

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
FREDERICO WESTPHALEN/RS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

FERNANDA BORTOLIN MACIEL

O ENFRENTAMENTO DE DILEMAS BIOÉTICOS NO COTIDIANO LABORAL DE
ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FREDERICO WESTPHALEN - RS

2017

FERNANDA BORTOLIN MACIEL

**O ENFRENTAMENTO DE DILEMAS BIOÉTICOS NO COTIDIANO LABORAL DE
ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Dissertação apresentada como requisito
para obtenção do título de mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação Stricto Senso
em Educação da Universidade Regional
Integrada do Alto Uruguai e das Missões -
URI, Campus de Frederico Westphalen.**

**Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Nogaró
Co-orientador: Enf^a Dr^a Izabel Cristina
Hoffmann**

FREDERICO WESTPHALEN -RS

2017

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Instituição de Ensino/Unidade

URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Campus de Frederico Westphalen

Rua Assis Brasil, 709 - Bairro Itapagé - 98400 000 - Frederico Westphalen/RS

1.2 Direção do Campus

Diretora Geral: Profa. Dra. Silvia Regina Canan

Diretora Acadêmica: Profa. Dra. Elisabete Cerutti

Diretor Administrativo: Prof. Clovis Quadros Hempel

1.3 Departamento/Curso

Departamento de Ciências Humanas - Chefe Profa. Dra. Luci Mary Duso Pacheco

Curso de Pós-Graduação em Educação - Mestrado em Educação - Coordenadora Profa. Dra.

Edite Maria Sudbrack.

1.4 Disciplina

Pesquisa em Educação I

1.5 Orientador

Prof. Dr. Arnaldo Nogaro

1.6 Orientanda

Fernanda Bortolin Maciel

1.7 Temática

O enfrentamento de dilemas bioéticos no cotidiano laboral de enfermeiros de um hospital universitário

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Prof. Dr. Arnaldo Nogaró
Orientador - URI/FW

Prof^ª. Dr^ª. Elisabe Cerutti
URI/FW

Prof. Dr. Diego Carlos Zanella
UNIFRA/SM

À Deus, por estar sempre comigo, iluminando e protegendo minha caminhada.

Aos meus pais, João e Nilza, pelo apoio incondicional e estímulo constante.

Ao meu filho, Juliano, por compreender minha ausência e estar ao meu lado em todos os momentos.

Ao professor Arnaldo Nogaro, meu orientador, pela paciência, por apoiar minhas ideias, por dividir comigo seu conhecimento e experiência, pela sua amizade e compreensão em todos os momentos. Palavras nunca irão expressar meu carinho e admiração.

À coorientadora Izabel Cristina Hoffmann, pelo apoio, por acreditar na concretização desse sonho, pelos conselhos, pelas sugestões para o melhor andamento desta pesquisa.

À professora Neusa e ao professor Diego, membros da banca, pelas preciosas contribuições.

À instituição URI, docentes e colaboradores do PPGEdU, agradeço pela acolhida fraterna e pelos ensinamentos valiosos.

Aos colegas da Universidade Federal de Santa Maria, pela compreensão, pelo apoio e coleguismo.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria, por permitirem a realização desta pesquisa.

Aos meus amigos e, em especial Daniela Veroneze e Rosana Monteiro, por dividirem comigo os momentos bons e ruins desse processo.

Aos enfermeiros que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e contribuições preciosas.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o sucesso dessa empreitada, o meu muito obrigada.

RESUMO

O presente estudo, de enfoque qualitativo, busca investigar se a formação recebida nos cursos de enfermagem oportuniza aos profissionais os conhecimentos e instrumentos necessários ao enfrentamento dos dilemas bioéticos com os quais se depara no contexto de seu trabalho. Para isso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com enfermeiro(a)s que trabalhavam no pronto atendimento, bloco cirúrgico, sala de recuperação anestésica, unidade coronariana e unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário federal localizado em um município do centro do Estado Rio Grande de Sul. Para apreciação das entrevistas utilizamos a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2011), que consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação. A base teórica que amparou a pesquisa e a análise dos dados valeu-se de autores como: Cortina (2012), Oguisso e Schmidt (2012), Ramos (2009), Betioli (2013), Durand (2012), Sgreccia (2009), Oguisso e Zoboli (2006), Malagutti (2007), Pessini e Barchifontaine (2008), Beauchamp e Childress (2013) e Potter (2016). A partir da análise das entrevistas emergiram cinco categorias: ensino da bioética na perspectiva dos enfermeiros do hospital; dilemas bioéticos: concepções dos enfermeiros; enfrentamento de dilemas bioéticos no cotidiano; mecanismos de suporte ao profissional para o enfrentamento de dilemas bioéticos e demanda por conhecimentos para a atuação na prática profissional. Verificamos que os enfermeiros apresentam dificuldades para o enfrentamento dos dilemas bioéticos e, conforme o estudo, isso se deve à falta de embasamento teórico sobre a temática, o desconhecimento de estratégias de confrontação, bem como ao desconhecimento da existência de suporte institucional nesse sentido. Como forma de diminuir a distância entre aquilo que é oferecido teoricamente na graduação sobre a temática bioética e a realidade prática desses enfermeiros, pensar o ensino da bioética em uma abordagem transversal, focado em metodologias ativas, com ênfase na problematização e na reflexão crítica sobre a realidade. Além disso, esse ensino deve estar baseado em processos psicológicos de aprendizagem e na construção de saberes, com vistas ao desenvolvimento integral do aluno.

Palavras-chave: Bioética. Dilema Bioético. Enfermagem. Teoria-Prática.

ABSTRACT

This qualitative study aims to investigate whether the training received in nursing courses gives professionals the knowledge and tools needed to deal with the bioethical issues they face in the work environment. To this end, semi-structured interviews were conducted with nurses working in the Emergency Room, Surgical Ward, Post-Anesthesia Care Unit, Cardiac Care Unit, and Adult Intensive Care Unit, of a Federal University Hospital located in the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. The content analysis methodology of Bardin (2011) was used, which consists of three steps: pre-analysis, material examination/data processing, and inference/interpretation. Works of the following authors were used as theoretical basis for this research and data analysis: Cortina (2012); Oguisso and Schmidt (2012); Ramos (2009); Betioli (2013); Durand (2012); Sgreccia (2009); Oguisso and Zoboli (2006), Malagutti (2007); Pessini and Barchifontaine (2008); Beauchamp e Childress (2013) and Potter (2016). Analysis of the interviews led to five categories: teaching of bioethics from the perspective of hospital nurses; bioethical issues: nurses point of view; coping with bioethical issues in everyday life; mechanisms to help the professional facing bioethical issues, and knowledge needed to act in the work environment. In this study, we found that it is a challenge for nurses to deal with bioethical issues. This is due to a lack of theoretical basis on the subject, a lack of understanding of coping strategies, as well as a lack of knowledge on the existence of institutional support in this matter. As a way of reducing the distance between the theory on bioethics taught in undergraduate courses and the reality of these nurses, we consider the teaching of bioethics in a transversal approach, focused on active methodologies, with an emphasis on problematization and critical reflection on reality. In addition, teaching must be based on the psychological processes of learning and the construction of knowledge, aiming for the full development of the student.

Keywords: Bioethics. Bioethical Dilemma. Nursing. Theory-Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Percentual de enfermeiros distribuídos por faixa etária	74
Gráfico 2 – Percentual de enfermeiros distribuídos por tempo de serviço	75
Gráfico 3 – Percentual de enfermeiros distribuídos por sexo	75
Gráfico 4 – Percentual de enfermeiros distribuídos por titulação	76
Gráfico 5 – Percentual de enfermeiros distribuídos por religião	76
Gráfico 6 – Percentual de enfermeiros distribuídos por área de atuação	77

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ANED – Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas
BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CEPE – Código de Ética de Enfermagem
CFE – Conselho Federal de Educação
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COLIH – Comissão de Ligação com Hospital
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DCENF – Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IES – Instituições de Ensino Superior
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PPP – Projeto Político Pedagógico
SUS – Sistema Único de Saúde
TJ – Testemunha(s) de Jeová
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ENFERMAGEM NO BRASIL: HISTÓRIA E ENSINO	20
2.1 Uma breve história da enfermagem	21
2.1.1 O Ensino e a Profissionalização da Enfermagem no Brasil	25
2.1.2 O Currículo de Enfermagem e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem	30
3 ÉTICA E BIOÉTICA NA ENFERMAGEM: UMA APROXIMAÇÃO	37
3.1 A Ética	37
3.1.1 Origem e Definição	39
3.1.2 Princípios Éticos Aplicados à Enfermagem	43
3.1.3 Breve Histórico da Legislação Aplicada à Enfermagem no Brasil	45
3.1.4 A Ética e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem	49
3.2 A Bioética	55
3.2.1 Contexto de Surgimento, Definição e Abrangência	56
3.2.2 Modelos Teóricos da Bioética	60
3.2.3 Dilemas Bioéticos	64
3.2.4 O Ensino da Ética e da Bioética nas Graduações em Enfermagem	67
4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS DILEMAS BIOÉTICOS	71
4.1 Concepções e Caminhos Metodológicos	71
4.2 Análise e interpretação dos dados	73
4.3 Resultados e discussão	73
4.3.1 Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa	74
4.3.2 Ensino da Bioética na Perspectiva dos Enfermeiros do Hospital	77
4.3.3 Dilemas Bioéticos: Concepções dos Enfermeiros	79
4.3.4 Enfrentamento dos Dilemas Bioéticos no Cotidiano	83
4.3.5 Mecanismos de Suporte ao Profissional para o Enfrentamento de Dilemas Bioéticos ...	99
4.3.6 Demanda por Conhecimentos para a Atuação do Enfermeiro na Prática Profissional	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	116

APÊNDICES	130
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	131
APÊNDICE B – Carta à Direção do Hospital	133
APÊNDICE C – Carta de Apresentação da Pesquisadora na Instituição de Saúde	134
APÊNDICE D – Questionário para Entrevista com os Enfermeiros	135
ANEXOS	136
ANEXO A – Autorização da Instituição para Realização da Pesquisa	137

1 INTRODUÇÃO

A história da humanidade é marcada, essencialmente, pela construção do conhecimento que temos hoje. A partir desse conhecimento, o homem progrediu e fez o mundo mais conveniente para a sua permanência e desenvolvimento. No entanto, apesar de a curiosidade tê-lo conduzido a grandes avanços, também o fez buscar, incessantemente, o esgotamento das possibilidades de produção do saber a partir de pesquisas nas mais diferentes áreas, a ponto de nos inquietarmos com suas possíveis consequências, pois esse conhecimento possui “[...] uma dupla face, ambas ambíguas.” (DEMO, 2000, p. 61).

Essa dupla face do conhecimento pode ser representada pela sua capacidade de solucionar questões vitais para a existência humana, como é o caso do avanço das tecnologias e das ciências biomédicas, especialmente relacionadas ao início e fim da vida, mas também está vinculada à capacidade de destruição da mesma, como ocorre com as armas usadas para bioterrorismo e os possíveis efeitos prejudiciais para a saúde trazidos pelo uso de alimentos transgênicos. Assim, a ciência trouxe novos desafios para o homem, pois com seu aperfeiçoamento, situações anteriormente associadas ao acaso, ao destino ou à vontade de Deus, tornam-se resultado da ação humana, possuindo apenas como limite aquele imposto pela técnica e pela imaginação. (DEMO, 2000).

Nas últimas quatro décadas, os avanços tecnológicos e científicos no campo das biotecnologias e da biomedicina fizeram emergir muitas esperanças para a humanidade, mas também trouxeram preocupações. Essa utilização da ciência e da tecnologia tem influenciado substancialmente o processo de cuidar em saúde e, conseqüentemente, a prática dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem. Despontam, assim, dilemas de ordem ética durante o exercício da profissão. (MASCARENHAS; ROSA, 2010). Afinal, até onde o homem pode intervir na sua própria vida e na vida de outro ser? Essa questão fez ressurgir, com muita intensidade, a ética como base para responder a esse e outros questionamentos. Assim, com o intuito de auxiliar na abordagem ética de questões relacionadas ao desenvolvimento da ciência, de forma que esta não venha a prejudicar a vida no planeta, surge uma área plural e interdisciplinar do conhecimento denominada bioética. (POTTER, 2016).

Para Barchifontaine e Pessini (2001, p. 9), pouco importa se a bioética é considerada “[...] ciência, disciplina ou movimento social, para nós é antes de tudo uma dinâmica reflexiva que procura resgatar a dignidade da pessoa humana e sua qualidade de vida desde o nível ‘micro’ até o nível ‘macro’”. A bioética, portanto, preocupa-se com a vida, em todas as suas

formas, e surge da inquietação do homem no seu compromisso diante dos desafios de conservar e melhorar as condições de vida humana na contemporaneidade.

Os profissionais de saúde encontram-se cada vez mais imersos em questões complexas relacionadas à vida de seus pacientes. Nessa perspectiva, o enfermeiro, como parte de uma equipe multidisciplinar, tem como uma de suas atribuições, advogar a favor dos direitos dos pacientes, garantindo-lhes o exercício pleno de sua autonomia. (NOGARIO et al., 2015). Assim, a bioética surge como forma de balizar essa proteção, buscando garantir a dignidade das pessoas sob seus cuidados. Dessa forma, este estudo de campo, de enfoque qualitativo, numa perspectiva teórica histórico-crítica, pretende investigar se a formação recebida nos cursos de enfermagem oportunizou aos enfermeiros, lotados em hospitais, os conhecimentos e instrumentos necessários para o enfrentamento dos dilemas bioéticos com os quais eles se deparam no cotidiano laboral.

O enfermeiro tem um papel fundamental na recuperação dos doentes. Muitas vezes, o paciente o situa como referência para auxiliar na tomada de decisões sobre sua condição de saúde. Por conseguinte, o enfermeiro precisa de uma formação sólida, que o torne um profissional técnico, porém, igualmente crítico, que reflita sobre a prática e, assim, a aperfeiçoe. Ademais, precisa ter conhecimento científico, ser capaz de aliar a teoria à sua prática cotidiana; necessita ser altruísta e sensível, todavia, também, estar pautado na razão; deve conhecer seus deveres e saber quais são os direitos do paciente, bem como as implicações legais e éticas de sua conduta ou de sua omissão.

Não obstante, esse tipo de formação parece estar longe de ser realidade, pois o que percebemos, na prática, é uma formação preocupada como a repetição e aplicação de protocolos que facilitem a prestação e a padronização da assistência, porém uma educação pouco crítica. Será que os cursos de graduação em enfermagem estão preparando o aluno para ser um profissional capaz de lidar com o panorama complexo que permeia nossa prática, especialmente a hospitalar? Como desenvolver o senso moral, a partir de um ensino de ética e bioética baseado, predominantemente, na deontologia profissional, a qual apenas prescreve normas a serem seguidas para garantir a segurança institucional, do paciente e do profissional? Será que a graduação prepara o profissional de enfermagem para defrontar-se, de maneira apropriada, com conflitos bioéticos, tão presentes em sua atividade? Será que o enfermeiro encontra dificuldade para advogar a favor do paciente quando estão em jogo interesses institucionais? Essas são algumas questões que buscaremos elucidar com esta pesquisa.

Este estudo tem como problema de pesquisa: a formação recebida nos cursos de enfermagem oportuniza aos enfermeiros os conhecimentos e instrumentos necessários para o

enfrentamento dos dilemas bioéticos encontrados no contexto hospitalar?

O objetivo geral desta pesquisa é investigar se a formação recebida nos cursos de enfermagem oportuniza ao enfermeiro os conhecimentos e instrumentos necessários para o enfrentamento dos dilemas bioéticos encontrados no cotidiano hospitalar. Buscamos atingir esse objetivo a partir de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros que trabalham no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

A enfermagem é a profissão da área de saúde que fica mais tempo ao lado do paciente, o que oportuniza conhecer o seu contexto de vida e de sua família, suas histórias, seus medos e suas inseguranças, suas alegrias, suas tristezas e até seus segredos. (FRANÇA; REGO; NUNES, 2010). É o profissional da enfermagem, na maioria das vezes, que primeiro percebe as alterações no estado de saúde do paciente para, então, comunicar ao médico que o atenderá e conversará com a família, a fim de, juntos, tomarem a melhor decisão sobre demandas relacionadas à sua saúde ou à sua doença.

A vivência do enfermeiro, no cotidiano laboral, faz emergir emoções e sentimentos muitas vezes contraditórios, pois nem sempre se sabe a forma mais adequada de proceder em relação ao doente. Quando se sabe, nem sempre se pode. Quando se pode, nem sempre se deve. (GRACIA, 2010). Nem sempre as respostas para nossas questões cotidianas são mutuamente excludentes e isso dificulta a tomada de decisão.

Por essas razões, faz-se necessário pensar a formação do enfermeiro de forma mais abrangente, considerando aspectos teórico-práticos, mas, igualmente, humanos e éticos. No entanto, essa formação tem se mostrado fragmentada, tecnicista e submissa à figura do médico e às normas e rotinas da instituição. Nesse sentido, Nietzsche (2009, p. 20) entende que

[...] já não interessa mais uma enfermagem aprisionada no *status quo*, [...] subserviente à medicina, [...] subordinada ao mercado de doenças, [...] Torna-se, então, crucial inserir na formação inicial a habilidade de saber pensar, porque é ela que pode, ao longo da vida, manter acesa a chama da renovação profissional.

Dessa forma, é recomendável que o enfermeiro tenha uma formação holística, ética, crítica e voltada para uma prática reflexiva, que o leve a pensar a prática a partir da teoria e vice-versa. Corroborando com essa compreensão, Garanhani e Valle (2010, p. 27) afirmam que essa articulação entre a teoria e a prática "[...] se dá por meio de um processo que deve possibilitar o teorizar a partir da prática nos vários espaços onde acontece o trabalho da enfermagem [...]."

Além disso, a autonomia profissional do enfermeiro deve ser incentivada, uma vez que

o enfermeiro coordena a equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) e é responsável por todas as atividades relacionadas ao cuidado do paciente. No entanto, apesar de o Código de Ética de Enfermagem (CEPE) – Resolução COFEN nº 311/2007 – assegurar essa autonomia, o enfermeiro acaba por trabalhar à margem da equipe multiprofissional (constituída especialmente por Médicos, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogos), cumprindo e mantendo prescrições determinadas por outros profissionais.

Nessa perspectiva, pensamos a realização desta pesquisa como uma forma de repensar a atual formação do enfermeiro, uma vez que o conhecimento se expande a cada dia, as patologias exigem cada vez mais conhecimento, competência e alto nível de especialização profissional, o cuidado e o tratamento se tornam mais complexos e dispendiosos e os recursos para os sistemas de saúde públicos diminuem progressivamente. Como se não bastasse, nas últimas duas décadas, houve um aumento no número de instituições que oferecem graduações em enfermagem, nem sempre acompanhadas da necessária qualidade da formação. (TEIXEIRA et al., 2013).

Outrossim, o campo de atuação profissional do enfermeiro vem crescendo muito nas últimas décadas. O que antes se resumia à atenção individual e hospitalar, hoje se expande para a atenção pré-hospitalar e atenção básica, em âmbito individual e coletivo. Isso amplia ainda mais a gama de situações nas quais o enfermeiro se encontra implicado dilematicamente.

Nossa preocupação com o egresso das Instituições de Ensino Superior (IES) é no sentido de pensar uma formação que supere o tecnicismo e busque um perfil mais crítico, reflexivo e humanístico, que conceba o ser humano como um ser integral e não apenas como a soma de partes, como preconiza o modelo biomédico. Segundo Capra e Luisi (2014), este constitui o fundamento conceitual da medicina científica moderna. O problema conceitual que ocorre no centro da assistência à saúde contemporânea é a confusão entre os processos das doenças e as origens das doenças. Em vez de indagar por que uma doença ocorre e procurar remover as condições que levam a ela, os pesquisadores médicos tentam entender os mecanismos por meio dos quais a doença opera, de modo a poderem interferir junto a eles.

Ao se concentrarem em fragmentos cada vez menores do corpo – mudando sua perspectiva do estudo dos órgãos corporais e de suas funções para o das células e, finalmente para o das moléculas -, a medicina moderna frequentemente perde a visão do ser humano, e, tendo reduzido saúde a funcionamento mecânico, ela não é mais capaz de lidar com o fenômeno da cura. (CAPRA; LUISI, 2014, p. 70).

Sabe-se que não podemos simplesmente desprezar a técnica, uma vez que a graduação prepara o enfermeiro para realizar procedimentos especializados, complexos e repletos de riscos

para ele e para o paciente, o que, além de exigir conhecimentos específicos, demandam precisão técnica. Porém, existem dimensões a ser consideradas que envolvem muito mais que um simples procedimento, exigem habilidades de comunicação verbal e escrita, relacionamento interpessoal, capacidade de tomar decisões - muitas vezes, num contexto dilemático e desordenado -, agilidade, criatividade, disposição para liderar, conhecimento sobre direitos (seus e do paciente) - e suas obrigações -, trabalhar sob pressão em um ambiente conturbado e inseguro, entre tantas outras circunstâncias.

Ademais, as tecnologias estão promovendo um aumento nas chances de sobrevivência de pacientes que passaram por situações críticas e que, antes, talvez não tivessem chances de sobrevivência. No entanto, várias situações estão envolvidas nessa expansão sem limites do uso das tecnologias na saúde – questões éticas, profissionais, religiosas e até pessoais. Como saber o limite até onde o homem pode intervir na natureza, na sua vida e na dos outros? Até quando prolongar a vida? Tendo em vista que a saúde é um direito de todos, como escolher entre a vida de duas ou mais pessoas em situações nas quais os recursos são limitados? Como abrir mão de nossos princípios e valores mesmo sabendo que, em determinados casos, não são eles que devem preponderar? Essas são questões com as quais o enfermeiro se depara diariamente e nem sempre possui estratégias adequadas de enfrentamento.

Além do interesse pela temática “bioética”, outra questão que suscitou a realização desta pesquisa está relacionada às vivências profissionais da pesquisadora, que trabalhou vários anos no contexto hospitalar, em áreas consideradas críticas¹ e com infraestrutura humana e material insuficiente para o atendimento das demandas e, ainda, em situações nas quais o profissional situa-se entre a vida e a morte de um paciente, entre a obrigação de assistir, a falta de espaço físico e material e o direito de o paciente receber um atendimento de qualidade.

Compreendendo as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde para preservar seus direitos e, especialmente, os dos pacientes em um país que prioriza atender os privilégios de uma minoria no poder – ou indiretamente ligada a ele -, consideramos relevante este estudo, em face da crise ética que o mundo vem passando nos últimos anos e da evolução da biotecnologia e das ciências médicas, o que traz novos desafios para os profissionais, para as instituições de saúde, de ensino e de pesquisa.

Também é possível evidenciar a relevância do estudo a partir da realização do estado do conhecimento, quando, com base na biblioteca digital do Instituto Brasileiro de Informação em

¹ Para Maurício et al. (2017, p. 2), "As unidades de atendimento crítico [...] caracterizam-se por ser ambientes preparados para atender pacientes gravemente enfermos, com potencial risco de morte [...]".

Ciência e Tecnologia - IBICT² pelo site (<http://bdtd.ibict.br/busca>) verificou-se a presença 59 trabalhos que traziam os descritores pertinentes a esta pesquisa.

A pesquisa no referido banco de dados privilegiou resumos de teses e dissertações defendidas no período compreendido entre 2005- 2015. Esta seleção foi realizada no dia 11 de março de 2016, o que justifica possíveis atualizações a partir da presente data. Optou-se pela busca avançada, sem restrições de termos e campos, com base em resumos de trabalhos em português. A partir do projeto de pesquisa selecionamos seis descritores que se encontravam em sintonia com nosso alvo de investigação: Enfermagem, Ensino Superior, teoria-prática, dilemas éticos, dilemas bioéticos e bioética.

A partir da análise dos seis descritores, pode-se depreender que a produção de trabalhos relacionados à Enfermagem foi maior que dos outros descritores. O segundo descritor que apareceu em maior número foi a bioética, pois com o avanço crescente das ciências biomédicas e das tecnologias em saúde, esse assunto tornou-se alvo de muitas pesquisas. Também é possível verificar uma crescente preocupação com dilemas éticos e dilemas bioéticos, sendo que esses últimos relacionam-se a questões que fazem referência à vida no planeta Terra, não tanto com comportamentos, normas de convívio em sociedade, assuntos esses estudados pela ética. A razão pela qual pesquisamos os dois tipos de dilemas – éticos e bioéticos – vincula-se ao fato de que ambos são usados de forma intercambiável na literatura consultada, apesar de entendermos que os dilemas éticos são mais genéricos e abrangentes.

Os outros descritores – teoria-prática e Ensino Superior - separadamente, não são capazes de traçar um panorama da temática objeto de pesquisa, uma vez que se acercam de diferentes áreas de formação. No entanto, quando a eles combinamos outros descritores, é possível encontrar alguns trabalhos pertinentes à fundamentação desta pesquisa. Destacamos que, para buscarmos o descritor “teoria e prática”, foi utilizado o sinal “+” para ligar as duas palavras, de maneira que as mesmas aparecessem juntas e na sequência.

O próximo passo foi combinar os descritores nos campos de busca. Para isso, inserimos no campo de busca dois ou mais descritores e encontramos os seguintes resultados: 3 dissertações e 6 teses com a combinação dos descritores “enfermagem”, “teoria+prática”; 32 dissertações e 14 teses combinando-se “enfermagem”, “bioética”; 3 dissertações e nenhuma tese ao combinar o descritor “enfermagem” e “dilemas bioéticos” e apenas 1 dissertação e nenhuma tese ao combinarmos “enfermagem”, “teoria+prática” e “bioética”.

²Utilizou-se dessa plataforma, uma vez que, na época da pesquisa sobre o estado do conhecimento, o Banco de Dissertações e Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) estava em processo de atualização.

Do exposto acima, pode-se depreender que está havendo uma preocupação com temas relacionados à bioética e à Enfermagem. No entanto, consideramos pertinente ressaltar que alguns trabalhos apresentaram-se repetidos em mais de uma das combinações. Ao combinarmos os descritores Enfermagem/teoria + prática/bioética, que corresponde ao refinamento máximo da pesquisa, somente foi encontrado um trabalho, o que demonstra a relevância e a pertinência do tema objeto desta pesquisa.

Dentre os trabalhos encontrados, o único trabalho que aborda o tema objeto de estudo desta pesquisa é a dissertação intitulada “A bioética na formação do profissional enfermeiro: contribuições para um cuidado mais humanizado”, defendida por Zimmermann (2006) e que aparece ao combinarmos os descritores enfermagem/teoria + prática/bioética. Esse trabalho tem o objetivo geral de analisar a contribuição da bioética para a formação do profissional enfermeiro em um cuidado mais humanizado. Inclusive, a autora considera que o ensino da bioética nos cursos de enfermagem está voltado mais para o aspecto deontológico e normativo do que para a reflexão crítica sobre os temas abordados pela bioética. Apesar de versar sobre a temática bioética e o ensino de enfermagem, privilegiou a linha humanização do cuidado, o que vem a reforçar a importância desta pesquisa.

Outro trabalho que consideramos atinente à temática, foi a dissertação de Cunha (2008) nomeada “Bioética e direitos humanos na formação de enfermeiras”, a qual questiona as contribuições que os conteúdos de bioética e direitos humanos trazem para a formação de enfermeiras, na perspectiva de graduandas de cursos de enfermagem da cidade de Salvador, na Bahia, com o intuito conhecer as contribuições desses conteúdos para a formação desses profissionais. A pesquisadora acredita que a metodologia que se usa no ensino da bioética e dos direitos humanos não promove a reflexão e o desenvolvimento do senso crítico nos graduandos e recomenda que os projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem redirecionem o ensino destes conteúdos, buscando ir além do enfoque deontológico e centrado em discussões conceituais, através de um ensino transversal, com estratégias que incentivem a reflexão e a formação do senso crítico.

Igualmente pertinente foi a tese de Vargas (2008), intitulada “Bioética em discurso: efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira/o na terapia intensiva”, a qual realiza uma análise da estruturação histórica do discurso da bioética em sua articulação com o discurso da tecnobiomedicina e o modo como os desdobramentos estratégicos e tecnológicos deste discurso abarcam o processo de produção do sujeito enfermeiro, suscitando determinados modos de conceber e intervir deste sujeito no contexto da terapia intensiva. Também procura contemplar as tensões no fazer/saber enfermagem que podem ser discursivamente articuladas à

bioética ou problematizadas a partir da emergência deste assunto. No entanto, as temáticas analisadas ficaram limitadas à iatrogenia, autonomia e responsabilidade no cuidar. Sabe-se que a bioética na enfermagem envolve também outras questões, dentre elas: as abordagens ou modelos de análise de conflitos bioéticos; situações que giram em torno da vida e morte humana; a relação valores pessoais/valores profissionais/valores do paciente/valores institucionais e, também, as relações entre os profissionais da equipe de saúde e destes com os pacientes, entre outras questões.

