smaniotto Biolo	17
Brenda Natasha Dias Bueno	17
Eduarda Duarte Dos Santos.....	17
Giulia Laís Perin	17
Marina Dalchiavon	17
A BIOÉTICA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	22
Aline Gomes De Souza	22
Gabriela Coppetti Omairi	22
Gabriele Rizzato	22
Jessica Fernanda Boll	22
Lethicia Frez Negrão	22
Milena Paola Arpini.....	22
A ÉTICA DOS PROTOCOLOS DE ESCOLHA DOS PACIENTES PARA INTUBAÇÃO NA COVID-19	27
Arthur Crossi Brandão	27
Eduardo Kloeckner Pires Dias.....	27
Felipe Luís Pedrini.....	27
Estevan Ribeiro	27
Augusto Oro Remor.....	27
ABORTO: ASPECTOS BIOÉTICOS E A INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ	33
Gabriele Longo Pandolfi	33
Julia Camargo Predebon	33
Thaianne Barfknecht Sandri	33
Gabriela Da Silva.....	33
Daiane Spagnol	33
ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS DA EXPOSIÇÃO DE PACIENTES PELO PROFISSIONAL MÉDICO NAS MÍDIAS SOCIAIS	39
Jonas Daniel Walker Mainardi	39
Kaio Fernando Rêgo Carneiro.....	39
Felipe Salvi Mársico.....	39
Ricardo Lucas Ostrowski	39
Lorenzo Trintinaia Slaviero	39
Arthur Rossi Vezzano.....	39

ENGENHARIA GENÉTICA: A ÉTICA NA MANIPULAÇÃO DO GENOMA.....	44
Paolla Favaro Bressiani.....	44
Amanda Lavandosk Ribeiro.....	44
Julia Dos Reis Raimundo.....	44
Jessyca Christina Ribeiro Pereira.....	44
Marynna Valente Costa.....	44
ÉTICA MÉDICA: USO DE EMBRIÕES NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA	49
Tamiris Budke.....	49
Maiara Carpes.....	49
Laura Vieira Machado.....	49
Giliane Pecini.....	49
Ediane Maiara Rambo.....	49
Yasmim Gabriela Welke.....	49
Arnaldo Nogueira.....	49
Ramiro Ronchetti.....	49
Giana Sartori.....	49
LIBERDADE INDIVIDUAL VERSUS DIREITO COLETIVO NO CONTEXTO PANDÊMICO	54
Gabriela Bassani Fahl.....	54
Natália van Riel Drum.....	54
Mayele Weber.....	54
Taina da Rosa Bourckhardt.....	54
Talita Cristina Favero.....	54
ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL	61
Gabriela Dias Adami.....	61
Larissa Bampi.....	61
Nathalí Trevisan Zorzi.....	61
Rafael Rossa Marsarotto.....	61
Nathália Santin Sirena.....	61
Gabriel Fernando Weber Da Silva.....	61

APRESENTAÇÃO

A Ética Médica e a Bioética na Medicina

O mundo contemporâneo que estamos vivendo, apresenta todos os dias inúmeros desafios, dos mais simples aos mais complexos, será que a sociedade está conseguindo compreender e avançar na busca por uma vida melhor? O que significa uma vida melhor? Como as pessoas estão lidando com estes desafios? A busca pelo conhecimento ainda é uma verdade? Há uma preocupação pelo conhecimento científico e ético? Ainda é possível ensinar e aprender?

Estes questionamentos são inquietações que acompanham o trabalho desenvolvido pelos docentes nas mais diversas áreas do conhecimento, não seria diferente no Curso de Medicina da URI – Erechim, na disciplina de Ética Médica e Bioética.

Nosso principal objetivo é que os acadêmicos possam conhecer e compreender 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 colegas de profissão e de trabalho, com todas as pessoas, a partir do respeito à dignidade humana, à igualdade, à liberdade.

Este objetivo, que ora está disposto no plano de ensino da disciplina de Ética Médica e Bioética, pretende fazer parte da vida acadêmica dos alunos e se manter na vida profissional. É a expressão do cuidado com o outro ser humano, aquele que será atendido ou fará parte do grupo de pessoas que estarão envolvidos com a saúde e/ou a doença.

O Desafio proposto em 2021, segundo semestre, para os alunos da turma 2019 e para os professores, promoveu discussões das temáticas éticas e bioéticas e resultou em uma produção científica a ser valorizada e publicizada. Os acadêmicos pesquisaram, estudaram e além de apresentações orais, entregaram resumos expandidos para a finalização da disciplina e consequente avaliação final.

É o segundo Caderno de ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA, que estamos entregando à comunidade acadêmica, científica e à todas as pessoas que se interessarem pelos temas desenvolvidos, em formato e-book.

Reitera-se o pensamento já evidenciado na apresentação do primeiro Caderno Os Desafios da Ética Médica e da Bioética: “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”.

Em qualquer lugar, em qualquer momento.

Os organizadores!

PREFÁCIO

“A viagem não começa quando se percorrem distâncias, mas quando se atravessam as nossas fronteiras interiores”.

Mia Couto

E eis que temos aqui, uma feliz iniciativa!

“Os Desafios da Ética Médica e da Bioética na Medicina” é um valioso e bem escrito trabalho, com dez excelentes artigos, embasados em revisões literárias atuais e que proporcionam uma leitura envolvente e reflexiva.

A produção é acadêmica. Originada no sexto semestre de uma jovem escola médica, que tem a honra de contar com docentes competentes, estudiosos e condutores de ações capazes de encantar estudantes, despertando nestes, a arte da escrita e do posicionamento frente a temas éticos e bioéticos do cotidiano profissional.

Temas de elevada importância e significativas reflexões! Nos quais a rede de relações, éticas e/ou bioéticas, decorrentes dos dilemas do cotidiano, se entrelaçam em contexto interpessoal, familiar, interprofissional e interinstitucional.

Direito ou vontade de decidir o que é melhor para si em situações de terminalidade e demenciais; aspectos bioéticos da recusa à doação de órgãos; atendimento prioritário em situações de saúde graves; prática do aborto sob aspectos sociais, legais e humanitários; mídias sociais, sigilo médico e privacidade do paciente ...

... engenharia genética e reprodução assistida; liberdade individual versus o direito coletivo em relação a vacinação protetiva ao coronavírus; e, envelhecimento humano, doenças crônicas, ortotanásia e cuidados paliativos, são os temas globais apresentados nesta segunda edição.

A abordagem inferida a cada um desses temas, permite-nos reiterar a singularidade do ser humano e a complexidade das relações interpessoais inerentes a esta, no cotidiano da atuação médica humanizada.

Para finalizar, gostaria de agradecer o convite para prefaciar esta obra ...

‘Estou lisonjeada!’

Gostaria de parabenizar os Organizadores da 2ª edição deste *E-book* ...

‘Seus objetivos, enquanto docentes, seguramente, foram atingidos!’

Gostaria de parabenizar os Autores dos Artigos ...

‘É uma rica e reflexiva coletânea!’

Gostaria de convidar os Leitores ...

‘A ultrapassar fronteiras!’

Boa leitura!

Miriam Salete Wilk Wisniewski
Coordenadora Pedagógica da FAMED
URI Erechim

PRODUÇÕES DOS ACADÊMICOS



A AUTONOMIA DO PACIENTE TERMINAL: UM OLHAR BIOÉTICO

Rubia Finster Freitas
Laura Corradi Pagliosa
Ana Julia Baruffi

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

A autonomia é definida por Kant como: “Capacidade da vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível.” (Kant 1724-1804). Ou seja, é o direito ou vontade de decidir o que é melhor para si. Seguindo este princípio, o paciente terminal deveria poder escolher seu momento de morte, evitando sofrimento físico e mental.

Ainda há repulsa quando se trata da abordagem do assunto morte no Brasil. Sendo, na maioria das vezes apontada como algo negativo e associado ao sofrimento. Por isso, é importante a discussão sobre a autonomia do paciente em situação de terminalidade no Brasil, até porque, na legislação pouco se encontra sobre seus direitos.

A Constituição Federal de 1988 garante no art. 5º a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança. Não prevê que o paciente seja obrigado a passar por tratamentos fúteis para apenas prolongar seu tempo e não lhe proporcionar conforto e qualidade de vida. O inciso XXXV do art. 5º garante, inclusive, descreve o direito de o paciente recorrer ao Judiciário para impedir qualquer intervenção ilícita em seu corpo e contra a sua vontade. Da mesma forma, a Lei estadual 10.241/1999, de São Paulo, estabelece o respeito à autonomia do paciente em optar por não tratar inutilmente a doença, garantindo o direito de uma morte digna, com os cuidados paliativos necessários. Existe também o Testamento Vital, tutelado pela Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que consiste em documento de recusa ou aceitação de tratamentos ou procedimentos que prolonguem a vida, nomeação de representante e até a vontade de ser doador de órgãos.

Além das jurisprudências termos como a Eutanasia, Distanásia e Ortotanásia são amplamente utilizados dentro da medicina paliativa. No entanto, o Brasil ainda é um país conservador no que tange aos assuntos.

Dessa maneira, a presente revisão bibliográfica, compreendendo que a morte é parte integrante do processo da vida, visa aprofundar conhecimentos a respeito da autonomia do paciente terminal frente à realidade brasileira, para que haja uma abordagem mais humana e digna na terminalidade da vida.

2 METODOLOGIA

Esta revisão bibliográfica, possui caráter exploratório e explicativo, pretendendo abordar as formas de terminalidade da vida e a autonomia que o paciente brasileiro possui frente a esta situação. As fontes utilizadas para a obtenção das informações foram livros, revistas, jurisprudências e artigos do Web of Science e PubMed dos anos 2001 a 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Bioética e terminalidade

A saúde é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Estar em situação enferma significa a perda da saúde integral do indivíduo, sendo que os profissionais da saúde tem por objetivo principal restaurar, através da cura, essa integridade. A medicina é, ainda, capaz de oferecer intervenções e tecnologias que visam aumentar a sobrevivência do paciente. Porém, a dificuldade é saber quando utilizar esses materiais, que por vezes acabam gerando mais dor e sofrimento ao indivíduo doente (MARENGO *et al.*, 2009).

Dessa forma, a bioética atua regendo as atuações dos médicos e outros profissionais da saúde, de modo que a humanização esteja presente em todos os atos e procedimentos que sejam necessários a qualquer indivíduo. Assim, seguindo um dos princípios da bioética, a autonomia deve ser dada ao paciente, mesmo que em sua fase de terminalidade, partindo da sua independência e da transparência entre o profissional e paciente, tendo o esclarecimento necessário para que possa se manifestar a favor ou contra procedimentos ou condutas.

Segundo Oliveira e colaboradores (2011), em pacientes sem possibilidade de cura ou recuperação, não devem ser investidos procedimentos onerosos ou que possam prolongar o sofrimento destes. Em estudo

realizado por estes, 50% dos médicos entrevistados relataram prolongar a vida dos pacientes por meio de aparelhos e tecnologias, mas 60% deles ainda admitiram que o uso destas ferramentas acaba dificultando a humanização e assistência a esses pacientes. Porém, a maior dificuldade acaba sendo na determinação de quem irá precisar desse suporte ou não, distinguindo os potencialmente curáveis dos incuráveis e ainda, respeitando as decisões do paciente.

Apesar dessa missão ser difícil de ser realizada, deve-se sempre prezar pela vontade do paciente para proporcionar um cuidado individualizado, aliviando suas angústias, dores e sofrimento quando possível. Assim, entra o papel dos cuidados paliativos no fim da vida, oferecendo uma boa morte ao paciente, se preocupando com a qualidade de vida deste diante da sua terminalidade (FRAGA, 2012).

Assim, se esgotando os recursos que podem ser utilizados para prolongar a vida, é preciso admitir que nem sempre é possível curar, precisando então, que os profissionais ofereçam um suporte diferenciado a estes que estão na fase terminal de suas vidas. Assim, torna-se necessário prática de condutas que honrem a dignidade do doente terminal pelos profissionais da saúde, adotando medidas de acolhimento, gestão do cuidado e escuta adequada deste paciente em situação de vulnerabilidade, de modo que a humanização esteja presente neste processo (MARENGO *et al.*, 2009).

3.2 Testamento vital

Segundo Gutierrez (2001), a terminalidade de vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. Porém, não significa que não há mais o que fazer. Os avanços da medicina permitiram melhores tecnologias para prolongamento da vida mesmo sem possibilidade de cura ou recuperação do indivíduo.

Com origem em Roma do latim *Testamentum*, de *Testor* = atestação da mente ou da vontade. O conceito testamento vital surge no século XX, documento com diretivas antecipadas de vontade (DAV), regido por pessoas com plenas capacidades mentais para garantir a dignidade do paciente num futuro em que talvez não esteja em suas plenas faculdades mentais. (KFOURI, 2013).

O documento, unilateral, gratuito e revogável, assegura ao indivíduo o direito de morrer, porém não impede que haja cuidados paliativos necessários. O paciente declara por meio deste a vontade de ser ou não submetido a certos procedimentos ou tratamentos que apenas prolongam seu tempo de vida, sem proporcionar cura. Deve ser assinado pela pessoa, procurador de saúde e, preferencialmente, também pelo médico, assim como, é importante constar no prontuário médico.

EUA, Espanha, Alemanha, França, Holanda, Áustria, Bélgica, Inglaterra, México, Argentina e Uruguai são alguns dos países que possuem legislação que assegura ao paciente o direito a um testamento vital ou diretivas antecipadas de vontade (DAV).

Diferente dos outros países, no Brasil ainda não há lei específica. No entanto, já consta na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que define:

Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

3.3 Eutanásia

Hipócrates em seu juramento disse: "Eu não darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugerirei o uso de qualquer um desse tipo". Sob qualquer aspecto que for analisada, a eutanásia compreende um dos temas mais polêmicos da história, sendo assim, um tema com muitas controvérsias.

O termo eutanásia foi criado no século XVII, em 1623, pelo filósofo Francis Bacon para designar o tratamento adequado de doenças incuráveis. Do grego, EU significa bem/boa e Thanásia significa morte, sendo definida como "boa morte".

A eutanásia é compreendida como uma ação de terceiro que cessa a vida de pacientes acometidos por graves doenças físicas ou psíquicas. Desse modo, seu grande objetivo é proteger a dignidade da pessoa. (BARBOSA *et al.*, 2018).

O atual Código Penal brasileiro considera a eutanásia como crime, sendo classificado como homicídio tipificado no artigo 121 do referido código. Porém, muitas legislações já permitem esse ato, como a Colômbia, único país da América Latina onde a eutanásia é permitida. Além disso, países como a Holanda, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Canadá e 5 dos 50 estados dos Estados Unidos possuem uma legislação que autoriza o ato perante a lei.

3.4 Distanásia

Do grego, Dis - mal; Thánatos – morte, nome dado a prática de prolongar a vida, muitas vezes prejudicando o paciente. Esse termo ainda é pouco conhecido, porém, inconscientemente muito praticado no

campo da saúde por meio de procedimentos que prolonguem ao máximo o tempo de vida dos pacientes sem pensar na qualidade e dignidade em relação ao restante da vida destes. Dessa forma, haverá um prolongamento do sofrimento, ao mesmo tempo que os recursos terapêuticos não serão eficazes, causando oneração do sistema e danos ao indivíduo enfermo. Para evitar essa situação, a comunicação entre a família e os profissionais é essencial, da mesma forma que os profissionais devem aceitar a decisão tomada também será um ponto crucial nos cuidados realizados em situação de terminalidade.

Além disso, a morte deve ser reconhecida como uma etapa que também faz parte da vida, e que todas as pessoas terão que enfrentar. Assim, torna-se muito importante o debate sobre esse assunto em escolas de saúde que tratem junto a questão bioética por trás dessa passagem, possibilitando, dessa forma, que os indivíduos em fase de terminalidade possam ser confortados e acalentados, lhes oferecendo o direito de uma morte digna (FELIX *et al.*, 2013).

Segundo a Legislação Brasileira a lei 10.241/99 (art.2º) garante que o indivíduo não sofra com medidas distanásicas que prolonguem o seu sofrimento, e ainda, opte pelo seu local de morte. Essa prática muitas vezes acontece pelo medo dos profissionais estarem se omitindo diante de um caso, que por vezes causará ainda mais sofrimento ao indivíduo e seus familiares (FORTES, 2007).