Sendo assim, percebemos que poucos trabalhos dedicaram-se à temática “enfrentamento de dilemas bioéticos no cotidiano laboral de enfermeiros de um hospital universitário”, sendo uma pesquisa relevante e oportuna, que busca contribuir para a formação de um enfermeiro cuja relação teoria-prática se torne o eixo norteador dessa formação e empodere o profissional para agir de maneira reflexiva, crítica e ética.

Na primeira seção deste trabalho iremos discorrer sobre a história da enfermagem, de forma a melhor compreender como essa profissão surgiu no Brasil. Também explanaremos como se deu a evolução do ensino de enfermagem no Brasil até o surgimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em enfermagem, que ocorreu com a criação da Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001.

Na segunda seção, iremos discorrer sobre a ética e a bioética na enfermagem. Em um primeiro momento desta seção, trataremos sobre a ética, analisando sua origem, definição, princípios éticos aplicados à enfermagem e como se dá o ensino da ética na enfermagem. Dando continuidade, versaremos sobre a evolução dos Códigos de Ética dos Profissionais de Enfermagem no Brasil.

Ainda nesta seção, adentraremos na bioética buscando conceitos de estudiosos do tema, além de contextualizar e detalhar o seu surgimento. Também iremos apresentar o principal modelo de análise de problemas bioéticos, analisaremos como ocorre o ensino da bioética na enfermagem e, por fim, tentaremos delimitar o que entendemos por dilema bioético.

Por último, na terceira seção deste trabalho, a partir da análise das entrevistas realizadas no transcorrer da pesquisa, buscamos conhecer como se dá a atuação dos enfermeiros frente aos problemas bioéticos, com o propósito de verificar se a formação oferece, na opinião deles, os subsídios necessários para a sua prática cotidiana. Essa seção, ainda divide-se em três subseções: na primeira parte, iremos elucidar as concepções e os caminhos metodológicos desta pesquisa; na segunda parte, trataremos da análise e interpretação dos dados; na terceira e última parte pretendemos apresentar os resultados e discutir os dados obtidos correlacionando-os com a base teórica.

Este trabalho mostra-se relevante, pois, além de existirem poucas pesquisas voltadas para esse campo temático, a partir da realidade constatada na prática dos enfermeiros sujeitos desta pesquisa, será possível repensar a formação ética e moral dos futuros profissionais partindo de um contexto prático, de maneira que esta seja menos focada em conceitos, normas e baseada na deontologia profissional, mas, principalmente, enfatizando uma formação humanística, crítica, que torne mais fácil e sem tanto sofrimento a vivência dos problemas bioéticos que se apresentam nos cenários práticos do enfermeiro.

2 ENFERMAGEM NO BRASIL: HISTÓRIA E ENSINO

Nesta seção iremos abordar, brevemente, a história da Enfermagem, seu contexto de surgimento e desenvolvimento, especialmente no Brasil, visto que o conhecimento desses aspectos pelo profissional enfermeiro é basilar para o entendimento das conjunturas atuais da profissão.

Abordaremos aspectos relacionados ao ensino e profissionalização da Enfermagem no Brasil, a fim de entendermos como ocorrem as transformações nesse campo do conhecimento, o que já foi feito até agora para o avanço dos saberes, das habilidades e competências³ dos futuros profissionais e estimarmos aquilo que ainda pode ser desenvolvido. Para isso, iremos discorrer sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCNENF), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, a qual define

[...] os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros [...] para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior. (BRASIL, 2001, p. 1).

As diretrizes curriculares para os cursos de graduação são importantes por refletirem a possibilidade de modificar a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada nas universidades, que deixa de ser uma mera transmissora de conhecimentos e passa a buscar uma formação mais consistente, que prepare o egresso para encarar os diferentes desafios trazidos pelas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

Portanto, as DCNENF têm grande relevância por orientarem a elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos⁴ (PPP) do curso, que por sua vez irão direcionar o currículo⁵. Desta forma, sendo o PPP um instrumento que reflete uma proposta de formação voltada para as

³ De acordo com Zabala e Arnau (2010, p. 189), competências são intervenções eficazes “[...] nos diferentes âmbitos da vida por meio de ações nas quais se mobilizam, ao mesmo tempo e de maneira inter-relacionada, componentes atitudinais, procedimentais e conceituais.” O componente atitudinal requer a experiencição de situações nas quais se deva agir; o componente procedimental consiste em processos nos quais a aprendizagem necessita de um modelo prévio para posterior execução e o componente conceitual engloba conceitos e princípios que precisam ser compreendidos plenamente (ZABALA; ARNAU, 2010, p. 190).

⁴ Para Veiga (1995, p.13) um projeto político deve estar sintonizado com o compromisso sociopolítico e interesses da população majoritária. “É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade. [...] Na dimensão pedagógica reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade”. A mesma autora ainda complementa que o PPP deve ser visto “[...] como um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas [...] na busca de alternativas viáveis à efetivação de sua intencionalidade.”

⁵ Veiga (1995, p. 26), apresenta o currículo como “[...] um importante elemento constitutivo da organização escolar. Currículo implica, necessariamente, a interação entre sujeitos que têm um mesmo objetivo e a opção por um referencial teórico que o sustente.”

necessidades profissionais, sociais e do mercado de trabalho, ele irá conceber o perfil de profissional que será preconizado pela Instituição de Ensino Superior (IES).

2.1 Uma Breve História da Enfermagem

O cuidado sempre esteve presente na história da humanidade e pode ser evidenciado em todas as nossas ações, seja buscando a preservação da nossa vida e das pessoas próximas a nós, seja visando preservar nossos bens e valores. Com o decorrer do tempo esse cuidado foi sendo executado por diferentes figuras, deixando de ser somente instintivo e empírico para buscar embasamento científico. De acordo com Oguisso (2005), na antiguidade incumbia às mulheres cuidar⁶ do lar e da prole, além de moribundos e idosos, pois essa ação era considerada feminina e símbolo da fecundidade. Assim, a primeira forma de manifestação do cuidado⁷ de um ser humano com outro foi a proteção materna instintiva.

Dessa forma, percebe-se que a ação de cuidar acompanha a trajetória do ser humano desde o surgimento do *Homo sapiens*, do seu nascimento até sua morte. Apoiando essa compreensão, Lima, M. J (1994, p. 13) coloca que:

As mulheres enfermeiras sempre existiram, desde tempos imemoriais, circulando de casa em casa, de cidade em cidade, cuidando de outras mulheres, crianças, idosos, deficientes e pobres. Esses cuidados incluíam fazer partos, assistir recém-nascidos, ensinar higiene, fazer curativos e oferecer apoio, entre outras atividades.

Entende-se, dessa maneira, que durante muito tempo a prática de enfermagem foi realizada no ambiente doméstico, empiricamente, de forma mais instintiva do que técnica e também é possível apreender que o conhecimento era passado de geração para geração, ao longo dos anos. (GEOVANINI, 2002).

Nesse viés, percebe-se que o cuidado passou por várias etapas ao longo da nossa história, até ser considerado objeto de uma atividade profissional. Oguisso (2005) explica que a atividade de cuidar surgiu apenas no século XIX, na Europa, primeiro e mais rapidamente em países atingidos pela reforma protestante, como a Alemanha e a Inglaterra. Enquanto isso, nos países

⁶ No entendimento de Boff (1995, p. 33), o cuidar representa uma “atitude” de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Watson (2002, p. 55) complementa dizendo que “[...] o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro [...]”. Ainda nas palavras dessa autora: “cuidar é o ideal moral da enfermagem, [...] seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (WATSON, 2002, p. 55).

⁷ Para Heidegger (1969, apud WALDOW, 2004, p. 20), “[...] o cuidado é a essência do ser humano. O ser humano existe no mundo, através do cuidado. Ele inclui uma dimensão ontológica – é um modo de ser; sem ele, deixa-se de ser humano. O ser humano é um ser que deve cuidar de si e dos outros.”

católicos da Europa, como França, Espanha, Portugal e Itália, o cuidado de enfermagem era considerado uma vocação religiosa e motivado por necessidades espirituais.

Na Antiguidade, o cuidado aos doentes era relegado aos escravos e às mulheres, precisamente por ser considerado um trabalho indigno. Oguisso (2005, p. 25) comenta que, praticamente

[...] não se encontra menção da enfermagem exercida como ocupação na Antiguidade. Algumas atividades realizadas que se identificam com a enfermagem eram as que cercavam o nascimento e o cuidado com crianças. Os templos eram os lugares que serviam não apenas para as orações e os sacrifícios como também para o abrigo de doentes.

Na Idade Média, as organizações religiosas eram as responsáveis pelo cuidado aos doentes e todos aqueles que se envolviam com essas atividades e não estavam sujeitos à ideologia e à gerência da Igreja eram perseguidos e acusados de bruxaria. (FIGUEIREDO, 2005; GEOVANINI, 2010). Oguisso (2005, p. 27), esclarece que embora

[...] coubesse à mulher cuidar dos doentes e feridos, em geral havia um pajé, feiticeiro ou sacerdote que misturava misticismos com danças, beberagens e algum conhecimento para assumir essa função, que lhe conferia poder dentro do grupo. Esse sacerdote foi considerado o mediador entre os deuses e os homens e o guardião das tradições, cabendo-lhe interpretar e decidir o que era bom ou mau. Aos poucos essa figura de sacerdote transformou-se no que é hoje o médico.

Geovanini (2002, p. 31), complementa afirmando que a assistência aos doentes era prestada por religiosos “[...] em enfermarias edificadas nas proximidades dos colégios e conventos. [...]. Todas atendiam precariamente aos doentes pobres e aos soldados.” No entanto, com o renascimento e a reforma protestante, os religiosos da igreja católica foram sendo afastados das atividades assistenciais aos doentes e sendo substituídos por

[...] pessoas leigas, semi-analfabetas, grosseiras, ex-presidiárias e prostitutas que em troca de um local para dormir ofereciam seus trabalhos. [...] Nos hospitais, estas pessoas realizavam, sob extensas jornadas de trabalho, atividades diversas como lavagem de roupas, lavagem de chão, higiene nos doentes e pequenos curativos. (DAHER, 2000, p. 42).

Com o movimento das Cruzadas, foram criadas várias organizações para refugiar doentes e feridos nas batalhas e nas extensas jornadas. No entanto, nessas organizações militares, “[...] a ação de cuidar era exercida praticamente pelos homens, e as ordens militares como monges enfermeiros caracterizavam a enfermagem como atividade masculina.” (OGUISSO, 2005, p. 17). A autora ainda acredita que

[...] a enfermagem sofreu forte influência das Cruzadas, uma vez que a rígida hierarquia e a disciplina existentes na vida militar e mesmo na clerical e religiosa foram em muito assimiladas pelos pioneiros para moldar a formação dos primeiros enfermeiros.

Ainda na Idade Média, surgiram epidemias que dizimaram grande parte da população europeia: no “[...] século XIII veio a lepra, no século XV foi a sífilis, e novamente uma epidemia de peste no século XVI. Esses eventos expuseram a fragilidade da saúde naqueles tempos e evidenciaram a necessidade de mudanças.” (FIGUEIREDO, 2005, p. 25).

Na Idade Moderna continuou a perseguição àqueles que realizavam práticas consideradas pecaminosas e contrárias à fé católica, através da Santa Inquisição. Por outro lado, foi nessa época que o conhecimento passou a ser universalizado e reunido nas primeiras universidades. (FIGUEIREDO, 2005). Dessa maneira, pode-se dizer que a Enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no transcorrer dos períodos históricos, sendo influenciada por eles. (OGUISSO, 2005)

Com a Revolução Industrial (1760), brotaram massas de trabalhadores pobres nas metrópoles, os quais vinham em busca de emprego e encontravam péssimas condições de trabalho e moradia, levando-os ao adoecimento. Essa situação passa a ameaçar a sustentação e ampliação da produção industrial no Brasil, induzindo modificações na prática médica, de forma a permitir a recuperação da saúde dos trabalhadores para que eles pudessem continuar trabalhando. Assim, a medicina passou a vislumbrar nos hospitais, financiados pela aristocracia, a possibilidade de produzir e testar novos conhecimentos e teorias e os transformar “[...] em um instrumento terapêutico, diferentemente de sua função primordial de dar assistência religiosa ao pobre que está morrendo, salvar a alma de quem cuida e afastar a doença do espaço público.” (FIGUEIREDO, 2005, p. 29).

Como se pode observar, a trajetória da enfermagem profissional foi marcada por vários movimentos, dentre os quais podemos destacar as Cruzadas, a Reforma Protestante e o movimento de emancipação feminina. As cruzadas levaram ao desenvolvimento e ampliação de instituições que prestavam cuidados aos pobres, doentes e necessitados. A reforma protestante influenciou a enfermagem por não ser favorável à educação das mulheres para fins profissionais, além de considerar o cuidado a doentes como uma ação de caridade – já que a doença era tida como um “mal moral” - que deveria ser exercida sem remuneração. O movimento pela emancipação feminina possibilitou a mudança no papel da mulher na sociedade, a sua inserção no mercado de trabalho e em outras atividades de interesse da coletividade. (DAHER, 2000; OGUISSO, 2005).

Importante destacar a contribuição de Oguisso (2005, p. 12) sobre o desenvolvimento da enfermagem:

A enfermagem como atividade profissional foi inicialmente concebida como parte integrante da prática médica e também como prática social, porque encontrava-se articulada com o conjunto das práticas que compõem a estrutura das sociedades e, portanto, era determinada por aspectos econômicos, políticos e ideológicos.

Figueiredo (2005, p. 31) aponta que a Enfermagem moderna⁸, introduzida por Florence Nightingale⁹ no final do século XIX, surge com o intuito de disciplinar os agentes e o espaço hospitalar e avalia que

[...] as rígidas normas de conduta impostas aos agentes de saúde no espaço hospitalar, especificamente aos de enfermagem, foram imprescindíveis para a institucionalização da enfermagem. Além disso, a reorganização do espaço hospitalar possibilitou que mecanismos de controle individual [...] e do controle técnico e gerencial funcionassem. A segmentação hierárquica na enfermagem é historicamente instituída na carreira de acordo com a classe social dos agentes que a compõem. Os níveis diferenciados de especialização para as *nurses*¹⁰ e para as *ladies nurses*¹¹ não foram introduzidos por acaso. Trata-se de uma concentração de saberes e poderes. O surgimento das demais categorias em diferentes níveis de formação imprimiu a hierarquia pela formação técnica, mas suas origens estão na polarização social herdada das *nurses* e *ladies nurses*.

Percebe-se assim que a Enfermagem moderna nasce dividida em classes sociais e composta por diferentes categorias técnicas, as quais estabelecem entre si uma relação hierárquica interna. As *nurses* eram responsáveis pelo trabalho manual, relacionados ao cuidado do doente. Já as *ladies nurses* eram encarregadas da supervisão (das *nurses*), do ensino e da difusão do sistema *nightingaleano*. (FIGUEIREDO, 2005). Dessa forma, fazendo

[...] parte da elite econômica e social e amparada pelo poder político, Florence – que já possuía algum conhecimento de Enfermagem, adquirido com as diaconisas de Kaiserswerth¹² e que, segundo a historiografia, era portadora de grande aptidão vocacional, para tratar doentes – foi a precursora dessa nova Enfermagem que, como a Medicina, se encontrava vinculada à política e à ideologia da sociedade capitalista. (GEOVANINI, 2002, p. 26).

Com a eclosão da Guerra da Crimeia¹³, em 1854, Florence ofereceu seus trabalhos ao

⁸ A Enfermagem Moderna “[...] refere-se ao ensino de enfermagem sistematizado, com base em princípios científicos, iniciado com Florence Nightingale no século XIX.” (RIZZOTO, 1999, p. 1).

⁹ Conhecida mundialmente como a precursora da Enfermagem Moderna.

¹⁰ Alunas provenientes das classes menos favorecidas. (FIGUEIREDO, 2005).

¹¹ Alunas provenientes das classes sociais elevadas. (FIGUEIREDO, 2005).

¹² “Instituição precursora da enfermagem moderna, criada pelo pastor protestante Teodor Fliedner, na cidade de Kaiserswert, Alemanha.” (FIGUEIREDO, 2005, p. 34).

¹³ A Inglaterra, França e Turquia declaram guerra às pretensões expansionistas do Império Russo no Mar Negro. (FIGUEIREDO, 2005).

ministro da guerra, partindo em missão para a Turquia com outras 38 voluntárias, onde reduziu os índices de mortalidade consideravelmente (de 40% para 2%), tornando-se heroína nacional e sendo reconhecida como “a dama da lâmpada”. (FIGUEIREDO, 2005).

Ao retornar da Guerra, Florence conduziu a reforma do Hospital Saint Thomas, em Londres, onde fundou a *Nightingale Training School for Nurses*, em 1860, primeira escola de Enfermagem no mundo, e seu trabalho serviu de modelo para a criação de outras escolas na Europa, EUA e inclusive no Brasil. Daher (2000, p. 44) afirma que o objetivo de Florence era “[...] transformar as enfermeiras em pessoas respeitáveis” e reconhecidas. Para isso, a seleção das candidatas era bastante rigorosa e visava a melhoria dos padrões morais e técnicos dessas enfermeiras. (FIGUEIREDO, 2005). Complementando esse entendimento, a autora elucida que as

[...] profissões ligadas à saúde foram confiadas às mulheres, na França e em outros países, depois das profissões ligadas ao ensino. Progressiva e lentamente, as mulheres vão assumindo os lugares das religiosas, mas conservando o véu, não representando ainda um modelo avançado de profissionalização. Possivelmente a enfermagem se apresentava como uma alternativa viável à expansão da instrução de mulheres, porque não ameaçava a hegemonia masculina no campo da ciência médica se devidamente envolvida na aura da nobre profissão feminina, exercida com conhecimentos científicos, mas com a paciência e docilidade afeta ao gênero, e se comprometida com a lealdade ao saber e poder do gênero masculino, dedicando-se ao aperfeiçoamento das funções femininas no lar e na maternidade. (FIGUEIREDO, 2005, p. 41).

Em 1922, enfermeiras americanas enviadas pela Fundação Rockefeller, chegaram ao Rio de Janeiro. Elas vieram a pedido de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Deu-se, assim, a criação da Escola de Enfermeiros do DNSP, em 1923, mais tarde designada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), a qual principiou um novo padrão no ensino de Enfermagem no país, baseada na adaptação americana do modelo *nightingaleano*. (RIZZOTO, 1999; GEOVANINI, 2002; FIGUEIREDO, 2005).

Vejamos, a seguir, como se deu o ensino e a profissionalização da Enfermagem no Brasil.

2.1.1 O Ensino e a Profissionalização da Enfermagem no Brasil

Em 1889, com a proclamação da República no Brasil, ocorreu a separação entre o Estado e a Igreja, fato que possibilitou a ampliação da intervenção governamental no campo da saúde. Os religiosos que exerciam atividades ligadas ao cuidado dos doentes nos hospitais foram expulsos e houve a necessidade de formar profissionais para executar esse cuidado. Assim, a formação de pessoal de Enfermagem para trabalhar nos hospícios, hospitais civis,

militares e nas atividades de saúde pública, iniciou

[...] com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. A primeira escola de Enfermagem brasileira foi criada pelo Decreto Federal 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje EEAP – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo atualmente à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. (GEOVANINI, 2010, p. 34).

Essa foi a primeira tentativa de sistematizar o ensino de enfermagem no Brasil. A formação profissional estabelecida nessa Escola, estava de acordo com os padrões das Escolas de *Salpetrière* na França. Mesmo com a criação da escola, o Hospital Nacional de Alienados ainda necessitava de enfermeiras para a assistência aos doentes mentais, sendo necessária a contratação de enfermeiras para dar seguimento aos cuidados dos internos no hospital. Neste sentido, a direção desse hospital contratou enfermeiras francesas, que permaneceram na instituição de 1891 a 1894. Cabe observar que, a admissão de enfermeiras francesas decorreu da influência do modelo francês, adotado pelos psiquiatras brasileiros na assistência aos doentes. Em 1901, é criado outro curso de enfermagem no Hospital Evangélico em São Paulo, atualmente denominado Hospital Samaritano, sob a orientação de enfermeiras inglesas. (GEOVANINI, 2010; TEIXEIRA et al., 2006).

Com o início da Primeira Guerra Mundial, em 1914, a Cruz Vermelha assume o preparo de voluntários para o atendimento em saúde durante a guerra, criando a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha. As aulas eram ministradas por médicos e, embora a necessidade da época fosse no âmbito da saúde pública - devido aos graves problemas sanitários e epidemiológicos do Brasil - os estágios dos estudantes eram realizados em ambiente hospitalar. (GEOVANINI, 2010). Em 1920, nessa mesma escola, foi criado o curso de visitadoras sanitárias, onde se assentam as origens da enfermagem em saúde coletiva. (TEIXEIRA et al., 2006; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

O desmembramento entre a atenção médica e as associações religiosas, somados ao crescimento do movimento de medicalização nos países latino-americanos robusteceu a iniciativa dos Estados Unidos quanto ao alargamento dos programas de educação em Enfermagem. Assim, a Fundação Rockefeller passou a organizar o serviço de Enfermagem de Saúde Pública no Brasil, com o objetivo de garantir a manutenção das relações comerciais deste com outros países, uma vez que essas relações estavam sendo prejudicadas devido ao cenário nosológico existente no Brasil. (GEOVANINI, 2010).

Desse modo, com o apoio de Cargos Chagas, diretor do Departamento Nacional de

Saúde Pública, o governo americano envia ao Brasil enfermeiras para organizarem os serviços de enfermagem de Saúde Pública. (GEOVANINI, 2010). No entanto, o desenvolvimento do ensino de enfermagem no Brasil deve-se ao trabalho da enfermeira americana Ethel Parsons, que veio ao Rio de Janeiro em missão técnica para promover inovações requeridas por Carlos Chagas. Após estudar a situação brasileira, constatou não haver na cidade uma escola de Enfermagem, os hospitais existentes estavam sempre lotados e as visitadoras sanitárias eram precariamente preparadas por médicos para atuarem na prevenção e controle de doenças. Após trazer outras enfermeiras americanas para trabalhar naqueles serviços, foi criada a Escola de Enfermeiras do DNSP. O curso tinha duração de dois anos, com aulas teóricas e práticas, estas realizadas no Hospital Geral de Assistência. Em 1926 o nome da escola foi alterado para Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), em homenagem a Anna Nery. (OGUISSO, 2005).

Importante registrar que, assim como Florence ficou conhecida como a precursora da Enfermagem moderna no mundo, no Brasil tivemos Anna Nery como a pioneira da Enfermagem. Anna era contemporânea de Florence e viúva de um capitão do exército brasileiro. Ao ver seus filhos sendo convocados para a Guerra do Paraguai, solicitou ao presidente da Província da Bahia, Manuel Pinto de Souza Dantas, para acompanhar seus filhos na Guerra, onde trabalhou como enfermeira voluntária - apesar de não possuir formação específica para o exercício da enfermagem - atendendo aos doentes e feridos nos hospitais da frente de operações. (CARDOSO; MIRANDA, 1999).

A EEAN foi dirigida por enfermeiras americanas até 1931, quando Rachel Haddock Lobo – primeira diretora brasileira - assumiu a direção. Com a morte prematura de Rachel, em 1933, Lays Netto dos Reis passa a dirigir a escola e assim teve início o período de enfermeiras brasileiras na direção da Escola. (OGUISSO, 2005).

O papel da EEAN foi muito importante no Brasil, pois prestabeleceu o modelo de enfermagem profissional no Brasil, já que selecionava para seus quadros moças de camadas mais abastadas da sociedade, fato que ajudou a melhorar a imagem da profissão. Essa escola tornou-se padrão de referência para outras escolas. (GEOVANINI, 2010).

Outra iniciativa que merece destaque é a fundação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ANED), criada em 1926, atual ABEn, por esforço de ex-alunas da primeira turma da Escola Anna Nery. Mais tarde, em 1932, a já nomeada ABEn cria uma revista, inicialmente intitulada Anais de Enfermagem e que, em 1954, passa a ser chamada de Revista Brasileira de Enfermagem, visando ao desenvolvimento da profissão. (OGUISSO, 2005; GERMANO, 2003). A importância da ABEn para o desenvolvimento da Enfermagem

brasileira é evidente, principalmente em aspectos relacionados à legislação e à educação. (GEOVANINI, 2010). A autora ainda complementa, contando que na

[...] década de 1940, a Escola Anna Nery foi incorporada à Universidade do Brasil e, em 1949, o Projeto de Lei 775 controlou a expansão das escolas e exigiu que a educação em Enfermagem fosse centralizada nos centros universitários. Em 1961, a partir da Lei 2.995/56, todas as escolas passaram a exigir curso secundário completo ou equivalente dos candidatos, mas só no ano seguinte a Enfermagem iniciou seus passos em direção ao ensino de nível superior. (GEOVANINI, 2010, p.37).

Com a industrialização, o Brasil passou a utilizar tecnologias hospitalares e farmacêuticas, privilegiando, dessa forma, a medicina curativa, em âmbito hospitalar. Essas modificações exigiram aumento quantitativo e qualitativo da enfermagem. Assim, a profissão passou a ser exercida por outras categorias e a enfermeira afastou-se do cuidado para gerenciar os serviços, além de treinar e supervisionar auxiliares de enfermagem. Além disso, a sofisticação do ato médico determinou a necessidade de especialização por parte da enfermagem. Para isso, os currículos passaram a priorizar cada vez mais a assistência curativa, deixando em segundo plano a saúde pública. Como podemos observar, a enfermagem esteve vinculada ao progresso e à prática da medicina, bem como à evolução dos hospitais. Apoiando essa compreensão, Rizzoto (1999, p. 24) articula que a

[...] evidência de que os interesses dominantes se impunham, direcionando a profissionalização da Enfermagem para o campo hospitalar e não para a Saúde Pública, já se expressava bem antes da criação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Isso é possível constatar através da criação, da Escola Alfredo Pinto, em 1890, vinculada ao hospital psiquiátrico; da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, em 1916, e dos cursos de formação de pessoal de Enfermagem nos hospitais militares, regulamentados em 1921. Na própria estrutura dos Programas de Ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery, que no discurso pretendia formar “enfermeiras visitantes” para a Saúde Pública, transparece a necessidade que efetivamente se pretendia atender. As disciplinas que faziam parte do seu Programa de Ensino, em sua maioria, privilegiavam o conhecimento voltado para atuação individualista e curativa no campo hospitalar.

A situação do ensino voltado predominantemente à medicina curativa passou a mudar a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que trouxe à tona a visão ampliada de doença e a “[...] proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada os recursos disponíveis.” (GEOVANINI, 2010, p.43). Para tornar esse sistema real e aplicável na prática, era necessário redirecionar a formação dos profissionais de saúde. Como consequência desse novo sistema de saúde, a área de atuação do enfermeiro ampliou-se e em julho de 1986, foi aprovada a Lei nº 7.498, a qual regulamentou o exercício

profissional, reconhecendo como pertencentes à categoria de enfermagem os seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e parteira. (GEOVANINI, 2010).

Destarte, podemos inferir que a enfermagem como atividade profissional foi primeiramente estruturada como parte integrante da prática médica e, também, como prática social, pois se encontrava associada ao conjunto das práticas que constituem o esqueleto das sociedades. Ademais, era influenciada por aspectos econômicos, políticos e ideológicos da realidade na qual estava inserida. (OGUISSO, 2005).

Assim sendo, no Brasil, a profissionalização¹⁴ da enfermagem surgiu nos hospitais, através da sistematização do ensino sobre a prática de cuidar, antes exercida por pessoas sem a devida aptidão técnica. A institucionalização desse ensino resultou de um processo político e por necessidade de pessoas treinadas para cuidar dos doentes mentais. Nessa perspectiva,

[...] o período anterior a 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, pode ser considerado como período pré-profissional, passando a profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros em nosso país. (OGUISSO, 2005, p.102).

Por fim, Oguisso (2005, p.103) define enfermagem profissional como

[...] aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por um ato normativo, e que, ao término do curso, receberam um diploma e a titulação específica.

A partir do exposto, é possível depreender que o trabalho da enfermagem sempre existiu, no entanto, nem sempre como uma atividade profissional. Era tido como um sacerdócio, uma forma de caridade para com os pobres e doentes, atribuída, inicialmente, às mulheres e aos religiosos. Essa fase foi conhecida como a fase pré-profissional, baseada em conhecimentos empíricos e tendo como motivação para o cuidado aos doentes questões morais e espirituais. Com a desvinculação da medicina à Igreja, os religiosos que trabalhavam em hospitais tiveram de sair, dando espaço a outros profissionais. Esse fato foi significativo para o futuro da enfermagem como profissão, uma vez que permitiu o incremento do ensino de enfermagem de modo a formar trabalhadores para a assistência à saúde. Essa última fase, iniciada com a criação

¹⁴ De acordo com Ferreira (2010, p. 614), profissionalização é o “[...] ato ou efeito de profissionalizar (-se)”, sendo um “[...] processo que forma profissionais.” Para o mesmo autor, profissional é relativo à profissão e esta é uma “[...] atividade ou ocupação especializada, da qual se podem tirar os meios de subsistência.” (FERREIRA, 2010, p. 614).

das primeiras escolas de enfermagem, ficou conhecida como profissional. A partir daí foram sendo criados sindicatos e conselhos da categoria que passaram a lutar pelos direitos do grupo e regulamentar as diferentes atividades da classe.

2.1.2 O Currículo de Enfermagem e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem

Durante muito tempo não havia, por parte do Estado, preocupação com a saúde da coletividade, nem com a qualificação da mão de obra da enfermagem. No entanto, na década de 20, ocorreu uma crise da economia agrário-exportadora, a qual dependia do saneamento dos portos para a continuidade de suas transações comerciais e que estava sendo ameaçada pelas epidemias que assolavam o país. Dessa forma, houve a necessidade de uma resposta do Estado para a problemática estabelecida na saúde pública. Pensando na solução para esse problema, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro e, em seguida, em 1923, a Escola de Enfermeiras - anexa ao Hospital Geral de Assistência daquele departamento - a qual, em 1926, passou a se chamar Escola de Enfermagem Anna Nery, dirigida por Carlos Chagas. Em 1931 essa escola passou a ser designada Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A EEAN foi idealizada com a finalidade de realizar educação sanitária e teve a colaboração da Fundação Rockefeller, que enviou enfermeiras americanas para fundarem a Escola e estruturarem o serviço de enfermagem de saúde pública. (TEIXEIRA et al., 2006; LIMA, 1994; OGUISSO, 2005; GERMANO, 2003; SILVEIRA; PAIVA, 2011). No entanto, o programa de ensino de 1923 da EEAN reproduzia o modelo curricular instituído nos Estados Unidos, direcionado para a medicina curativa e hospitalar, com mais de 90% do ensino prático ocorrendo em hospitais, de forma descontextualizada da realidade sanitária brasileira. (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

De acordo com Teixeira et al. (2006), a fase de maior desenvolvimento do ensino da enfermagem moderna no Brasil ocorre quando o Estado passa a ter como atribuição atender para saúde da população, que coincide com a reorganização econômico-política da década de 30. Com o avanço da industrialização, na década de 40, é aprovada a Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, a qual recomenda a ampliação no número de escolas de enfermagem, que devem passar a existir em toda instituição que tiver criado cursos de medicina. Essa lei ainda busca organizar melhor esse ensino que, na época, deveria voltar-se à atuação hospitalar visando atender o mercado de trabalho oferecido na época. Também é em 1949, conforme Germano (2003), que ocorre a primeira mudança no currículo de enfermagem, em virtude do Decreto nº 27.426 de

14 de novembro de 1949, o qual aprovou o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem.

Mais tarde, com a reforma universitária, ocorre a modernização no ensino superior, com conseqüente revisão dos currículos mínimos. Assim, em 1962, com a aprovação do Parecer nº 271/62, do Conselho Federal de Educação, é criado o primeiro currículo mínimo, ainda privilegiando a área curativa e dispensando a obrigatoriedade da disciplina de Saúde Pública. Essa tendência é acentuada novamente com o Parecer nº 163/72 e a Resolução nº 4/72 do CFE. (GERMANO, 2003; TEIXEIRA et al., 2006; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). Teixeira et al. (2006, p. 144) descreve o novo currículo como sendo voltado para o “[...] modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico, marcado por uma visão tecnicista da saúde, dificultando a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde/doença.”

A partir da redemocratização do país, iniciada na década de 80, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), introduzido pela Constituição Federal de 1988, novas demandas para a saúde surgiram e outras possibilidades foram se abrindo para o ensino de enfermagem. Houve grandes discussões entre a sociedade civil organizada, representada especialmente pela ABEn, e entre profissionais da área de saúde e educação, de forma a adequar o ensino às necessidades de saúde da população, bem como ao mercado de trabalho. O enfermeiro não só era solicitado para assistir o paciente, mas também precisava dispor de conhecimentos da área administrativa para gerenciar as unidades e hospitais. (LIMA, M.A, 1994). Além disso, com a criação do SUS, as prioridades no ensino deixam de ser voltadas prioritariamente para atividades curativas, individuais e hospitalocêntricas, acrescentando-se práticas voltadas para ações coletivas, de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Estas ações eram realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), próximas da residência dos doentes, permitindo uma maior compreensão do processo saúde-doença pelos enfermeiros.

Houve outra reformulação curricular em 1994, aprovada pelo Parecer nº 314/94 do CFE e homologado pela Portaria nº 1.721/94 do Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Esse currículo se distancia das reformas curriculares anteriores, pois além de ter sido construído coletivamente por um amplo processo de discussão entre diferentes segmentos da área de saúde e educação, criou uma expectativa e um compromisso entre seus atores no sentido de acompanhar seu desdobramento e avaliar seus arranjos. (GERMANO, 2003). Ademais, esse currículo mostrou preocupação com a conjuntura sanitária e epidemiológica do país, a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e a articulação ensino e serviço.

Ao analisarmos a história da enfermagem até final da década de 90, é possível perceber que o ensino de enfermagem, além de ter sofrido a influência de outros países, passou por diversas transformações. Para Silva et al. (2010), o processo de formação do enfermeiro sofre transformações ao longo dos anos, estando sua trajetória e o perfil dos egressos sempre atrelados ao modelo político-econômico-social vigente do país. Essa trajetória, contudo, não se deu de forma linear; ela encontrou desafios que foram superados nos limites conjunturais de cada momento histórico da sociedade.

Sendo assim, essas modificações buscaram atender às necessidades ditadas pelo mercado de trabalho, que pouco se preocuparam com a formação humanística, a qual se volta para a integralidade do cuidado humano e do saber. São resquícios dessa época, o cuidado centrado na doença e não no ser humano e o saber fragmentado e desarticulado, dificultando o desenvolvimento da visão holística do ser humano.

Durante a década de 90, o Brasil passou por mudanças em seu modelo econômico, com desenvolvimento de políticas neoliberais e expansão da exclusão social, decorrente da soberania do econômico em detrimento do social, o que gerou consequências no setor da educação e da saúde. (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013). Exemplos disso são a Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde. Este último passa a ser responsável pela ordenação dos recursos humanos na saúde e pela revisão completa dos currículos profissionais, devendo adequá-los às realidades socioepidemiológicas. (GEOVANINI, 2010). Esta mesma autora afirma que a

[...] revisão curricular proposta visava romper a fragmentação dos currículos e a visão biologicista destes, pautando a formação dos profissionais na visão do homem como ser holístico, integrado ao seu ecossistema. Previa, portanto, a adequação da formação profissional a um novo paradigma da ciência. (GEOVANINI, 2010, p. 58).

É nesse contexto que se dá a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394 de 20/12/1996, a qual criou condições para a flexibilização dos currículos da graduação, com conseqüente extinção dos currículos mínimos, expansão de cursos e vagas na educação superior e adoção de Diretrizes Curriculares para cada curso de graduação, assegurando maior autonomia didática e científica para as IES. (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013). Após a LDB, solidificou-se o Parecer CNE/CES nº1133/2001, o qual reforçou a necessidade de união entre educação e saúde, buscando conceber egressos capacitados a atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Importante lembrar que, antes da LDB, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem eram baseados em modelos norte-

americanos e franceses, os quais não faziam frente às necessidades do panorama brasileiro. (LIMA et al., 2011).

Em 7 de janeiro de 2001 foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 3, a qual orientou a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) e veio a nortear a política de formação superior na área de enfermagem no Brasil. (TEIXEIRA et al., 2006). Para Santos (apud SILVEIRA; PAIVA, 2011, p. 181), as DCENF são produto de uma construção social, coletiva e histórica que “[...] trazem no seu conteúdo posicionamentos da enfermagem brasileira, propondo um perfil profissional coerente com a realidade de saúde e articulação dos projetos políticos, da organização curricular e das práticas de ensino.” Além disso, Lima et al. (2011) aludem que as DCENF esboçam que as IES devem garantir ao aluno uma formação que prestigie a dimensão ética e humanista, contribuindo para o incremento de atitudes e valores orientados para a cidadania e solidariedade.

A partir das DCENF, foram definidos princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de enfermeiros, a serem aplicadas em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem das Instituições de Ensino Superior - IES. (BRASIL, 2001). As diretrizes trouxeram como parâmetros o

[...] eixo orientador dos conceitos mínimos para a formação do profissional; flexibilidade na organização do curso; princípio da formação integral; adoção de metodologias ativas; incorporação de atividades complementares; princípio da interdisciplinaridade; predominância da formação sobre a informação; articulação entre teoria e prática; indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. (BRASIL, 2001).

Esses parâmetros levantados pelas DCENF trazem questões de relevância para o ensino superior de enfermagem, as quais buscam instrumentalizar o futuro profissional para atuação crítica e reflexiva, adequada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e proporcionando uma formação inovadora.

As DCENF estabelecem, em seu artigo 3º, um perfil de formação do egresso e o caracterizam como generalista, humanista, crítico e reflexivo, qualificado para o exercício de enfermagem com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, com capacidade de reconhecer e agir sobre as situações saúde-doença predominantes no perfil epidemiológico nacional, com destaque para sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes, para atuar com senso de responsabilidade social e

compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001).

Refletindo sobre as palavras empregadas nessa caracterização, recorreremos a Santos (2006, p. 218), autora que define generalista como

[...] profissionais que devem incorporar à sua bagagem clínica, o saber epidemiológico, de educação em saúde, de trabalho em grupo, de gestão e conhecimentos, sobre risco e vulnerabilidade que os ajudem na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva. É importante que tenham sólidos conhecimentos sobre grupalidade, relações humanas, iniciativa, dinamismo, e capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar. Cuida do espaço geral, que além da clínica ampliada, tenha vínculo com o território e seja capaz de promover atuações intersetoriais e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde [...]. Na formação generalista há necessidade de um conhecimento mais global e menos específico na enfermagem.

Complementando as ideias da autora acima mencionada, Castanho (2002, p. 59) destaca que em “[...] uma sociedade em processo de mudança acelerada, a formação generalista parece ser mais conveniente, pois, teoricamente, leva a uma maior flexibilidade na escala de ocupações.”

Para Santos (2006, p. 218), a formação humanista na Enfermagem busca unir pesquisa, ensino, extensão e assistência, “[...] tendo como eixo de construção dessa formação a investigação científica e como referência a cidadania.” A mesma autora ainda reforça:

Formar para a humanização é ensinar o resgate do respeito à vida humana e não humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais presentes na relação envolvida (ser humano com ser humano, com seres não humanos e com o meio ambiente), resgatando ainda a importância dos aspectos emocionais e físicos envolvidos na intervenção em saúde. (SANTOS, 2006, p. 218-219)

Santos (2006) acrescenta que o profissional com formação crítica atuará com objetividade, adotando uma atitude questionadora da realidade e estando preparado para tomada de decisões com competência, baseadas em evidências. A formação reflexiva tem relação com a postura ética e induz o homem a refletir sobre suas ações, indo além das normas sobre direitos e deveres do profissional. O egresso com formação ética pauta sua atuação na reflexão sobre os costumes ou sobre as ações humanas consideradas adequadas aos padrões vigentes na sociedade.

Quanto ao uso do rigor científico, Santos (2006) considera que a pesquisa compõe-se de um valioso instrumento para o futuro profissional, que permitirá ao aluno a reedificação de suas concepções sobre assuntos que foram foco de discussões e integrará atitudes de responsabilidade, autonomia, ética, análise e particularização de sua formação, fato que o

motivará a expandir a sua visão sobre as circunstâncias que se apresentam na sua trajetória profissional.

Ainda discorrendo sobre o perfil do egresso, é importante não só que ele conheça o quadro epidemiológico local, mas também seja capaz de intervir nos determinantes e condicionantes da saúde, seja ela individual ou mesmo coletiva, para melhoria da qualidade de vida das pessoas, enxergando-as como seres biopsicossociais, com necessidades de saúde que devem ser atendidas de forma integral em todos os níveis de complexidade do sistema, desde a prevenção até a reabilitação. (BRASIL, 2001; SANTOS, 2006).

Desta forma, as DCENF fortalecem a urgência de modificações na formação do enfermeiro, com consequentes mudanças no perfil dos docentes, e impulsionam os movimentos de aperfeiçoamento no processo ensino-aprendizagem, privilegiando uma formação crítico-reflexiva para uma assistência sensível, eficiente e resolutive. Silva et al. (2010) legitima este pensamento ao afirmar que a realidade coloca o desafio, não só da elaboração de projetos pedagógicos e desenhos curriculares, mas o de uma prática pedagógica que possibilite uma formação de enfermeiros comprometidos com o enfrentamento dos graves problemas de saúde da nossa sociedade, o que significa não perder a perspectiva da integralidade da atenção, da equidade, da eficiência¹⁵ e da eficácia¹⁶.

No entanto, é preciso concordar com Geovanini (2010) quando a autora menciona que, mesmo com toda a preocupação a respeito do currículo dos cursos de graduação em enfermagem, o qual abrange o conhecimento da totalidade do trabalho da enfermagem, percebe-se que os enfermeiros ainda encontram-se afastados da possibilidade de reflexão e crítica sobre o fazer. Isso ocorre porque eles se mantêm, na maior parte das ocasiões, distanciados da prática do cuidado direto ao paciente, seja por uma questão histórica – ligada ao poder que o conhecimento proporciona e à desvalorização do trabalho braçal -, seja por questões atinentes à falta de recursos humanos suficientes para garantir uma boa assistência por parte do enfermeiro, uma vez que este tem que dividir seu tempo – realidade da maioria das instituições privadas de saúde, especialmente no turno da noite – prestando serviços a várias unidades dentro de um mesmo hospital, coordenando a atividade assistencial com a gerencial. Assim, é preciso que se criem condições para que o enfermeiro atue de forma equilibrada, como, por exemplo, a partir de uma divisão e revezamento de tarefas de assistência e gerenciamento. Além disso, é necessário que as instituições garantam um número adequado de profissionais por

¹⁵ A eficiência está relacionada ao fazer algo corretamente, de forma a minimizar os desperdícios.

¹⁶ A eficácia sugere fazer o que precisa ser feito, ou seja, cumprir as metas, atingir os objetivos. Relaciona-se com o resultado das ações.

turno. Todavia, com a visão mercadológica que o sistema de saúde assumiu nos últimos anos, onde o lucro tem sido o objetivo máximo a ser alcançado, essa concepção está um pouco distante de se tornar realidade.

O enfermeiro precisa manter-se em contato direto com o paciente e com sua equipe e refletir sobre a assistência de forma que possa compreender como se dá o cuidado na prática, quais as dificuldades e limitações encontradas, de maneira a refletir sobre ele com o intuito de aprimorá-lo e/ou procurar melhores alternativas. Não é admissível que o cuidado seja dissociado do pensar, pois isso o torna mecânico, simplesmente técnico e, até mesmo, prejudicial para a recuperação do doente.

3 ÉTICA E BIOÉTICA NA ENFERMAGEM: UMA APROXIMAÇÃO

A ética acompanha o desenvolvimento da sociedade humana, modificando-a e ganhando “[...] fôlego a cada novo movimento, já que os princípios sobre os quais se assenta são os que regem a vida para a dignidade e a decência humana [...]” (NOGARO; EIDT, 2015, p. 164). Sendo o homem¹⁷ o único ser racional, com consciência e livre para agir, torna-se fundamental buscar compreender como a ética influencia na vida do indivíduo e da própria sociedade. Dessa forma, nesta seção do trabalho, trataremos de descrever a evolução histórica da ética e situá-la conceitualmente. Em seguida, examinaremos os princípios éticos ligados à enfermagem e trataremos de compreender como eles são traduzidos e dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Posteriormente, ancorados no conhecimento sobre ética, procuremos reconstruir, brevemente, o percurso histórico e teórico da bioética, trazendo-a para a realidade do ensino e da prática da enfermagem. Também apresentaremos o modelo teórico de análise de conflitos bioéticos mais familiar entre os profissionais da enfermagem, ou seja, a abordagem principialista. Por último, pretendemos elucidar o que vem a ser um dilema bioético, embasados em autores que estudam a temática.

3.1 Ética

Estamos inseridos em uma sociedade marcada por mudanças políticas, econômicas, sociais, culturais, estruturais e comportamentais, impulsionadas pela industrialização, pelo avanço das ciências e das tecnologias e pelas mudanças no estilo de vida das pessoas. Nesse sentido, somos novamente chamados à reflexão sobre nossas ações e condutas, de forma a garantir o bem-estar coletivo, baseado no respeito às diferenças culturais e à liberdade individual e grupal, pois uma postura ética corresponde a uma atitude de convivialidade e apreço pelos semelhantes.

Além das mudanças acima elencadas, a sociedade está experimentando um momento muito peculiar, de crise de valores, tais como a cooperação, a compaixão, o respeito pela diversidade, o amor ao próximo e o surgimento de novas perspectivas, dentre as quais podemos citar as mudanças na estrutura e formas do trabalho e a ampliação e/ou modificação do núcleo

¹⁷ Ao utilizarmos o termo “homem”, queremos nos referir à espécie humana como um todo. Sendo, aqui, definido como homem, um ser pensante, que raciocina, reflete, tem posições políticas, consciente de seus atos, que possui conhecimentos, memória e que é livre.

familiar. No entanto, não são apenas essas as mudanças constatadas na sociedade, também há alterações nos comportamentos, nos hábitos e costumes humanos, os quais implicam mudanças culturais societárias, remodelando as relações entre as pessoas e entre estas e a natureza.

Essas modificações ocorridas na sociedade contemporânea

[...] demanda[m] bússolas adequadas para dar direção e apontar caminhos, e os princípios e valores éticos devem ser reconhecidos como tais, como estaleiros que permitem aos navegantes revigorar-se e tomar alento para seguir viagem, sem tornarem-se parapeiros definitivos ou dogmas. Queremos pontos de referência e não portos seguros, pois eles não existem. (NOGARO; EIDT, 2015, p. 157).

Dessa forma, a ética tem esse papel fundamental, servindo de “bússola”, indicando a direção a seguir sem, no entanto, prescrever uma direção definitiva e/ou infundada. Mas o que entendemos por ética?

Garrafa (2006, p. 122), entende a ética como

[...] o conjunto de valores e de normas racionalmente aceitos por comunidades com diferentes morais positivas, que lhes permitem uma convivência harmoniosa e pacífica, e que até pode ser cooperativa. O respeito à diferença, assim como a tolerância, por exemplo, são valores éticos fundamentais.

Assim, para o autor, o papel da ética é racionalizar e fundamentar as normas de convivência, de maneira que todos os seres humanos possam conviver harmoniosamente, mesmo que com morais distintas.

Nas palavras de Cortina; Martínez (2012, p. 9), a ética é “[...] entendida como a parte da Filosofia que se dedica à reflexão sobre a moral. [...] é um tipo de saber que se tenta construir racionalmente.” Vázquez (2012) contribui para esse entendimento explicando que o homem, ao enfrentar problemas morais no seu dia a dia, reflete sobre seu comportamento, tornando-o objeto de seu pensamento e, desta forma, entra nos ditos problemas teórico-morais ou éticos.

Destarte, a ética permeia o cotidiano quando vamos tomar decisões sobre diversos aspectos da nossa vida e, como enfermeiros, também no trabalho. No entanto, nesse último, não podemos considerar apenas os nossos valores, princípios e a legislação atinente à profissão, pois não trabalhamos sozinhos e nossas decisões podem afetar, e muito, a vida de outras pessoas e da sociedade como um todo. Corroborando com essa ideia, mencionamos Oguisso e Schmidt (2012, p. 96) que consideram que as

[...] instituições de saúde, entre elas os hospitais, são formados essencialmente por pessoas, que convivem profissionalmente e tomam decisões que afetam a própria

instituição, as pessoas que dela dependem, direta ou indiretamente, e a coletividade na qual está inserida.

Nesse sentido, concordamos com Cortella¹⁸, que nos diz: “[...] eu posso fazer qualquer coisa, porque eu sou livre, mas eu não devo fazer qualquer coisa.” Assim, algumas vezes estamos em situações complexas e precisamos ir além do corriqueiro, ou seja, além de considerar a opinião dos pacientes e seus familiares, a legislação profissional e institucional, devemos avaliar concomitantemente a nossa consciência – eu posso fazer, mas será que devo? Somos livres para pensar e agir e devemos usar esses atributos de forma consciente, racional, mas sem nunca deixar de lado a sensibilidade e a ética.

Taylor (2014, p. 115), acrescenta que nunca “[...] foi tão importante para os enfermeiros a consciência das dimensões éticas da prática profissional e a existência de confiança de ‘fazerem a coisa eticamente correta’ apenas por se tratar do ato correto a ser feito!” Portanto, considerando a realidade na qual estamos inseridos, é necessário repensar a formação ética do profissional, uma vez que ela está baseada mais em códigos de conduta profissional do que em uma reflexão sobre o que é ou não ético e/ou moral. Esse pensamento não é de hoje, pois Germano, já em 1993, traz o depoimento de uma professora de ética, na época também representante da Comissão de Legislação da ABEn Nacional, que ao ser indagada sobre o ensino de ética pontua: “Considero ainda um ensino legalista, normativo, centrado na Legislação e Código de Ética e, na grande maioria, sem criticidade.” (GERMANO, 1993, p. 122). Nessa acepção, de acordo com Ferreira e Ramos (2006), a formação não deve ficar restrita a discussões conceituais, à deontologia profissional e a uma orientação prescritiva e normativa, precisa ir além, ou seja, contemplar a consciência crítica, pois somos seres “pensantes” e essa é uma qualidade que nos diferencia positivamente dos outros animais. Buscamos o porquê das coisas, não nos contentamos com apenas fazer ou ser. E isso deve motivar não só nossa vida pessoal, mas também profissional.

3.1.1 Origem e definição

A genealogia da palavra ética encontra-se na antiguidade, mais especificamente no século VI a. C, na antiga Grécia e nasce de indagações e reflexões feitas por Sócrates, Platão e Aristóteles e, mais tarde, por outros pensadores, sobre as ações do homem e o questionamento

¹⁸ Entrevista com Prof. Mário Sérgio Cortella - educador, filósofo e palestrante-, no programa do Jô Soares, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vjKaWIEvyvU>.

de seus atos em sociedade. (CORTINA; MARTÍNEZ, 2012; PEQUENO, 2008). Oguisso e Zoboli (2006, p. 2-3), assinalam que:

Hoje se sabe que a ética baseia-se em princípios, valores, sentimentos, emoções que cada pessoa traz dentro de si; ela reflete o ato de pensar e questionar, ou seja, um modo de ser, e com isso o homem apresenta condutas conscientes que se refletem em suas escolhas e ações.

Etimologicamente, a expressão ética deriva do grego *ethos*, que significa modo de ser, condução da vida, regras de comportamento, caráter, morada, hábito. (VÁZQUEZ, 2012; OGUISSO; SCHMIDT, 2012; DURAND, 2012).

Para Vázquez (2012), a ética preocupa-se com a valoração do comportamento do homem, refletindo acerca de ações praticadas à luz de padrões considerados valorosos. Pode ser representada por um processo crítico-reflexivo individual, onde o agir ético se baseia na “[...] autonomia da vontade, da escolha, do respeito à integralidade, à pluralidade e à alteridade.” (MALAGUTTI, 2007, p. 6). Dessa forma, examina conceitos e valores presentes na relação entre o indivíduo e a coletividade. Esses valores são adquiridos no convívio familiar e em sociedade ao longo da nossa vida. Nessa lógica, Oliveira (1997, p. 47) nos traz que a

[...] ética diz respeito a consensos possíveis e temporários entre diferentes agrupamentos sociais, que, embora possuam hábitos, costumes e moral diferentes, e mesmo divergindo na compreensão de mundo e nas perspectivas de futuro, às vezes conseguem estabelecer normas de convivência social relativamente harmoniosas em algumas questões.

Como vivemos em sociedade, somos compelidos a viver conforme os preceitos de vida elaborados por ela. Quando não concordamos com essas normas ou não as cumprimos, temos que assumir as consequências da nossa divergência de opinião ou atitude. Assim, a ética, como campo do conhecimento filosófico, vem a auxiliar na tomada de decisões, de forma que sejam respeitados os valores da sociedade, e não somente os nossos. Além disso, ela reflete acerca das ações postas em prática no cotidiano, exigindo do homem uma análise crítica, que envolve conhecimentos, razão, sentimentos, emoções e vivências. (VÁZQUEZ, 2012; MALAGUTTI, 2007). Portanto, a ética serve de base para as relações humanas e para uma vida profícua na coletividade, pressupondo o equilíbrio entre os valores individuais e os coletivos.

Recorrendo a Ferreira (2010, p. 325), a ética é o “[...] estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal” podendo ser traduzida como um “conjunto de normas e princípios que norteiam a boa conduta do ser humano.” Portanto, para o lexicógrafo, a ética pode ser entendida como uma ciência que estuda e orienta a conduta

do homem do ponto de vista do bem e do mal, estudando e apresentando argumentos para justificar as ações humanas.

Para Houaiss (2009, s/p¹⁹), a ética corresponde à “[...] parte da filosofia responsável pela investigação dos princípios que motivam, distorcem, disciplinam ou orientam o comportamento humano”, contemplando especialmente a “[...] essência das normas, valores, prescrições e exortações presentes em qualquer realidade social.” Ou seja, o autor ratifica a ideia de que a ética estuda e orienta a conduta, mas acrescenta que a mesma deve refletir sobre o fundamento da conduta para as diferentes realidades existentes na sociedade. Portanto, a ética deve refletir sobre a realidade social, que é afetada por aspectos culturais, políticos e econômicos. (OGUISSO; ZOBOLI, 2006).

Na concepção de Mora (2001), a ética identifica-se com a moral, chegando a significar a ciência que toma por objeto a moral em todas as suas formas. No entendimento de Abbagnano (2007), a ética é a ciência que orienta a conduta dos homens. Os conceitos desses autores estão relacionados, uma vez que a ética é concebida como o estudo da conduta do homem, que é determinada pela moral. Corroborando com esse entendimento, Cortina e Martínez (2012, p. 9) explicam que a moral é um saber que orienta a ação, propondo “[...] ações concretas em casos concretos, enquanto a ética remonta à reflexão sobre as diferentes morais e as diferentes maneiras de justificar racionalmente a vida moral.” Portanto, para esses últimos autores o objetivo final da ética – filosofia moral – é esclarecer reflexivamente o campo da moral.

Oguisso e Zoboli (2006) também consideram que a ética tem como incumbência explicar a moral, fundamentando-a, sem, no entanto, ser normativa, expandindo-se para além dos preceitos e normas, induzindo as pessoas a refletirem, de maneira fundamentada, sobre seus comportamentos e suas escolhas. Portanto, sendo a ética o estudo da moral, torna-se necessário compreender o que é moral.

Apesar de ser utilizada de diferentes maneiras, a depender dos contextos, a palavra moral provém do latim *mos*, *moris*, que significa costume. A moral, na percepção de Cortina e Martínez (2012, p. 13), refere-se

[...] a um conjunto de princípios, preceitos, comandos, proibições, permissões, normas de conduta, valores e ideias de vida boa que, em seu conjunto, constituem um sistema mais ou menos coerente, próprio de um grupo humano concreto em uma determinada época histórica.

¹⁹ Sem página.

Nas palavras de Ferreira (2010, p. 516), a moral é o “[...] conjunto de regras de conduta ou hábitos julgados válidos, quer universalmente, quer para grupo ou pessoa determinada.” Na opinião de Vázquez (2012, p. 24), a moral se refere “[...] ao comportamento adquirido ou modo de ser conquistado pelo homem.” Ela preocupa-se com “[...] atos ou costumes humanos, deveres do homem individual, grupal e perante seu grupo profissional”, ponderando que “[...] uma pessoa é moral quando age em conformidade com os costumes e valores consagrados pela coletividade na qual se insere socialmente.” (OGUISSO; SCHMIDT, 2012, p. 96). Importante frisar que a moral, por estar relacionada a hábitos e costumes, sofre variação no tempo e no espaço, uma vez que a sociedade está em constante evolução, o que determina novas formas de viver e conviver.