Portanto, a finalidade da medicina nem sempre é prolongar a vida, trazendo a tona novamente o conceito de saúde, onde deve-se prezar sempre pelo bem-estar completo do indivíduo e não somente a ausência de enfermidades, trazendo a necessidade do comprometimento com a saúde do paciente como um todo, abrindo a possibilidade de outras alternativas de tratamento do doente terminal, além das curativas. Assim, haverá a valorização da vida humana, pois o preço que se paga por realizar medidas que causem dor é caro demais se comparado ao valor de uma morte digna (PESSINI, 2004).

3.5 Ortotanásia

Advém das expressões gregas Orthos, que significa correta, e Thánatos, que significa morte. Ortotanásia, portanto, é o não-investimento de ações obstinadas, e mesmo fúteis, que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença de base insiste em avançar acarretando a falência progressiva das funções vitais. Na medida em que recursos terapêuticos não conseguem mais restaurar a saúde, as tentativas técnicas tornam-se uma futilidade ao intensificarem esforços para manter a vida. Trata-se, portanto, de um conceito relacionado aos cuidados paliativos (REIRIZ *et al.*, 2006; PESSINI, BERTACHINI, 2004).

Definida, portanto, como morte natural e digna, sem interferência da ciência, mas ao mesmo tempo com preocupação na qualidade da vida que resta ao paciente. A prática decorre da “decisão de não estender artificialmente o processo de vida além dos padrões naturais” (NUCCI, 2017, p. 51).

A prática possui garantia legal em diversos países como: Estados Unidos e Canadá. Já no Brasil, é regulamentada pela Resolução 1805/2006 do CFM (Conselho Federal de Medicina, 2006). Também é aprovada pela igreja católica (Evangelium Vitae n. 65). É pacificamente aceita e praticada no ordenamento jurídico do Brasil por atender aos princípios bioéticos da beneficência, dignidade e autonomia do paciente.

3.6 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são referidos desde 1990 pela Organização Mundial de Saúde – OMS, como toda a atenção dada à pessoa no sentido de aliviar a dor, o sofrimento físico e emocional dos pacientes com enfermidades graves em fase avançada cuja enfermidade não responde mais aos cuidados curativos, ajudando ainda os familiares a cuidar dos seus entes queridos. O cuidado deve ser diferenciado e individualizado, atendendo a necessidade de cada pessoa que se encontra em situação de dependência.

Desse modo, o objetivo dos cuidados paliativos não é abreviar a vida e nem prolongar ela de forma não natural, eles buscam assegurar condições que capacitam e encorajam os pacientes a levar o fim da vida de forma útil, produtiva e plena (PESSINI; BERTACHIN, 2005).

Infelizmente, o cuidado paliativo ainda é pouco abordado nas faculdades de medicina e pouco conhecido pelos profissionais de saúde, visto que a maioria possuem formação na perspectiva de cura, o que não os torna preparados para lidar com questões como a finitude da vida.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a bioética é uma ciência com o objetivo de indicar limites e finalidade às intervenções do homem, ditando o que é certo ou errado por meio do senso comum, ainda que, diante de um doente terminal. Assim, assegura-se o poder de autonomia, um dos princípios dessa ciência, o qual é capaz de garantir que este faça as escolhas e decida o seu destino final, aceitando ou não diagnósticos, tratamentos, cuidados ou condutas que prolonguem ou não o seu sofrimento em leito de morte.

A qualidade e dignidade de vida ainda são muito defendidos, onde esses valores devem ser prezados e preservados mesmo que em pacientes terminais, de modo que a morte seja um processo natural, sem dor. Porém, há quem diga que as tecnológicas intervenções disponíveis no âmbito da medicina, devem ser utilizadas quando disponíveis, mesmo que essa conduta implique numa pior qualidade de vida do doente terminal, ainda que sem capacidade de cura. Legalizada ou não, a prática da eutanásia, distanásia ou ortotanásia, é regida pela bioética, a qual tem o poder de estabelecer o certo e o errado diante das práticas médicas, sendo defendida nesse âmbito a prática da ortotanásia, mesmo que ainda não legalizada no Brasil, somente regulamentada por leis.

Dessa forma, os cuidados paliativos se fazem muito presentes nesse domínio, sendo considerado um cuidado importante no fim da vida, indo de acordo com a autonomia do paciente, proporcionando uma atenção individualizada e direcionada no fim da vida desses indivíduos terminais. Isso proporciona conforto e acolhimento, assegurando ao indivíduo a sua dignidade, ainda que, em seu leito de morte.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; FEDERICO, Losurdo. **Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana**. Revista de Investigações Constitucionais. [S. l.]: **Universidade Federal do Paraná**, 1 May 2018. DOI 10.5380/rinc.v5i2.52151. Available at: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v5i2.52151>.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**, promulgada em 05 de Outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 nov. 2021.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis de; ANTUNES, Guilherme Cafure; MARCON, Livia Maria Pacelli; ANDRADE, Lucas Silva; RÜCKL, Sarah; ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**. Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº1.805/2006**. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm. Acesso em: 24 nov. 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012**. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em 24 nov. 2021.

ESTELLA, Ángel García. **Ética de la investigación en el paciente crítico**. Medicina Intensiva. 2017. Volume 42, Issue 4, 2018, Pages 247-254, ISSN 0210-5691, <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.11.006>. Acesso em: 01 de novembro de 2021.

FELIX, Zirleide *et al.* **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura**. Ciênc. saúde coletiva, 2013.

FRAGA, Fabiana *et al.* Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 20, n. 3, 2012.

GOLDIM, José Roberto. Eutanásia - Uruguai. **Núcleo Interinstitucional de Bioética - UFRGS**, 1997. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm>. Acesso em: 13 de novembro de 2021. p.1.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 92, 2001.

GUTIERREZ, Beatriz. A. O.; BARROS, Thabata Cruz. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 239-258, ago. 2012

KFOURI, Miguel Neto. **Responsabilidade civil do médico**. São Paulo, ed. Revista dos Tribunais, 2013 p.307 e 321.

MARENCO, Mariana O. *et al.* **Terminalidade de vida: bioética e humanização**. Medicina Ribeirão Preto, 2009.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e Distanásia. *In*: COSTA, Sérgio Ibiapina; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. (orgs). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 183.

MORATO DE ANDRADE, Otávio. Status legal da eutanásia e ortotanásia no Brasil. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, [S.l.], v. 23, n. 47, p. 96-109, abr. 2020. ISSN 2177-8337. Disponível em: <http://lexcultccjf.trf2.jus.br/index.php/revistasjrj/article/view/301>. Acesso em: 30 nov. 2021. doi: <https://doi.org/10.30749/2177-8337.v23n47p96-109>.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense; 2017.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Camilo, ES, v. 29 n. 4, p. 491-509, 2005.

PESSINI, Léo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Revista bioética**, v. 12, n. 1, p.39-60, 2004.

SIQUEIRA José Eduardo. Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo? **Revista Bioética**, v. 49, n. 7, 2003.

OLIVEIRA, Fernando Toledo *et al.* Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, 2011.

A AUTONOMIA NOS PROCESSOS DEMENCIAIS

Alana Smaniotto Biolo
Brenda Natasha Dias Bueno
Eduarda Duarte Dos Santos
Giulia Laís Perin
Marina Dalchiavon

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

A autonomia é a capacidade de tomar decisões, deliberar sobre si mesmo, autogovernar-se, ela é um princípio da bioética que faz parte da teoria do principlalismo, criada por Beauchamp e Childress em 1978 e muito utilizada na área biomédica como ferramenta de auxílio na tomada de decisões bioéticas (ANACLETO, 2019). No contexto dos processos demenciais, a autonomia ganha uma visão mais ampla, trazendo o conceito de respeito a autonomia pelos cuidadores e profissionais da saúde, pois ela não significa apenas não interferir nos assuntos pessoais dos pacientes, mas também incentivar a capacidade de escolha de cada um deles (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

As demências comprometem a capacidade cognitiva dos pacientes, reduzindo a autonomia de forma gradativa e conseqüentemente aumentando a dependência. Por esse motivo, a capacidade de escolha do paciente vai se limitando, não só pelo processo patológico em si e pela clássica sintomatologia da doença, representada pela perda de memória, mas também, pela redução da confiabilidade nas decisões do paciente por familiares, cuidadores e médicos, o que acaba abrindo espaço para um cuidado mais paternalista pelos profissionais da saúde e focado na estabilização da doença e não nas possibilidades de vivências além dela (ABREU, 2005).

Os processos demenciais pelo seu caráter crônico e incapacitante, impactam de forma significativa nas esferas familiar, social, econômica, política e na saúde pública (PY, 2001). Desse modo, os valores éticos e morais passam a ser questionados e a preocupação em agir de forma correta e voltada para as necessidades

do paciente vem repleta de dúvidas sobre como preservar a autonomia do paciente frente às consequências da doença sem priorizar ou desvalorizar nenhum princípio bioético. Há, portanto, uma encruzilhada bioética, onde a presença de questionamentos relativos à ética acerca do que é o ser humano ou como alcançar e realizar as vontades e direitos inalienáveis da pessoa demenciada torna-se inevitável (BURLÁ *et al.*, 2014).

2 METODOLOGIA

A pesquisa consistiu em revisão bibliográfica narrativa de 5 artigos científicos e 5 dissertações de mestrado na área da saúde e do direito, encontrados nas plataformas SciELO, PubMed e Google Acadêmico, direcionados ao entendimento e análise do princípio da autonomia nos processos demenciais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Gil e Mendes (2005), existe uma imagem estereotipada das demências, o que impede de se criar uma percepção empática sobre esse tipo de doença, levando ao confinamento dos doentes em suas casas, bem como dos seus cuidadores. O cuidado ao paciente com demência não pode excluir sua autonomia ou se opor a ela, mas sim, estimular e prolongar a capacidade de decisão do indivíduo, minimizando as limitações e valorizando as potencialidades que restaram (FURTADO, 2019). Pessoas autônomas têm a capacidade de se autodeterminarem, compreenderem e realizar escolhas de forma independente, reconhecer o valor dessa autonomia significa respeitar o valor do indivíduo que tem o direito de escolha e não uma obrigação em escolher (MARTINS, 2013).

O processo de informar o paciente sobre o seu diagnóstico e tratamento, colaborando com o exercício de sua autonomia, deve ser mais uma etapa estruturada e cautelosa da atenção médica, de modo que, os aspectos da doença possam ser conhecidos pelo paciente sem que tais informações lhe causem dano. Alguns autores defendem que a autonomia da vontade faz parte de um direito inerente mais amplo, que é a liberdade, um direito que é reconhecido para os pacientes pelo simples fato de ser uma pessoa, liberdade esta que tem limites de ordem moral, legal, cultural, religiosa e social, devendo andar de mãos dadas com a dignidade, a humanidade e a responsabilidade individual ou social do povo (OLIVEIRA, 2018).

A responsabilidade pelo princípio da autonomia recai, principalmente, sobre terceiros, pois a exigência que existe para efetivação desse princípio, aparece na forma como médicos, enfermeiros, cuidadores profissionais e familiares atuam no sentido de que o paciente exerça o seu maior grau de autonomia possível

(ANACLETO, 2019). Ainda, segundo o autor, a autonomia nos processos demenciais pode ser vista de duas formas, um aspecto interno, em que o comprometimento cognitivo do paciente leva a gradativa redução da autonomia ou de um aspecto externo em que a autonomia é prejudicada pela leitura negativa que as pessoas a volta fazem do quadro demencial.

Conforme Martins (2013), o respeito pela autonomia diversas vezes é associado a privacidade, voluntarismo, liberdade de escolha e responsabilidade, tornando esse princípio impreciso em alguns casos e por esse motivo, é o que mais entra em conflito com outros princípios bioéticos na prática clínica ou ainda, é confundido com o termo independência. A autonomia difere da independência, visto que a última tem relação com a capacidade de viver sem nenhum auxílio para as atividades básicas de vida, seja no domicílio ou na comunidade. Sendo assim, um indivíduo autônomo pode ser dependente de outros para realização de atividades ou para executar planos e vontades, e geralmente quanto maior o grau de independência maior a probabilidade de autonomia, porém, isso depende dos arranjos sociais em que o paciente está inserido ou é capaz de realizar (ABREU, 2005).

Em estágios avançados de demência, os pacientes guardam muito pouco daquilo que no passado os tornara indivíduos únicos e singulares, mas nem por isso, esses mesmos pacientes tornaram-se menos humanos. Por isso, existe o questionamento sobre a existência de um direito à autonomia propriamente dito do paciente versus a ideia de que este direito à autonomia existe apenas em razão do respeito ao humano plenamente capaz que essa pessoa um dia foi (SILVA, 2016). Segundo Dworkin (2003), mesmo com a perda da autonomia pelo paciente demencial, se deve atentar para os interesses atuais ou passados deles, de modo a tornar o que resta de vida o mais agradável e confortável possível.

Os princípios da beneficência e da não maleficência devem prevalecer nos casos em que os pacientes perdem sua autonomia devido aos danos neurológicos e vulnerabilidades causados pela progressão da doença. Junto a autonomia, esses princípios prezam pelo cuidado que leva em consideração o maior benefício ao paciente, de modo que o tratamento não traga danos físicos, mentais, nem sociais, bem como, nenhum sofrimento desnecessário ou obstinação terapêutica (OLIVEIRA, 2018). Assim, para quantificar a autonomia podem ser usadas escalas cognitivas e funcionais, muito comuns na prática médica, principalmente na geriatria, que investigam a capacidade de desempenhar funções essenciais à manutenção da vida diária e identificar alterações relacionadas à autonomia e independência (ABREU, 2005).

4 CONCLUSÃO

Os processos demenciais prejudicam a autonomia do paciente em vários aspectos e esferas, seja a nível patológico, familiar, social ou relacionado à saúde. Porém, o respeito à autonomia, perdido pelo paciente, caracterizado por Beauchamp e Childress, é a melhor forma de preservar suas opiniões e desejos anteriores à doença, melhorando a qualidade de vida do indivíduo com demência e cumprindo com a ideia defendida do princípio bioético da autonomia (BURLÁ, 2014). Portanto, é preciso conciliar a liberdade de escolha desse paciente, visão do profissional da saúde e decisão dos familiares e/ou cuidadores para fornecer a melhor forma de cuidado possível sem invalidar o essencial, sua vida e liberdade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, p. 131-136, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/Wc4DqNyF4kzbJP6ZWSm5y3D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 nov. 11 2021.

ANACLETO, Gesiel. **A autonomia e a beneficência no cuidado com pessoas com Doença de Alzheimer**, 2019. Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em: 10 nov. 2021.

BURLÁ, Claudia *et al.* Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. **Revista Bioética**, v. 22 n. 1, p. 85-93, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kjBjVtHF4qHT7s4VX5FtR8r/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

DADALTO, Luciana; ARANTES, Alexandra M. B; BARUFFI, Priscila D. Diretivas antecipadas de vontade em pacientes com doença de Alzheimer. **Revista Bioética**, 29. Jul-Sep 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293482>. Acesso em: 12 nov. 2021

FURTADO, Isadora Queiroz Correa Garchet. **Constituição do discurso da autonomia no cotidiano de uma instituição de longa permanência para idosos**, 2019. Acesso em: 12 nov. 2021

GIL, Ana; MENDES, Ângela - **Situação Social dos Doentes de ALZHEIMER: Um estudo exploratório**. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P., 2005. Disponível na Internet: <http://www4.seg-social.pt>. Acesso em: 17 nov. 2021

MARTINS, Isabel O.P.P.M. **Operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress**. 2013 Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa. Acesso em: 17 nov. 2021

OLIVEIRA, Larissa de Freitas; ROCHA, Julie Souza de Medeiros; JUNIOR, Abdias Aires de Queiroz; SILVA, Claudia Cardoso Gomes da; SALOMON, Ana Lucia. **Desafios da revelação diagnóstica ao portador de doença de Alzheimer: contribuições da bioética**. Com. Ciências da Saúde. 2018; v. 29, n. 3, p. 171 - 182. Disponível em:

<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/319/179>. Acesso em: 06 dez. 2021.