Cortina e Martínez (2012, p. 18) assevera que houve “[...] muitos tipos de moral ao longo da história, e hoje em dia é evidente a existência de uma pluralidade de formas de vida e de códigos diferentes coexistindo – nem sempre convivendo – no seio de nossas complexas sociedades modernas.”

Verifica-se, deste modo, que a ética é um exercício reflexivo, uma teoria sobre a moral; a moral é a prática dessa teoria. A ética examina os costumes e valores revelados pela prática moral, podendo, em vista disso, influenciar na própria moral. (VÁZQUEZ, 2012). Deve-se aludir, contudo, que uma pessoa pode agir moralmente, mas não necessariamente ser ética, já que apenas obedece a certos princípios, sem refletir sobre eles. (OGUISSO; SCHMIDT, 2012). Germano (1993, p. 24, grifos do autor) salienta que na

[...] linguagem cotidiana, mesmo entre estudiosos sobre o assunto, os termos moral e ética até hoje são mutuamente substituíveis, isso porque, na verdade, eles se entrecruzam quanto ao seu conteúdo. Assim, por exemplo, é tarefa da ética investigar o conteúdo do *bom*, mas não lhe cabe determinar o comportamento de cada indivíduo em uma dada situação concreta, para que o seu ato seja considerado *bom*. Porém, sem dúvida, ela, a ética, acaba traçando um caminho geral que pode orientar a conduta dos homens nas diversas situações particulares.

Assim, pode-se depreender que a ética é a ciência da moral, ou seja, ela tem como objeto a moral. Para ser ético, faz-se necessário ter liberdade para optar por uma ação ou outra, bem como possuir consciência, ambas, atributos exclusivos do ser humano. Nessa lógica, Vázquez (2012, p. 25) afirma que "O comportamento moral pertence somente ao homem na medida em que, sobre a sua própria natureza, cria esta segunda natureza, da qual faz parte a sua atividade moral."

Constatamos, desse modo, que somente o homem pode ser ético, pois a moral é um atributo exclusivo da pessoa. Reforçando esse aspecto, trazemos, ainda, o entendimento de Figueiredo (2005, p. 236), para quem

[...] a ética sempre irá referir-se ao valor da ação humana, à ação de um ser consciente, racional e com liberdade para optar por este ou aquele valor para fundamentar o seu agir em determinadas situações da vida. A pessoa, o ser humano, é o valor central de tudo quanto nos rodeia.

Por conseguinte, somente tendo consciência de si e dos outros e tendo liberdade para agir que o indivíduo pode considerar-se ético. Nesse ínterim, trazemos a elucidação de Oguisso e Schmidt (2012, p. 97), as quais consideram que a liberdade

[...] deve abranger as faculdades de fazer ou não fazer o que se quer; de pensar livremente; de ir e vir de qualquer parte, quando e como queira; de exceder qualquer profissão ou atividade, respeitadas as leis; de associar-se e de professar qualquer religião.

Consequentemente, o agir ético baseia-se na autonomia da vontade, da escolha, do respeito à integralidade, à pluralidade e à diversidade. (MALAGUTTI, 2007). Apesar de a ética, nos cursos de enfermagem, ser ministrada como um conjunto de normas ligadas ao exercício profissional, ela não traz respostas prontas de como agir em cada situação, apenas busca estudar e fornecer princípios para o agir humano. Assim sendo, a ética é generalista, diferente da moral, que se prende às situações práticas do dia a dia. (VÁZQUEZ, 2012).

3.1.2 Princípios éticos aplicados à enfermagem

Com a evolução da enfermagem como ciência, presenciamos o incremento de um corpo de conhecimentos específicos que oferecem embasamento para o exercício dessa profissão. (CARNEVALE, 2012). Surgem novas teorias de enfermagem, as quais, além esclarecerem os pressupostos e os valores básicos compartilhados por seus integrantes, baseiam-se em princípios próprios da profissão. (MCEWEN; WILLS, 2016). No entendimento de Oguisso e Schmidt (2012, p. 98), os

[...] princípios éticos aplicáveis na pesquisa em enfermagem são essencialmente os mesmos que se aplicam na prática de enfermagem. Tanto na pesquisa como na prática o paciente tem direitos e o enfermeiro tem a responsabilidade de proteger e defender esses direitos.

Esses princípios, juntamente com a legislação nacional relacionada à saúde e à enfermagem, servem de alicerce para tomada de decisões éticas no contexto prático.

Diversas vezes, durante a sua atuação nos diferentes cenários laborais, o enfermeiro se vê compelido a decidir entre questões complexas de forma a proteger os direitos de seus pacientes e realizar uma boa prática em enfermagem, resguardando a segurança a todos os envolvidos. As questões éticas na profissão têm se ampliado muito desde 1970 e a bioética tem contribuído muito para o desenvolvimento da ética na enfermagem, uma vez que aquela traz à tona situações práticas do dia a dia dos profissionais, tais como o aborto, a distanásia, dentre outras situações dilemáticas, nas quais existe o conflito entre princípios fundamentais (por exemplo, o direito à saúde e a igualdade de acesso ao sistema de saúde em face aos recursos – humanos e materiais - limitados).

Assim, torna-se importante conhecer os princípios éticos utilizados pela enfermagem para conduzir o seu trabalho, uma vez que enfermeiros são reconhecidamente agentes morais e agem de forma comprometida e responsável para proporcionar bem-estar aos pacientes, às famílias e às comunidades. (CARNEVALE, 2012).

A seguir, fundamentados em Sant’Anna e Ennes (2006), Oguisso e Zoboli (2006), Oguisso e Schmidt, (2012), Betioli (2013), Sgreccia (2009) iremos abordar esses princípios.

- **Princípio da autonomia:** baseia-se na autodeterminação da pessoa para tomar decisões relacionadas à sua vida e à sua saúde, em outras palavras, pressupõe que o indivíduo seja livre para consentir ou recusar sugestões de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que tenham potencial de afetar sua integridade físico-psíquica ou social. Algumas situações podem afetar a prática desse princípio pelo indivíduo, como os diferentes níveis de capacidade de tomar decisão, seja por limitações internas (aptidão mental, nível de consciência, idade ou condição de saúde) ou externas (ambiente hospitalar, disponibilidade de recursos e informações prestadas). É inseparável do princípio da beneficência. O consentimento livre e esclarecido é uma forma de exercício desse princípio.

- **Princípio da beneficência ou benevolência:** é aquele que estabelece o dever de fazer bem e evitar o mal aos outros. Significa, ainda, auxiliar os outros a encontrarem o bem-estar. Todas as teorias éticas utilizam-se deste princípio e ele é considerado tão essencial quanto o princípio da autonomia. Práticas beneficentes não são isentas de custos e riscos, no entanto, os benefícios devem superar os danos e incômodos das intervenções.

- **Princípio da não-maleficência:** determina que não se cause prejuízo intencionalmente ao paciente, proibindo o uso da medicina para imputar qualquer tipo de sofrimento ou a morte ao paciente. Alguns autores entendem que este princípio está implícito no princípio da

beneficência.

- **Princípio da fidelidade:** prescreve a criação de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente, na qual aquele deve cumprir com as suas promessas, estas que só poderão ser quebradas quando os benefícios dessa quebra forem maiores que os da sua manutenção.
- **Princípio da justiça:** concebe a equidade como condição básica, buscando estimular a igualdade de trato entre iguais e tratamento diferenciado entre desiguais, conforme as necessidades de cada indivíduo - sem considerar méritos pessoais - e a justa distribuição de recursos para a saúde e para a pesquisa.
- **Princípio da veracidade:** implica dizer sempre a verdade, não mentir nem enganar pacientes.
- **Princípio da confidencialidade:** exige a proteção de informações de caráter pessoal obtidas por confidências feitas pelos pacientes, a menos que sejam relacionadas ao diagnóstico ou terapêutica, as quais devem ser registradas no prontuário, por serem de interesse de toda a equipe de saúde. Esse princípio também está assegurado pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que preconiza o “[...] sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública”. (BRASIL, 2006, p. 5).

Esses princípios são utilizados diariamente durante o trabalho da equipe de saúde, tanto na relação com os pacientes e seus familiares como na relação com a comunidade em geral, o que os torna inerentes ao trabalho do profissional de saúde. Além disso, esses princípios éticos aparecem em vários documentos legais para o exercício de enfermagem. Portanto, eles tornam-se ferramentas fundamentais que norteiam as ações tanto dos trabalhadores da enfermagem como dos demais trabalhadores da saúde. A aplicação desses princípios propicia segurança, sensibilidade e equidade na assistência à saúde.

Neste estudo, torna-se importante realizar uma análise de como estão especificados esses princípios na legislação relacionada à enfermagem, especialmente no Código de Ética de Enfermagem, de forma a melhor compreender as situações as quais podem enquadrar o profissional numa situação de infração ética e/ou podem gerar conflitos e dilemas éticos e/ou bioéticos na sua prática profissional. Essas questões anteriormente levantadas serão abordadas na sequência.

3.1.3 Breve histórico da legislação aplicada à enfermagem no Brasil

Toda a profissão precisa possuir uma base legal para o seu exercício e ninguém pode alegar desconhecimento da lei com o intuito de eximir-se de responsabilidade. “No Brasil, o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão está regulamentado pela Constituição (art. 5º, inciso XIII), desde que satisfeitas as qualificações estabelecidas em leis específicas.” (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009, p. 3). Assim, torna-se importante o conhecimento da legislação necessária à prática de enfermagem e das leis que regulam as relações entre profissionais, usuários e prestadores de serviços, pois além de ser por meio dessas leis que se criam ou se extinguem direitos e deveres, também é a partir desse estudo que se propicia a participação dos profissionais no avanço da profissão. (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009; SILVA, 2006).

Na enfermagem, a primeira norma legal adveio com a República, a partir do Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, o qual criou a primeira escola profissional de enfermeiros. Em 1923 é aprovado o Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que além de homologar o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e a fiscalização do exercício profissional de médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros e parteiras, também criou a escola para enfermeiras, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No entanto, somente na década de 50, com a Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955, é que foi aprovada uma lei que tratava especificamente do exercício de Enfermagem. Essa lei foi regulamentada somente seis anos após sua promulgação, com o Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, que foi importante por buscar delimitar o exercício de enfermagem, determinar as categorias que poderiam exercer legalmente a profissão e tratar dos deveres e proibições para todos pessoal de enfermagem. Vale destacar que, até 1986, o técnico de enfermagem não constava como categoria da enfermagem. (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009; RODRIGUES, 2011).

Com a promulgação da Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973, foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, definidos como entidades disciplinadoras do exercício profissional. Finalmente, com a democratização da sociedade brasileira e das entidades de enfermagem, surge a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, a qual foi regulamentada posteriormente pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, ficando, assim, estabelecidos os atuais dispositivos legais para o exercício da enfermagem profissional. A partir daí o técnico de enfermagem passa a constituir um segmento da profissão, são estipuladas as competências privativas do enfermeiro, bem como as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, sempre sob orientação e supervisão do enfermeiro. Essa lei também estipulou o prazo máximo de 10 anos para que o pessoal que estivesse executando tarefas de enfermagem sem formação

específica pudesse continuar a exercer essas atividades. Ainda em 1986 é criada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), buscando promover o desenvolvimento político, social e científico das categorias que a compõem, além de comprometer-se com a promoção da educação e da cultura em geral. Essa instituição criou, em 1932, a primeira revista voltada para a enfermagem, hoje conhecida como Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), “[...] principal órgão de divulgação, com penetração em todo o Brasil até o presente momento.” (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009; GERMANO, 1993, p. 48).

No entanto, devido à escassez de mão-de-obra para o trabalho de enfermagem, surge a Lei nº 8.697, de 28 de dezembro de 1994, que alterou a redação do art. 23 da Lei nº 7.498/86, permitindo que os atendentes de enfermagem admitidos antes da vigência da referida lei pudessem realizar atividades elementares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, desde que autorizado pelo Conselho Federal de Enfermagem. (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009; RODRIGUES, 2011).

O primeiro Código de Ética de Enfermagem foi publicado em 1958, mas em 1975 foi reformulado pela ABEn, mantendo as mesmas premissas do primeiro, apenas ampliando o número de artigos de 16 para 18. O fato é que esse código era um texto de autorregramento, incapaz de exigir seu cumprimento, já que a ABEn não possui competência legal para obrigar os profissionais a cumprirem qualquer preceito ético. Assim, com promulgação da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - a qual cria o Conselho Federal (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) - o COFEN elaborou o Código de Deontologia da Enfermagem e, juntamente com os Conselhos Regionais de Enfermagem, tornaram-se órgãos disciplinadores do exercício profissional da enfermagem. Até chegarmos ao atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007, tivemos outros três códigos de ética: CEPE de 1975, CEPE de 1993 e CEPE de 2000. (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009). Não é nosso objetivo detalhar esses códigos, apenas iremos deter-nos ao CEPE de 2007, considerando que é o vigente até o momento.

O conhecimento do CEPE pelos profissionais da enfermagem, especialmente os enfermeiros, é imprescindível, pois ele consiste na delimitação da prática profissional dos envolvidos no cuidado. (OGUISSO; SCHIMIDT, 2009). A Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007, aprovou a reformulação do último código, ou seja, do CEPE de 2000 (aprovado pela Resolução 240/2000). No CEPE de 2007, houve não só um acréscimo no número de artigos, mas também modificações na forma do mesmo e a reinclusão de um preâmbulo, no qual foram abarcados os princípios fundamentais da enfermagem. Torna-se relevante, nesse ínterim, reproduzir parte do preâmbulo que trata dos princípios fundamentais:

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os **preceitos éticos e legais**. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem **satisfazer as necessidades de saúde** da população e da **defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais**, que **garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia** das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O profissional de enfermagem respeita a **vida, a dignidade** e os **direitos humanos**, em **todas as suas dimensões**. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, **de acordo com os princípios da ética e da bioética**. (BRASIL, 2007, online, grifos nossos).

Nesse trecho, é possível perceber a dimensão do comprometimento dessa profissão com os pacientes, seus familiares e a sociedade como um todo, visto que, além das demandas de saúde, também deve se comprometer com a defesa de políticas de saúde e ambientais, as quais irão beneficiar toda a coletividade.

A equipe de enfermagem deve respeitar a vida, exercer sua profissão com competência, de acordo com os preceitos da ética e da bioética. Infelizmente, devido ao descaso do governo para com a saúde, cada vez mais torna-se desafiador exercer essa atividade com resolutividade, equidade, respeitando a dignidade do ser humano, uma vez que faltam leitos nos hospitais, recursos para comprar medicamentos essenciais, equipamentos para exames diagnósticos, funcionários para prestar o atendimento, enfim, faltam políticas de saúde (e não de governo) eficientes, as quais deem conta das desigualdades no acesso aos recursos e serviços. Como alternativa para resolver essas questões, cresce a judicialização da saúde, ou seja, a busca pelo Judiciário como a última alternativa para obter medicamentos ou tratamentos negados pelo SUS ou pelos planos privados de saúde. E essas questões trazem conflitos diversos tanto para os gestores como para os profissionais, pois é necessário trabalhar sob excesso de demanda, beneficiar poucos em detrimento de muitos e isso é sempre difícil, pois alguém sempre sairá prejudicado.

O CEPE de 2007 está dividido em seis capítulos: o primeiro trata das relações profissionais; o segundo, do sigilo profissional; o terceiro, do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica; o quarto, da publicidade; o quinto, das infrações e penalidades; o sexto, da aplicação das penalidades. Dessa forma, verificamos que o mesmo está organizado por assuntos e, em cada um deles, aborda direitos, responsabilidades/ deveres e proibições dos profissionais. O primeiro capítulo ainda está dividido em quatro seções que falam sobre direitos, responsabilidades/deveres e proibições para com a pessoa, família e coletividade; para com os

trabalhadores da enfermagem, saúde e outros; para com as organizações da categoria e, ainda, para com as organizações empregadoras. (BRASIL, 2007; OGUISSO; SCHMIDT, 2009).

Essa remodelação tornou o CEPE 2007 mais didático e prático, mesmo que tenha recebido algumas críticas por parte de autores que tratam do assunto, como podemos constatar em Oguisso e Schmidt (2009). O novo código também amplia o rol de direitos para as categorias, inovando também ao tratar das anotações de enfermagem e criando um capítulo específico sobre o ensino, a pesquisa e a extensão.

Após essa breve trajetória histórica da legislação brasileira concernente à enfermagem, iremos discorrer sobre como se deu a introdução dos princípios éticos e bioéticos no CEPE, visando compreender seus limites e, posteriormente, como eles poderiam levar a mal entendimentos e traduzirem-se em dilemas éticos/bioéticos²⁰, uma vez que esses princípios pautam as ações da equipe de enfermagem.

3.1.4 A ética e o código de ética dos profissionais de enfermagem

Novos desafios brotam diariamente no domínio da ética, especialmente quando pensamos na área da saúde humana. As profissões da saúde sempre tiveram preocupações com questões éticas, pois é a ética que regula as relações, ou seja, a vida em sociedade. Dentro da categoria enfermagem, a ética esteve presente no currículo desde a criação das primeiras escolas, mesmo que baseada numa ética religiosa alienante. (GERMANO, 1993).

De acordo com Germano (1993), a ética foi uma preocupação constante no currículo de enfermagem desde a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923. No entanto, Passos (1995) acredita que a preocupação com o ensino da ética na enfermagem buscava homogeneizar as atitudes desses trabalhadores enquanto seres humanos e profissionais. Essa preocupação era com uma ética mais moralizadora do que histórica, questionadora e crítica.

Passos (1995, p. 86) menciona ainda que foi

[...] na década de 50, [que] a categoria começou a pensar na codificação dos seus princípios morais. Na época, sob grande influência dos códigos de ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e do Comitê Internacional Católico de

²⁰ Entendemos, no presente estudo, os dilemas bioéticos como parte dos dilemas éticos, ou seja, os dilemas éticos são mais gerais e compreendem os bioéticos. Também ressaltamos que, apesar de alguns autores, tais como Oliveira e Rosa (2016) fazerem distinção entre dilema (problema no qual é preciso escolher entre duas alternativas contraditórias, antagônicas ou insatisfatórias) e conflito (necessidade de escolha entre situações que podem ser consideradas incompatíveis) e demonstrarem, em sua pesquisa, a dificuldade de os profissionais fazerem essa diferenciação na prática, nós não temos essa pretensão. Portanto, os dois termos são usados indistintamente.

Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais.

Esse primeiro código de ética, configurado em 1958, sofreu grande influência religiosa, apresentando a enfermeira como uma serviçal que deveria apenas obedecer ordens médicas, sem questionar. (GERMANO, 1993). Portanto, ainda na “[...] década de 50 a enfermagem continuava sendo muito mais uma ‘missão’ do que uma profissão, cujo trabalho não se baseava apenas em princípios científicos e sim em preceitos dogmáticos ligados à fé.” (PASSOS, 1995, p. 87). Ademais, o trabalho da enfermeira era visto como uma ação caritativa, uma vocação e não como uma profissão. Essas questões, aliadas ao papel submisso da mulher frente ao homem, contribuíram para retardar o processo de profissionalização da enfermagem.

Dessa maneira, os princípios trazidos por esse código, não permitiam a conscientização e o crescimento dessas profissionais, serviam para derogá-las e não asseguravam que estas tivessem comportamentos genuinamente éticos. Isso só foi possível no momento em que a profissão começou a exercer uma ética reflexiva, ou seja, preocupada com valores ligados à dignidade da pessoa humana, bem como passou a questionar os valores baseados em princípios metafísicos²¹. (PASSOS, 1995).

Ainda em 1975, o COFEN, fruindo da colaboração da ABEn, viabiliza o Código de Deontologia de Enfermagem, segundo a Resolução COFEN nº 9, de 04 de outubro de 1975, remodelando o código de 1958. No entanto, até a década de 80, a ética na enfermagem continuava limitada aos preceitos que regulavam as relações entre a instituição e o cliente, sem considerar questões acerca da

[...] submissão que tem caracterizado, historicamente, a profissão; a pouca reflexão sobre sua situação de atividade periférica e de menor valor social; a relação existente entre essa submissão e a situação feminina na sociedade e seu embasamento em parâmetros universais e abstratos. (PASSOS, 1995, p. 89-90).

O código de ética instituído em 1993 buscou alterar essa situação, sinalizando para uma postura histórica e uma visão de processo. Assim, as enfermeiras não queriam mais apenas cumprir determinações sem questioná-las, queriam participar em igualdade de condições do processo de atenção em saúde. (PASSOS, 1995). A partir daí seus valores passaram a ser concebidos com base em uma apreciação crítica da realidade.

Atualmente, a ética é ensinada, em grande parte das universidades, na disciplina de

²¹ De acordo com Passos (1995, p. 90), os princípios metafísicos eram aqueles que viam a “[...] enfermagem como um trabalho caritativo, de ajuda aos outros e baseado na devoção e no sacrifício, desse modo, destinado ao sexo feminino.”

Exercício de Enfermagem – Deontologia, Ética Profissional e Legislação, contemplando conteúdos de ética, bioética e fundamentos legais do exercício da profissão. (SANTIAGO; PALÁCIOS, 2006). É evidente a importância do estudo da ética durante a formação, uma vez que ela norteia a organização e a condução da vida das pessoas e instituições. Entretanto, a ética é ensinada mais como um conjunto de normas a serem cegamente cumpridas do que uma ética reflexiva, que leve o profissional a raciocinar sobre casos concretos – em especial quando falamos de dilemas (bio)éticos.

A área da saúde, assim como outras áreas, se vê cada vez mais imersa em uma sociedade plural, com complexos problemas de saúde e com tecnologias sofisticadas. (FERREIRA; RAMOS, 2006). Contudo, essa imersão apresenta um paradoxo complexo, pois, ao mesmo tempo em que elas favorecem o prolongamento da vida humana (como é o caso, por exemplo, das unidades de terapia intensiva), geram conflitos de cunho emocional, uma vez que distanciam profissionais da saúde dos pacientes – o que torna o exercício da enfermagem um processo cada vez mais mecanicista – e também criam conflitos de interesse entre os profissionais, os pacientes, as famílias e a instituição. Sobre os conflitos vivenciados pelos enfermeiros, Ferreira e Ramos (2006, p. 329), assinalam que os

[...] conflitos vividos pelos enfermeiros podem ser divididos em dois planos: os conflitos relacionados ao desenvolvimento científico e tecnológico e os conflitos persistentes, que dizem respeito à equidade em saúde, etnia, sexo, serviços de saúde mal distribuídos, dentre outros.

Ferreira e Ramos (2006, p. 329) ainda destacam que, “Neste contexto, a tomada de decisão dos profissionais da saúde pode estar relacionada a questões de ordem técnica, científica, social e ética.” Nessa conjuntura, importante enfatizar que, por mais que algumas decisões relativas ao tratamento do paciente sejam tomadas pelo médico, as consequências dessa decisão são abraçadas por toda a equipe de saúde e irão, de alguma forma, interferir na prestação da assistência de enfermagem. Sendo assim, mesmo que o enfermeiro não concorde com a decisão médica, ou seja, com a cessação ou manutenção do tratamento, ele não tem autonomia para fazer diferente - pelo menos não até que seja capaz de fundamentar ética ou moralmente sua decisão-, precisando submeter o paciente ao tratamento prescrito pelo médico.

Como entendem Oguisso e Schmidt (2009, p. 67), “[...] o agir ético comporta muitas indagações, limites, possibilidades, valores e liberdade de escolha.” E isso torna as decisões éticas cada vez mais difíceis, pois não existe uma ética universal, o ser humano é único e toma decisões baseada em diferentes concepções, as quais podem estar relacionadas à cultura local e

à maior liberdade de escolha. Corroborando com esse entendimento, Oguisso e Zoboli (2006, p.47) expressam que a ética “[...]se baseia em princípios, valores e sentimentos que cada um traz dentro de si e a partir de sua própria escolha é possível aproximar ou se distanciar dos valores de outras pessoas.”

O atual CEPE – aprovado pela Resolução COFEN nº 311/2007 - traz em seu preâmbulo, que “[...] leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização.” (BRASIL, 2007, online). No entanto, algumas vezes esses interesses entram em conflito e a simples presença do código de ética “[...] não torna a enfermagem uma profissão mais ética, uma vez que os conteúdos nele contidos não esgotam nem expressam todas as importantes questões e dilemas apresentados no interior da prática de um profissional.” (SANT’ANNA; ENNES, 2006, p. 81).

A título de ilustração, trazemos alguns exemplos de situações conflituosas com as quais o profissional esbarra no seu dia a dia. Como o enfermeiro pode atuar com justiça e resolutividade, deveres previstos no artigo 5º da Resolução COFEN nº 311/2007, se trabalha com déficit de pessoal e, seguidamente, com número de pacientes acima da capacidade admitida pela unidade, especialmente quando falamos de ambiente hospitalar?

E os parâmetros utilizados em alguns centros cirúrgicos hospitalares, onde há necessidade de critérios para realização de cirurgias e malabarismos de enfermeiros e médicos para garantir que os casos mais graves sejam atendidos antes de quaisquer consequências negativas permanentes. Nesse sentido, Sant’Anna e Ennes (2006, p. 86), afirmam que “O que se percebe é que os problemas de alocação de recursos da saúde, sob o ponto de vista ético, ferem o princípio da justiça social, uma vez que esses recursos financeiros, humanos e técnicos são limitados.” Ao nosso entender, a partir da compreensão da legislação aplicada à enfermagem e ao Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8080/90 e artigo 5º da Constituição Federal de 1988 - a assistência à saúde deveria ser garantida a todos que dela necessitem e não devíamos precisar de critérios para garantir o exercício de um direito do paciente.

Também ocorrem situações em que a enfermeira realiza atividades que não são de sua competência ética e legal, pois algumas instituições, buscando por maiores lucros, concentram algumas atividades de outros profissionais nas mãos dos enfermeiros. Como a enfermeira deve proceder? Pensa no paciente e realiza a ação, de forma que o paciente não fique desassistido, ou denuncia a situação ao COREN, mesmo que implique demissão?

O que fazer com uma prescrição de sangue feita por um médico para um paciente jovem, o qual entrou em coma com sério risco de morte, que não se teve acesso à família e que professa ser Testemunha de Jeová?

Como proceder com uma adolescente grávida de poucos meses de um bebê anencéfalo e que pretende fazer um aborto, sendo que esse procedimento contraria seus valores e você é a única enfermeira do local? E se a decisão²² de descriminalizar o aborto, caso seja realizado até os três primeiros meses de gestação, tomada pelo Supremo Tribunal Federal, recentemente, tornar-se comum em instituições de atenção à saúde (hospitais, clínicas, unidades de saúde), inclusive públicas, e os trabalhadores tiverem que lidar com esse conflito ético que contraria seus princípios morais, ético-profissionais e religiosos?

Por fim, o que dizer de situações em que o paciente possui um prognóstico reservado e a equipe médica, a pedido da família e mesmo sabendo da limitação dos recursos, mantém a prescrição de antibióticos de última geração, pedidos de exames e outras atitudes extremas na esperança de reverter a situação? Ou, de outra maneira, no caso dos hospitais particulares, como agir quando a equipe médica, a pedido da administração da instituição, deixa de investir o necessário em um paciente por ele não possuir plano de saúde ou recursos para pagar o seu tratamento? Esse cenário, também, traz à tona a problemática da alocação de recursos existentes, devido ao incontestável reconhecimento do direito à saúde, garantido constitucionalmente. (SANT'ANNA; ENNES, 2006).

Nos casos acima mencionados, é comum que os profissionais de enfermagem se sintam constrangidos

[...] em decorrência da restrição de gastos numa instituição, vendo-se pressionados a optar por alternativas em relação aos clientes, as quais não reconhecem como as melhores, porém como as institucionalmente aceitas, tendo em vista as limitações econômicas [de infraestrutura e recursos humanos] estabelecidas; podem sofrer constrangimentos quando discordam da decisão de outros profissionais, no que se refere ao cuidado prestado e/ou à terapêutica adotada. (NIETSCHE, 2009, p. 73).

A autora, ainda, questiona como deve agir o profissional diante de um problema moral: deve agir baseado em seus valores e crenças, aceitando os possíveis riscos, uma vez que sua opção foge ao hegemonicamente esperado no cenário onde atua? Ou consente que os outros profissionais determinem que faça, indo de encontro aos seus saberes, valores morais e crenças?