PY, Ligia; BARBOSA, Cristianne; TEIXEIRA, Mirna. Demência: uma aproximação psicológica. In: Goldman SN, Paz SF, organizadores. **Cabelos de neon**. Niterói: Talento Brasileiro; 2001, p. 96-120. Acesso em: 09 nov. 2021

SILVA, Paulo J. C. T da. **Diretivas Antecipadas de Vontade - Garantia Constitucional da Dignidade do Idoso portador de Alzheimer no cenário Ibero-Americano**. Universidade Federal Fluminense. Faculdade de Direito. Programa de Pós-Graduação, 2016. Acesso em: 17 nov. 2021

A BIOÉTICA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Aline Gomes De Souza
Gabriela Coppetti Omairi
Gabriele Rizzatto
Jessica Fernanda Boll
Lethicia Frez Negrão
Milena Paola Arpini

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a doação de órgãos deixou de ser uma prática considerada extrema e passou a fazer parte da rotina diária de blocos cirúrgicos ao redor do mundo. Apesar de bastante difundido, este procedimento ainda enfrenta diversos obstáculos e altas taxas de recusa por parte da família, visto que segundo a legislação vigente em nosso país é esta quem deve tomar a decisão final sobre a doação. Uma pesquisa da Unifesp evidenciou que os três principais motivos para a recusa estão relacionados à incompreensão da morte encefálica, a falta de preparo da equipe multiprofissional em comunicar a situação e a religião. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo elucidar questões relacionadas à doação de órgãos, bem como discutir sobre os aspectos bioéticos desta prática.

2 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo deste estudo, a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, com buscas realizadas nas bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico e ministério da saúde. Foram selecionados artigos escritos na língua portuguesa, publicados entre 1998 e 2021. Utilizados as seguintes palavras-chave: doação de órgão, transplantes, bioética e morte encefálica.

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A legislação vigente relacionada à doação de órgãos tem por base legal inicial a Lei nº 9434 de 4 de fevereiro de 1997, conhecida como a “Lei dos Transplantes”, regulamentada pelo Decreto nº 9175 de 18 de

outubro de 2017. Segundo ele, a disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano é gratuita e anônima, e o sangue, o esperma e o óvulo não estão compreendidos entre os tecidos e as células a que se refere o Decreto. Além disso, foi instituído o Sistema Nacional de Transplantes - SNT, no qual se desenvolverá o processo de doação, retirada, distribuição e transplante de órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O início da realização de transplantes proporcionou, além da cura e da melhora na qualidade de vida de muitos indivíduos, a valorização do ser humano como reserva de órgãos e tecidos, criando, dessa forma, objeções bioéticas e jurídicas em razão da inviolabilidade e inalienabilidade do corpo. Tais questões moldaram a normatização de condutas capazes de equilibrar um caráter aceitável de rompimento da integridade do corpo humano com a possibilidade de remoção de estruturas para fins terapêuticos (ROCHA, 2010).

Nessa perspectiva, o transplante de órgãos é considerado um recurso terapêutico fundamental para o suporte à vida em determinadas condições de saúde. Para a realização dos transplantes, é preciso efetuar a captação de órgãos vivos de outro indivíduo. Em determinadas situações, os órgãos captados podem ser advindos de indivíduos vivos, no entanto, em sua grande maioria, a situação em que mais é provável de se realizar a captação de órgãos saudáveis e aptos para a realização de transplantes é quando há o diagnóstico de morte encefálica no indivíduo doador. Contudo, segundo a legislação brasileira, é preciso ter o consentimento familiar em relação à doação de órgãos e esse tem sido um dos empecilhos quanto a efetividade de transplantações (PASSALACIA *et al.*, 2011)

A morte encefálica (ME) pode ser definida como a manifestação clínica de uma catástrofe cerebral, caracterizada por dano neurológico completo e irreparável, reconhecido por coma irreversível, ausência de reflexos no tronco encefálico e apneia. Todos os países exigem exames que confirmem a ausência de resposta do tronco cerebral. No entanto, existem diferenças quanto ao exame físico: no Brasil, são necessários dois exames físicos para o diagnóstico de ME, ao passo que, em países como Bélgica, Holanda e Noruega é necessário um único exame físico (PAIXÃO *et al.*, 2020).

O processo para doação e transplante de órgãos é complexo, e tem seu início na identificação e avaliação do doador em potencial, bem como o diagnóstico de morte encefálica. A abordagem à família deve ser feita logo após e, com sua autorização, os documentos do diagnóstico de morte encefálica são emitidos para iniciar a logística do processo, que envolve a remoção dos órgãos e demais tecidos, sua distribuição aos locais dos respectivos pacientes em espera, e por fim, a realização do transplante. Entretanto, ainda prevalece na população a falta de conhecimento sobre o assunto associada, ainda, aos noticiários apelativos sobre tráfico de órgãos e à escassez de programas focados para a conscientização da população e incentivo à doação de órgãos. Tais fatores contribuem para o número insuficiente de doadores e perda significativa de doadores em potencial, afetando, assim, pacientes que esperam e dependem da doação (PESSALACIA *et al.* 2011). Paixão

et al. (2020) também acrescentam que os principais obstáculos a um maior número de doações no Brasil são fatores como: falha na identificação de possíveis doadores, recusa da família e contra indicações clínicas.

Nesse cenário, Parkers (1998) afirma que a combinação de uma morte repentina, inesperada, violenta e precoce, associada ao sentimento de raiva e somada à lentidão do processo legal de sepultamento pode levar a família à desistência da doação de órgãos, além de gerar problemas psicológicos duradouros. Ademais, deve-se considerar que existem variáveis intrínsecas e extrínsecas à família enlutada que determinam o tempo e a intensidade das fases do luto. Desse modo, a proposta de doação de órgãos pode intervir no processo de reorganização e de elaboração do luto vivido pela família (LIMA, 2012).

Outrossim, outro motivo que contribui para a família não optar pela doação de órgãos é a dificuldade de compreensão e/ou aceitação do diagnóstico de morte encefálica. Nesse sentido, o indivíduo com morte encefálica apresenta batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e temperatura corpórea. Assim, a família não percebe o paciente como morto e crê na possibilidade de reversão do quadro (FERREIRA *et al.*, 2015). Ademais, vale ressaltar que a identificação da morte encefálica segue critérios diagnósticos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a fim de determinar de forma rigorosa a condição de saúde do paciente, sem o fornecimento de informações inverídicas aos familiares (VICTORINO *et al.* 2017).

De acordo com Pessalacia *et al.* (2011), apesar do Brasil ser referência mundial em transplante de órgãos, a recusa das famílias pela doação de órgãos chega a 40% e 70% em regiões menos desenvolvidas. No Brasil, de janeiro a dezembro de 2017, foram notificados 10.629 potenciais doadores (pacientes diagnosticados com ME e sem contra indicações à doação de órgãos), no entanto, apenas 3.415 indivíduos (32%) tornaram-se doadores efetivos (PAIXÃO *et al.*, 2020). O sistema de doação brasileiro se baseia no altruísmo e voluntariedade, no qual o paciente ou a família podem decidir sobre a doação dos órgãos após a morte. Em paralelo, o sistema de doação de órgãos de países europeus é embasado no princípio do consentimento presumido, em que todo indivíduo falecido é automaticamente considerado doador em potencial, salvo casos em que tenha optado por não o ser ainda em vida (PESSALACIA *et al.* 2011).

Pessalacia *et al.* ainda apontam como fatores que influenciam na decisão da família pela doação de órgãos aspectos socioculturais que envolvem etnia, religião, nível socioeconômico, nível de informação sobre o procedimento bem como experiência e contato prévio da família com a doação ou transplante. Além disso, citam o nível de credibilidade no sistema de transplante, a satisfação com serviço médico oferecido e a capacitação da equipe no acolhimento e esclarecimento durante a entrevista. As dúvidas dos familiares influenciam de forma expressiva na decisão sobre a doação e, dessa forma, o objetivo do entrevistador é aliviar o sofrimento emocional e físico por meio da certeza de terem optado pela alternativa mais adequada.

De acordo com Victorino e Ventura (2017), o respeito pela autonomia das pessoas como agentes morais capazes de tomar decisões informadas é central no diálogo bioético e o pilar de referência quando se

faz necessário consentimento para a doação de órgãos. Somente a permissão atribuída por uma pessoa pode legitimar ação que a envolva. O valor das pessoas é incondicional, o que obriga a considerá-las fins, não meios, com liberdade de viver e decidir sem interferências. Por conseguinte, pode-se inferir que o respeito à autonomia do falecido só é garantida quando a família consente com a doação segundo aquilo que foi manifestado em vida. Por outro lado, a atitude da família que optou pela doação mesmo não conhecendo a vontade do ente querido é vista como altruísta.

Os mesmos autores ainda trazem que a doação de caráter consentido apresenta como ponto positivo a garantia de ser processo seguro, capaz de resguardar tanto a equipe profissional quanto a família do falecido. No entanto, deve-se ressaltar a efetividade da doação de caráter presumido no que diz respeito a assegurar autonomia e, também, como forma de otimizar o número de doações no país, tendo em vista que a recusa familiar constitui o maior impasse para a doação.

4 CONCLUSÃO

O transplante de órgãos é um recurso terapêutico que proporciona melhora na qualidade de vida, além da cura de determinadas doenças que, sem esse recurso, não teriam outra forma de cura, como cirrose em casos graves. Sendo importante ressaltar, ainda, que faltam programas para o esclarecimento à população sobre o processo de doação de órgãos, pois a recusa da família do doador, por motivos como desconhecimento e medo do processo de doação, impossibilitam a doação do órgão após a morte encefálica.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Isabelle Ramalho *et al.* Doação e Transplante de Órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 190-203, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1951>. Acesso em: 29 nov. 2021.

LIMA, Adriana Aparecida de Faria. **Doação de Órgãos para transplante**: conflitos éticos na percepção do profissional. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/doacao_organos_transplante_conflitos_eticos.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/legislacao>. Acesso em: 29 nov. 2021.

PAIXÃO, Jorge T. C. *et al.* Análise do processo de declaração de morte encefálica e seu impacto na doação de órgãos em um centro de referência em trauma. **Journal Einstein**. São Paulo (SP), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/nqL945qQDrgT9nzZSwmY3sf/?lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2021.

- PARKERS, Colin Murray. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. Trad Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus; 1998. Disponível em:
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=5sjae-VfjjsC&oi=fnd&pg=PA17&dq=Luto:+Estudos+Sobre+a+Perda+na+Vida+Adulta&ots=N6ylwBjiwq&sig=cS0YH0l8eSCeDRr6EgyyWLEy3ng#v=onepage&q=Luto%3A%20Estudos%20Sobre%20a%20Perda%20na%20Vida%20Adulta&f=false>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- PESSALACIA, Juliana Dias Reis. *et al.* Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem à família do potencial doador. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 671-682, 2011. Disponível em:
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/670. Acesso em: 29 nov. 2021.
- ROCHA, Robledo Fonseca. O anencéfalo como doador de órgãos e tecidos para transplante: possibilidades legais, morais e práticas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife (PE), v. 10, Supl. 2, p. 297-302, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/knzCgPNNv9jG5bGZVtHtxgq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- VICTORINO, João Paulo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. **Revista Bioética**. (Impr.). 2017; 25 (1): 138-47. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/jj3fymRsv7q3BnBkCJHqKdF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

A ÉTICA DOS PROTOCOLOS DE ESCOLHA DOS PACIENTES PARA INTUBAÇÃO NA COVID-19

Arthur Crossi Brandão
Eduardo Kloeckner Pires Dias
Felipe Luís Pedrini
Estevan Ribeiro
Augusto Oro Remor

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

No final de 2019 houve um surto de emergência em saúde pública em Wuhan, na China, que rapidamente evoluiu para um cenário pandêmico. Em fevereiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou a doença viral provocada pelo recém identificado SARS-CoV2 como COVID-19. Assim, diante deste cenário, a comunidade global deparou-se com uma condição jamais vista antes em questão de efeito e escala, sendo um desafio aos setores de gestão e saúde públicas. Tal condição caracteriza-se por alta transmissibilidade, índice considerável em agravo patológico, gerando uma demanda jamais vista nos serviços de atendimento em saúde. Segundo a OMS, 14% dos casos identificados desenvolvem doença grave exigindo internação hospitalar e ventilação por oxigênio e 5% vão necessitar de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), necessitando de ventilação mecânica (KRETZER, 2021).

No ano de 2019, pré cenário pandêmico, o Brasil contava com 8.139 estabelecimentos hospitalares e 490.397 leitos, sendo o equivalente a 2,3 leitos a cada 1000 habitantes. Destes, 270.880 são leitos gerais e 34.464 leitos de UTI adultos, sendo 66% dos leitos clínicos e 48% dos leitos cirúrgicos disponíveis para o SUS. Ainda, no que tange ao números de hospitais de pequeno porte: 5.345 hospitais (66%), em que 70% têm até 29 leitos. Assim, 10% dos estabelecimentos hospitalares são de grande porte, isto é, acima de 150 leitos (NORONHA, 2020).

Analisando o supracitado, aplicado à população brasileira, em questão de quantidade, nota-se que nos grandes centros ocorreu sobrecarga dos serviços, e essa ameaça ainda permanece. Dessa forma, o consequente manejo na escolha de quem terá preferência no atendimento, trata-se de um dilema ético na prática médica, que muitas vezes não está abarcado por escolhas triviais e moralmente complacentes. Como lidar?

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão de literatura referente a ética dos protocolos de escolha dos pacientes para intubação na COVID-19. Os descritores pesquisados fizeram relação com ética, intubação e COVID-19 nas principais plataformas de publicação de artigos científicos, sendo estas: SciELO, PubMed, ScienceDirect e Medline.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instalou um estado de emergência de saúde pública, após a cidade de Wuhan, na China, declarar um surto de pneumonia o qual se espalhava rapidamente para outras cidades e países. Esse surto foi dominado no dia 11 de Fevereiro de 2020, pela OMS, como SARS-CoV-2 ou COVID-19, sendo reconhecido em Março como uma pandemia, com embasamento na crescente taxa de notificação de novos casos em cidades chinesas, principalmente na província de Hubei, a qual está localizada a cidade de Wuhan, o epicentro do início da pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; 2020b).

Segundo a Constituição Federal de 1988, “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”, com tratamentos adequados fornecidos pelo poder público. Esse sistema oferece os cuidados assistenciais, desde a prevenção ao tratamento de doenças, sendo a União, os Estados e os Municípios as três esferas responsáveis por dar esse suporte à população. Além disso, esse sistema rege que ninguém pode ser discriminado, todos devem ser tratados com igualdade de direitos.

No entanto, ao avançar a pandemia do COVID-19 sobre o Brasil, a demanda hospitalar demonstrou-se insuficiente, mal distribuída, com equipamentos desgastados e, principalmente, desvios financeiros ou interesses políticos predominando um cenário, o qual deveria ser unicamente em prol da saúde das pessoas e não por interesses pessoais. Historicamente, o Brasil sempre enfrentou problemas relacionados a equipamentos hospitalares, porém, a demanda durante a pandemia do coronavírus, aumentou de forma

acentuada, causando colapso da saúde pública em diversas cidades do país, por falta de equipamentos, leitos hospitalares ou medicações essenciais (DE NEGRI FILHO, 2016; COELHO, 2013; BRASIL, 2020).

3.1 Leitos de UTI no Brasil

Por conta do início da Pandemia do COVID-19, em Março de 2020, por meio da Portaria GM/MS nº 237 foi incluído os leitos UTI II Adulto – COVID-19 e o Leito UTI II Pediátrica – COVID-19. Já em Julho de 2020, estavam cadastrados 20.203 leitos COVID-19 Adulto e 729 leitos COVID-19 pediátricos. Esses leitos representam, respectivamente, 10.228 (50,6%) e 200 (27,4%) SUS, trazendo 58,7% de aumento de leitos em relação a data anterior ao início da pandemia. Dentre as regiões, a região sudeste e nordeste foram as que mais aumentaram seu número de leitos de UTI (DE CAMPOS, 2020).

Em Março de 2021, o sistema de saúde pública e privada, no Brasil, chegou a estar em colapso em boa parte das cidades brasileiras. Tendo hospitais, tanto públicos, quanto privados, lotados por falha na política pública no combate à falta de equipamentos e leitos disponíveis para a sociedade. É importante destacar, que nesse período, 23 estados romperam com a margem de segurança de 80% de ocupação dos leitos UTIs, sendo que 12 estados estavam com uma ocupação acima de 90%.