Esses são apenas alguns exemplos de conflitos entre as diferentes normas que

²² A 1ª Turma do STF (Supremo Tribunal Federal) firmou, no dia 29 de novembro de 2016, o entendimento de que a prática de aborto não é crime, se realizada durante o primeiro trimestre de gestação - independentemente do motivo que leve a mulher a interromper a gravidez. A decisão da 1ª Turma do STF valeu apenas para um caso, envolvendo funcionários e médicos de uma clínica de aborto em Duque de Caxias (RJ). Mesmo assim, o entendimento da 1ª Turma pode embasar decisões feitas por juízes de outras instâncias em todo o país. (JUNIOR, 2016).

prescrevem e regulam a assistência à saúde e/ou as que dirigem a prática dos profissionais de saúde. Germano (1993), em uma pesquisa realizada em hospitais universitários, há mais de duas décadas, já levantava problemas semelhantes. A autora cita casos de erros cometidos com pacientes que não eram registrados no prontuário do mesmo, devido ao risco de demissão do profissional e por representar um risco também para o hospital, que poderia contrair processos judiciais e perder a credibilidade. Será que essas situações não continuam ocorrendo?

Germano (1993) menciona, também, o caso de funcionários da enfermagem que, talvez, por falta de recursos humanos adequados, executavam tratamentos de alçada médica, como confecção de aparelhos gessados, drenagem de abscessos e até pequenas cirurgias.

As questões apontadas nessa subseção demonstram as dificuldades com as quais os profissionais da enfermagem deparam-se no seu dia a dia e a tendência é que essas situações tornem-se mais complexas e corriqueiras com o uso das biotecnologias e a engenharia genética, as quais incluem temas polêmicos como a eugenia, a clonagem e a reprodução assistida, etc. A pergunta que fica é: a ementa da disciplina que trata sobre a ética e a bioética nos cursos de graduação de enfermagem está trazendo esses problemas para discussão em sala de aula ou está apenas trazendo cláusulas a serem irrefletidamente seguidas? Nesse sentido, oportunamente provocam Ferreira e Ramos (2006, p. 329):

Diante do desafio imposto pela diversidade e pluralidade cultural e moral, resta-nos arriscar na elaboração de propostas para uma educação moral das futuras enfermeiras(as) que possam favorecer ou contribuir para o desenvolvimento da capacidade de raciocinar e julgarem questões morais.

Muitas questões vivenciadas pelos enfermeiros durante a assistência são de difícil enfrentamento, quanto mais resolução e nem sempre encontram respostas em uma legislação. Além disso, a realidade é complexa e dinâmica e cada pessoa tem sua subjetividade, o que implica as decisões serem diferentes, dependendo dos indivíduos envolvidos. A reflexão sobre a ação e suas consequências é, muitas vezes, que vai determinar o desfecho. Nem sempre existe, também, um único caminho a seguir e, frequentemente, os caminhos são mutuamente excludentes. É o caso já citado do paciente testemunha de Jeová. Salvar a vida ou respeitar a autonomia? Será que, após ele acordar do coma e saber da transfusão, sua vida permanecerá a mesma? Não haveria outra alternativa ao uso de hemoderivado na instituição? Foram buscadas outras alternativas, como acionar a Comissão de Ligação com Hospitais (COLIH)? Qualquer decisão que seja tomada poderá afetar a vida do paciente e de seus familiares. Por essa razão, o

profissional de saúde precisa fundamentar sua decisão de forma convincente e moralmente justificável. Não há como dizer que existe uma decisão “correta” ou “mais adequada”, pois isso irá depender do contexto no qual o caso ocorreu e das pessoas envolvidas na ação.

O avanço da biomedicina²³ nas últimas décadas nos trouxe muitos cenários dilemáticos nunca antes pensados, especialmente se considerarmos a complexidade dos fatos, as tradições e valores morais, religiosos e culturais que envolvem o indivíduo e a sociedade. O fato é que as pessoas se tornam mais conscientes de que suas escolhas podem ter impactos éticos importantes para a sua vida e da sociedade, tanto a curto como a longo prazo. Por isso, as escolhas exigem apreciação criteriosa de todas alternativas possíveis e muita reflexão, pois o futuro ainda é incerto, já que o homem é um ser histórico e, assim como transforma a natureza, também é transformado por ela. (VÁZQUEZ, 2012).

3.2 Bioética

Diariamente surgem teorias e especulações relativas aos rumos da sociedade com sua sede de conhecimento, de poder, de dominar, de evoluir e conquistar, é primordial que se tenha a ética como base para utilização das ciências e também na vida cotidiana, para que o poder em dominar, a curiosidade e o conhecimento sejam utilizados em prol do bem comum.

Sem ética corremos o risco de colocar a vida sobre a Terra em situação de precariedade ou mesmo de extinção. Nesse sentido, Boff (2003, p. 32) nos diz que “[...] com muito poder e pouca sabedoria [...]” o homem “[...] criou o princípio da autodestruição. Pela primeira vez podemos liquidar as bases da sobrevivência da espécie, o que torna a questão ética (como devemos nos comportar) premente e inadiável.” Esse é o caso dos riscos trazidos pelo uso da energia nuclear, da manipulação genética e da criação de doenças, estas últimas utilizadas para bioterrorismo. Para que isso não ocorra, não podemos abandonar os valores morais de convívio, tais como: o respeito, a honestidade, o comprometimento, a solidariedade, a cooperação e o amor à humanidade.

Nesse cenário surge a bioética²⁴ - fruto de uma sociedade democrática, pluralista e secularizada (CORREIA, 1996) - entendida como uma área interdisciplinar que se preocupa com questões éticas e coloca em jogo “[...] valores importantes para a humanidade, devido ao

²³ De acordo com Beauchamp e Childress (2013, p. 18), a “[...] biomedicina é uma expressão que abrevia as ciências biológicas, a medicina e o cuidado com a saúde em geral.”

²⁴ Neste estudo, quando nos reportarmos à bioética, estaremos tratando de uma disciplina que se ocupa da reflexão sobre os problemas gerados pelo avanço da biomedicina.

poder cada vez maior da intervenção tecnocientífica no ser vivo, especialmente no homem.” (BETIOLI, 2013, p. 32). Conquanto, para Potter (2016, p. 13), idealizador do neologismo, a bioética seja a “ciência da sobrevivência humana”, a qual se configura em uma “[...]uma ponte entre a ciência biológica e a ética.”

Nesta seção, que se divide em quatro partes, iremos abordar, em um primeiro momento, o contexto de surgimento, definição e abrangência da bioética; em um segundo momento, apresentaremos o modelo principialista de análise de conflitos bioéticos, um dos mais conhecidos na enfermagem; em um terceiro momento, trataremos sobre os dilemas bioéticos e, por último, iremos analisar como vem se dando o ensino da bioética nas graduações em enfermagem.

3.2.1 Contexto de surgimento, definição e abrangência

Com os desdobramentos advindos da revolução técnico-científica e da evolução da consciência humana, surgiram preocupações com o uso que poderia ser feito do conhecimento adquirido. A comunidade científica e a sociedade passaram a considerar o perigo do mau uso desse conhecimento, que poderia levar a nossa autodestruição. Assim vários eventos levaram o homem a questionar as consequências de sua intervenção nas diferentes formas de vida.

Alguns dos acontecimentos que marcaram o princípio desse questionamento estão relacionados com a promulgação do Código de Nuremberg, em 1948, e com o início da hemodiálise nos Estados Unidos, em 1961. No entanto, esses não foram os únicos fatos, podemos citar, também, o primeiro transplante cardíaco, realizado em 1967, e as questões relacionadas à definição de morte pelo critério cerebral, ocorridos em 1975, devido ao impasse levantado pelas novas tecnologias de suporte à vida. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008). Essas situações trouxeram indagações sobre a moralidade das pesquisas, das decisões de suporte à vida (para quem e até quando) e dos critérios de morte para fins de transplante cardíaco. Era necessário rever valores humanos, revitalizar a ética e articulá-la ao conhecimento científico e à biomedicina.

Não é fácil definir se a bioética é um movimento de ideias mutáveis, uma metodologia de confronto interdisciplinar entre ciências biomédicas e ciências humanas, uma articulação da filosofia moral ou uma disciplina autônoma. (SGRECCIA, 2009). É igualmente difícil precisar onde e quando ela nasceu, posto que os próprios estudiosos do assunto não chegam a um consenso. Os episódios que citamos acima mostram o contexto em que ela foi concebida, ou seja, de questionamento moral e ético das intervenções humanas no próprio homem, trazidas

pelo desenvolvimento das biotecnociências. Essa foi a acepção introduzida por Andre Hellegers, obstetra, fisiologista fetal e demógrafo holandês, da Universidade de Georgetown (EUA). Hellegers usou o vocábulo bioética para aplicá-lo à ética na medicina e nas ciências biológicas, ao criar, em julho de 1971, o centro de estudos *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethiscs* - atualmente Instituto Kennedy - em Washington. A criação desse centro deu-se apenas seis meses após a aparição do livro pioneiro de Van Rensselaer Potter, biólogo e oncologista da Universidade de Wisconsin, Madison (EUA) que reivindica para si a invenção do neologismo. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008). Em seu livro “Bioética: uma ponte para o futuro”, Potter (2016) demonstra preocupação com a sobrevivência humana, que ele acredita estar ameaçada pela explosão demográfica e pelo mau uso do conhecimento gerado pela revolução científica. Além disso, reconhece a necessidade de um novo conhecimento, em outros termos, o conhecimento de como utilizar o conhecimento. Esse novo conhecimento combinaria ética e biociências e seria de caráter interdisciplinar. Assim, a partir da bioética se criaria uma ponte entre as ciências biológicas e os valores humanos, de forma que o conhecimento fosse usado apenas para o bem social, ou seja, para salvaguardar a sobrevivência humana. Nas palavras de Potter (2016, p. 27), a bioética consistiria em uma “[...] nova sabedoria que [...] [fornecesse] o ‘conhecimento de como usar o conhecimento’ para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida.”

Conquanto, apesar de Potter idealizar a bioética em uma acepção mais global, com intensa significação ecológica e holística, para Hellegers a bioética dizia respeito notadamente ao ser humano e às biociências humanas. (OLIVEIRA, 1997). Mesmo que a acepção de Hellegers tenha sido a que predominou, a preocupação dos dois era com o uso do conhecimento, que poderia tornar-se perigoso caso não fosse acompanhado de sabedoria para administrá-lo. Para isso, seria necessária uma nova ética, a qual atentasse para os limites de o homem intervir na sua própria vida e na de outro(s) ser(es). (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008; POTTER, 2016).

Nessa perspectiva, Pessini e Barchifontaine (2008, p. 49) inferem que “[...] no momento de seu nascimento, a bioética tem uma dupla paternidade e um duplo enfoque.” Potter (2016) pensa a bioética no sentido global ou macro, ou seja, não só a humanidade está abarcada em seu conceito, mas também a ecologia. Assim sendo, seu caráter é de uma ética científica que combina a humildade, responsabilidade e competência num prisma interdisciplinar e intercultural. Hellegers, porém, compreende a bioética como um ramo da ética comum a aplicada à biomedicina e preocupada com problemas mais próximos do cotidiano das pessoas. (BETIOLI, 2013).

Mais tarde, em 1978, foi lançada a Enciclopédia de Bioética, publicada nos Estados Unidos e que se tornou uma obra fundamental para referência e consulta, contribuindo para o desenvolvimento intelectual no campo da bioética. A Enciclopédia foi publicada em quatro edições, sendo a primeira edição em 1978, a segunda em 1995, a terceira em 2004 e a quarta em 2014.

Na primeira edição, a bioética foi descrita da seguinte maneira: “[...] estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, quando essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais.” (REICH, 1978 apud PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 52). Também foi definido que a bioética engloba a ética médica, mas não se restringe a ela, incorporando aspectos relacionados: aos valores vivenciados pelos profissionais da saúde; às pesquisas biomédicas e comportamentais; às questões sociais e às causas ecológicas. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008). Esse primeiro conceito considera tanto a biosfera como a medicina, incluindo problemas ambientais e demográficos. (SGRECCIA, 2009).

Na segunda edição (1995), Reich dá maior magnitude à significação de bioética, reconhecendo seu sentido global e definindo-a como o estudo sistemático das dimensões morais – inclusive a visão moral, as decisões, a conduta, as linhas mestras etc. – das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de metodologias éticas num enfoque interdisciplinar. (REICH, 1995 apud SGRECCIA, 2009). Sgreccia (2009) entende que, sob essa ótica, o objeto da bioética é estendido a todas as dimensões morais, as quais compreendem as práticas e/ou convenções sociais e as decisões políticas.

A terceira edição (2004) passou por revisões e atualizações de seus artigos, devido ao rápido desenvolvimento técnico-científico ocorrido nas últimas décadas, sem sofrer, no entanto, grandes alterações.

A partir dessa quarta edição, a Enciclopédia passa a se denominar simplesmente Bioética e inclui novos artigos em tópicos tais como:

Aborto: perspectivas a partir do Hinduísmo; Abuso de profissionais da saúde; Biodiversidade; Deficiência cognitiva / Ferimento traumático do cérebro; Hospitais: questões éticas de governança; Socorro humanitário; Armas nucleares e pedagogia da bioética, entre outros. [...]. Observamos uma atenção maior em saúde pública, discutindo questões éticas e políticas públicas de saúde [...], doenças infecciosas, epidemias e saúde ambiental. Num contexto de inovação, reforma dos sistemas de saúde [...] aperfeiçoamento dos cuidados de saúde, qualidade, e sustentabilidade econômica e justiça, em nível doméstico e global. As questões sobre envelhecimento, doenças crônicas e degenerativas e cuidados de longa permanência [...] [são discutidas]. A mudança de atitudes e políticas públicas em relação ao aborto na perspectiva internacional é amplamente analisada. Dá-se maior ênfase nos novos desenvolvimentos de biotecnologia, genética e reprodução humana e cuidados de final de vida, com uma cobertura maior em cuidados paliativos. Finalmente, nessa 4ª edição dessa monumental obra de Bioética, constata-se uma maior ênfase em ética ambiental,

[...] e problemas de políticas públicas (mudanças climáticas, perda da biodiversidade, perigos que ameaçam a saúde ambiental, água potável e os efeitos tecnológicos ligados à ecologia e saúde, organização e práticas agrícolas), [...]. Questões como o pós-humanismo e trans-humanismo, avanços em neurociência, nanotecnologia, e biologia sintética são tópicos em que um engajamento criativo entre bioética e ética ambiental parece ser bastante interessante e promissor. (PESSINI; HOSSNE, 2014, p. 360).

Nessa perspectiva, percebemos que as biotecnologias e as biociências continuam sendo foco de atenção da bioética, mas visualizamos uma ampliação do seu objeto de estudo para além da esfera humana, podendo-se, portanto, tomá-la como global, tal como vislumbrava Potter (2016). Essa ampliação pressupõe o entendimento de que o homem percebeu estar intrinsecamente conectado a tudo que existe no planeta, bem como está consciente de que suas ações afetam não somente o presente, podendo, inclusive, comprometer o futuro de outras gerações. Outrossim, além de acenar para questões cada vez mais amplas e complexas, também podemos inferir uma preocupação crescente com questões sociais, interculturais, multi²⁵, inter²⁶ e transdisciplinares²⁷.

Sob o ponto de vista etimológico, a bioética foi edificada a partir das palavras gregas *bios*, que designa as ciências da vida (incluindo ecologia, biologia e medicina) e *ethos*, relativo à ética. Em outras palavras, podemos dizer que a bioética é um estudo transdisciplinar que busca conduzir responsabilmente as diferentes formas de vida, considerando, para isso, os sistemas de valores humanos. Essa disciplina ocupa-se de questões onde ainda não existe consenso moral, sendo, portanto, polêmicas. Oguisso e Zoboli (2006, p. 112) acrescentam que

Ao se juntar esses vocábulos em um mesmo termo, não só se criou uma nova palavra, mas também se provocou uma transformação na maneira de fazer ciência e ética, aproximando-se esses dois campos do conhecimento humano. Cobra-se dos que estão voltados para o desenvolvimento científico sua responsabilidade social e ética com a consideração das consequências de ordem moral das pesquisas e avanços tecnológicos almejados e/ou conquistados, e dos que se dedicam à ética são exigidos discussões e reflexões mais próximas da realidade e capazes de dar conta da dinamicidade e velocidade com que as novidades advindas da tecnociência incorporam à vida das pessoas e à prática dos profissionais, sem perder de vista os dilemas e os conflitos das situações que persistem ao longo dos anos, como a epidemiologia das desigualdades sociais e sua interface com os perfis de saúde e doença.

Com pouco mais de quatro décadas de história, a bioética tem amadurecido muito, passando a ser estudada em diferentes lugares do mundo, com nuances e práticas culturais diferenciadas. Isso quer dizer que, independente do tema a ser abordado, as decisões poderão

²⁵ Multidisciplinaridade: De acordo com Azevedo (1998), é a justaposição de diferentes disciplinas, sem que haja, no entanto, um pressuposto de ligação entre elas.

²⁶ Interdisciplinaridade: De acordo com Azevedo (1998, p. 130) “[...] requer o conhecimento do conceito de cada disciplina envolvida a fim de integrá-las.”

²⁷ Transdisciplinaridade: Conforme Azevedo (1998, p. 130), “[...] requer uma unidade conceitual entre as disciplinas.”

ser diferentes, considerando-se os traços culturais da região ou do país em que a decisão é tomada. Assim, a diversidade é algo que está intrinsecamente ligado à bioética, não só de seu objeto de estudo (homem, natureza) e decisões, mas também de teorias, modelos ou paradigmas evocados para a tomada de decisão.

Reich (1995, apud SGRECCIA, 2009, p. 46) esclarece que as finalidades da bioética resumem-se à “[...] análise racional dos problemas morais ligados à biomedicina e de sua conexão com as áreas do direito e das ciências humanas.” Para tanto, ela utiliza-se de uma metodologia interdisciplinar, partindo da análise do caso concreto, avaliando suas implicações e soluções éticas, fundada em justificativas racionais, estas que podem ser encontradas nos modelos teóricos da bioética, os quais serão abordados na próxima seção.

Apesar de a bioética ser uma disciplina abrangente e que, como já mencionado, não se limita às questões humanas, todavia as abrange, nesta pesquisa iremos aprofundar nosso estudo em autores que investigam a bioética relacionada à questão da saúde humana, nossa área de interesse.

3.2.2 Modelos teóricos da bioética

Contemporaneamente, a bioética utiliza-se de um pluralismo de critérios para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisões éticas, valendo-se, para isso, de modelos éticos de referência e teorias sobre a base do juízo ético, os quais dão origem aos diferentes modelos de análise de conflitos bioéticos. Dependendo do autor a que nos aludimos, esses modelos são chamados de escolas, teorias, enfoques, correntes, paradigmas ou abordagens. Neste trabalho, optamos por utilizar o termo “modelo” para nos referirmos a cada um deles.

De acordo com Biondo; Silva e Secco (2009) o modelo principialista é o mais difundido, mas existem vários outros modelos, de origem anglo-americanas, dentre as quais podemos citar:

[...] - o modelo *libertário* (Engelhard) inspirado pelo liberalismo americano; - o modelo da *virtude* (Pellegrino e Thomasma) especialmente voltado para despertar nos profissionais da saúde o valor da virtude; - o modelo *casuístico* (Jonsen e Toulmin) o qual não se baseia em princípios e preconiza que cada caso seja analisado como um caso; - o modelo do *cuidado* (Gilligan) mais fundamentado na psicologia que na filosofia; - o modelo *contemporâneo* (Finnis) o qual estabelece que o conhecimento, a vida estética, a vida lúdica, a racionalidade prática, a religiosidade e a amizade são bens fundamentais em si mesmos; - o modelo *contratualista* (Veatch) fundamentado na importância de um tríptico contrato: entre médico e paciente, entre médico e sociedade e entre médico e princípios orientadores da relação médico paciente. (AZEVEDO, 1998, p. 133, grifos do autor).

Ainda de acordo com Azevêdo (1998, p. 134), nos países europeus prevalece o modelo personalista, o qual “[...] fundamenta-se na dignidade universal da pessoa como valor supremo,

coloca a pessoa no centro das ações e decisões e enuncia as categorias essenciais da pessoa como pessoa.”

Considerando que o modelo principialista é o mais conhecido e o mais difundido para enfrentar conflitos éticos, como podemos verificar em Nunes (2014), Oguisso e Zoboli (2006), Hogemann (2003), Pessini e Barchifontaine (2008), Ferrer e Álvarez (2005) e Fortes e Zoboli (2003), iremos abordá-lo de forma mais aprofundada, porém, sem o propósito de esgotar o assunto. O nosso objetivo, aqui, é compreender em que alicerces esse modelo se funda para a tomada de decisão.

O modelo principialista baseia-se na ética biomédica e foi universalizado no princípio dos anos 1970, por Tom Beauchamp e James Childress, autores do clássico livro *Principles of biomedical ethic*. Os autores foram impulsionados pela publicação do Relatório Belmont, em 1978, o qual buscava estabelecer princípios éticos que norteassem a ética envolvendo sujeitos de pesquisa nos Estados Unidos. (BETIOLI, 2013; RAMOS, 2009; OGUISSO e ZOBOLI, 2006). Ramos (2009) coloca que o Relatório Belmont transformou-se na declaração principialista tradicional tanto para a ética relacionada à pesquisa com seres humanos, como para a reflexão bioética usual.

Nesta obra, como o próprio nome sugere, Beauchamp e Childress propuseram quatro princípios gerais orientadores do agir humano e que possuem lugar central na reflexão moral: beneficência, não-maleficência, justiça e o respeito à autonomia. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008). Esses princípios foram apresentados na subseção 3.1.2, no entanto, iremos abordá-los aqui, novamente, na perspectiva de Beauchamp e Childress.

Para Beauchamp e Childress (2013) existe diferença entre a beneficência (ação realizada em benefício dos outros) e o princípio de beneficência (obrigação moral de agir em benefício do outro). A beneficência, portanto, quando entendida com um princípio, afirma o dever de ajudar outras pessoas de forma a assegurar seus interesses legítimos. No entanto, os autores alertam que

Não há fronteiras radicais no *continuum* que vai da não infligência de danos até a propiciação de benefícios, mas os princípios da beneficência potencialmente exigem mais que o princípio da não maleficência, pois os agentes têm de tomar atitudes positivas para ajudar os outros, e não meramente se abster de realizar atos nocivos. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 281).

Dessa forma, ações beneficentes exigem uma expressão direta de ajuda, seja suprimindo o dano, seja promovendo o bem.

Já o princípio da não-maleficência, para Beauchamp e Childress (2013, p. 209), “[...]”

determina a obrigação de não infringir dano intencionalmente.” Nesse sentido, sugere apenas renunciar propositalmente a realização de atos que possam causar danos. Os autores ainda afirmam que alguns teóricos unem este princípio ao da beneficência, apesar de não concordarem com essa atitude por ofuscar distinções importantes, já que entendem a obrigação de não prejudicar os outros (proibição de roubar, matar) distinta da obrigação de ajudar os outros (proteger interesses e promover o bem-estar).

No caso de conflito entre não maleficência e a beneficência, aquela é sobressalente, apesar de a beneficência prevalecer nos casos de danos pequenos, como, por exemplo, uma punção venosa causadora de edema. (OGUISSO; ZOBOLI, 2006).

Sobre a autonomia, Beauchamp e Childress procuram especificar traços de uma ação autônoma. Ou seja, não basta a pessoa ser autônoma (capaz de se autogovernar e reger por si mesma), ela precisa tomar decisões genuinamente autônomas. Portanto, o agente moral estará praticando uma ação autônoma quando agir intencionalmente, com entendimento e sem coação, ou seja, sem influências externas que determinem ou controlem sua ação. O respeito pela autonomia, sobretudo, exige a compreensão de que indivíduo autônomo tem seus próprios pontos de vista, faz suas próprias opções e age segundo seus valores e crenças pessoais. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Esse princípio também estabelece que façamos o que estiver ao nosso alcance em favor da escolha alheia e, para isso, é um dever dos profissionais fornecer aos pacientes as informações necessárias sobre seu diagnóstico e possíveis tratamentos, de uma forma compreensível a eles, para que possam fazer suas escolhas. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

A autonomia é um princípio *prima facie*, no entanto, não prevalece sempre quando entra em conflito com outros valores ou princípios. Nessa acepção, Beauchamp e Childress (2013, p. 207) afirmam que “Em muitas circunstâncias clínicas, as demandas da justiça podem facilmente suplantar as demandas do respeito à autonomia.”

Finalmente, a justiça, para Beauchamp e Childress, é vista como a distribuição de direitos, benefícios e responsabilidades na sociedade de forma justa, equitativa e determinada por normas justificadas pelos termos de cooperação social. Os problemas de distribuição aparecem porque os bens são insuficientes e as necessidades múltiplas. Surge a necessidade de critérios para determinar essa distribuição de forma justa. Para isso são utilizados critérios formais (casos iguais devem ser tratados igualmente e casos desiguais de forma desigual) e critérios materiais (a cada pessoa uma porção igual; a cada pessoa segundo suas necessidades; a cada pessoa segundo seus esforços; a cada pessoa segundo sua contribuição; a cada pessoa

segundo seu mérito e a cada pessoa segundo as regras de intercâmbio em um mercado livre). Os critérios materiais oferecem concretude aos critérios formais e contêm critérios de obrigação *prima facie*. No entanto, em casos de conflitos entre os critérios, é necessário que sejam consideradas as particularidades da situação. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Importante lembrar que Beauchamp e Childress não estipularam uma hierarquia entre esses princípios. Dessa forma, “Como não há uma hierarquia *a priori*, ou seja, eles não são absolutos e dependem do contexto no qual transcorrem os conflitos, nessas situações há lugar para o compromisso, a mediação e a negociação.” (FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 27).

Em vista disso, esses princípios são considerados normas gerais, mas não funcionam como guias precisos de ação. Na verdade eles “[...] estabelecem as condições de permissividade, obrigatoriedade, correção ou incorreção dos atos.” Mas será a situação concreta que irá determinar qual dos princípios que prevalecerá. (FORTES; ZOBOLI, 2003, p. 27; OGUISSO; ZOBOLI, 2006). No caso de conflitos entre os princípios, Gracia (2010, p. 133) considera que “É preciso analisar a situação em seus mínimos detalhes, deliberar sobre os cursos de ação do caso e, com base nisso, tomar uma decisão prudente.”

Sendo uma metodologia de análise ética, o principialismo procura examinar os argumentos morais em circunstâncias concretas tendo em vista elucidar, quando possível, os conflitos optando pelos melhores argumentos. (OGUISSO; ZOBOLI, 2006). Ramos (2009, p. 30) acrescenta que “[...] o êxito teórico e prático é ambíguo, pois, dependendo da maneira como são interpretados, esses princípios levam a soluções contraditórias de um mesmo problema.” (RAMOS, 2009, p. 30).

De acordo com Hogemann (2003), essa concepção teve grande alcance no Brasil, influenciando a elaboração da Resolução 196/96 (hoje revogada e substituída pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012). Contudo, o modelo sofreu inúmeras críticas em função de suas limitações práticas, já que não considera outras dimensões, tais como elementos culturais, religiosos e sócio-político-econômicos. Além disso, ignora a importância da experiência moral particular dos indivíduos. A autora ainda conclui que

[...] a ética principialista demonstrou-se, ao longo desses trinta anos, insuficiente para solucionar os novos dilemas éticos que surgiram, de maior complexidade, como por exemplo, a fertilização assistida, o aborto, a doação de órgãos, a eutanásia e alguns outros temas tão candentes quanto esses [...], pois a Bioética não pode restar reduzida, tal como os principialistas a defendem [...]. (HOGEMANN, 2003, p. 86).

Mesmo assim, modelo principialista exerceu e continua exercendo um papel essencial no desenvolvimento da bioética. Beauchamp e Childress terão, para sempre, um lugar de honra

na sua história. (FERRER; ÁLVEREZ, 2005).

3.2.3 Dilemas bioéticos

O ser humano tem buscado incessantemente dominar o conhecimento, especialmente o conhecimento de como viver mais e com qualidade de vida, como curar doenças genéticas e crônicas e de como utilizar a ciência para encontrar soluções éticas para essas situações. Com certeza, o homem já tem muitas dessas respostas, o que falta é saber como usar esse conhecimento com sabedoria, respeitando a vida de todos os seres vivos, em todas as fases e dimensões. Essa sabedoria pode ser alcançada por meio da bioética, como proferia Potter.

No entanto, a ampliação vertiginosa do conhecimento científico nas últimas décadas tem levado o homem a buscar um novo sistema de valores, os quais respondam à complexidade dos cenários e culturas das diversas sociedades. As questões estudadas pela bioética são, na sua maioria, polêmicas. Aliás, temas como o genoma, a engenharia genética, a clonagem e a reprodução assistida podem ser vistos como uma “faca de dois gumes”, pois ao mesmo tempo em que resultam em grandes benefícios para humanidade, também são capazes de acarretar consequências negativas e/ou imprevisíveis.