Ao chegar nesse ponto de superlotação do sistema de saúde, aconteceu o que era mais temido perante os médicos, e da própria população. A partir desse ocupação máxima, os médicos tiveram que começar a optar quem vive e quem morre na fila por uma vaga no hospital ou leito da UTI (TEIXEIRA, 2021).

3.2 O dilema ético e os protocolos

A crença de que todas as vidas possuem o mesmo valor é algo extremamente difundido na sociedade, apesar de a mesma muitas vezes não agir conforme este preceito, poucos são os que negariam esta máxima. Entretanto, quando confrontado com uma situação calamitosa, o valor subjetivo que conferimos a cada vida humana se torna evidente. Um exemplo clássico desse dilema é a questão ética do trem de Phillipa Foot, também conhecido como o clássico “dilema do trem”, onde a mesma questionou se valeria mais a pena empurrar uma pessoa nos trilhos de um trem desgovernado para salvar os passageiros. Nesse exemplo, o valor de uma vida é questionado em termos quantitativos (um em prol de vários), porém, também seria possível questionar o indivíduo em termos “qualitativos” por meio de variações desse mesmo dilema. Uma destas variações seria a da alavanca, onde ao se puxar uma alavanca você salvaria os passageiros do trem, mas

acabaria condenado à morte um amigo ou familiar. Sendo assim, o dilema do trem se tornaria ainda mais complexo para a maioria das pessoas, considerando-se a introdução da variante afetiva no dilema ético.

As implicações desse fator afetivo são notórias quando consideramos o contexto pandêmico, bastaria introduzir a seguinte situação de forma ilustrativa: De um lado um paciente de 60 anos, o patriarca de sua família, apresentando a forma grave da COVID-19; do outro, um jovem de 20 anos, filho único de outra família, também apresentando a forma grave da doença, ambos necessitam de um respirador mas só há um disponível, qual seria o escolhido? Para as famílias, a escolha óbvia seria o seu próprio familiar, pois ambas atribuem ao mesmo sua carga afetiva e estratificam assim o valor individual da vida dos sujeitos em questão. Devido a isso, os protocolos de intubação foram construídos, não apenas com o intuito de esclarecer as condutas médicas a serem tomadas no momento da intubação, mas também para aliviar a carga emocional do profissional médico no momento em que o mesmo necessita tomar uma decisão como a da situação exposta.

Ainda assim, por serem em essência uma ferramenta técnica, os protocolos de intubação não preparam o profissional médico para o estresse físico e o trauma emocional de se tomar uma decisão a respeito da vida ou morte de um paciente. Esse fato, é facilmente evidenciado pelo número de profissionais médicos da linha de frente que apresentaram sintomas de esgotamento durante o período pandêmico. Cerca de 96% dos profissionais relataram aumento de estresse durante a pandemia e dentro desse percentual 22,9% colocaram a doença COVID-19 como principal fator desencadeante desse estresse. Por tudo isto, é importante que se entenda que os protocolos funcionam como ferramentas para orientação da conduta e por serem técnicos orientam em certa medida o profissional sobre como atuar em situações estressantes, porém, eles não o preparam para o fardo dessa decisão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

Os critérios para escolha de quem terá leito seguem orientações do protocolo elaborado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Esse protocolo é uma forma dos profissionais tentarem agir de uma forma mais justa, baseada em evidências científicas ao invés de precisar decidir sozinho. O documento foi elaborado por profissionais, assinado por diferentes sociedades médicas, levando em consideração resoluções do Conselho Federal de Medicina, decisões judiciais, o código de ética médica e até a Constituição Federal. Basicamente dentro desse protocolo busca-se quem tem maior probabilidade de sobreviver na UTI, os pacientes recebem uma pontuação considerando três critérios principais: Número de órgãos comprometidos, doenças crônicas avançadas e a condição física e motora. Em uma situação hipotética onde estão na fila o paciente A, que tem 60 anos, hipertensão arterial controlada e uma vida ativa, e o paciente B, com 50 anos, câncer avançado, sedentarismo e diabetes descompensada, o paciente A teria prioridade na fila, pois somou menos pontos nos critérios pré estabelecidos e, portanto, teria mais chances de sobreviver (AMIB, 2020).

4 CONCLUSÃO

A pandemia de Covid-19, no Brasil, exigiu grande esforço por parte dos profissionais de saúde e demandou muita decisão complexa com dilemas éticos envolvidos. A capacidade de atendimento dos centros hospitalares se mostrou ineficiente perante tanta demanda, ao chegar nesse ponto de superlotação do sistema de saúde, aconteceu o que era mais temido perante os médicos, e da própria população: os médicos tiveram que começar a optar quem vive e quem morre na fila por uma vaga no hospital ou leito da UTI.

Como forma de padronizar as escolhas foi elaborado, por profissionais e assinado por diferentes sociedades médicas, levando em consideração resoluções do Conselho Federal de Medicina, decisões judiciais, o código de ética médica e até a Constituição Federal, um protocolo de ações nesses casos. Basicamente dentro desse protocolo busca-se dar prioridade a quem tem maior probabilidade de sobreviver na UTI.

Dessa forma, buscou-se amenizar as problemáticas éticas, levando em consideração um meio mais justo para todos os pacientes, apesar de não sanar as dores dos familiares esse protocolo auxilia no trabalho dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA-AMIB. **Recomendações para triagem de pacientes em UTIs no atual momento da pandemia**, 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/recomendacoes-triagem-paciente-uti.pdf> Acesso em: 6 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Subsecretaria de Política Econômica. **Impactos Econômicos da COVID-19**. Brasília, 13 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/centrais-deconteudos/publicacoes/conjuntura-economica/estudos-economicos/2019/nota-impactoseconomicos-da-covid-19.pdf/view> Acesso em: 2 jul. 2020.

COELHO, Ivan Batista. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira** [tese]. [Ouro Preto]: Universidade Federal de Ouro Preto; 2013. 210 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pandemia gera estresse e sobrecarga de trabalho, mas reforça confiança dos pacientes na medicina**, 2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-de-covid-19-gera-estresse-e-sobrecarga-de-trabalho-medicos-mas-reforca-confianca-dos-pacientes-na-medicina/>. Acesso em: 5 nov. 2021.

DE CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; CANABRAVA, Cláudia Marques. **O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia**. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 4, p. 146-160. 2020.

DE NEGRI FILHO, Armando Antônio. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade** [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2016. 402 p.

KRETZER, Lara. *et al.* **Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf Acessado em: 3 dez. 2021.

NORONHA, Kenya Micaela de Souza, *et al.* **Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários**. Cadernos de saúde pública, 2020.

TEIXEIRA, Luciano. **O dilema ético e jurídico de escolher quem vive e quem morre na fila de uma UTI**. 2021. Disponível em: <https://br.lexlatin.com/reportagens/o-dilema-etico-e-juridico-de-escolher-quem-vive-e-quem-morre-na-fila-de-uma-uti> Acessado em: 1 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (COVID-19) events as they happen**; 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/events-as-they-happen> Acesso em: 30 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Director general as opening remarks at the media briefing on COVID 19**; 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19--20-march-2020>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ABORTO: ASPECTOS BIOÉTICOS E A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

Gabriele Longo Pandolfi
Julia Camargo Predebon
Thaianne Barfknecht Sandri
Gabriela Da Silva
Daiane Spagnol

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

O aborto é uma prática frequente no Brasil e está presente desde a antiguidade, acompanhado muitas vezes de mortalidade materna, sendo esse o desfecho mais trágico dessa prática. Assim, segundo a literatura técnica, o abortamento é definido pela interrupção da gestação até a 20ª ou 22ª semana com produto de peso inferior a 500 gramas, por outro lado, aborto é a finalidade do abortamento. Nesse sentido, a prevalência de prática do aborto no Brasil é de aproximadamente 1 milhão de abortos, sendo que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou, em 2011, 77 óbitos maternos associados ao aborto, o que torna essa prática responsável por grande parte da morbimortalidade materna (FRÓES *et al.*, 2021).

No cenário brasileiro atual, o aborto é criminalizado segundo o Código Penal de 1940, com exceção de três situações: estupro, risco iminente de morte e anencefalia. Por outro lado, apesar de garantido pelo Código Penal, somente em 1989 houve a criação de um serviço de saúde que ofertava assistência a essa prática, condicionando as mulheres, principalmente de baixa renda, a prática de abortamentos inseguros e com altas taxas de infecção e morte (MEDEIROS, 2021). Ainda, ao procurarem esse serviço as mulheres enfrentam diversas barreiras e desigualdades, tanto sociais como estruturais, sendo que as negras são as que mais se expõem a situações de vulnerabilidade na busca pelo serviço (GOES *et al.*, 2020).

Sendo assim, os direitos do público feminino sempre enfrentaram diversos obstáculos até seu reconhecimento e efetivação, além disso, há a desvalorização dos direitos sexuais e reprodutivos, ao serem alvos de discursos religiosos e conservadores que contribuem para a dificuldade de acesso à prática do aborto

(MEDEIROS, 2021). Portanto, é nítido a importância da discussão frente aos dilemas bioéticos e éticos relacionados à prática do aborto e todas as questões sociais envolvidas.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um resumo expandido apresentado na forma de revisão bibliográfica. Através das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Google acadêmico e SciELO, foi realizada a busca de artigos e publicações científicas, publicados entre os anos de 2014 e 2021, que abordassem a temática em questão, a partir dos descritores: *aborto e bioética*, *aborto legal*, *aborto*, *abortamento*, *história do aborto*, *aborto ilegal* e *abortamento no Brasil*. Além disso, foi utilizado o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Em seguida, foi realizada uma leitura seletiva e exploratória, buscando verificar a existência de informações acerca do tema proposto e condizentes com os objetivos do trabalho. Por fim, foram selecionados 13 artigos científicos e 1 trabalho de conclusão de curso, além de uma matéria no site da Fundação Oswaldo Cruz.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definindo conceitos, têm-se que abortamento, termo técnico correto de utilização médica, de acordo com o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, constitui “a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal”, isto é, a interrupção da gravidez até 20 semanas ou até o feto atingir 500 gramas de peso (FIOCRUZ, 2019). Conforme definição do dicionário Houaiss, aborto, por sua vez, é a “interrupção prematura de um processo mórbido ou natural; descontinuação dolorosa da prenhez, com ou sem expulsão do feto, da qual resulta a morte do nascituro”, em outras palavras, o produto do abortamento (HOUAISS, 2001).

No que tange à história do aborto, existem registros de que é uma prática presente desde a Antiguidade, mesmo que se referisse como crime. Em 1969, a Igreja Católica inferiu que o feto possui alma, ou seja, aos olhos da Igreja, a interrupção de formação da vida é, até hoje, condenada. Em 1970, com a realização de pesquisas voltadas para a saúde pública, o aborto passou a ser visto como um fato social e não mais um desvio moral, levando em consideração questões como situação socioeconômica (pobreza, desemprego, preferência de constituição familiar), estupro ou incesto. Salienta-se que as razões mais comuns para a realização do aborto são dificuldade de acesso a métodos contraceptivos ou falha na contracepção, dando base para classifica-lo como um problema de saúde pública (BAPTISTA, 2017).

Nos países em desenvolvimento, destaca-se América Latina, o aborto é visto como pecado e se tipifica como crime, tanto a quem aborta quando a quem auxilia. De qualquer forma, essa mesma região se mantém com a taxa mais alta de abortos induzidos no planeta, e assim conclui-se que a realidade latino americana é a prova de que a penalização da interrupção voluntária da gestação não evita e nem resolve o problema. Com exceção do Uruguay, Cidade do México e Cuba - que aceitam o aborto como uma opção da mulher - o continente permanece em uma visão obscura e criminalizada do aborto, tendo ainda três países que não admitem a interrupção gestacional sob nenhuma circunstância. Essa influência religiosa, política e econômica imposta pela Igreja Católica se mantém como caso da polarização social (PIEKAREWICZ, 2015; MIANI, 2021).

Diversos estudos apontam as relações do aborto induzido com índices sociais e econômicos. Pode-se citar prioritariamente a relação proporcional entre o número de abortos com a igualdade de gênero, muito analisada e utilizada como método de estudo na Europa. Os países pertencentes a união europeia com maiores números de líderes políticos do sexo feminino no poder, apresentavam maior taxa de igualdade de gênero e também de abortos seguros realizados, pois destacam a ligação entre perspectivas feministas, políticas e práticas de saúde reprodutiva, especialmente em termos de acesso e recursos econômicos (MIANI, 2021).

Em contrapartida, estudos realizados na América Latina mostram que quanto maior as regras e proibições para a realização do aborto, maior é o número de interrupções gestacionais realizadas em condições de riscos. Assim, os países gradualistas (que reconhecem a mulher como pessoa jurídica e seu direito de interromper a gestação no primeiro trimestre) registram uma menor proporção de aborto em condições de risco, e consequentemente menores taxas de morbidade e mortalidade materna (PIEKAREWICZ, 2015).

Especificamente no que diz respeito ao Brasil, desde 1940 é regulamentado que o aborto é legalizado apenas em casos de estupro ou quando há risco de morte para a gestante. Já em 2012, foi implantada uma lei que assegura aborto legalizado em casos fetos anencefálicos. Em 1999 foi lançada a norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” que estimulava a implementação de serviços de atendimentos a vítimas de crime sexual, tal norma foi atualizada em 2005 e 2011, isentando a mulher da apresentação de boletim de ocorrência ou laudo do IML. Após essa regulamentação, a implementação de serviços engrenou, gerando mais de 60 serviços de aborto regulamentados por todo o país. Entretanto, ainda há muita dificuldade de acesso a esses serviços pelas mulheres (MADEIRO *et al.*, 2015). O Serviço de Aborto Legal é definido como um local de referência para realização procedimento de aborto no Sistema Único de Saúde, sendo permitido por lei (GIUGLIANI *et al.*, 2019).

Os Serviços de Aborto Legal devem, obrigatoriamente, ter equipamentos e profissionais treinados e eficientes para a realização da aspiração manual intrauterina (AMIU), que é o procedimento mais indicado. Porém, os métodos de curetagem e uso de Misoprostol são muito mais comuns (FONSECA *et al.*, 2020). Mesmo com a presença desses serviços no Brasil, o aborto inseguro ainda é muito praticado (MADEIRO *et al.*, 2015). Em estudos de abrangência nacional, a incidência de aborto inseguro no Brasil varia de 2,3% a 16,3% (DOMINGUES *et al.*, 2020). Entretanto, não há dados sobre o aborto inseguro no Brasil em sistemas de informações públicas, como o SIM e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (CARDOSO *et al.*, 2019).

Segundo a OMS, o aborto inseguro é definido por um procedimento utilizado para interromper a gravidez e que é realizado por indivíduos sem nenhuma experiência ou que seja realizado em local que não esteja em concordância com os mínimos padrões médicos (GANATRA *et al.*, 2014). Algumas das complicações mais frequentes e imediatas do aborto inseguro podem ser hemorragias, perfuração de órgãos e infecções causadas por objetos inseridos no canal vaginal com o intuito de causar o aborto, sendo esses motivos uma das principais causas de morte materna em âmbito nacional (CAMILO *et al.*, 2020). Todavia, a vinda do fármaco Misoprostol ao Brasil diminuiu significativamente os índices de aborto inseguro nas últimas décadas (MENEZES *et al.*, 2020).

A partir da análise de dados públicos presentes no mais variados Sistemas de Informação, mostrou-se que, entre 2006 e 2015, há registros de 770 mortes que têm como causa básica o aborto. As regiões brasileiras que apresentam a maior razão de mortalidade materna (RMM) são a norte, sudeste e centro-oeste, estando a última ainda em crescente aumento da mortalidade por aborto. A faixa etária mais frequente é dos 20 aos 29 anos no período de tempo analisado e a incidência maior de aborto em mulheres negras ocorreu nos anos de 2006 e 2012, já nas indígenas de 2012 a 2014 e, por fim, as mulheres amarelas apresentaram a maior taxa de abortamento no Brasil em 2015 (1 óbito por aborto e 0,36% de nascimentos), segundo dados retirados do SIM e SINASC (CARDOSO *et al.*, 2019).

Nos países em desenvolvimento, a proibição do aborto não gera uma mudança comportamental na população, em realidade obriga as mulheres a se submeterem em abortos clandestinos. Frente a isso, depara-se com duas condições socioeconômicas, mulheres com capacidade de arcar com um serviço ilegal, porém seguro, em condições de higiene e atenção profissional, e mulheres desprovidas de realizar um procedimento seguro, estando em serviços insalubres com profissionais insuficientemente capacitados, sendo a essa a realidade da maior parte populacional do continente (PIEKAREWICZ, 2015).

Desde a perspectiva bioética, baseada no conhecimento científico e nos direitos humanos, não se justifica a proibição do aborto, sendo ineficiente e contraproducente. Os países comprometidos com práticas para proteção e atenção à saúde tendem a apresentar melhores variáveis de educação, saúde e direito, contribuindo para educação sexual e a prevenção das gestações indesejadas (PIEKAREWICZ, 2015).

4 CONCLUSÃO

Portanto, o aborto é uma prática frequente no país e, muitas vezes, está relacionado à morbimortalidade materna. Atualmente, é regulamentado e legalizado apenas em casos de estupro, risco de morte à gestante ou anencefalia fetal, sendo considerado crime em qualquer outra circunstância. Nesse sentido, a questão da legalização e realização do aborto é influenciada principalmente por aspectos religiosos, políticos e econômicos.

Desse modo, devido à proibição da prática e dificuldade de acesso quando permitida, muitas gestantes se expõem a situações de risco realizando a prática de maneira clandestina. Assim, faz-se necessária a discussão relacionada às questões bioéticas e éticas do aborto juntamente com todas as questões sociais envolvidas, a fim de evitar sua realização de maneira insegura.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, A. L. C. A. **NÃO NASCER: reflexões sobre a história do aborto**. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, p. 1-39, 2017.
- CAMILO, Débora Cristina *et al.* Práticas de aborto inseguro: métodos culturais e caseiros. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 94414-94426, 2021.
- CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
- FONSECA, Sandra Costa *et al.* Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00189718, 2020.
- FRÓES, Nathália Maria Fonseca e Batista, *et al.* **Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre abortamento legal**. Revista Bioética [online]. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291459>.

GANATRA, Bela *et al.* From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. 2014.

GIUGLIANI, Camila *et al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. vol. 14, n. 41 (jan./dez. 2019), 1791, 13 f., 2019.

GOES, Emanuelle Freitas *et al.* **Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto**. Cadernos de Saúde Pública [online]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil—um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 563-572, 2016.

MEDEIROS, Jayce Mayara Mendes. **Desafios à política de saúde brasileira: impactos no direito ao aborto legal**. Revista Katálysis [online]. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75661>.

MENEZES, Greice *et al.* Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00197918, 2020.

MIANI, Céline. Medical abortion ratios and gender equality in Europe: an ecological correlation study. - **Sex Reprod Health Matters**; 29(1): 1985814, 2021 Dec. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2021.1985814>. Acesso em: nov. 2021.

PIEKAREWICZ, Mina Sigal. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. **Rev. Bioét. Derecho**, (33): 3-13, 2015. tab, mapas. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-8872015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: nov. 2021.

Principais questões sobre Diagnóstico do Abortamento. **Fiocruz**, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-diagnostico-do-abortamento/> Acesso em: 08 nov. 2021.

ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS DA EXPOSIÇÃO DE PACIENTES PELO PROFISSIONAL MÉDICO NAS MÍDIAS SOCIAIS

Jonas Daniel Walker Mainardi
Kaio Fernando Rêgo Carneiro
Felipe Salvi Mársico
Ricardo Lucas Ostrowski
Lorenzo Trintinaia Slaviero
Arthur Rossi Vezaro

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

As redes sociais estão modificando a sociedade humana. O formato virtual de disseminação de informações associados a fenômenos de mobilização social e manipulação emocional tem modificado a interação humana. Sua principal característica é a liberdade de expressão onde tudo pode ser publicado através de endereços eletrônicos e reproduzido e compartilhado por meio de telas de computadores e dispositivos móveis. (CESARINO *et al.*, 2015). Nesses ambientes virtuais, traços do comportamento humano naturalmente se fazem presentes, porém, o afastamento físico proporcionado pelas telas traz consigo novas peculiaridades na interação entre os interlocutores e o potencial de exposição daquilo que é publicado. (KRAMER *et al.*, 2014).

Na medicina, percebe-se cada vez mais a utilização das mídias sociais, como o *Instagram*, *Facebook*, *Twitter*, entre outros, por parte dos profissionais médicos, para divulgação do seu dia-a-dia ou de condições que envolvam a prática médica. Neste contexto, é comum a exposição da imagem de pacientes ou de dados relativos à pacientes, ato que viola o sigilo médico e a privacidade do paciente. Sendo assim, tais atitudes podem ser consideradas como más condutas médicas dentro do ambiente virtual.

Diante desse cenário, vale destacar que a concepção de privacidade parece oscilar entre uma concepção de valor moral ou de direito de agir. Nesse sentido, não obstante, atualmente é considerado também o agir soberano e autônomo de um indivíduo sobre a sua própria identidade, sobre o seu corpo ou sobre qualquer aspecto da sua vida privada. Nesse viés, sabe-se que, de acordo com a enciclopédia da bioética,

privacidade é um direito relacionado com quatro dimensões de experiência humana, a saber: Física, Informacional, Proprietária e Decisória.

Ao mesmo tempo, segundo Hottos (1998), a confidencialidade é a norma que impõe a obrigação de discrição a qualquer indivíduo depositário, pelas suas funções, das informações que lhe são confiadas. Portanto, a confidencialidade pode ser entendida como o direito de não divulgação ou ainda a garantia de que informação identificável seja conservada longe do alcance dos outros.

Nesse sentido, percebe-se que o uso das mídias sociais para fins de divulgação de ambientes de saúde, incluindo a imagem de pacientes, principalmente pelos profissionais médicos, pode se tornar um problema quando fere os princípios da privacidade e da confidencialidade. Por isso, o objetivo deste trabalho é discorrer acerca dos fatores envolvidos no processo de exposição de pacientes pelos profissionais médicos nas mídias sociais, analisando e discutindo as consequências e o impacto destas atitudes no que diz respeito aos preceitos éticos e bioéticos relacionados à temática.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão sistemática de literatura, a partir de pesquisas em plataformas digitais como SciELO e PubMed, além do Google Acadêmico. Desse modo, foram buscadas algumas palavras chaves, tais como: redes sociais, exposição de pacientes e medicina, direcionando a procura para o foco principal de estudo: a exposição de pacientes no ambiente virtual.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Nascimento (2016), na atualidade, surge a necessidade de se estudar o comportamento dos profissionais médicos e estudantes de medicina no âmbito da saúde, frente ao uso das novas tecnologias, tendo em vista que a utilização errônea destas, pode fragilizar a relação médico-paciente, podendo, assim, haver transgressão dos pacientes como cidadãos.

No mesmo contexto, Gonçalves e Verdi (2007) apontam que os hospitais, clínicas ou ambulatórios escola, possuem o potencial de aumentar problemas que normalmente fazem parte da rotina das instituições de saúde, pelo fato de os pacientes servirem como método de estudo. O fato supracitado, refere-se principalmente a quebra de direitos de imagem desses pacientes, que, muitas vezes, são fotografados diretamente, para fins de aprendizado - foto de uma lesão de pele, por exemplo - ou indiretamente, somente

para exposição pessoal nas redes sociais. Estes pacientes, em alguns casos, aparecem até mesmo sedados e em condições de vulnerabilidade, como em publicações de cirurgias que estudantes e médicos publicam em aplicativos como Instagram, *Facebook* e *Twitter*.

Ademais, um fato que exemplifica as atitudes perante as novas tecnologias no âmbito médico, mostra-se em um estudo realizado por Nascimento (2016), que perguntou a 27 estudantes de medicina se já haviam fotografado pacientes. Destes alunos 10 responderam que sim, haviam registrado a imagem de pacientes e quando perguntados em relação a autorização para esse registro, todos responderam que foi apenas verbal, o que em termos jurídicos não tem valor, e pode ter muitos vieses, como, por exemplo, o paciente não entender a finalidade desse retrato.

No mesmo estudo, uma situação que chamou atenção, mostra-se no relato de um estudante entrevistado que disse tirar fotos dos pacientes a mando de professores e preceptores médicos, também, apenas com solicitação verbal, isso se o paciente não estivesse sedado, caso estivesse, nem isso ocorria. Tal cenário, demonstra que a quebra de direitos está sendo passada adiante, mesmo que sem motivação, porém, isso pode trazer sérios problemas de transgressão de direitos, pois após uma fotografia ser publicada nas redes sociais, muitas consequências podem haver, uma delas é a cascata de “republicações”, também sem autorização.

Como dito em epígrafe, os hospitais escola utilizam os pacientes como objeto de estudo, entretanto essa relação deve ser benéfica para os dois lados, isso não significa ultrapassar os direitos dos pacientes para benefício próprio. Significa construir uma relação recíproca, onde ambas as entidades tenham benefícios, sejam científicos na forma de conhecimento para os médicos e estudantes de medicina, sejam de cuidado na forma de tratamento adequado para o enfermo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) foi criado em 1951 com o intuito de normatizar a prática médica de forma ética e assistencial, incluindo a privacidade do médico e do paciente. Algumas das proibições segundo a resolução 1974/11 do CFM, (5/O) “expor a figura de paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento;”. Também, dessa mesma resolução item 6/IV - “apresentar nome, imagem e/ou voz de pessoa leiga em medicina, cujas características sejam facilmente reconhecidas pelo público em razão de sua celebridade, afirmando ou sugerindo que ela utiliza os serviços do médico ou do estabelecimento de saúde ou recomendando seu uso;” ainda, (6/VI) “- apresentar de forma abusiva, enganosa ou assustadora representações visuais das alterações do corpo humano causadas por doenças ou lesões; todo uso de imagem deve enfatizar apenas a assistência;”.

Dessa forma, fica claro que a divulgação e a exposição do trabalho médico não podem atender viés comercial diretamente, principalmente através da divulgação de particularidades de um paciente, seja a imagem, voz, ou qualquer outra característica que permita seu reconhecimento. A prática médica deve ser focada na assistência, entendendo também que informações úteis em saúde podem e devem ser divulgadas, desde que com embasamento científico e baseada em evidências.

4 CONCLUSÕES

A partir da análise da Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei geral da proteção de dados pessoais) artigo do 2, destacam-se alguns fundamentos como: I - o respeito à privacidade; II - a autodeterminação informativa; IV - a inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem.

Sendo assim, a proteção de dados tem como objetivo proteger a intimidade pessoal e também dar a liberdade do cidadão de selecionar a divulgação de suas informações/características, respeitando também sua honra e dignidade. É importante ressaltar que tais aplicações jurídicas, dentro do contexto médico, também se aplicam à proteção do profissional da saúde, tendo esse o direito de contestar e reivindicar seus direitos caso seja exposto ou difamado de forma pública.

O avanço da tecnologia e das mídias sociais rompeu todas as barreiras do cotidiano e está inserida nos mais diversos contextos, no da medicina não é diferente, sendo desde acadêmicos até profissionais médicos os usuários dessas. Redes sociais podem ser ferramentas muito interessantes para o compartilhamento de informações e aprendizado, principalmente no âmbito acadêmico. Todavia, é imprescindível que evitemos a banalização da exposição do paciente, tendo em vista que o intuito do compartilhamento dos dados e imagem desse sejam totalmente para fins de aprendizado, e nunca para fins publicitários (o que, infelizmente, acontece usualmente na atualidade).

Não obstante, mesmo que a exposição dos pacientes seja puramente para fins acadêmicos, sem o consentimento do mesmo, essas informações não podem ser repassadas, se divulgadas o expositor está sujeito a responder judicialmente por ferir a honra e a dignidade do paciente. Além das repercussões legais, o compartilhamento indevido dos dados pode acarretar na fragilização da relação médico-paciente, prejudicando não só o profissional em questão, como ferindo a confiança do paciente em relação aos demais membros da classe médica.

Destarte, é de suma importância que antes de divulgar essas informações os acadêmicos ou profissionais estejam informados sobre as consequências desse ato, colem o consentimento do paciente, e,

ainda, certifiquem-se de que o intuito da exposição é educativo, caso seja apenas para publicidade, essa prática continua sendo repudiada. Por fim, respeitar as leis de proteção de dados protege não só o paciente, como também o profissional ou acadêmico, e não menos importante, a relação entre ambos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Congresso Nacional**. Lei Nº 13.709. Brasília, 2018.

CESARINO, Mariana Novo; DE ARAUJO, Edevar José; DE CARLOS BACK, Isabela. O comportamento de médicos e de acadêmicos de medicina na rede social: uma análise de 800 manifestações. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 63-71, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Manual de publicidade médica**. Resolução nº 1.974/11. Brasília: Tablóide, 2011

ENSERINK, Martin; CHIN, Gilbert. The end of privacy. 2015.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; VERDI, Marta Inez Machado. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 755-764, 2007.

HOTTOIS, Gilbert. **Dicionário da bioética**. Institut Piaget, 1998.

KRAMER, Adam DI; GUILLORY, Jamie E.; HANCOCK, Jeffrey T. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 24, p. 8788-8790, 2014.

NASCIMENTO, Dalvina Benicio do. **Análise bioética da utilização de imagens de pacientes em mídias sociais eletrônicas**. 2016.

ENGENHARIA GENÉTICA: A ÉTICA NA MANIPULAÇÃO DO GENOMA

Paolla Favaro Bressiani
Amanda Lavandosk Ribeiro
Julia Dos Reis Raimundo
Jessyca Christina Ribeiro Pereira
Marynna Valente Costa

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

A engenharia genética se caracteriza pela manipulação do genoma de seres vivos, que ao longo dos anos está ganhando maior importância e evidência. Com isso, a modificação genética vem sendo utilizada tanto para a parte patológica na prevenção de doenças, quanto para a parte estética com a escolha de características. Portanto, faz-se necessário o levantamento de questões acerca do ponto de vista ético, jurídico e social. Frente a isso, busca-se analisar como essas tecnologias devem ser aplicadas, bem como o impacto delas e a forma de ser respeitado o princípio da dignidade da pessoa humana.

2 METODOLOGIA

A fim de discorrer acerca do tema de engenharia genética e relacioná-lo com a bioética e a manipulação de características humanas, foi realizada uma revisão bibliográfica em busca de artigos sobre os assuntos em questão. Para a localização dos artigos, a pesquisa foi realizada nas plataformas do Google Acadêmico, SciELO, PubMed, por meio de palavras chave: engenharia genética, bioética, super-bebês, manipulação genética, mapeamento genético.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Engenharia genética é o conjunto de processos que permitem a manipulação do genoma de microrganismos vivos. Iniciada na década de 1970, essa tecnologia envolve o uso de técnicas de ácido nucleico recombinante (DNA), a qual compreende a escolha do fragmento do material genético de interesse, corte, transferência e inserção no genoma de determinada célula e, por fim, seleção das células com o clone desejado e reprodução das mesmas (CANDEIAS, 1991). Na engenharia genética estão incluídas não somente as noções de manipulação genética, mas também a reprodução assistida, a diagnose genética, a terapia gênica e a clonagem, pois todas as técnicas tendem à modificação do patrimônio hereditário do ser humano (DINIZ, 2007).

Avanços na ciência moderna ampliaram as discussões acerca da utilização da engenharia genética no ser humano, fundamentadas em preocupações com a saúde e melhoramento de traços da hereditariedade. Ainda em meados do século XIX, surgiu o termo *eugenia*, entendido como um conjunto de técnicas ou procedimentos capazes de melhorar a espécie humana (GALTON, 1883).

Eugenética representa a forma contemporânea desse termo e pode ser dividida em: *eugenética negativa*, com objetivo de prevenção das doenças e malformações genéticas e *eugenética positiva*, que busca a melhoria das competências humanas, como a inteligência, memória e características físicas e mentais (SCHRAMM, 1997).

As correções genéticas e tratamentos hormonais em células reprodutivas (óvulo e espermatozoide), podem servir de alternativa como terapia celular somática, para filhos em que os pais possuem genes potencialmente “defeituosos”. Através do mapeamento genético será possível evitar doenças e mortes em recém-nascidos, pois quanto mais se tem conhecimento a respeito de um possível problema, melhor se torna o planejamento a nível pessoal ou público (BARTH, 2005).