Não há como deter o avanço científico e tecnológico. Contudo, o

[...] desenvolvimento tecnológico e científico apresentados sobre a biotecnologia, biossegurança e saúde em relação com os aspectos éticos/bioéticos faz surgir dilemas éticos que podem existir na prática do processo de cuidar em saúde. (OGUISSO; ZOBOLI, 2006, p. 215).

Esses dilemas produzem reflexos sobre o pensar e o agir dos profissionais, os quais procuram alternativas que permitam um atendimento cujo escopo seja a qualidade de vida, o exercício da cidadania e o viver em plenitude. Além disso, pelo fato de o trabalho da enfermagem envolver agentes de várias categorias, além da equipe multiprofissional, essa interdisciplinaridade, ao mesmo tempo em que enriquece e qualifica o fazer, também traz dilemas de naturezas diversas, inclusive éticas. (OGUISSO; ZOBOLI, 2006).

Nessa perspectiva, é importante definirmos o que entendemos por dilemas éticos²⁸. Sant’Anna e Ennes (2006, p. 83) definem dilemas éticos como as situações nas “[...] quais há um conflito entre as normas a serem seguidas, e conduta moral do próprio profissional, já que

²⁸ Na área de saúde, percebe-se que o termo dilemas éticos é usado como sinônimo de dilemas bioéticos, apesar de que nem todos os dilemas éticos são dilemas bioéticos.

pode estar envolvida mais de uma conduta considerada correta.” Taylor (2014, p. 121) complementa que os dilemas éticos “[...] surgem quando a tentativa de adesão a esses princípios éticos básicos resulta em dois rumos de ação conflitantes. Não existe um método infalível para identificar o princípio mais importante quando há um conflito entre os princípios concorrentes.” Dessa forma, um dilema ético surge quando alguém é forçado a escolher entre duas alternativas moralmente válidas e não é consegue decidir de maneira satisfatória.

Quando um dilema envolve conflito entre os princípios/valores de uma pessoa e normas, ele pode ser chamado de dilema moral. Nietzsche (2009, p. 73) explica que "Num dilema moral, o sujeito reconhece que diferentes, mas importantes valores encontram-se em conflito numa tomada de decisão; a escolha de uma opção significa a exclusão de outra." Reforçando esse entendimento, trazemos um exemplo de situação geradora de sofrimento moral²⁹:

[...], os profissionais de saúde podem sofrer constrangimentos em decorrência da restrição de gastos numa instituição, vendo-se pressionadas a optar por alternativas em relação aos clientes, as quais não reconhecem como as melhores, porém como as institucionalmente aceitas, tendo em vista as limitações econômicas estabelecidas; podem sofrer constrangimentos quando discordam da decisão de outros profissionais, no que se refere ao cuidado prestado e/ou à terapêutica adotada. (NIETSCHE, 2009, p. 73).

Frequentemente, um dilema moral impõe ao indivíduo definir qual a melhor opção, mas qualquer uma delas trará resultados embaraçosos. Nesse sentido, compreendemos que dilemas éticos podem igualmente ser chamados de dilemas morais quando envolvem princípios e valores pessoais, o que comumente acontece nos casos de aborto, distanásia³⁰ ou ortotanásia³¹, dentre outros. Nesses casos, além de o dilema envolver os princípios e valores do profissional, também envolve normas as quais permitem ou proíbem a ato. Nessa lógica, Redman e Hill, 1997 (apud NIETSCHE, 2009, p. 76) asseveram:

Enfermeiros estão vivenciando conflitos, dilemas e sofrimento moral pelo enfrentamento de situações de prolongamento da vida dos pacientes, falta do consentimento informado, tomadas de decisão fragmentadas, práticas profissionais

²⁹ Para Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2008, p. 35), “O sofrimento moral pode ser entendido como aquele que atinge a mente, corpo ou relações, em decorrência de uma situação, na qual há consciência da questão moral, pois a pessoa constata sua responsabilidade moral e julga moralmente o que é correto.”

³⁰ Distanásia: “[...] consiste em conservar em vida um doente tido como incurável, esbanjando cuidados extraordinários, desvelos sem os quais ele não poderia subsistir.” (MALAGUTTI, 2007, p. 27). Essas ações buscam prolongar a vida do doente e seu processo da morte, trazendo sofrimento ao mesmo.

³¹ Ortotanásia: “[...] funda-se em deixar morrer o doente de sua morte natural por abstenção ou omissão de cuidados.” (MALAGUTTI, 2007, p. 27). Em outras palavras, consiste em aliviar o sofrimento de um doente terminal por meio da suspensão de tratamentos que prolongam a vida mas não curam nem melhoram a enfermidade.

questionáveis e desigualdade na distribuição de recursos, em especial, recursos para enfermagem.

Como é possível depreender, os conflitos e dilemas bioéticos fazem parte dos dilemas éticos, apenas particularizando-se por estarem relacionados, mais especificamente, aos temas objeto de apreciação da bioética, ou seja, questões que tem a ver com a vida, com o futuro da humanidade e com o conhecimento (científico, tecnológico e, sobretudo, aqueles relacionados ao cuidado, preservação e reprodução da vida). (LANGON, 2008). Portanto, neste trabalho entendemos como dilemas bioéticos: problemas relacionados à organização do trabalho em saúde (falta de recursos humanos e materiais, infraestrutura); conflito entre normas que dizem respeito à saúde e ao exercício profissional; dificuldades referentes à privacidade e confidencialidade das informações em saúde (prontuário, informações pessoais confidenciais pelos pacientes), assim como questões alusivas às ordens de não ressuscitar, ao aborto, à transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová e outras questões diretamente relacionadas à vida humana.

Assim sendo, em um dilema bioético pode haver um conflito entre valores e normas profissionais e valores e normas institucionais; também pode haver conflito entre valores e direitos do paciente e os valores e os deveres profissionais. O profissional também pode viver um dilema quando tiver que abrir mão de seus valores para cumprir os seus deveres profissionais, como no caso de ser contra o aborto e precisar realizar para salvar a vida da mãe, ou mesmo, por ser considerado “legal” naquela situação, como o é nos casos de aborto decorrente de estupro ou de gestação de feto anencéfalo. (BRASIL, 2005).

Para Oguisso e Schmidt (2012, p. 100), os dilemas bioéticos podem causar no profissional a “angústia moral³²”, uma vez que “[...] os valores pessoais, religiosos ou culturais do enfermeiro não podem ser colocados acima dos direitos do paciente.” Nessa perspectiva, Starzomski (1998) e Mac Donald (1994) apud Lunardi (1998, p. 660), desenvolveram uma espécie de guia estratégico para auxiliar na construção de uma decisão ética. A autora descreve os passos e afirma que o objetivo não é a encontrar a escolha perfeita, mas uma boa escolha.

a) - a identificação do problema, dos fatos pertinentes e circunstanciais, das decisões e dos seus participantes, pautando-se em modelos de colaboração e não verticais, com ampliação da equipe de trabalho (inserindo-se, aí, o cliente e sua família); os círculos de ética; as consultas éticas aos comitês de ética e aos consultores de ética; b) - a especificação das alternativas possíveis, declarando as opções cabíveis; c) - o uso de recursos éticos para avaliar as alternativas : - os princípios de bioética; - as normas

³² Jameton (1984), citado por Carnevale (2012, p. 44) explica que a “Angústia moral é um sofrimento que se experimenta quando as circunstâncias impedem as pessoas de fazer o que elas julgam que seria a coisa certa a fazer.” Pode ser entendida como sinônimo de sofrimento moral.

profissionais, leis e códigos, a política da instituição; - a visão contextualizada do cliente; - os múltiplos julgamentos pessoais; - os procedimentos organizados para consulta ética; d) - a proposta e testagem de possíveis resoluções : - a seleção da melhor alternativa ou resolução; - uma análise sensível e crítica da decisão, num ambiente de cuidado; fazer a escolha como uma regra geral; - por último, responder se sente-se confortável com a decisão tomada, e em caso contrário, analisar o que provoca desconforto e repetir o processo até estar convencido de ter tomado a melhor decisão.

Como podemos constatar, dirimir conflitos (bio)éticos é algo intrincado, que deve ser feito após uma análise prudente da situação, a partir de saberes interdisciplinares, buscando a melhor solução possível para todos os envolvidos, sempre respeitando a autonomia e a dignidade do paciente e seus valores, mesmo sabendo que essa solução poderá mudar conforme singularidades de cada caso. “Em suma, o julgamento é complexo. Frequentemente não há resposta prévia. Estamos na ordem da ética, isto é, na ordem da prudência, em que há com frequência uma boa parte de incerteza.” (DURAND, 2012, p. 223).

Em casos dilemáticos, as diretrizes ético-profissionais deveriam ser suficientes para elucidar a questão. No entanto, devido à complexidade crescente dos cuidados em saúde disponíveis para as mais diversas patologias e/ou condições, fica o questionamento: será que estamos satisfatoriamente respaldados para o desempenho profissional diante dos dilemas levantados pelo avanço da biomedicina?

3.2.4 O ensino da bioética na graduação em enfermagem

O ensino da ética e da bioética nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil é marcado por uma visão deontológica, ou seja, determinado por uma orientação prescritiva e normativa, baseado em discussões conceituais abstratas. Essa visão não contribui para a formação crítica e reflexiva desses profissionais, que os leve a tomar decisões acertadas de ordem técnica, científica, social e ética nos diferentes cenários contemporâneos, marcados pela pluralidade social e cultural e pelos grandes avanços técnicos e científicos. (RAMOS, 2009; ARAÚJO; MOREIRA; JORGE, 2009).

Corroborando com essa percepção, Nunes (2014) alude que o interesse das escolas no ensino de ética parece estar relacionado às grandes questões, ao embate de experiências, sem, no entanto, estar centrado na elaboração do raciocínio destinado a articular as diversas informações e conhecimentos, de maneira a propiciar condições de pensar e agir de maneira fundamentada na tomada de decisões.

É necessário ampliar as discussões sobre a ética e bioética na formação, de forma

dialogada, utilizando-se de pedagogias libertadoras e que levem o aluno a pensar a realidade do trabalho à luz dos valores éticos humanos e não apenas da ética normativa profissional. (PESSALACIA et al., 2011). Além disso, considerando o avanço das novas tecnologias e a crise ética que estamos vivendo, surge a necessidade de se ensinar bioética, pois há um descompasso entre o progresso das tecnologias e a maturidade das reflexões morais sobre suas consequências. (AZEVEDO, 1998).

Entretanto, para ministrar uma disciplina de bioética é necessário que o docente seja capaz de despertar a atenção dos estudantes e tenha conhecimentos aprofundados sobre o assunto. Nesse sentido, Nunes (2014) afirma que a disciplina de ética e de bioética deve contar com professores especialistas em bioética (bioeticistas), além de contar com profissionais da área de filosofia, antropologia e sociologia. Além disso, Nunes (2014, p. 159) acredita que “[...] o docente da área de Ética deva ter vivência profissional, conhecimento cumulativo de cultura humanística, filosofia moral, das normas regulamentadoras da profissão e história [...]” da profissão.

O ensino da ética e da bioética normalmente é realizado na disciplina de Exercício da Enfermagem, que inclui Deontologia e Legislação Profissional, como já mencionamos anteriormente. Burgatti, Braciacchi e Oliveira (2013) acreditam, no entanto, que o ensino da ética e da bioética deva ser transversal, perpassando pelas diferentes disciplinas e contextos de saúde, especialmente direcionado à futura realidade de trabalho. Consideram de grande importância os campos de estágio por possibilitarem ao aluno a vivência da prática profissional, bem como a reflexão crítica sobre ela.

Silva (2001) vai ainda mais longe, sugerindo que a reflexão sobre essas temáticas se inicie ainda no ensino médio e envolva várias outras áreas do conhecimento além da saúde, a fim de enriquecer a reflexão. Malagutti (2007) reafirma esse entendimento, defendendo o ensino da ética desde o ensino fundamental. Contudo, assevera que, devido à abrangência da bioética, não é tão simples aprender a pensar e elaborar conhecimentos, especialmente quando se espera que os professores e alunos aprimorem raciocínios complexos.

Durand (2012), ao ponderar sobre o ensino da bioética no nível superior, propõe que sejam trabalhados, pelo menos, os seguintes elementos: dados históricos relevantes e desenvolvimentos recentes; obras de referência em bioética; noções básicas, esclarecimento de ambiguidades e do que está em jogo; princípios e regras, inclusive controvérsias entre essas duas palavras; teorias éticas e fundamentos da ética; conhecimento da realidade da saúde e sensibilização do concreto da clínica, com o sofrimento dos doentes e dos que executam os tratamentos; saberes jurídicos; habilidades de escuta e diálogo; habilidades para analisar casos

e refletir eticamente sobre eles; capacidade de enraizar a reflexão pontual em um conjunto e, por fim, aptidão para decidir. Ainda, na opinião desse autor, para que sejam atingidos os objetivos do ensino e sejam desenvolvidas habilidades e atitudes, é necessário o uso de métodos pedagógicos múltiplos, dentre os quais ele sugere: exposições teóricas; análise de casos e estágios no meio clínico.

É fundamental que se coloque o ser humano no centro da problemática dos valores e princípios morais, de forma a preservar a autonomia do indivíduo, sua subjetividade e a vida humana. No entanto, o que se percebe nas universidades é uma preocupação primordial com habilidades técnicas e científicas, direcionadas para o mercado de trabalho e pouca ênfase na formação pessoal e moral do estudante. (ZIMMERMANN, 2006). Corroborando com essa ideia e questionando a pouca ênfase em disciplinas de cunho social e humanista, Ramos (2009, p. 91) reflete: "Assim, não é de se estranhar que existam profissionais qualificados tecnicamente, mas com dificuldade de conversar, entender e trabalhar com os anseios e expectativas, nem sempre realizáveis, de um paciente."

É preciso fortalecer no aluno a intuição, a criatividade e a sensibilidade, de maneira que ele possa perceber e respeitar o ponto de vista do outro, identificando o paciente como um sujeito – e não como um objeto – e como cidadão, com direitos que devem ser respeitados. Assim, a bioética, ao buscar a preservação da dignidade do indivíduo, humaniza a assistência, dispondo o conhecimento a serviço dos valores éticos humanos. (ZIMMERMANN, 2006).

O enfoque normativo e de simples transmissão de informação dado à disciplina precisa ser alterado. Sugere-se que isso seja feito a partir de uma metodologia transversal, inter e transdisciplinar, de projetos pedagógicos inovadores, de uma educação conjecturada e questionadora que leve o aluno à reflexão crítica, que derogue a dicotomia teoria-prática. Nessa ótica, Azevêdo (1998, p. 128) conclui que os profissionais

[...] somente estarão preparados para o exercício profissional se, ao lado de competente formação técnica, também tiverem sido treinados para o reconhecimento de conflitos éticos, análise crítica de suas implicações, uso de senso de responsabilidade e obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana.

Nunes (2014, p. 159) reforça esse entendimento, afirmando a necessidade de se “[...] propor métodos de desenvolvimento das potencialidades dos estudantes para a eticidade e, [...] elaborar situações e promover discussões problematizadoras que tragam à realidade vivida pelo médico e pelo enfermeiro a possibilidade de refletir nas vicissitudes humanas.” (NUNES, 2014, p. 159).

Apesar de acreditar que existem várias dificuldades e desafios no processo de ensino da ética e da bioética de forma transversal, Malagutti (2007) apresenta algumas possibilidades para esse movimento. Assim, sugere que o seja proporcionado aos alunos espaços onde possam aprender a ética e a bioética de modo significativo e que a escola estabeleça parcerias com estabelecimentos de saúde, a fim permitir a concretização de parte de sua formação em campo prático (participando de debates, processos de análise a respeito de situações concretas), de forma a favorecer a ampliação do conhecimento do aluno nessa esfera.

É necessário que se renuncie ao modelo tradicional de ensino da bioética, no qual o conhecimento está centrado no professor e legitimem estratégias de aprendizagem libertadoras, criativas, reflexivas e questionadoras. Nessa perspectiva, Werneck (2006, p. 173) articula que “O bom ensino [...] deve ocorrer não como um armazenamento de informações, mas como formação de referências e desenvolvimento da capacidade de avaliação [...].”

Igualmente, é premente que se atenua a fragmentação do saber conhecer com a prática do saber fazer, saber conviver e saber ser, pilares estes fundamentais para o agir ético autônomo. Não obstante, o professor também deve desenvolver competências de forma a transitar entre as exigências da prática (interagindo e debatendo questões bioéticas com profissionais de diferentes áreas), porém sem descuidar da qualidade da sua atividade como docente. (MALAGUTTI, 2007).

A realidade na qual vivemos revela a necessidade de novos valores, novos modos de aprender e de relacionar-se, inclusive de ensinar. A bioética tem um papel muito importante no ensino, uma vez que propicia a reflexão sobre temas complexos que devem ser discutidos amplamente, não só na academia, mas também em outros espaços, por serem de interesse de toda a sociedade. Talvez não encontremos respostas para todas as perguntas levantadas pelas questões bioéticas, ou, talvez, elas sejam múltiplas, tendo em vista que a bioética é plural. No entanto, provocando essa reflexão, a escola estará contribuindo para a formação básica do aluno, como um ser responsável e responsivo, ciente de seus compromissos no âmbito profissional, humano, social e cultural. (MALAGUTTI, 2007).

4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS DILEMAS BIOÉTICOS

Delineando a pesquisa e buscando conhecer como se dá a atuação do enfermeiro frente aos dilemas bioéticos, a fim de verificar se a formação oferece a ele os subsídios necessários para sua prática cotidiana, iniciamos esta seção, a qual se divide em três subseções: na primeira parte, iremos elucidar as concepções e os caminhos metodológicos desta pesquisa; na segunda parte, trataremos sobre como será realizada a análise e interpretação dos dados; na terceira e última parte pretendemos apresentar os resultados e discutir os dados obtidos correlacionando-os com a base teórica.

4.1 Concepções e caminhos metodológicos

Gil (2008, p.1) afirma que o “[...] ser humano, valendo-se de suas capacidades, procura conhecer o mundo que o rodeia.” Dessa forma, o conhecimento vai sendo construído e solidificado a partir da observação, dos ensinamentos, das crenças, da filosofia e das diferentes figuras de autoridade. No entanto, o autor (2008, p.2) acredita que essas formas de conhecimento não satisfazem aos “espíritos mais críticos”, os quais buscam conhecimentos mais seguros, obtidos a partir da ciência que, para o autor, é um dos componentes intelectuais mais importantes do mundo hodierno.

Assim surge a pesquisa, como um “[...] procedimento racional e sistemático que tem como objetivo oportunizar respostas aos problemas que são propostos.” (GIL, 2010, p. 1). Nessa perspectiva, a busca de novos saberes parte do questionamento da realidade. (DEMO, 2003).

Trata-se de uma pesquisa de enfoque qualitativo, o qual, conforme Gamboa (2012, p. 112), “[...] oferece melhores condições e conhecimentos mais seguros, os quais servirão de base para planos de ação mais eficientes.” O emprego desse enfoque justifica-se visto que “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e nos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.” (MINAYO, 2001, p.14). Outrossim, busca compreender as diferentes dimensões dos fenômenos em sua expressão genuína, além de captar seus significados, favorecendo a compreensão do sujeito em seu contexto e proporcionando espaço para reflexão com base na escuta individual dos sujeitos da pesquisa, assegurando um olhar crítico e profundo dos elementos a serem investigados.

A pesquisa adota a abordagem histórico-crítica que aposta na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto no processo de conhecimento e que de acordo com Gil (1999, p.32) “[...] fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas econômicas, culturais, etc.” Essa abordagem, de acordo com Gamboa (2012), busca compreender o fenômeno em seu devir histórico e em suas inter-relações com outros fenômenos, apreendendo os processos de transformação e potencialidades de mudança.

Sendo assim, quanto aos fins, este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa descritiva, uma vez que apresenta “[...] como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno e estabelece relações entre as variáveis.” (GIL, 1999, p.44).

Para garantir a finalidade descritiva pretendida, optamos, quanto aos meios, por uma pesquisa de campo, na qual, conforme Barros e Lehfeld (2000), o investigador assume a função de observador e explorador a partir do contato direto com os sujeitos a serem questionados, garantindo que através da coleta de dados, compreenda-se o surgimento e as implicações no processo a ser investigado.

Para a coleta dos dados³³, utilizamo-nos de entrevista semiestruturada (Apêndice D), a qual “[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.” (MINAYO, 2011, p. 64). Portanto, a entrevista semiestruturada parte de questões predefinidas - as quais servem de roteiro-, no entanto, oferece maior liberdade ao entrevistador, pois possibilita que sejam exploradas outras questões além daquelas inicialmente definidas. A entrevista compunha-se de questões as quais permitiam, entre outras coisas, traçar uma breve caracterização do sujeito e,

³³ Para o processo de coleta de dados foi solicitada autorização junto à Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria, tramitado na Gerência de Ensino e Pesquisa com anuência aprovada para a coleta de dados. (ANEXO A). Todos os participantes da pesquisa expressaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos moldes estabelecidos pela Resolução nº 466/2012. (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas em março de 2017 e contaram com a participação de 21 enfermeiros, os quais se encontravam no hospital universitário nos dias das coletas e que estavam lotados nas seguintes áreas: pronto socorro; unidade coronariana; unidade de terapia intensiva; sala de recuperação anestésica e bloco cirúrgico. A escolha por essas áreas justifica-se por serem áreas críticas, onde há maior número de enfermeiros e onde a prestação de cuidados envolve intenso uso de tecnologias. As entrevistas foram encerradas quando se percebeu a saturação das informações. Além da autorização da Divisão de Enfermagem do Hospital/GEP HUSM, houve contato prévio com as chefias imediatas dos setores envolvidos antes de iniciarmos as entrevistas, a fim de colocá-las a par do projeto e dos objetivos da pesquisa. Todas as entrevistas foram presenciais e realizadas no próprio local de trabalho dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas - com autorização dos sujeitos - e posteriormente transcritas, no intuito de garantir a fidelidade no que se refere ao conteúdo das mensagens.

ainda, obter outras informações, como o conhecimento prévio dos entrevistados sobre temática deste estudo; se os enfermeiros vivenciavam situações dilemáticas no seu dia a dia profissional e quais seriam esses dilemas.

4.2 Análise e interpretação dos dados

O processo de análise e interpretação dos dados foi realizado com base na análise de conteúdo, definida por Bardin (2011, p. 44) como "[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens." A partir da análise de conteúdo é possível "[...] reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum." (MORAES, 1999, p. 2). O autor ainda complementa, afirmando que no aspecto qualitativo, a análise de conteúdo parte de pressupostos os quais, ao serem examinados no texto, servem de sustentáculo para captar sua essência simbólica.

Para análise de conteúdo partiu-se de Bardin (2011), a qual aponta três polos cronológicos para a realização da análise de conteúdo: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Após a transcrição das entrevistas e estando em posse das informações a serem analisadas, iniciamos a pré-análise, fazendo-se a leitura prévia de todo o conteúdo das entrevistas, o que permitiu codificá-las e destacar as unidades de análise, ou seja, palavras, frases ou temas retirados do texto, partindo-se dos objetivos da pesquisa. (MORAES, 1999). As unidades foram categorizadas e o material foi organizado e tratado para posterior interpretação dos resultados.

A primeira etapa consistiu em caracterizar os sujeitos da pesquisa³⁴, a fim conhecer o perfil dos mesmos e melhor compreender seus posicionamentos que, além de variarem conforme a área de atuação, podem sofrer interferência dos valores, da idade, escolaridade e tempo de serviço. Posteriormente, emergiram cinco categorias, partindo-se da exploração e análise do material.

4.3 Resultados e discussão

Nesta seção, realizaremos a apresentação dos resultados e a discussão dos dados obtidos, baseados nos objetivos da pesquisa e fundamentados no referencial teórico existente

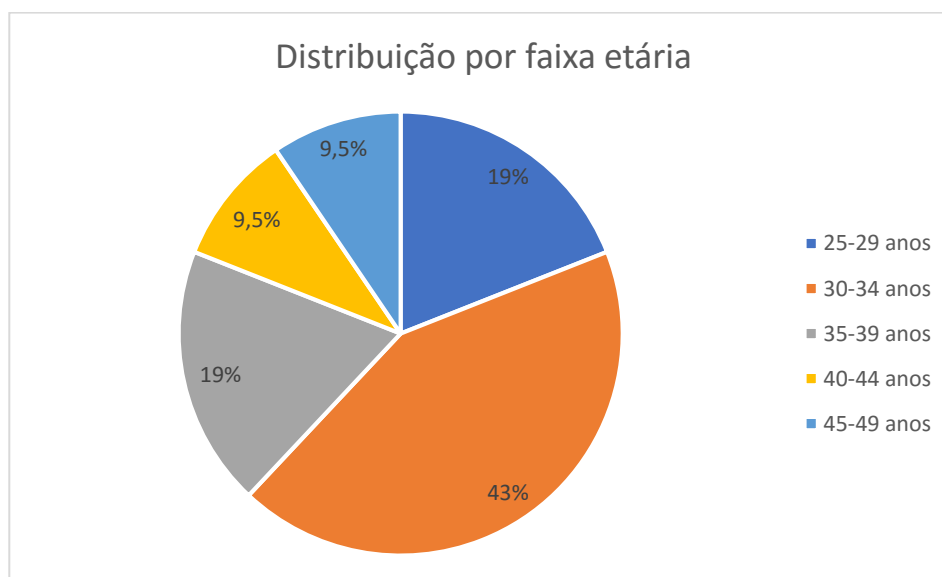
³⁴Para a codificação do material, como forma de preservar a identidade dos sujeitos, estipulamos a letra "E" para nos referirmos a "enfermeiro", seguida de um número de 1 a 21, de acordo com a ordem de transcrição.

especificado no estudo da problemática. Na primeira parte desta seção caracterizaremos os sujeitos da pesquisa; na segunda parte iremos tratar sobre o ensino da bioética na perspectiva dos enfermeiros do hospital cenário da pesquisa; na terceira parte apresentaremos as concepções dos entrevistados sobre dilemas bioéticos; na quarta parte verificaremos quais os dilemas bioéticos que os sujeitos da pesquisa enfrentam em sua prática; na quinta parte investigaremos quais são os mecanismos de suporte ao profissional para o enfrentamento de dilemas bioéticos presentes na instituição; na sexta e última parte apresentaremos as sugestões para o ensino da bioética levantadas pelos enfermeiros para sua atuação prática.

4.3.1 Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa

A partir do questionário utilizado como roteiro para as entrevistas, a análise da primeira parte do mesmo nos forneceu dados para a caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa. Quanto à idade dos sujeitos entrevistados (Gráfico 1), dos 21 entrevistados 19% dos enfermeiros estavam na faixa de 25 a 29 anos; 43% na faixa de 30 a 34 anos; 19% na faixa de 35 a 39 anos; 9,5% na faixa de 40 a 44 e 9,5% na faixa de 45-49 anos. Portanto, o maior número de enfermeiros entrevistados estava a faixa etária dos 30 aos 34 anos.

Gráfico 1- Percentual de enfermeiros distribuídos por faixa etária.

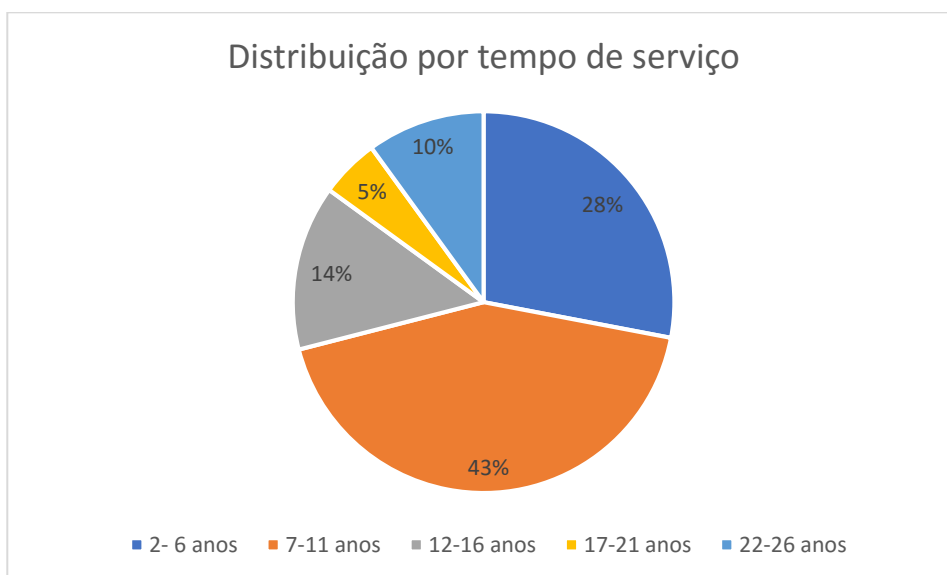


Fonte: A AUTORA, 2017.