A edição genética tem trazido muita esperança e comoção quando se trata da capacidade de correção de doenças até então incuráveis, causadas por desordens de genes recessivos, como a anemia falciforme, distrofia muscular, fibrose cística e a hemofilia. Sendo assim, uma grande aposta para a indústria farmacêutica como ferramenta fundamental da assistência médica no futuro (GONÇALVES; PAIVA, 2017).

Por meio do Diagnóstico Genético Pré-Implantacional (DGPI), é possível que sejam analisados os genes do embrião e identificar possíveis patologias que poderão apresentar-se no decorrer da vida e que também podem ser causa da inviabilidade da gestação. O uso dessa técnica está indicado aos casais que tenham filho anterior com má formação, histórico de dois ou mais abortos espontâneos, pacientes com falhas

repetidas de implantação nos ciclos de fertilização *in vitro*, quando suspeitado do risco de produção de embriões com desequilíbrio cromossômico, idade materna avançada, entre outras (TRINDADE, 2017).

Por outro lado, uma das vertentes do melhoramento genético tem direcionado seus estudos para a "customização do corpo", incluindo a edição do genoma humano para a criação de um bebê perfeito, por meio da seleção de características estéticas, da qual a alteração é realizada antes do início da gravidez, podendo os pais modificarem as capacidades cognitivas, físicas e intelectuais do embrião (SANDEL, 2013, p. 21).

Nesse contexto, a seleção de características deixa de ser uma possibilidade, para ser um preceito, como apontou a pesquisa realizada nos EUA, pela Universidade Johns Hopkins, estimando que em 2006, aproximadamente metade das clínicas americanas de Diagnóstico Pré-Implantacional (DGPI), oferecia como opção a escolha do sexo. Já em um levantamento feito pela Universidade de Nova York, apontou que 12% dos entrevistados garantiriam inteligência superior ao bebê, e 10% fariam seleção para "melhorias" como habilidade atlética. A tecnologia futurista é caracterizada como "designer babies", ou bebês projetados (COSTA; GARATTONI, 2012).

Em novembro de 2018, o cientista chinês He Jiankui anunciou que com aplicação da engenharia genética, ajudou a criar os primeiros bebês modificados geneticamente, impedindo duas irmãs gêmeas de contraírem o vírus HIV, por meio da remoção da proteína CCR5 do DNA dos embriões. Apesar da boa intenção em querer evitar que os recém-nascidos contraíssem o vírus, o trabalho gerou indignação na comunidade científica internacional, e acalorou o debate quanto aos dilemas éticos e os limites que envolvem as edições genéticas (GREELY, 2019).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe de um único regulamento em que trata da reprodução assistida, assim como do DGPI, é a Resolução nº 2.121/2015. Ela autoriza a utilização do DGPI, com o objetivo de evitar doenças do filho que irá nascer ou selecionar embriões que sejam compatíveis com algum outro filho do casal já acometido pela doença e no qual o tratamento seja realizado por meio do transplante de células troncos, sendo proibida qualquer seleção de sexo ou qualquer característica biológica do futuro filho (CFM, 2015).

Considerando que a resolução do CFM não é equivalente à de uma lei, nota-se uma abertura em relação ao tema. Observa-se oposições éticas decorrentes do uso da técnica, dentre elas, os riscos de mutações aleatórias que ocorreriam no genoma modificado, gerando consequências danosas às gerações futuras, e ainda extrapolando o procedimento para fins não terapêuticos. Assim, entende-se que a manipulação genética pode ser usada não somente como forma de manter a saúde, mas também como meio de escolhas

baseadas em culturas sexistas ou racistas, já que permite escolha de características como altura e cor dos olhos, desrespeitando assim a essência humana (GUERRA, 2014).

O artigo 225 da Constituição Federal trata da necessidade de preservar a diversidade e integridade do patrimônio genético do país, bem como determina o dever do Poder Público em fiscalizar as entidades que se dedicam à pesquisa e à manipulação do material genético (BRASIL, 1988). Em março de 2005 foi regulamentada a nova Lei de Biossegurança, Lei nº 11.105, que estabelece normas para utilização das técnicas de engenharia genética, complementando o art. 225 e tomando precauções sobre a ética e a pesquisa envolvendo seres humanos. O art. 1º desta Lei permite a pesquisa em células tronco-embrionárias, porém conforme o art. 6º é proibido procedimentos de engenharia genética em célula germinativa, zigoto ou embrião humano (BRASIL, 2005).

Assim, o Código de Ética Médica (CEM) vai ao encontro da legislação brasileira ao exigir que o médico tenha absoluto respeito ao ser humano e atue sempre em benefício ao paciente. Esse documento versa também sobre o progresso científico e tecnológico aplicado às práticas clínicas, reprovando o uso indiscriminado de novas tecnologias se não conhecidas suas consequências. Dentro disso, o artigo 15 do CEM veda ao médico o descumprimento das leis específicas sobre transplantes, esterilização, fecundação artificial, aborto, manipulação ou terapia genética (CFM, 1990).

4 CONCLUSÕES

Por fim, percebe-se a complexidade relacionada às questões da engenharia genética, e diante disso é fundamental ter uma tutela jurídica específica para o embrião humano fertilizado in vitro, além de outros dilemas, que demonstram a necessidade de uma maior intervenção do direito no tema. Assim, mostra-se necessário que o assunto seja debatido entre os órgãos de todas as áreas envolvidas, principalmente da medicina e do direito (como o Conselho Federal de Medicina, a Anvisa, a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida) para que seja criada uma regulamentação específica sobre os usos das técnicas de manipulação genética, além de que se estabeleçam de maneira incisiva os limites éticos e jurídicos que deverão ser respeitados. E, o mais importante, que se determine a fiscalização e o controle efetivo das práticas realizadas em clínicas de reprodução, já que os médicos e os pais não podem ter o poder de decidir pela escolha de certas características do futuro filho.

REFERÊNCIAS

- BARTH, Wilmar Luiz. Engenharia genética e bioética. **Teocomunicação**, v. 35, n. 149, 2005.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005. **Política Nacional de Biossegurança**. Brasília, DF, mar 2005.
- BRASIL. **Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005**. Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Brasília, DF, 2005.
- CANDEIAS, José Alberto Neves. A engenharia genética. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, pág. 3-10, 1991.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica**. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tablóide, 1990.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Resolução 2.121 de 2015. Brasília, 2015.
- COSTA, Camilla; GARATTONI, Bruno. Como fazer super bebês. **Revista Superinteressante**, ed. 301, 2012.
- DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 4. ed. p. 397, 2007.
- GALTON, Francis. Inquiries into human faculty and its development. Herencia e eugenesia. Madrid: **Alianza Editorial**, p. 104, 1988.
- GONÇALVES, Giulliana Augusta Rangel; PAIVA, Raquel de Melo Alves. Terapia gênica: avanços, desafios e perspectivas. **Einstein** (São Paulo), v. 15, p. 369-375, 2017.
- GREELY, Henry T. CRISPR'd babies: human germline genome editing in the 'He Jiankui affair'. **Journal of Law and the Biosciences**, v. 6, n. 1, p. 111-183, 2019.
- GUERRA, Marcela Gorete Rosa Maia; AGUERA, Pedro Henrique Sanches. Dos limites do planejamento familiar frente à manipulação genética e do diagnóstico genético pré-implantacional. *In*: XXIII Congresso Nacional do CONPEDI/UFPB, 23, 2014, Paraíba, PB. **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis: CONPEDI, p. 48, 2014.
- SANDEL, Michael J. *Contra a perfeição: ética na era da engenharia genética*. Editora José Olympio, 2015.
- SCHRAMM, FR. Eugenia, eugenética e o espectro do eugenismo: considerações atuais sobre biotecnociência e bioética. **Revista de Bioética**, Porto Alegre: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, v.5, n.2, 1997.
- TRINDADE, Letícia. Limites legais na geração de um filho geneticamente escolhido ou manipulado. **Campo Jurídico**, v. 5, n. 1, p. 275-324, junho de 2017.

ÉTICA MÉDICA: USO DE EMBRIÕES NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Tamiris Budke
Maiara Carpes
Laura Vieira Machado
Giliane Pecini
Ediane Maiara Rambo
Yasmim Gabriela Welke
Arnaldo Nogueira
Ramiro Ronchetti
Giana Sartori

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

A reprodução assistida é todo processo reprodutivo assistido pela medicina com a aplicação de diferentes técnicas como a inseminação artificial, a fertilização *in vitro*, a criopreservação, entre outras (BRASIL, 2018). Em 25 de julho de 1978 nasceu em Oldham, na Inglaterra, Louise Brown – o primeiro ser humano gerado *in vitro* e nascido a termo no mundo. Desde então, são mais de 9 milhões de nascimentos ocorridos graças às técnicas de reprodução assistida (RA) (RIANO-GALÁN, 2021). Ela proporciona para muitos casais inférteis a possibilidade de terem filhos, o que se configura como um desejo legítimo e incontestável. Além disso, de acordo com Badalotti (2010), a infertilidade pode ser um fator de morbidade emocional e problemas interpessoais, ocasionando uma crise vital e, para 20% desses casais que sofrem com a infertilidade, a única saída é o uso dessas técnicas médicas.

O nascimento de Louise Brown, por sua vez, gerou notável repercussão, acarretando o surgimento de vários documentos e leis que buscavam regulamentar a prática da RA, dada sua expansão e divulgação (MARTINS-COSTA, 2017). Questões políticas, sociais, tecnológicas, econômicas e, principalmente, éticas, começaram a ser debatidas (RIANO-GALÁN, 2021). Então, em 1984, na Inglaterra, foi publicado o documento nomeado Warnock Report, que trazia as bases bioéticas acerca da tecnologia reprodutiva (MARTINS-COSTA, 2017).

No território brasileiro, tais normas éticas foram estabelecidas somente em 1992, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1.358 (MARTINS-COSTA, 2017). Desde então, a técnica passou por várias reformulações legais e hoje, a reprodução assistida é regida pela Lei nº 11.105/05, conhecida como Lei de Biossegurança (BRASIL, 2017) e pela Resolução nº 2.294/2021 do CFM (BRASIL, 2021).

Embora a legislação discorra sobre os direitos e deveres – tanto do profissional médico quanto do paciente – e forneça informações específicas sobre o tema, até os dias atuais, muitas questões ainda são debatidas acerca da conservação, doação e congelamento de embriões, além do direito à vida possuído por eles. Diante do exposto, fica evidente a necessidade de se debater e discorrer acerca dos questionamentos e discussões bioéticas que permeiam as técnicas de reprodução assistida e suas nuances, cursando, desse modo, com o objetivo deste trabalho.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo que aborda o tema reprodução assistida, trazendo informações pertinentes à técnica médica, bem como reflexões do ponto de vista ético. Foram selecionados artigos datados das duas últimas décadas, por meio das bases de dados PubMed, Google Acadêmico e SciELO, utilizando os termos descritores “reprodução assistida” e “bioética”. Também foi utilizado referencial teórico encontrado sobre o assunto por meio de visitas em site governamental e notas publicadas pelo Conselho Federal de Medicina.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O status moral do embrião é a questão mais antiga em discussão relacionada à reprodução assistida (RA). Questiona-se o momento exato em que a vida se inicia, trazendo questões se o embrião é uma vida humana e se deve ser tratada como tal, ou não (LEITE HENRIQUES, 2014). Nesse sentido, entram conflitos entre a ciência e a religiosidade. A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva entende que o embrião é uma vida em potencial, mas não justifica ser visto e protegido como uma pessoa (ETHICS COMMITTEE OF ASRM, 2009). Em contrapartida, alguns grupos religiosos possuem uma opinião mais conservadora, uma vez que a vida humana se origina no momento da fecundação e, por isso, deve ter todos os direitos garantidos, inclusive direito à vida (DONUM VITAE, 1983).

Em consonância com Badalotti (2010), a partir do momento que o embrião é gerado em laboratório, como ocorre na Fertilização *in vitro* (FIV), a responsabilidade de cuidado passa a ser de outra pessoa, não mais da mãe e, desse modo, o embrião fica suscetível a danos, descarte e uso em experimentos. Além disso, a FIV é capaz de gerar inúmeros embriões que não serão implantados, o que motiva o questionamento: qual finalidade terão esses embriões? O autor destaca que existem algumas possibilidades de resposta, como criopreservação, doação, uso para pesquisa e destruição, no entanto, a destruição se apresenta como uma possibilidade indefensável, sobre a óptica ética. No que tange à manipulação do embrião, esta só deverá ser realizada para desfechos benéficos a este, o que, cientificamente, ainda não é possível (BADALOTTI, 2010).

Quanto à utilização dos embriões para pesquisa, principalmente a de células-tronco, cabe lembrar o Código de Nuremberg datado de 1947, criado após o julgamento dos médicos nazistas, em decorrência dos abusos cometidos durante a Segunda Guerra Mundial. Ele é um conjunto de princípios éticos composto por 10 tópicos, cujo primeiro aborda a necessidade de consentimento do ser humano a ser submetido ao experimento (ANDRADE, *et al.*, 2013). Nessas circunstâncias, como poderia um embrião consentir voluntariamente a participar de um experimento? Por outra perspectiva, de acordo com o filósofo Peter Singer, a utilização de embriões na pesquisa de células tronco deve ser encarada de forma utilitarista, uma vez que apresenta grande potencial de contribuição no tratamento de inúmeras doenças (SINGER, apud BADALOTTI, 2010).

No que diz respeito ao congelamento embrionário (criopreservação), tem-se que, se feito para uso futuro na obtenção de gravidez, é livre de objeção ética. No entanto, o problema está na dignidade dos embriões, uma vez que a criopreservação pode ferir a mesma (BADALOTTI, 2010). Outra questão que se evidencia, relacionada ao congelamento, é o abandono dos embriões. Após a coleta dos gametas e a fertilização, os pais possuem até 3 anos para reclamar o embrião, segundo a Resolução Nº 2.168, de 21 de setembro de 2017. Caso isso não ocorra, os mesmos podem ser destruídos, doados para outros casais ou utilizados em pesquisa. Além disso, a criopreservação é vista como eticamente aceitável quando empregada visando a chegada desses embriões à vida (BADALOTTI, 2010).

Dessa maneira, na reprodução assistida, a ciência e grupos mais conservadores entram em conflito. Com relação ao procedimento realizado, é comum ocorrer gravidezes múltiplas, pois ocorre a transferência de múltiplos embriões para o útero, então, por motivos médicos ou por desejo do casal, há a possibilidade de reduzir o número de fetos gerados, eliminando os embriões menos viáveis. Assim, esse procedimento é discutível até os dias de hoje, visto que grupos mais conservadores caracterizam esse procedimento como semelhante ao aborto, envolvendo as mesmas questões éticas e morais (LEITE; HENRIQUES, 2014).

A técnica de RA também está associada à maior ocorrência de gestações gemelares. Segundo Luke e Mantin (2004 apud MARTINS-COSTA *et al.*, 2017), o fator mais importante desse crescimento é destacado pelo maior acesso aos procedimentos que representam a reprodução assistida. Isso pode ser explicado pelo uso de fármacos indutores da ovulação, bem como à transferência de múltiplos embriões nas pacientes submetidas à fertilização *in vitro* (FIV), a saber. Um dos aspectos negativos desse cenário é a resposta fisiológica materna ser mais acentuada quando há gestação múltipla, em comparação com gestações únicas, o que pode ocasionar: volume e trabalho cardíacos aumentados; elevação da pressão intra-abdominal por haver mais líquido amniótico e maior volume uterino; compressão pulmonar e ureteral e maiores taxas de sedentarismo materno (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Ademais, outros autores apontam que 80% das gestações gemelares cursam com complicações (NORWITZ; EDUSA; PARK, 2005 apud MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Em suma, a reprodução assistida tem um grande envolvimento com a questão ética, dada a reflexão de “quem serão as pessoas beneficiadas?”. Por conseguinte, a discrepância encontra-se na desigualdade individual entre quem pode ter um filho e quem não pode. Além disso, existem locais em que a prática permite a realização de escolhas das características dos embriões, ou seja, a cor do cabelo e dos olhos, por exemplo, porém, essas ainda não são legalizadas no Brasil.

4 CONCLUSÕES

Neste trabalho, foram discutidas as questões bioéticas que abordam a temática da reprodução assistida (RA), discussão que vem ganhando cada vez mais destaque em nível nacional. Na busca pelo saber médico, foi observado que a bioética proporciona reflexões explícitas, tendo em consideração a dignidade humana e os direitos dos cidadãos enquanto usuários de serviços de saúde. Além disso, o olhar bioético coadjuva para a amplificação das reflexões acerca do acesso e da garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos, parte imprescindível da composição do direito à cidadania, podendo ser captado como a própria dimensão ética das políticas públicas.

Ademais, foi observado o interesse dos pesquisadores em buscar estratégias para a formulação de leis que inviabilizam práticas como a doação de gametas e, por outro, legalizar e normalizar a prática da reprodução assistida nos casos de mulheres que são incapazes da maternidade por outra via. Se por um lado a medicina proporciona tal avanço, por outro, a carência de legislação específica determina riscos aos médicos, aos pacientes e aos filhos gerados por meio de métodos como a RA. Assim, apesar da reprodução assistida ser

uma realidade ética, social e científica, ainda se faz necessário um embasamento legal e científico mais aprofundado.

Tendo em vista os aspectos aqui abordados, constata-se que a discussão acerca dos aspectos éticos e legais da prática da reprodução assistida está em processo de desenvolvimento. A presença de leis vigentes no país proporciona às mulheres, aos casais hétero e homoafetivos a liberdade de acesso a estas tecnologias, com o objetivo de alcançar o seu projeto de felicidade: a realização do objetivo de ter um filho e, como consequência, a constituição de uma família como projeto de felicidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Luiza *et al.* Código de Nuremberg e Declaração de Helsinki: transformações e atualidades. **EFDeportes, Revista Digital**. Buenos Aires, Nº 183, Agosto de 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.294/2021**. Brasília, 17 maio 2021.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Resolução Nº 2.168, de 21 de setembro de 2017**. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19405123/do1-2017-11-10-resolucao-n-2-168-de-21-de-setembro-de-2017-19405026. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. **Sociedade Brasileira de Reprodução Humana- SBRH**. Reprodução Assistida: Um guia fácil e descomplicado de Saúde e Direito. 2018. Disponível em: <https://sbra.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Ebook-Reprodu%C3%A7%C3%A3o-Assistida.pdf>. Acesso em: 07 de dezembro de 2021.

DONUM VITAE. Santa Sé. **Carta dos direitos da família, 4**: L'Osservatore Romano, ed. diária, 25 de novembro de 1983. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_po.html. Acesso em: 21 nov. 2021.

LEITE, Tatiana Henriques; HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda. Bioética em reprodução assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 (1): 31-47, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100003>

MARTINS-COSTA, Sérgio H.; SOUZA, Carlos Augusto Bastos de; RAMOS, José Geraldo Lopes. Gemelaridade. In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 175-187.

RIANO-GALÁN, Isolina *et al.*, Cuestiones éticas y legales del anonimato y la confidencialidad en la donación de gametos. **Asociación Española de Pediatría**, Espanha, edição 94, pág. 337.e1-337.e2, março de 2021.

THE ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. **Donating spare embryos for stem cell research**. *Fertility and Sterility*, v. 91, n. 3, March 2009.

LIBERDADE INDIVIDUAL *VERSUS* DIREITO COLETIVO NO CONTEXTO PANDÊMICO

Gabriela Bassani Fahl
Natália van Riel Drum
Mayele Weber
Taina da Rosa Bourckhardt
Talita Cristina Favero

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

O surgimento da pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, trouxe inúmeras incertezas e gerou repercussões desafiadoras para o controle da doença e prevenção do aumento da mortalidade e complicações, principalmente em grupos mais vulneráveis da população. Neste contexto, foi aprovada a Lei n. 13.979/2020, dispondo sobre medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública provocada pelo coronavírus. Dentre tais medidas, a lei dispõe acerca da possibilidade de realização compulsória de vacinação.

No entanto, tal medida instiga o debate no que tange sua base legal: de um lado, uma parcela defende a inconstitucionalidade da medida de vacinação compulsória, pautada no argumento de que atinge o direito à liberdade de consciência e de crença, além de outros direitos fundamentais; no lado oposto, sustenta-se que não há inconstitucionalidade, tendo em consideração os direitos à vida e à saúde coletiva devem prevalecer sobre o direito individual (ALVES, 2021).

Este estudo objetiva, por meio de revisão integrativa de literatura, demonstrar que as ferramentas da bioética são relevantes nessa discussão para abordar criticamente o conflito, discutindo acerca da constitucionalidade da obrigatoriedade da vacina, analisando a sua importância, expondo o embate entre o direito individual e o direito coletivo e seus reflexos na sociedade no que concerne às medidas restritivas para quem se recusar a vacinar.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão de Literatura Integrativa, utilizando-se de artigos, livros e publicações que envolvam informações referentes à liberdade individual versus direito coletivo no contexto pandêmico, especialmente no que diz respeito à vacinação. Para a busca de artigos, utilizou-se as plataformas digitais PubMed e SciELO, além de bases de dados em literatura médica como o MedScape.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Funções do Estado e o dever de prestar saúde pública: a vacinação obrigatória como um dever constitucional e um direito fundamental coletivo

O artigo 196 da Constituição Brasileira refere que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, onde o mesmo deve promovê-la através de políticas sociais e econômicas com o intuito de reduzir riscos de doenças e outros agravos, ademais, garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

As vacinas são responsáveis pela prevenção, controle, eliminação, e erradicação de doenças imunopreveníveis, bem como a redução da mortalidade por agravo de doenças. A vacina possui, assim, a finalidade de proteger os indivíduos de doenças infecciosas, aumentando a imunidade da população (BRASIL, 2014). A vacinação visando o controle de doenças transmissíveis foi considerada um grande avanço sanitário, representando uma enorme conquista sanitária. A primeira vacina foi descoberta em 1796 pelo médico inglês Edward Jenner e foi criada com a finalidade de combater a varíola, doença responsável pela morte de milhões de pessoas durante o século XVII (ALVES, DELDUQUE; MARY, 2020).

Oferecer a vacinação à população é uma ação que tem finalidade voltada à proteção da vida e da saúde, levando em consideração o individual e o coletivo, no entanto, o sucesso da vacinação está diretamente ligado à adesão da sociedade, pois a imunização tem o efeito direto de proteção individual, bem como, age também elevando a proteção da comunidade em que o indivíduo habita, efeito esse conhecido como imunidade de rebanho, ou seja, se a imunidade atingir a maioria da população, a infecção torna-se insustentável e será eliminada. Diante disso, a recusa da adesão de campanhas que visam à vacinação não afeta apenas o individual e pode gerar impactos severos na saúde coletiva (ALVES, DELDUQUE; MARY, 2020).

Diante disso, levando em consideração o aspecto individual e coletivo da saúde a vacinação é um direito de todos, já que apresenta benefícios à coletividade, a partir do momento que o indivíduo se vacina é assegurada uma saúde adequada, e essa vacinação beneficia o coletivo, mesmo que de forma indireta (DALLARI, 2018).

3.2 Acontecimentos históricos referentes ao tema

Para que se possa entender melhor o tema abordado, faz-se necessário relatar sobre fatos históricos marcantes no que concerne à saúde pública e ao direito sanitário. Destaca-se aqui no Brasil a Revolta da Vacina, que foi um motim popular ocorrido entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, no Rio de Janeiro. Seu principal motivo foi uma lei que obrigava todos os cidadãos a se vacinarem contra a varíola, doença que assolava a população na época. A revolta também estava associada a outros motivos, como as reformas urbanas lideradas pelo prefeito Pereira Passos e as campanhas de saneamento lideradas pelo médico Osvaldo Cruz (MELLO; GERVITZ, 2020).

No início do século XX, o planejamento urbano do Rio de Janeiro não condizia mais com a condição da capital e centro das atividades econômicas. Além disso, a cidade sofria com diversos problemas de saúde pública, doenças como a varíola, febre amarela e peste bubônica preocupavam a população e as autoridades. Em 1904, o governo apresentou um projeto de lei que tornava obrigatória a vacinação. A lei gerou um acalorado debate entre legisladores e a população e, apesar de fortes campanhas da oposição, foi aprovada em 31 de outubro. O estopim da revolta ocorreu quando foi publicado pelo jornal A Notícia um projeto que regulamentava o uso obrigatório de vacina, em que eram exigidos comprovantes de vacinação para a matrícula nas escolas, obtenção de empregos, viagens, hospedagens e casamentos, caso contrário, eram previstas multas aos que se recusassem a vacinação (MELLO; GERVITZ, 2020).

Em âmbito mundial, muito embora a população possa ter cultivado algumas reservas e inseguranças com relação às vacinas, não havia até 1998 um estudo que pudesse lastrear essas incertezas. Porém, o artigo “MMR vaccination and autism” do médico e então pesquisador londrino, Andrew Wakefield, publicado naquele ano em uma revista científica da área médica de grande repercussão, The Lancet, é considerado por muitos o estopim dos movimentos antivacina, um dos movimentos mais estrondosos da história. Essa pesquisa relacionou a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) com uma inflamação intestinal grave que, segundo ele, culminava no desenvolvimento de comportamentos relacionados ao espectro de autismo (FERRAZ; MURRER, 2020).

O estudo de Wakefield levou em consideração doze crianças que supostamente não tinham autismo e passaram a desenvolvê-lo após a aplicação da vacina. Wakefield afirmou ter notado um padrão em onze dessas crianças, que seria a existência de vestígios de bactérias de sarampo no trato intestinal. Sua hipótese consistiu em inferir que o sistema imunológico havia sofrido uma sobrecarga com a imunização, gerando, por consequência, distúrbios estruturais que levavam à mudança de comportamento e ao autismo (FERRAZ; MURRER, 2020).

A teoria de Wakefield não só sucumbiu pela ciência tempos depois, como também se revelou verdadeira fraude. Descobriu-se que o médico estava envolvido em estratégias paralelas com advogados, cujos objetivos eram de obtenção de lucros por meio de ações judiciais que seriam promovidas contra os fabricantes de vacinas. Após a confirmação da falsidade e das intenções escusas do médico, a *The Lancet* desculpou-se e retirou o artigo de publicação. Em 2010, o Conselho Médico Geral britânico cassou a licença de Wakefield (FERRAZ; MURRER, 2020).

Atualmente, o negacionismo acerca da vacinação e discussões sobre o “direito individual” de não se vacinar pode ser relacionado com o crescimento dos grupos anti-vacina, os quais refutam conhecimentos científicos a partir de discursos com perspectiva conspiratória. Este fato é corroborado pela ascendência das chamadas *fake news*, descritas como um fenômeno contemporâneo que influencia na tomada de decisões por meio de informações que não possuem embasamento real. Ainda, pode-se associar questões centradas no indivíduo, que são corroboradas por pertencimento social, diferenciações de classe, gênero e cor/raça, refletindo na percepção de risco de contaminação, bem como de adoecer e ter acesso à saúde (COUTO, BARBIERI; MATOS, 2021).

3.3 Direito e liberdade: da obrigatoriedade de se vacinar. É constitucional?

A liberdade e dignidade da pessoa humana são valores fundamentais do estado democrático de direito. É livre o indivíduo que pode exercer a sua autonomia, ou seja, “aquele que se autogoverna, sendo vedado ao estado ou quem quer que seja, obstar o exercício de suas escolhas políticas, religiosas, de opinião, de tomadas de decisões negociais e existenciais, a exemplo das questões afetas ao seu próprio corpo e saúde” (TRAD; CALLEGARI, 2020). Ainda, segundo o artigo 15 do Código Civil Brasileiro, “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002).

Contudo, por entender que a recusa à vacinação impacta a esfera coletiva ainda que seja uma decisão individual, visto que “quem resiste à vacina não causa um mal a si próprio somente, mas a todo o grupo social que depende da imunização ampla para estar protegido contra o coronavírus” (BECHARA; HALUCH, 2021), e entendendo também que os direitos da sociedade à saúde e à vida devem prevalecer sobre as liberdades individuais, o Supremo Tribunal Federal emitiu, em 17 de dezembro de 2020, decisão ressaltando a legalidade da obrigatoriedade da imunização nacional contra o COVID-19 nos termos da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Com isso, o Estado pode, em situações excepcionais como a pandemia, proteger as pessoas mesmo contra sua vontade, desde que com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde, estando a medida limitada no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública, especialmente quando essa proteção individual almejar a proteção coletiva (BRASIL, 2020).

A imposição da lei, entretanto, não pode violar os direitos individuais. Isso significa que a vacinação não pode ser forçada, mas a recusa à vacinação pode gerar consequências como a restrição ao exercício de certas atividades, a impossibilidade de frequentar determinados lugares e, inclusive a demissão por justa causa. Entende-se que a vacinação é um direito coletivo, pois a vacinação em massa assegura o direito da saúde (BECHARA; HALUCH, 2021; JUNIOR; VASCONCELOS, 2021).

O Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 2.232/2019, corrobora com as leis supracitadas quando prescreve, em seu artigo 5º, § 1º, que o médico não deve aceitar a recusa terapêutica quando a mesma colocar em risco a saúde de terceiros (inciso I) ou em caso de recusa de tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação (inciso II) (CFM, 2019).

3.4 Vacina e a COVID-19

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hesitação à vacinação pode ser definida como um atraso ou recusa na administração das vacinas que são preconizadas, ainda que tais estejam disponíveis (WHO, 2014). Nesse sentido, pode-se dizer que as estratégias de prevenção às doenças infectocontagiosas têm de forma intrínseca o conflito entre o individual e o coletivo (COUTO, BARBIERI; MATOS, 2021).

Todavia, a pandemia causada pelo COVID-19 demonstrou que as necessidades coletivas essenciais não podem ser refutadas quando comparadas à liberdade individual (GOSTIN; WILLEY, 2020), dado que medidas que surtiram efeito positivo sobre o contexto pandêmico, ou seja, a vacinação associada ao distanciamento compulsório, dependem, de forma direta da adoção sustentada pela população, isto é, pela coletividade (COUTO, BARBIERI; MATOS, 2021).

Para lidar com essas questões que surgiram no contexto da pandemia, o poder legislativo aprovou leis e resoluções direcionando ações para combate à disseminação da doença. Nesse âmbito, surge a Lei 13.979/20 que prevê que as autoridades responsáveis adotem medidas profiláticas e vacinação compulsória para que se enfrente a emergência que é o quadro pandêmico. O Estado, portanto, determina a obrigatoriedade da vacinação, devidamente registrada pela ANVISA, sem que tal ato viole os direitos individuais. Determina, também, que a vacinação não pode ser realizada de forma forçada, isto é, contra a vontade do indivíduo, porém a recusa à vacinação pode acarretar em consequências que permeiam ações como não ser permitido frequentar determinados lugares ou exercer certas atividades (BECHARA; HALUCH, 2021).

4 CONCLUSÃO

Assim, tomando-se por base os argumentos supracitados, entende-se que o direito à liberdade individual e à autonomia – direitos fundamentais em um estado democrático – não podem se sobrepor ao direito

coletivo à vida e à saúde: quando o direito coletivo é ameaçado pelo direito individual, tem-se caracterizada a situação de abuso de direito. Cabe ao Estado, portanto, cumprir as determinações das organizações de saúde, entre elas a vacinação em massa, por se fazer imperiosa a necessidade de contenção de disseminação do vírus e o risco de contaminação a terceiros, que resultará, em amplo espectro, na proteção da saúde da coletividade.

Por fim, deve-se considerar que todos os direitos podem ser relativizados quando equiparados aos direitos fundamentais. Ou seja, não existe direito que seja absoluto. Logo, argumentos de que a obrigatoriedade da vacinação atinge a liberdade individual não devem proceder devido ao fato de que a não vacinação coloca em risco o direito à saúde e, de forma direta, o direito à vida de toda a coletividade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra. Mara. Campos; DELDUQUE, Maria Célia; LAMY, Marcelo. Vacinação: direito individual ou coletivo? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 8-11, 2020.

ALVES, Rafaela Gonçalves. Princípio da Supremacia do Interesse Público versus direito à liberdade de consciência e de crença: reflexões à luz das atuais decisões da Suprema Corte sobre vacinação compulsória. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 8, n. 2, p. 174-203, 2021.

BECHARA, Erika; HALUCH, Camila, Gbur. O empregador pode exigir de seus empregados a vacinação contra a covid-19? **Migalhas**, abr. 2021. Disponível em <https://www.migalhas.com.br/depeso/331304/a-recusa-terapeutica-do-paciente-diagnosticado-com-covid-19--ha-limites-ao-exercicio-de-sua-autonomia>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm#view. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 nov. 2021.