Quanto ao tempo de serviço (Gráfico 2), 28% dos enfermeiros exercem a profissão de 2-6 anos; 43% atuavam de 7-11 anos na área de enfermagem; 14% deles trabalham de 12-16 anos; 5% possuem de 17-21 anos de experiência na área e 10% atuam de 22 a 26 anos na

profissão. Percebe-se, deste modo, que a maioria dos enfermeiros tinha de 7 a 11 anos de experiência na profissão.

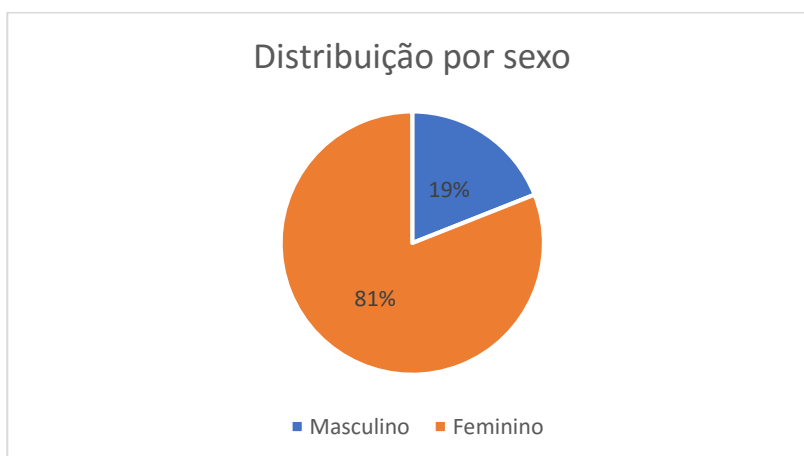
Gráfico 2 - Percentual de enfermeiros distribuídos por tempo de serviço.



Fonte: A AUTORA, 2017.

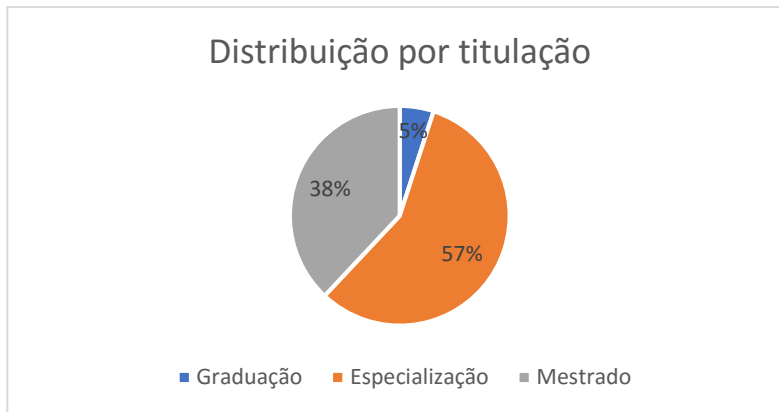
Quanto ao sexo, 81% são do sexo feminino e 19% são do sexo masculino (Gráfico 3). Esses dados confirmam a predominância do sexo feminino na profissão. No que se refere à escolaridade, 5% dos enfermeiros possuem apenas graduação; 57% deles possuem pós-graduação *latu sensu* e 38% deles possuem pós-graduação *stricto sensu* em nível de mestrado (Gráfico 4). Analisando os dados, verifica-se que a maioria dos enfermeiros possuíam pós-graduação *latu sensu* e percentual significativo possuía pós-graduação *stricto sensu*.

Gráfico 3 - Percentual de enfermeiros distribuídos por sexo.



Fonte: A AUTORA, 2017.

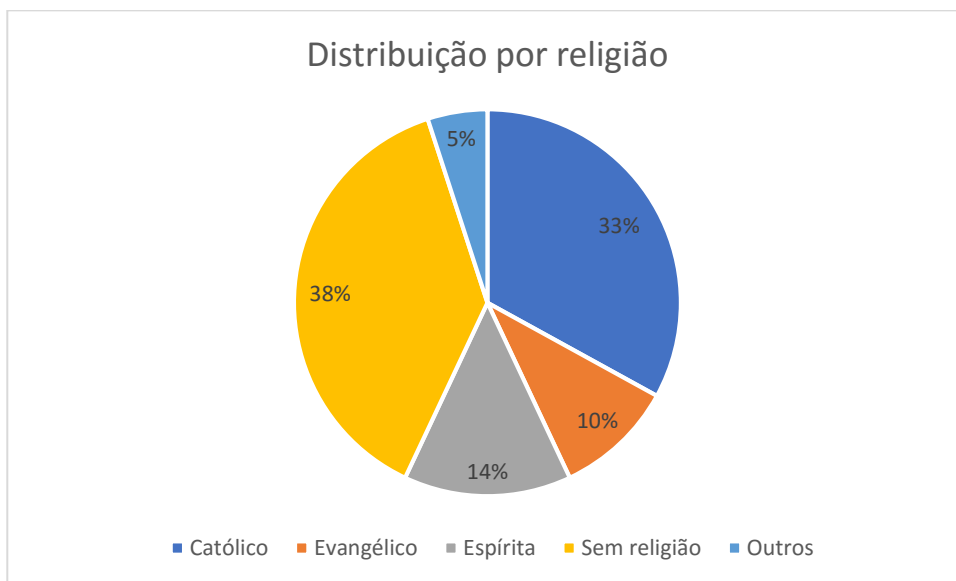
Gráfico 4 - Percentual de enfermeiros distribuídos por titulação.



Fonte: A AUTORA, 2017.

Com relação à religião (Gráfico 5), 33% dos enfermeiros declaram-se católicos; 14% espíritas; 10% evangélicos; 38% não possuem uma religião e 5% declaram-se simultaneamente católicos e espíritas. Por conseguinte, maioria dos enfermeiros não é adepta a nenhuma religião.

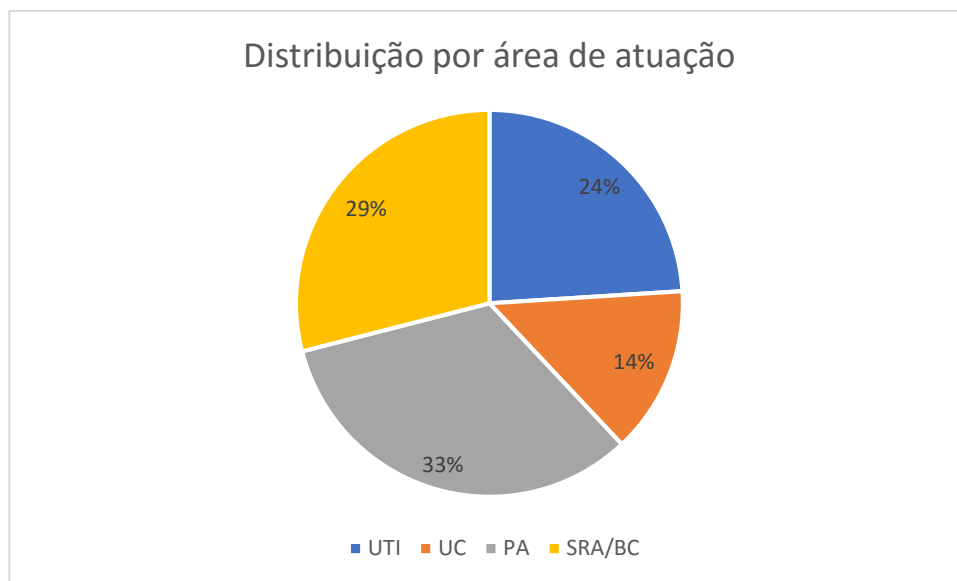
Gráfico 5 - Percentual de enfermeiros distribuídos religião.



Fonte: A AUTORA, 2017.

Finalmente, no que diz respeito à unidade de atuação (Gráfico 6), 24% dos entrevistados atuam na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); 14% na Unidade Coronariana (UC); 29% atuam simultaneamente na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) e Bloco Cirúrgico (BC) e 33% atuam no Pronto Atendimento (PA). Assim, averiguamos que o maior número de entrevistados trabalhava na Unidade de Pronto Atendimento, seguido pela Sala de Recuperação e Bloco Cirúrgico. Esses dados podem ser justificados por haver maior número de enfermeiros por turno nessas unidades.

Gráfico 6 - Percentual de enfermeiros distribuídos por área de atuação.



Fonte: A AUTORA, 2017.

A seguir, entraremos na análise das entrevistas propriamente ditas, divididas em cinco categorias.

4.3.2 Ensino da bioética na perspectiva dos enfermeiros do hospital

A partir das entrevistas buscamos verificar se os enfermeiros tiveram a disciplina, ou mesmo algum conteúdo sobre bioética durante a sua formação, em nível de graduação. Nesse sentido, ao serem questionados sobre a existência de uma disciplina relacionada à bioética em sua formação, apenas 5% dos enfermeiros informaram não ter tido a disciplina. Analisando a idade e o tempo de atuação dos profissionais, podemos perceber que alguns vêm de uma grade curricular mais antiga, na qual o tema “bioética” talvez ainda não tivesse sido agregado ao currículo, uma vez que esse conteúdo só foi adicionado ao currículo de enfermagem a partir de 1990 e incorporada ao ensino da ética. (NUNES, 2014).

Do grupo entrevistado, 5% não tiveram a disciplina de bioética durante a graduação e 9% dos enfermeiros informaram não lembrar se tiveram ou não a disciplina. O restante, ou seja, 86% dos enfermeiros alegam ter tido a disciplina durante a formação. No entanto, percebemos que, para alguns, não estava claro se haviam tido a disciplina ou apenas conteúdos ligados à bioética dentro de outra disciplina, como podemos inferir dessas falas: *Disciplina não, só conteúdo. Fica dentro de uma disciplina, bem pouco abordada. Não é a disciplina em si, são alguns conteúdos que são relacionados à ética. (E1).*

Na faculdade eu não me lembro. Na pós [graduação] sim, a gente teve uma aula, pelo menos, de bioética. Na faculdade, faz muito tempo, não me lembro. Disciplina eu acho que não, talvez, no máximo, uma discussão, alguma coisa relacionada, mas não uma cadeira só de bioética. (E17).

A seguir, os enfermeiros foram questionados a respeito dos conteúdos e temas abordados em sala de aula sobre a bioética. As unidades de registro que apareceram com maior frequência foram: ética; moral; bioética; deontologia³⁵; transfusão sanguínea em Testemunha de Jeová (TJ); morte encefálica; eutanásia; morte e morrer; terminalidade e doação de órgãos. Importante evidenciar o fato de que alguns profissionais lembravam-se dos conteúdos devido ao fato de os terem visto recentemente na pós-graduação, como podemos verificar neste trecho: *Da graduação não, da pós [graduação] eu me lembro [...], em relação aos princípios da bioética, da autonomia, da beneficência, da não-maleficência, mais focado nisso. (E17).*

Dos enfermeiros entrevistados, 43% alegaram não lembrar quais os conteúdos foram ministrados durante a graduação. Esses dados podem indicar que o ensino da bioética pode não ter chamado a atenção do estudante, seja por ele não se identificar com os problemas abordados - por não fazerem parte de seu dia a dia-, ou mesmo, por considerar que esse conteúdo esteja ligado somente à pesquisa, como podemos perceber nesse depoimento: *[...] não sei como é que está agora, mas era uma coisa completamente isolada, a gente tinha a ideia [de] que era mais para a pesquisa. (E9).*

Outra situação percebida, a partir da análise dessa categoria, foi a falta de demarcação nos conteúdos por parte dos enfermeiros, ou seja, a bioética se confunde com a ética profissional e a deontologia. Isso pode ser percebido nos seguintes trechos: *Eu lembro que tinha, [...] ética, bioética, moral, deontologia; tinha os códigos de ética, o código de ética de enfermagem. (E1). Lembro de questões [...] da lei do exercício profissional, mais específicas da enfermagem. (E7).*

Esse cenário pode estar associado ao fato de os conteúdos sobre ética e bioética serem ministrados juntos, ou seja, a bioética na enfermagem é, para alguns autores, concebida como uma parte da ética aplicada, com podemos verificar neste fragmento: "No entanto, atualmente, urge que a Enfermagem discuta e avalie sua prática não apenas sob o enfoque deontológico, mas também à luz da ética aplicada (Bioética) [...]." (BRASIL, 2008, p. 142). Sendo, portanto, vista dessa forma, não é de se estranhar por que não há uma diferenciação, ou mesmo delimitação entre os dois temas. Assim, quando se pensa em bioética, logo somos remetidos a seu alicerce fundamental, ou seja, a ética.

³⁵ De acordo com Durand (2012, p. 80), a deontologia reporta-se a uma reflexão sobre regras: deveres, obrigações, o que é necessário fazer. Assim, evidencia o conjunto de deveres vinculados ao exercício de uma profissão.

Certamente, é impossível dissociar a ética da bioética, pois precisamos daquela para compreender esta. No entanto, a bioética não pode ser pensada como um conjunto de princípios³⁶ a serem seguidos, pois ela é mais do que isso, é um esforço reflexivo que busca a valorização da vida em todas as suas dimensões, a partir de um novo conhecimento, ancorada em valores e princípios que servem de base para sua fundamentação e para sua aplicação na prática.

Por último, perguntamos aos enfermeiros se, nas suas opiniões, o ensino da bioética na graduação foi suficiente para amparar sua prática profissional, de forma que se sentissem confortáveis para embasar as decisões dilemáticas em fundamentos não só humanistas, mas principalmente éticos. Dos enfermeiros entrevistados, 81% informaram não ser suficiente. Esse cenário pode representar que, para a maioria dos entrevistados, a bioética foi abordada de forma precária, talvez, de maneira tradicional, exclusivamente teórica, sem discussão das temáticas e sem discussão de casos. Dessa forma, não possibilitou aos enfermeiros as bases filosóficas, antropológicas e sociológicas necessárias para a tomada de decisão em casos dilemáticos.

4.3.3 Dilemas bioéticos: concepções dos enfermeiros

A partir da entrevista, inquirimos o que os enfermeiros entendiam por dilema bioético. O exame das unidades de contexto permitiu inferir que os enfermeiros entrevistados, em sua maioria (81%), sabiam expressar um entendimento adequado sobre dilema bioético. A seguir, traremos trechos das entrevistas que esboçam algumas dessas compreensões.

Alguns enfermeiros têm ideia mais geral sobre o dilema bioético, entendendo-o como *[...] um confronto de opiniões em certas situações. [...] quando se coloca em jogo, em xeque [...] o certo e o errado em fazer alguma coisa. (E11)*, ou mesmo como *[...] várias opiniões. Ninguém chega a um consenso, uma direção única. (E19)*. Ferreira (2010, p. 255), define um dilema como “[...] uma situação difícil, na qual é preciso escolher entre duas alternativas.” Cerri et al. (2011, p. 464, grifos nossos) complementa, interpretando dilema³⁷ como uma situação que “[...] deve envolver duas proposições **contraditórias**, entre as quais o indivíduo encontra-se na obrigação de escolher.” No entanto, para os entrevistados, um dilema seria uma circunstância

³⁶ Importante enfatizar que, apesar de algumas abordagens teóricas da bioética utilizarem-se de princípios para decidir problemas práticos, ela não se confunde com os seus princípios, como salienta Nunes (2014, p. 140) sobre o modelo principialista: “[...] utilizou-se erroneamente esse modelo como uma representação da Bioética.”

³⁷ Cerri et al (2011, p. 464) ainda acrescenta a expressão “problema ético”, que para eles “[...] abrange aspectos, questões ou implicações éticas de ocorrências comuns, corriqueiras na prática da atenção à saúde, não configurando, necessariamente, um dilema.”³⁸ Apesar de entendermos que a bioética é ampla e abarca todas as formas de vida do planeta, neste trabalho estaremos abordando apenas a vida humana.

intrincada em que temos dificuldade de avaliar a pertinência de uma ação, devido às divergências de opiniões entre os envolvidos. Nesse sentido, a dificuldade de os enfermeiros diferenciarem um dilema de um conflito ético é apontada na pesquisa de Oliveira e Rosa (2016, p.345), para quem “Os dilemas ocorrem quando emerge uma situação em que há opções de escolha; na ausência de alternativas, o dilema não existe.” Nessa mesma pesquisa, as autoras evidenciaram que, para os enfermeiros, um dilema ocorre da “[...]concretização de um conflito. Existe uma situação a ser resolvida, as pessoas apresentam opiniões diferentes, deve-se priorizar o melhor para o paciente.” (Ibidem, p. 148). Já os conflitos são “[...] compreendido[s] [...] como divergências de opiniões, diversidade de posições diante de uma mesma situação, discordância de ideias, dúvida entre o certo e errado, indecisão quanto à solução, sem chegar a um consenso [...]”. (Ibidem, p. 349). Dessa forma, um conflito ocorre quando há indivíduos com diferentes entendimentos sobre um mesmo fato, não sendo possível se chegar a um consenso.

Retomando aos dados desta pesquisa, outros entrevistados, no entanto, definiram dilema bioético das seguintes formas: *[...] você fica no enfrentamento do que é correto eticamente e o que é melhor para o paciente. (E3). [...] qualquer decisão [...] ou ação, atitude que a gente tenha que tomar, que tenham confronto [...] [com] o que é indicado para aquele paciente e, talvez, com o que a gente acredita, com o que o familiar acredita, [com o] que o paciente queira. (E6). [...] acho que é uma coisa que a gente acha por certo, que tu achas que deve fazer, mas então tu tens que ver [...] o que a pessoa tem como certo ou errado [...]. Mas cada um avalia conforme o que [...] traz de bagagem, o que ela tem por verdade para si. (E8).*

Considerando que todos os dilemas bioéticos são dilemas éticos, aqueles se distinguindo destes por estarem relacionados a questões que envolvem a vida do ser humano³⁸, essas concepções vão ao encontro do que Sant’Anna e Ennes (2006, p. 83) definem como dilema ético “[...] um conflito entre as normas a serem seguidas, e [a] conduta moral do próprio profissional, já que pode estar envolvida mais de uma conduta considerada correta.” Em outras palavras, é uma circunstância em que o profissional se vê em uma situação de difícil resolução, pois pode envolver o seu dever como profissional, seus valores, os interesses e/ou valores da instituição para a qual ele trabalha e os valores e/ou direitos do paciente. Sendo a bioética, no entendimento de Malagutti, (2007, p. 126) “[...] uma reflexão dos problemas éticos relacionados à vida humana [...]”, para esse mesmo autor (2007, p.119), um conflito será (bio)ético

³⁸ Apesar de entendermos que a bioética é ampla e abarca todas as formas de vida do planeta, neste trabalho estaremos abordando apenas a vida humana.

[...] nos casos em que realmente há conflito de valores, por exemplo, quando, em uma mesma situação, dois valores, ética e moralmente admissíveis, não podem coexistir. [...] Quando há consenso na reprovação ou aprovação de uma conduta de forma uníssona pela sociedade, não há por que pensa-la no plano da bioética.

Dessa forma, observando o discurso dos entrevistados, percebemos nas falas acima uma abertura para a análise das subjetividades, ou seja, analisar o que o outro (o paciente) deseja também é importante, do que se presume que nem sempre o que seria eticamente recomendável equivaleria a fazer o “melhor” pelo paciente. “Algumas vezes pode ser mais digno deixar morrer.” (MALAGUTTI, 2007, p. 27). Isso porque a ética é pautada em valores e pressupõe a capacidade de a pessoa decidir e optar, como base nesses valores, crenças e normatizações sociais. E os valores e as crenças podem alterar a percepção do que é “melhor” para cada um, assim como variam as interpretações sobre dignidade e qualidade de vida de um indivíduo para outro. A título de exemplo, podemos citar as transfusões sanguíneas que envolvem as Testemunhas de Jeová, que não aceitam infundir sangue por questões religiosas, mesmo estando em iminente risco de morte. Nessa situação, Malagutti (2007, p. 126) considera ética essa recusa pelo “[...] reconhecimento da dignidade humana [...]”, a qual impõe “[...] o respeito à liberdade de convicção e crença, que deve ser respeitada como preceito universal.”

Para E7, um dilema bioético é [...] *uma dúvida entre a teoria e a prática. Entre o que a gente sabe e conhece das leis que nos permitem, amparam, defendem, cobram e aquilo que está na tua frente naquele momento no teu local de trabalho.* Para esse enfermeiro, portanto, parece haver um distanciamento entre aquilo que a teoria prescreve e o que ocorre na prática cotidiana, o que também foi apontado na pesquisa de Bordignon et al. (2011), realizada em uma UTI de um hospital universitário. Esse olhar pode sugerir que a teoria e as normas sejam muito pontuais e não comportem o olhar multifacetado da realidade complexa em que vivemos. Além disso, as normativas estão em permanente transformação, uma vez que é das suas aplicações práticas que são vistas suas limitações. Nessa ótica, Malagutti (2007, p. 150) reconhece que “O recurso aos códigos profissionais deontológicos é insuficiente para uma abordagem mais coerente com o contexto de pluralismo moral vigente nas sociedades modernas.” Podemos dizer o mesmo dos estudos da enfermagem como ciência, os quais, inspirados, muitas vezes, em fatos vivenciados pelos profissionais, modificam-se e renovam-se diariamente e em constante interdependência.

Nessa perspectiva, E15 considera que há um dilema bioético quando, em situações práticas, estão igualmente envolvidas questões éticas e assuntos relativos à vida das pessoas, como revela o discurso a seguir:

[...] quando alguma coisa relacionada à prática [...] envolve vida das pessoas e envolve a ética, aquilo que é certo, aquilo que é errado, aquilo que pode e que não pode ser feito, aquilo que deve e aquilo que não deve ser feito, aquilo relacionado aos direitos e deveres.

Dessa forma, essa afirmação é pertinente e encontra acolhida no pensamento de Segre e Cohen (2008), que concebem a bioética como uma parte da ética inclinada para as questões da vida e da saúde de cada um dos componentes da sociedade.

Outro discurso que merece consideração é o de E17, que entende dilemas bioéticos como *[...] situações que envolvem a vida das pessoas e que não existe uma regra definida, uma coisa prática para se dizer [...] é assim ou é assado*. Analisando por esse olhar, a bioética é apreendida/sentida como plural - envolvendo fatos complexos da vida das pessoas - e dependente do contexto no qual se insere, seja ele social, moral, econômico ou mesmo político. (MALAGUTTI, 2007).

Outra indagação feita aos enfermeiros buscou analisar se, para eles, havia diferença entre dilema ético e dilema bioético. Dos entrevistados, 66% deles acreditam existir diferença entre dilemas éticos e bioéticos, 24 % acreditam que não e 10% alegam não saber se existe diferença. Portanto, a maioria dos entrevistados acredita que exista alguma diferença entre o dilema ético e o bioético. Vejamos algumas das diferenças apontadas: *[...] ética é aquilo que tu trazés contigo, o que tu trazés da tua aprendizagem como vida. E o bioético é quando tu tens que fazer uma decisão técnica do cuidado, da vida. (E4). A parte ética eu acho que [...] é mais ampla, talvez envolva [...] desde política, a parte de gestão. E a bioética é mais específica na área da vida. (E8). Um dilema ético acho que seria do dia a dia, a todo o momento, na rua, em casa; e a bioética acho que mais relacionado ao nosso trabalho no hospital. (E9).*

Para o enfermeiro E4, a prática ética resulta de uma decisão do sujeito, fruto do seu aprendizado, das suas vivências enquanto ser humano, e a bioética diz respeito ao cuidado que devemos ter com nossas decisões técnicas, uma vez que elas envolvem outras vidas.

As diferenciações de E8 e E9 trazem a bioética como uma parte específica da ética, esta que é mais ampla e envolve situações do nosso cotidiano e não somente a saúde e a vida. Como podemos depreender e apoiando o nosso ponto de vista, os dilemas bioéticos individualizam-se por estarem relacionados a situações que envolvem a vida dos pacientes e o trabalho dos profissionais de saúde. Complementando esse entendimento e buscando demonstrar a relação entre a ética e a bioética, trazemos a afirmação de Selli (1998, p. 54), a qual resume a nossa concepção: "A bioética é ética porque interessa ao ser humano enquanto ser inteligente e livre,

chamado à autorrealização mediante a escolha do bem para o outro e para si." Considerando essa percepção, confirmamos a opinião do enfermeiro E17:

Eu acho que todo dilema bioético é um dilema ético, mas nem todo dilema ético é bioético [...]. Eu acho que o bioético é o que envolve a vida, os seres humanos. O dilema ético nem sempre vai envolver a vida, ele pode estar relacionado a outras coisas como [...] o dinheiro, um negócio, [...] mas não, necessariamente, envolve a vida, os seres humanos.

Logo, parece-nos admissível o intercâmbio das expressões – dilemas bioéticos e dilemas éticos-, uma vez que todos os problemas bioéticos têm por base os fundamentos éticos, porém aqueles relacionam-se, especificamente, com questões que dizem respeito à vida e/ou à atuação dos profissionais de saúde frente aos avanços trazidos pela tecnociência e pela biomedicina, como já foi oportunamente abordado na seção anterior.

Portanto, cabe ao enfermeiro, como pertinentemente coloca Selli (1998, p. 38), "Refletir sobre as condutas terapêuticas, questionar valores, repensar e redefinir práxis e cuidados no agir profissional à luz do Código de Ética [o que] representa, para a enfermagem, tomar consciência da dimensão e do desafio da bioética na profissão."

4.3.4 Enfrentamento dos dilemas bioéticos no cotidiano

Subsequentemente, os entrevistados foram questionados sobre a vivência de dilemas bioéticos no seu cotidiano de trabalho e sobre os sentimentos que emergem dos seus enfrentamentos. Todos os entrevistados referiram que vivenciam dilemas bioéticos durante seu trabalho, sendo que 38% referem sentimento de insegurança quanto aos seus enfrentamentos.

A partir da análise das entrevistas, desta categoria emergiram ainda 4 subcategorias, sendo elas: problemas de infraestrutura e recursos (falta de leitos); problemas com a equipe (dificuldades na comunicação da equipe, quebra de sigilo, exposição do paciente; desrespeito ao direito de informação, negligência); problemas com pacientes e familiares (respeito à autonomia, Testemunhas de Jeová) e problemas quanto à terminalidade da vida (doação de órgãos, distanásia, cuidados paliativos).

Os problemas acima enumerados fazem parte do dia a dia dos enfermeiros que trabalham em hospitais e, mais especificamente em unidades críticas, ou seja, locais onde o paciente demanda cuidados mais complexos e incisivos das equipes de saúde, pois há um risco constante de morte. A seguir, iremos detalhar cada uma das subcategorias, apresentando em cada uma delas os principais problemas enfrentados pelos enfermeiros.

a) Problemas de infraestrutura e recursos

A saúde é um direito social fundamental garantido constitucionalmente, como podemos verificar no artigo 196 da Constituição Federal:

A saúde é **direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso **universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2006, p.7, grifos nossos).

Dessa forma, a constituição não só garante a saúde como direito, com também estipula que a mesma seja um dever do Estado. Sendo, portanto, um direito de todas as pessoas, ele deveria também ser garantido de forma universal³⁹ (a todos, sem discriminação) e equitativa⁴⁰ (oferecer mais a quem mais precisa). Parece até contraditório, mas esses dois princípios se complementam. No entanto, o que verificamos nas instituições de saúde, é uma disparidade entre a demanda e capacidade instalada, como podemos inferir da fala de E4: *[...] a gente não tem uma infraestrutura, nem [...] recursos humanos*. Esse outro discurso ratifica esse fato: *[...] a gente precisa improvisar no nosso dia a dia, [...] a gente não tem recursos dos mais variados no atendimento ao usuário e, às vezes, acho que a gente acaba [...] arriscando*. (E7).

Ainda tratando-se de infraestrutura e recursos, segue o depoimento de E1:

[...] porque trabalhar num hospital que está sempre, [...] constantemente lotado, num setor que não tem capacidade de aguentar a demanda [...], não só o setor, o hospital inteiro. Então, acredito que todo mundo que trabalha aqui convive com dilema bioético, porque a gente acaba fazendo escolhas, por cirurgia de alguém, pela que, talvez, seja a vida de alguém.

Como é possível perceber por esse trecho, devido à falta de infraestrutura e recursos, ocorre o abarrotamento das unidades, algumas chegando a trabalhar muito acima da capacidade instalada. De acordo com Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008), a superlotação vem ocorrendo especialmente em atendimentos de urgência e emergência, de instituições de saúde públicas ou privadas, sejam elas hospitalares ou de rede básica. Os autores afirmam que a elevada busca

³⁹ A universalidade é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde e assegura a todos os cidadãos o direito ao acesso sem discriminação às ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. (CAMPOS et al., 2006).