Conselho Federal de Medicina. (CFM) Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. **Resolução 2.232 de 16 de setembro de 2019**. Brasília: Diário Oficial da União. Publicado no D. O. U. em 16 de setembro de 2019, edição:179, seção 1, p. 113. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 24 nov. 2021.

COUTO, Marcia Thereza; BARBIERI, Carolina. Luiza Alves; MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde Soc.** São Paulo, v.30, n.1, 2021.

DA FONSECA, Eri Medeiros; DUSO, Leandro. A discussão do movimento antivacina para uma formação crítica: implicações no ensino de ciências através das controvérsias sociocientíficas. **Revista de Educação, Ciência e Tecnologia**, v. 9, n. 1, 2020.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O eterno conflito entre liberdade e controle: o caso da vacinação obrigatória. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 3, p. 7-16, 2018.

FERRAZ, Débora Louíse; MURRER, Carlos Augusto. M. SAÚDE PÚBLICA: a liberdade individual e a compulsoriedade da vacinação. **Revista Científica UNIFAGOC** - Caderno Jurídico. Volume I, 2020.

GOSTIN, Lawrence ; WILEY, Lindsay F. Governmental public health powers during the covid-19 pandemic: stay-at-home orders, business closures, and travel restrictions. **Jama**, Chicago, v. 323, n. 21, p. 2137-2138, 2020.

JUNIOR, Eloy Pereira Lemos; VASCONCELOS, Gabriela Oliveira Silva. A vacinação obrigatória como um dever constitucional e um direito fundamental coletivo: saúde pública versus liberdade individual em tempos de pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Direito e Sociedade-REDES**, v. 9, n. 2, p. 69-86, 2021.

MELLO, Cecília; GERVITZ, Luiza Cobra. O movimento antivacina: a contaminação ideológica, a escolha social, o direito e a economia. The Anti-Vaccine Movement: the ideological contamination, the social choice, the law and the economy. **Revista de Direito e Medicina**, v. 5, 2020.

TRAD, Giovana; CALLEGARI, Livia. A recusa terapêutica do paciente diagnosticado com COVID-19: há limites ao exercício de sua autonomia? **Migalhas**, jul. 2020. Disponível em <https://www.migalhas.com.br/depeso/331304/a-recusa-terapeutica-do-paciente-diagnosticado-com-covid-19--ha-limites-ao-exercicio-de-sua-autonomia>. Acesso em: 24 nov. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report of the Sage working group on vaccine hesitancy* Geneva, 1º out. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/35VoKSS>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Gabriela Dias Adami
Larissa Bampi
Natháli Trevisan Zorzi
Rafael Rossa Marsarotto
Nathália Santin Sirena
Gabriel Fernando Weber Da Silva

Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população é um cenário que tem se demonstrado cada vez mais frequente e com ele, também, a prevalência do câncer e de inúmeras doenças crônicas (WILLIAMS, 2006). Nesse sentido, com o avanço da tecnologia, muitas doenças que eram consideradas mortais tornam-se crônicas, e a cronicidade destas condições permeia juntamente com o aumento da longevidade desses pacientes. Apesar da evolução da ciência, no que tange à saúde, a morte continua sendo uma certeza, o que diverge do princípio de muitos profissionais da saúde: o ideal da cura e da preservação da vida. Dessa forma, os pacientes considerados “incuráveis” frente a inúmeras possibilidades terapêuticas falhas, ficam sujeitos ao serviço de assistência à vida, que, muitas vezes, não condiz com a real necessidade do paciente no que tange ao alívio dos sintomas e principalmente, da dor (MATSUMOTO, 2012).

Esse serviço de assistência à vida, versa sobre o conceito de cuidados paliativos, sendo aplicado quando o indivíduo apresenta alguma doença que abrevia o tempo de vida, de modo que, de acordo com a OMS, essa é uma abordagem que prioriza a qualidade de vida do paciente e de sua família por meio de prevenção e redução do sofrimento físico, psicossocial e espiritual (SHEAHAN, 2020).

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste resumo expandido foi realizada uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, a respeito dos cuidados paliativos e da Ortotanásia. Utilizou-se como base para a elaboração artigos da plataforma PubMed, BVS e Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas consistiram em: cuidados paliativos; ortotanásia; Brasil.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abordar o tema da morte é sempre um desafio. Segundo o historiador Philippe Ariès (2003), uma das concepções predominantes sobre a temática é a que considera a morte como tema interdito e tabu, em que está implícita a ideia de que esta deve ser combatida a todo custo, pois é considerada como fracasso e vergonha. No contexto de saúde, a morte interdita oferece um poder ilusório aos profissionais, que são formados com a crença de que seu dever é combatê-la. No entanto, essa realidade indica, na verdade, sua fragilidade e impotência diante do processo de morrer (Chiba, 2008).

Nos últimos anos, observou-se alterações significativas nas formas de morrer, havendo prevalência de mortes por doenças crônicas. Segundo as Estimativas Globais de Saúde publicadas em dezembro de 2019 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 7 das 10 das principais causas de mortes são por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), representando 74% das mortes em todo o mundo naquele ano. Nesse contexto, o envelhecimento da população, a redução da taxa de natalidade e os avanços na ciência e medicina resultam no crescimento da população adulta e idosa, alterando gradativamente a pirâmide etária global (Schmidt *et al.*, 2011).

Nesse contexto de envelhecimento e adoecimento crônico da população, há mais pacientes que vivenciam uma enfermidade ativa, progressiva e ameaçadora a continuidade da vida, com doenças em diferentes fases de evolução e por vezes, doenças incuráveis. Assim, os cuidados paliativos se tornam cada vez mais necessários, já que eles têm como princípio a valorização e promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares. Além disso, com a iminência da morte, as relações se tornam mais significativas e mais intensas, ao passo que todas as questões de vida se tornam urgentes (Silveira *et al.*, 2014).

Segundo o Código de Ética Médica (CEM), um dos princípios fundamentais de todo médico refere-se às situações clínicas irreversíveis e terminais, nas quais “o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

A filosofia por trás dos cuidados paliativos existe desde a Idade Média, onde locais chamados Hospices cuidavam de pobres, órfãos, doentes e doentes terminais. No mundo contemporâneo, os cuidados paliativos à Dame Cicely Saunders, médica inglesa que em 1947 acompanhou o processo de terminalidade de David Tasma - um paciente terminal que sofria de câncer de cólon - e a partir do qual iniciou um compromisso com "uma nova forma de cuidar". Então, na década de 1960, Saunders inaugura o Movimento Hospice Moderno e abre o St. Christopher 's Hospice, um lugar focado na atenção aos doentes, ensino e pesquisa (MATSUMOTO, 2012). Saunders apoia os cuidados paliativos no conceito de dor Total, uma dor física, psicológica, social e espiritual, sendo que todas elas necessitam de atenção e cuidado. (DOURADO, 2017).

No Brasil, em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a Resolução nº 1.805, na qual os cuidados paliativos passaram a ser uma especialidade médica no Brasil (DOURADO, 2017). E esta mesma resolução aprovava condutas de ortotanásia: "na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal" (CFM, 2006; MARTA, 2010).

Na época, a Resolução nº 1.805 do CFM foi contestada pelo Ministério Público Federal (MPF), o qual alegou que a resolução afrontava o direito à vida. Porém, posteriormente a Procuradoria Geral da República (PRP) reforçou que a ortotanásia não era um crime de homicídio de acordo com o Código Penal à luz da Constituição Federal. Então, em 2010, o MPF mudou seu entendimento, acatando os argumentos do CFM e da PGP, e assim, a ortotanásia passou a ser permitida no Brasil, mesmo sem uma legislação clara neste sentido (DE ANDRADE, 2020).

Todos esses eventos comprovam que o debate sobre a questão da terminalidade da vida e da função médica são discutidos a décadas, e mesmo assim, ainda precisam ser fortalecidos, considerando a pluralidade da questão e a divergência de opiniões em diversos contextos.

Hoje, a ortotanásia é uma prática socialmente aceita e praticada pela comunidade médica (DE ANDRADE, 2020). A palavra tem suas origens no grego *orthos*, que significa correto, e *thanatos*, que significa morte, portanto ortotanásia é a morte no seu tempo certo, nem antes e nem depois da hora (ESPÍRITO SANTO, 2009). É, objetivamente, o não-investimento de ações obstinadas que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença de base insiste em avançar acarretando a falência progressiva das funções vitais (REIRIZ *et al.*, 2006).

Esta conduta se mostra muito eficaz quando se tem em vista assegurar a dignidade humana, e parece ir diretamente ao encontro à filosofia dos cuidados paliativos. Assim, estes cuidados devem ser realizados em

uma transição gradual de tratamentos que legitimam manter a vida, quando se tem possibilidade de cura, e cuidados paliativos, por meio de controle sintomático (dor total), mas sem deixar de pensar na finitude da vida (BERTACHINI, PESSINI 2011). Dessa forma, ser um paciente paliativo não significa não ter mais opções de tratamento, assim como a ortotanásia não significa negligência. Pelo contrário, ambos se complementam e por vezes seus significados convergem para um mesmo ponto, garantir a dignidade da vida e da escolha, mesmo que na terminalidade.

Os cuidados paliativos vão de encontro com a distanásia, que é aquela tentativa de combater a morte a qualquer custo, prolongando um sofrimento e agonia desnecessários. A distanásia nega o princípio da não-maleficência, por isso pode-se dizer que é uma deformidade da conduta médica, sendo uma postura ligada especialmente aos paradigmas tecno-científicos e comercial-empresarial da medicina (NAMBA, 2009).

O tratamento fútil deveria dar lugar aos cuidados paliativos que se pautam na humanização e na qualidade de vida e de morte (Menezes *et al.*, 2009). Nesse sentido, Namba (2009), defende o direito do “Bem morrer”, ou seja, a morte dentro de paradigmas de benignidade e humanidade. Ainda, Marco Antônio Oliveira Azevedo (2010): o direito de morrer é parte essencial do próprio direito à vida. Pensar o contrário é não pensar o direito à vida como um direito; é pensá-lo como sendo uma obrigação”.

Floriani traz outro viés para discussão, que trata sobre a fuga do conceito de ortotanásia. Segundo ele, a futilidade médica também se encontra na busca incansável de intervenções aos pacientes, inclusive os terminais, que por mais que objetivam a benevolência acabam por dispersar o foco na qualidade de vida. Ainda, é possível entender essa situação e estabelecer uma relação direta ao fato de que há uma enorme prevalência do método de ensino focalizado na doença que reforça ainda mais a dicotomia da cura sem o cuidado (FLORIANI, 2021).

Neste sentido, o mesmo autor afirma que a prática dos cuidados paliativos versa sobre o cuidado (hospice), na hospitalidade, sem que haja a centralização do cuidado objetivado na cura e sendo, portanto, um contraponto ao movimento da eutanásia e do suicídio assistido. Esse vértice precisa, portanto, que o país abra espaço para o entendimento da prática dos cuidados paliativos fundamentada no cuidado ao indivíduo e não na sua doença (FLORIANI, 2021).

Para Ferreira *et al.* (2018) essa é uma situação que poderia dar um passo para a resolução ainda na graduação dos profissionais, proporcionando-lhes discussões acerca da distanásia e da questão da terminalidade, obviamente esse é um aprendizado que não cabe apenas ao médico, mas sim a toda equipe multidisciplinar. Ainda, é preciso que o médico mantenha um diálogo franco com os familiares e com o paciente,

quando possível, para que haja entendimento do quadro clínico a ser tratado e possibilitando, assim, o abandono de tratamentos e procedimentos desnecessários. (FERREIRA *et al.*, 2018).

Quando falamos da decisão médica frente a doenças crônicas incuráveis, é importante investigar a temática a partir da ótica de profissionais de saúde. Vasconcelos *et al.* (2011) investigaram o impacto da Resolução 1.805/06 do CFM sobre 83 médicos que lidavam regularmente com a morte. Os autores observaram que, entre os conceitos de ortotanásia, distanásia e eutanásia, o de ortotanásia gerou maior confusão conceitual. Pouco mais da metade dos participantes (55,4%) se mostrou favorável à prática da eutanásia, e 80,7% foram contrários à distanásia. Por outro lado, 56% deles, que afirmaram desconhecer a Resolução 1.805 do CFM, admitiram praticá-la no cotidiano, após tomarem conhecimento do seu conteúdo no contexto da pesquisa. A conclusão do estudo apontou que o conhecimento da Resolução afetou positivamente a rotina dos entrevistados, que referiram atuar com base em valores mais humanitários.

4 CONCLUSÃO

Portanto, a ortotanásia e os cuidados paliativos possuem caminhos que se cruzam em diversos aspectos, mas por falta de entendimento completo de seus conceitos más interpretações são feitas, justamente quando a questão é cada vez mais importante para uma população que envelhece com doenças crônicas e necessita de cuidados adequados de fim de vida. Ambos buscam o tratamento digno até o fim da vida, de forma a proporcionar o melhor acolhimento para o doente e seus familiares. A ortotanásia não é abreviar ou prolongar a vida, é deixar que ela termine no seu momento certo. E, cuidado paliativo é a forma de tratamento que busca promover uma morte sem sofrimento, fornecendo auxílio completo, mas seguindo o conceito de ortotanásia quanto a finitude da vida.

Assim, ressalta-se que é fundamental que haja efetiva política nacional que alicerce a prática dos cuidados paliativos a ser estabelecida e aplicada de maneira efetiva nos pacientes que se beneficiam dos mesmos, e fundamentar esses cuidados paliativos em um modelo de boa morte, que se propõe acolher incondicionalmente o paciente e seu entorno, tornando o processo natural da morte menos doloroso e mais humanizado.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, Philippe. **História da morte no ocidente: Da idade média aos nossos dias**. Ediuouro. 2003.

AZEVEDO, Marco Antonio Oliveira. **O direito de morrer**. 2010.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Léo. Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais. *In*: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Léo (Orgs.) - **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. 1. ed. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011, p. 19-55.

CHIBA, Toschio. **Relação dos cuidados paliativos com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades**. *In*: R. A. Oliveira (Coord.), Cuidado Paliativo (pp. 46-54). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), **Resolução nº 1.805/2006**. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, p. 169. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acessado em 20 de fevereiro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de ética médica**. Resolução nº 2.217 de 27/09/2018. Brasília, 2019.

DE ANDRADE, Otávio Morato. Status Legal da Eutanásia e Ortotanásia no Brasil. **Revista de Seção Jurídica do Rio de Janeiro**, v. 23, n. 47, p. 96-109, 2020.

DOURADO, Tayná Batista. **Cuidado paliativo: a integralidade do cuidado e seus avanços na história**. 2017. Tese (Doutorado) – Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2017.

ESPÍRITO SANTO, A. M. **Ortotanásia e o direito à vida digna**. São Paulo: PUC - SP; 2009.

EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE TASK FORCE. **Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force**. *Eur J Palliat Care*. 2003.

MARTA, Gustavo Nader *et al.* **Cuidados Paliativos e Ortotanásia**. *Diagnóstico e Tratamento*, v.15(2), p. 58-60, 2010.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios**. *In*: CARVALHO, R. T.; PARSONS, R. A. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

MENEZES, Milene Barcelos; SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.17, n.4, p.443-8, 2009.

NAMBA, Edison Tetsuzo. **Manual de bioética e biodireito**. São Paulo: Atlas, 2009, p.172.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimativas Globais da Saúde**. 2019.

REIRIZ, A.B. *et al.* Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. **Prat. Hosp.**, v.6, n.48, p.77-82, 2006.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 23-34, 2013.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **A lanceta**, v. 377, n. 9781, pág. 1949-1961, 2011.

SHEAHAN, Linda, BRENNAN, Frank. **What Matters? Palliative Care, Ethics, and the COVID-19 Pandemic**. *Bioethical Inquiry*. (2020).

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMOPONE, Maria Helena; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida. **Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014.

VASCONCELOS, Thiago José Quirino; IMAMURA, Natália Ramos; VILLAR, Heloísa Cesar Esteves Cerqueira. O impacto da resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. **Rev. Bioet.**, v.19, n.2, p.501-22, 2011.

WILLIAMS, Anna Leila. **Perspectives on spirituality at the end of life: A meta-summary**. *Palliative and Supportive Care*. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What is the way forward? *In: World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life*. 2014.