⁴⁰ A equidade é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde e assegura a todos os cidadãos o acesso às ações e serviços de saúde, no entanto, priorizando os segmentos populacionais com maiores riscos de adoecer e morrer. Esse princípio decorre “[...] da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.” (CAMPOS et al., 2006, p. 535).

por consultas médicas na alta complexidade implica custos individuais e desperdício de recursos públicos, uma vez que boa parte daqueles que procuram esse serviço não carece deste tipo de atendimento, mas de atendimentos de baixa complexidade.

A superlotação por si só já é um problema, pois faz com que os enfermeiros trabalhem sob pressão dos médicos, da instituição, dos pacientes, dos familiares e da própria equipe de enfermagem. Essa situação traz inúmeros prejuízos para todos os envolvidos no processo de cuidar: processos judiciais; estresse físico e mental; riscos à segurança do paciente e dos profissionais; discussões com familiares e entre as equipes multiprofissionais, entre outros. Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008, p. 512) corroboram com esse raciocínio, discorrendo sobre os desgastes da equipe em uma unidade de pronto atendimento como decorrência da sobrecarga de trabalho e

[...] o excesso de atividades parece levar os profissionais da unidade de emergência a trabalharem de forma constante, sob pressão e sobrecarga mental. Esta condição pode favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho e sofrimento psíquico, além do surgimento de doenças psicossomáticas de diversas naturezas, bem como conduzir ao uso abusivo de medicações controladas; consumo de álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas; absenteísmo; rotatividade; conflitos profissionais e processos administrativos de ordem disciplinar.

A superlotação tem, ainda, outra consequência, ou seja, a negação de um direito tido como universal. Percebemos que o fato de ser necessário priorizar um ou outro paciente traz sofrimento para os profissionais, uma vez que todos que estão no hospital precisam de assistência, em menor ou maior grau. Isso pode ser verificado nestas falas: *Geralmente quando se trabalha aqui [...] são essas questões de decidir qual cirurgia vai passar. Às vezes, a gente tem doze cirurgias na lista e tem que escolher uma para passar. Porque não tem como atender a toda a demanda. (E1). [...] a gente faz o melhor, mas como o sistema, às vezes, é cruel, não dá para atender todo mundo, então a gente acaba sofrendo. (E17). É um dilema bioético [...] porque a gente está decidindo, mas uma coisa que a gente [...] não deveria, que todo mundo deveria ter acesso, se o acesso é universal. A gente deveria garantir o acesso a todos, não é? (E6).*

O estudo de Cerri et al. (2011) também levantou como um problema ético a falta de adequação dos recursos à assistência quando percebeu na fala dos seus entrevistados embaraços dos profissionais de saúde em proceder nas questões relacionadas a leitos disponíveis em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Tendo em vista a dificuldade em administrar recursos limitados de forma equitativa, a autora aponta a necessidade de definir critérios para

atendimento das demandas, situação sempre delicada, que pode determinar a vida ou a morte de alguém. (DINIZ; MEDEIROS, 2004).

A afirmação de E6, acima, confirma o entendimento de Lunardi (1998, p. 656), que assegura: “[...] mesmo que não tenhamos consciência, estamos, continuamente, tomando decisões morais, como ao priorizarmos o nosso fazer [...]”. Portanto, ao priorizarmos o atendimento a um paciente em detrimento de outro já estamos tomando uma decisão, talvez de omissão para com o sofrimento daquele a quem negamos o atendimento.

Nesse sentido, Nietzsche (2009, p. 74) faz uma reflexão muito pertinente sobre o enfrentamento desses conflitos pelos enfermeiros:

Assim, frente a um problema moral, o profissional pode se ver com dificuldades de decidir: orienta-se pautado em seus valores e crenças, assumindo os possíveis riscos decorrentes, pois tal decisão vai de encontro ao esperado, por vezes hegemonicamente, no ambiente em que se atua; ou acata o que outros determinam que faça, indo de encontro aos seus valores, valores morais e crenças.

Ainda sobre a falta de infraestrutura e recursos, E15 refere que [...] *quando tem um leito na unidade e existem diversos pacientes para vir, às vezes, um paciente é jovem e outro paciente é velho, às vezes, os dois são igualmente graves ou, às vezes, tem uma vaga para cirurgia. Quem deveria ir? Aquele que é jovem ou aquele que é velho? O que poderíamos fazer nesse caso? Mais uma vez atribuir a responsabilidade pela decisão ao médico? Ou colocar a culpa na instituição? Ou, ainda, atribuir o insucesso ao sistema de saúde que não funciona? Sabemos que somos impotentes, quando sozinhos, em algumas situações, mas não precisamos nos contentar com essa impotência. O diálogo com o paciente, com a família e com a equipe multiprofissional na busca por alternativas é, por vezes, fundamental para dirimir esses conflitos, assim como a comunicação das dificuldades à instituição e o sucessivo controle social dos sistemas de saúde através dos Conselhos de Saúde. Nessa perspectiva, Nietzsche (2009, p.81) ainda tonifica que “[...] os enfermeiros podem reagir de diferentes maneiras, discutindo, argumentando, buscando comitês de ética, se necessário, para assegurar que condutas éticas de respeito aos clientes, enquanto sujeitos, sejam mantidas.”*

b) Problemas com a equipe

Outro fato levantado pelos enfermeiros refere-se ao “julgamento” dos pacientes criminosos pela equipe de saúde, ou seja, aqueles que chegam aos serviços de emergência e cirúrgicos por estarem cometendo delitos e que, devido à gravidade do quadro, são atendidos

prioritariamente. O que ocorre é que alguns pacientes internam para aguardar uma cirurgia, por vezes eletiva, no entanto, acabam tendo suas cirurgias suspensas para a realização de cirurgias de emergência ou urgência em outros pacientes, os quais correm risco de morte se não forem tratados ou operados em tempo hábil. Esses casos, de acordo com os depoimentos, parecem frequentes e causam desconforto para as equipes e especialmente para aquele paciente que teve sua cirurgia suspensa. É o que podemos constatar no seguinte discurso:

É um dilema muito difícil de lidar, porque a gente tem que ficar controlando os técnicos de enfermagem e controlando a si mesmo para não julgar tanto, por que, às vezes, não tem como se livrar dos nossos pressupostos, dos meus princípios. E, com certeza, alguém que tem câncer deve fazer uma cirurgia, mas a pessoa que está ali com câncer, há doze dias, acaba esperando mais sete para fazer a cirurgia, porque toda a noite chega alguém que está esfaqueado, que estava roubando [...] e acaba passando na frente. Só que a gente não tem o que fazer. São as pessoas mais graves que passam na frente. (E1).

Como podemos perceber, o enfermeiro sente-se fragilizado pela situação, pois acredita que ambos devam receber o atendimento, mas a estrutura existente não permite que ele seja prestado simultaneamente. É necessário optar por priorizar o mais grave, mesmo que aos olhos da equipe e dos outros pacientes, aquela pessoa, aparentemente, não seja “merecedora” desse privilégio, em virtude de estar, anteriormente, de forma consciente ou não, prejudicando outro ser humano.

A pesquisa de Bordignon et al. (2011) também encontrou discursos semelhantes sobre o julgamento de pacientes pela equipe. Sobre esse caso, os autores, baseados em SCOTT (1998 apud BORDIGNON, 2011, p. 97) explanam:

Os problemas éticos emergem sempre que a dimensão ética do cuidado mostra-se ameaçada, seja pela fragilização do compromisso e da responsabilidade em cuidar do paciente, seja em decorrência de julgamentos dos seus atos por parte da equipe, emergindo sentimentos de (des) valorização do paciente [...].

É imperativo que se tenha em conta que, na área da saúde, todas as ações têm uma dimensão ética, o que implica valores, compromisso e responsabilidade por parte daqueles que estão cuidando ou tratando. Certamente, não é nosso papel julgar, por isso, muitas vezes, esse sentimento é omitido, seja por receio, seja por insegurança. Assim, é necessário que essas situações sejam devidamente afrontadas, debatidas e problematizadas. (BORDIGNON et al., 2011). Em todos os casos, não podemos deixar de refletir sobre os princípios da bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) e buscar uma atuação humanizada,

procurando agir com o outro como gostaríamos que agissem conosco. (BIONDO; SILVA; SECCO, 2009).

Também foram levantados relatos nos quais o enfermeiro percebe negligência e omissão por parte da equipe médica: [...] às vezes, a equipe médica que não quer atender [os pacientes]. (E16).

Então, [...] eu me sinto pressionada por causa dessa ausência do médico, sinto-me na obrigação de ficar vigiando coisas que não são da minha responsabilidade. [...] Para mim, isso é uma questão muito delicada, pois tem toda a questão do exercício ilegal [da medicina] envolvido. (E21).

Nesses casos, o enfermeiro sentiu a necessidade de garantir que o paciente tivesse seus direitos resguardados, conforme preconiza o código de ética, em seu artigo 12, que trata sobre as responsabilidades e deveres do profissional de enfermagem e prescreve: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.” (BRASIL, 2007, online). Como uma parte do cuidado de enfermagem depende de prescrição médica, como é o caso das medicações, solicitação de exames e cirurgias, quando o paciente não é devidamente avaliado pelas equipes médicas, muitas vezes, cabe ao enfermeiro tomar algumas atitudes/decisões, as quais, de acordo com alguns entrevistados, extrapolam as suas atribuições.

[...] a gente se depara muito com aquela questão de a gente ter que ser o advogado do paciente, a gente vê que o paciente está precisando de um atendimento melhor, [...] pois o quadro está se agravando e a gente tem que contar com a equipe médica [...]. Às vezes, a gente não conta com isso. (E9).

Nessa mesma lógica, E17 trouxe ainda outra dificuldade enfrentada pelos enfermeiros entrevistados e que diz respeito à delegação/transferência de responsabilidades entre as equipes médicas, ou, talvez, à falta de comunicação entre elas.

[...] a gente tem pacientes, aqui, de diversas clínicas médicas. Pacientes cirúrgicos, pacientes que são da clínica e vem fazer algum procedimento e[...] todos eles passam por uma cirurgia, todos eles passam por uma anestesia. [...]acontece [que] o paciente fica internado na sala de recuperação [...] porque não tem leito em uma unidade de internação, não tem leito na UTI e, muitas vezes, a gente fica com dificuldade em saber quem é o responsável médico por aquele paciente [...]. Então, a equipe da cirurgia pede que a gente fale com a equipe da anestesia, a equipe da anestesia pede que a gente fale com a equipe da cirurgia. E o paciente fica naquele meio e, nós, da enfermagem, ficamos no meio de tudo isso, sofrendo, porque a gente só quer que o paciente seja atendido. (E17).

O pensamento médico, inspirado no paradigma cartesiano, culminou no chamado modelo biomédico, levando à fragmentação da assistência ao paciente. Dessa forma, a atenção médica deixa de ser focada no todo, ou seja, na pessoa, e passa a ser focada nas partes, isto é, nas especialidades. Perde-se, dessa forma, a noção do ser humano biopsicosocioespíritual, que inexistia no modelo biomédico. Cutolo (2006, p. 17) corrobora com esse entendimento, esclarecendo que o modelo biomédico é baseado na fragmentação, com uma visão mecanicista do corpo humano, enxergando-o como "[...] uma máquina complexa que deve ser fisicamente explicada. Esta explicação exige que o corpo humano seja analisado por partes, por fragmentos para que seja melhor entendido. A soma destas partes, por sua vez, constituiria o todo."

Dessa forma, a superespecialização distribuiu responsabilidades, ficando cada profissional responsável por uma pequena parcela do todo, exigindo a colaboração de vários especialistas para o tratamento de apenas um paciente. A responsabilidade médica, portanto, fica segmentada, dificultando o trabalho da equipe de enfermagem, que percebe, muitas vezes, o descomprometimento da medicina com o todo, em outras palavras, com o ser humano.

Outra crítica direcionada à equipe médica foi com relação à comunicação desta com o paciente e a sua família.

[...] às vezes, eu vejo que falta [...] tato no diálogo, por parte deles. Procurar essa família e usar as palavras adequadas, não chegar dessas formas que a gente sabe [...] vai morrer! [...] Usar termos técnicos que eles não entendem, aquelas coisas que a gente está cansada de saber [...]. Às vezes, a gente vai chamar a família e pergunta: "o que que o médico falou sobre o quadro dele?". [Eles respondem] Eu não sei, porque não entendi. (E21).

De acordo com Cerri et al. (2011, p. 468), "É direito do paciente exercer sua autonomia e ter acesso a toda informação adequada para decidir e participar, quando necessário, de forma consciente sobre as condutas a que será submetido durante a hospitalização." Inclusive, essa é uma das prescrições do código de ética, em seus artigos 17 e 18, que insistem na prestação de informações adequadas aos pacientes, além de ordenar que se respeite, reconheça e realize as ações necessárias para a garantia desse direito. (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, Lunardi (1998, p.61), declara que não podemos "[...] rechaçar a condição humana dos clientes, ao lhes negar o saber, a possibilidade do entendimento, da palavra e da argumentação." Independentemente da condição de saúde do paciente ou do seu nível de instrução, precisamos garantir a ele e sua família o exercício de seus direitos, ou seja, ter conhecimento de sua condição, compreender as opções terapêuticas disponíveis e optar pelo tipo de tratamento que quer ou não receber.

Foram registrados, do mesmo modo, casos de negligência⁴¹ profissional da equipe de enfermagem:

[...] são muitas pessoas novas que entraram agora, por último, no concurso, que não fazem os procedimentos, não fazem as medicações, sobra muito, muito antibiótico e a gente percebe que não é feito mesmo. A gente não sabe qual é a pessoa que não faz, mas [...] percebe que sobra um monte de antibiótico, então não é feito. (E16).

De acordo com Freitas e Oguisso (2008), falhas técnicas relacionadas ao preparo e à administração de medicamentos são as mais frequentes no dia a dia da equipe de enfermagem, sendo a negligência a principal causadora desse tipo de ocorrência.

Um estudo sobre ocorrências éticas⁴² na enfermagem realizado por Freitas e Oguisso (2003) demonstrou que a negligência é principal causa de ocorrências éticas relacionadas a falhas técnicas ou procedimentais. Fakihi, Freitas e Secoli (2009, p. 133) acrescenta que, dentre os processos assistenciais suscetíveis de eventos adversos, aqueles associados ao processo de medicação são os mais comuns. Sucede que, muitas vezes, essas situações não são devidamente comunicadas aos enfermeiros e/ou médicos, nem mesmo ao paciente, o qual teve seu direito à informação/tratamento - isento de falhas ou erros - desprezado.

Sobre a negligência, Lunardi et al. (2007, online) correlacionou a "cultura do silêncio" no trabalho de enfermagem com a "[...] aparente harmonia de um ambiente politicamente correto, favorecendo a convivência cotidiana dos trabalhadores com o erro e a negligência, com sentimentos de medo e impotência, diante do reconhecimento da necessidade de denúncias."

Os autores entendem essa situação como geradora de sofrimento para os profissionais da equipe de enfermagem, que frente às condições inadequadas de trabalho e por medo de represálias e punições, são coniventes, negando o direito do paciente à informação e, conseqüentemente, a um cuidado ético.

Percebemos, também, dificuldades da equipe de enfermagem em manter em sigilo as informações fornecidas pelos pacientes aos profissionais. Isso pode ser verificado nas seguintes declarações: *Por ser um hospital que tem muitos alunos [...] acaba se falando alguma coisa que era pra ficar mais ali, entre a equipe e, às vezes, ficam falando de um para o outro. (E10). Conversa-se muito [sobre] o diagnóstico, o prognóstico do paciente, [...] não somente dentro da equipe. (E12).* Nesse sentido, sendo o enfermeiro o responsável pela equipe e pelo cuidado de enfermagem, tem o compromisso de orientar sua equipe relativamente ao sigilo profissional,

⁴¹ A negligência consiste na inação, inércia, passividade ou omissão, entendendo que é negligente quem, podendo ou devendo agir de determinado modo, por indolência ou preguiça mental, não age ou se comporta de modo diverso.

⁴² De acordo com Freitas e Oguisso (2003), há uma ocorrência ética quando algum tipo de erro cometido pelo profissional de enfermagem tem como consequência um dano ao paciente.

como forma de garantir a observância do código de ética e dos princípios da bioética. Portanto, a manutenção do sigilo nas relações profissionais é essencial para uma assistência pautada na ética, visando preservar a privacidade e a segurança dos pacientes. (CERRI et al., 2011; BRASIL, 2007).

c) Problemas com o paciente e familiares

Problemas relacionados à visita dos pacientes internados foram, também, referenciados. Acontece que, algumas vezes, o paciente não quer receber algum familiar e este insiste para que seja recebido, como no caso a seguir: [...] às vezes, [os pacientes] não querem receber um familiar ou tem algum problema [...], que o familiar está forçando alguma situação. O paciente não quer receber o familiar ou de os outros familiares não querem que um familiar venha. (E2).

Conforme Cerri et al. (2011, p. 468), "A Enfermagem reconhece a necessidade da presença da família no dia a dia do paciente hospitalizado e o benefício que essa proximidade proporciona à dimensão emocional do doente [...]", no entanto, nem sempre essa presença o afeta positivamente e devemos respeitar sua vontade (uma vez que tenha sido expressa), independente de o paciente estar consciente ou não, caso contrário estaremos infringindo pelo menos dois princípios (bio)éticos: o princípio da autonomia e o da não maleficência.

Além da equipe de enfermagem, igualmente, há dificuldades de enfrentar as famílias dos pacientes, as quais não compreendem por que seu familiar teve uma piora tão acentuada e questionam a equipe de enfermagem, uma vez que é ela que fica mais tempo junto ao paciente (BOEMER; SAMPAIO, 1997). No entanto, em alguns casos, é necessário esperar o momento mais adequado para falar, o que, na maioria das vezes, fica a cargo do médico, como podemos perceber nesse caso:

[...] [sobre os] pacientes com HIV que chegam com companheiros, em qual momento que o médico vai falar para aquele companheiro? Aquele médico tem que falar para o companheiro por causa do tratamento, mas aquele companheiro já havia falado? Ou, como ele queria falar para aquele cônjuge? Ele já falou para o cônjuge que ele tem HIV ? (E15).

Em Unidades de Tratamento Intensivo, "[...] o principal emissor da comunicação sobre o paciente gravemente enfermo é o médico intensivista. Esse profissional tem o dever de transmitir a situação da doença ao paciente, aos seus familiares, aos seus amigos e ao seu

médico assistente." (MORITZ, 2007, P. 485). Dessa forma, em situações onde o diagnóstico ainda não foi informado para os familiares, a equipe de enfermagem fica em um palco difícil, pois não pode garantir ao paciente e aos seus familiares o direito à informação, o que pode levar a sentimentos de impotência e aflição. Sobre a comunicação com os familiares, Soares (2007, p. 483) reforça:

A comunicação deve ser feita de modo claro e com a utilização de termos que sejam compreensíveis pelos familiares, pois a utilização de expressões técnicas ou do uso do jargão médico pode impedir que o significado e a intenção de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente.

O caso dos pacientes Testemunhas de Jeová (TJ) também foi lembrado pelos enfermeiros. Para quem professa essa religião, a transfusão de sangue é mais que uma questão religiosa, é também uma questão de saúde, devido aos riscos de reações transfusionais e de transmissão de doenças. (LARA; PENDLOSKI, 2013). No entanto, o ponto mais polêmico está relacionado às questões religiosas.

É de senso comum que os TJ não concordam com a infusão de sangue (hemácias, leucócitos e plaquetas, inclusive plasma), ainda que autólogas⁴³, mesmo que a não realização desse procedimento implique risco de morte. Segundo os TJ, Deus deu ordens expressas para absterem-se de sangue em várias passagens bíblicas, dessa forma no caso de infundirem sangue “[...] se sentirão rejeitados e até mesmo excluídos pelos familiares, amigos e membros da sua comunidade religiosa, [...] provocando, assim, um abalo irreversível na sua dignidade humana.” (LARA; PENDOLOSKI, 2013, online). Segue o relato do E14:

Tem [um] paciente, ele é Testemunha de Jeová e ele precisa ser transfundido [...] ele não quer receber aquele sangue, porém é muito importante para ele receber. [...] a gente fica num dilema, sobre o que fazer, se a gente respeita a vontade do paciente ou se obedece à condição clínica dele, que ele tá com hematócrito e hemoglobina baixos [...]

Portanto, para os seguidores dessa religião, a atitude de recusa à hemotransfusão demonstra claramente “[...] a prioridade da sua intimidade e privacidade por convicções religiosas, em detrimento do seu direito à vida.” (LARA; PENDLOSKI, 2013, online). França, Baptista e Brito (2008), afirmam que esses religiosos possuem um cartão de identificação pessoal, no qual estão impressas as diretrizes para o tratamento em saúde, isenção para equipe

⁴³ Quando o tecido ou órgão é retirado do mesmo indivíduo que será alvo do procedimento. Logo, o TJ não pode estocar seu próprio sangue para usar em uma cirurgia eletiva. (FRANÇA; BATISTA; BRITO, 2008).

médica e a assinatura do adepto. No entanto, nem sempre esta identificação pode ser facilmente detectada pela equipe de saúde, como podemos verificar neste trecho:

[...] nós já recebemos [...] um paciente que estava sedado e não tinha escrito que ele era Testemunha de Jeová, a família já havia vindo muitos dias e conversado várias vezes com os médicos, mas não haviam [...] feito essa colocação. E foi solicitado uma transfusão, porque era necessário dentro do quadro clínico. Exatamente na hora da transfusão era horário de visita, a família chegou e viu. Então, foi parada a transfusão. (E15).

O conflito bioético surge, todavia, em situações de emergência, quando o paciente está em risco de morrer e o médico se vê entre dois princípios constitucionais de igual relevância em nosso ordenamento jurídico, como é o caso do direito à vida e o direito à liberdade religiosa. (KAUFMANN, 2009). Apesar de o médico ser o responsável pelo tratamento do paciente e achar-se no difícil dilema entre respeitar a autonomia do paciente ou a legislação que orienta sua prática, a equipe de enfermagem assume igualmente os riscos pela decisão de cumprir ou não a prescrição, uma vez que sua atuação deve estar pautada no código de ética, o qual preceitua que se honre o direito da pessoa (ou do seu representante legal) de decidir sobre sua saúde e proíbe a realização de ações de assistência à saúde sem o seu consentimento, exceto em casos de emergência. Portanto, intervenções preventivas, diagnósticas e terapêuticas devem estar apoiadas nos princípios da bioética, ou seja, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. (FRANÇA; BAPTISTA; BRITO, 2008; BRASIL, 2007).

Apesar disso, de acordo com Kaufmann (2009, p. 21), o legislador entende que “[...] a intervenção médica consubstanciada na transfusão de sangue, ainda que realizada sem o consentimento do paciente ou do seu representante, é perfeitamente justificável em face do iminente perigo de vida.” Ademais, no entendimento do autor, quando o paciente ingressa em instituições públicas de saúde, ele pretere o direito de decidir e acata, “[...] ainda que de maneira tácita, a conformação dos seus direitos fundamentais pela necessidade estatal de zelar pela sua vida.” (KAUFMANN, 2009, p. 21). Como podemos perceber, o ordenamento jurídico não atribui valor absoluto à liberdade religiosa, portanto, no caso de iminente risco de morte, não é considerado crime a hemotransfusão sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal. (FRANÇA; BAPTISTA; BRITO, 2008).

Apesar disso, torna-se relevante a execução de ações que orientem os profissionais sobre os substitutos de hemoderivados existentes no Brasil, de forma a evitar esse tipo de dilema. França, Baptista e Brito (2008, p. 500), trazem algumas opções de substitutos para sangue nos casos de necessidade de hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: “[...] eritropoietina humana recombinante, Interleucina-11 recombinante, ácido aminocapróico e tranexâmico, adesivos

teciduais, expansores de volume do plasma, colóides e instrumentos hemostáticos como o electrocautério, lasers ou o coagulador com raio de argônio.", além do tampão sanguíneo peridural e da hemodiluição normovolêmica aguda. Ainda há outras opções, mencionadas por Lara e Pendloski (2013), tais como: administração de ferro na veia ou no músculo de forma a estimular a formação de mais glóbulos vermelhos; o uso de máquina de circulação extracorpórea (máquina coração-pulmão) nas cirurgias sem a opção para a transfusão e o resfriamento do paciente para reduzir as necessidades de oxigênio durante a cirurgia.

Outra informação importante que os profissionais de saúde devem possuir é sobre a existência de Comissões de Ligação com Hospitais (COLIH), as quais viabilizam o acesso dos pacientes TJ a médicos dispostos a usar alternativas médicas isentas de sangue. (LARA; PENDLOSKI, 2013).

Sendo a religiosidade um componente da vida humana, a enfermagem não deve negligenciar esse aspecto do cuidado. Para isso, deve ter conhecimento sobre essa dimensão dos seus pacientes, de forma a aproximar-se "[...] do ponto de vista do cliente e tentar entender a lógica das suas decisões religiosas, mantendo sempre as linhas de comunicação abertas entre as duas partes [...]", na busca pela compreensão da seriedade que esse assunto possa representar para o paciente e, assim, auxiliá-lo. (SALGADO; ROCHA; CONTI, 2007, p. 227).

d) Problemas quanto à terminalidade da vida

O processo de morte e morrer faz parte do cotidiano de todas as pessoas, uma vez que somos seres mortais. No entanto, os profissionais da saúde vivenciam esse processo com maior frequência e demonstram algumas dificuldades devido, especialmente, a uma formação voltada para a manutenção da vida, por meio de ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, como demonstram os estudos de Oliveira e Amorin (2008) e de Spíndola e Macedo (1994). Percebemos essa conotação no relato de E6: "*[...] a gente se forma para trabalhar com a vida [...], a nossa formação não é para trabalhar com a morte, com a terminalidade, com conflitos.*"

Evidenciando essa compreensão, Pessini e Barchifontaine (2008, p. 467), ao indagarem sobre a formação dos profissionais de saúde no sentido de lidar com a morte, asseveram que "Praticamente não existe nada ainda de expressão em termos curriculares que os prepare para lidar com os pacientes terminais."

De acordo com Oliveira e Amorin (2008), a morte é negada, por representar, para os profissionais de saúde, que o seu trabalho foi falho, ou seja, que eles perderam a batalha contra a doença ou o agravo, esquecendo-se, muitas vezes, que a morte é um processo natural da vida

humana e de alguns estágios da doença. Nesse sentido, Spíndola e Macedo (1994, p. 113, grifos do autor) afirmam que

A tentativa frustrada de manutenção da vida através da utilização de recursos tecnológicos, acaba provocando o estresse em razão da responsabilidade que assumem perante a sociedade e, desta forma, a *habilidade profissional* estará, de certa forma, sendo testada.

Esse cenário faz com que os profissionais de enfermagem sintam-se frustrados, deprimidos e impotentes. (SPÍNDOLA; MACEDO, 1994). No entanto, o tempo de serviço, para esses autores, interfere na percepção sobre a morte. Dessa forma, com a experiência, criam-se mecanismos mais eficazes de enfrentamento desse processo. (SHIMIZU, 2007; SPÍNDOLA; MACEDO, 1994). Esses estudos também apontam outros fatores que interferem na vivência desse processo de morrer, como o grau de vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente, bem como a idade e o diagnóstico/prognóstico deste.

Vale ressaltar, ainda, que a existência de uma crença religiosa também influencia nesse processo, como podemos depreender da seguinte explanação: "Os valores culturais individuais destes profissionais atuam no seu pensar, sendo distinta a conotação para aqueles que se apoiam em alguma crença religiosa." (SPÍNDOLA; MACEDO, 1994, p. 116). Shimizu (2007) também encontrou relação entre a crença em uma religião e a maior facilidade em aceitar o processo de morte dos pacientes, amenizando o sofrimento causado por esse fenômeno.

Durante as entrevistas, outro ponto muito salientado pelos profissionais foi a temática sobre a terminalidade e a distanásia, como expressa E9:

[...] a questão do prolongar a vida [...], até que ponto a gente pode atuar e não está começando a fazer um mal em tentar manter uma pessoa que não [...] tem investimento. No caso, investir em algo que vai só prolongar o sofrimento, não vai trazer benefício nenhum.

Nessa perspectiva, os dilemas éticos e legais vivenciados pelos profissionais de enfermagem em sua prática cotidiana referem-se ao limite do tratamento no sentido de evitar a futilidade terapêutica, também chamada de distanásia, obstinação terapêutica ou tratamento inútil. (CARVALHO; LUNARDI, 2009). Essa dificuldade pode ser sentida nas palavras de E9:

[...] eu acho que a gente faz muita distanásia. [...] o grande dilema que eu vejo aqui é a questão da família. Alguns médicos se prendem mais ao desejo da família do que ao próprio conhecimento médico dele. [...] é distanásia, mas a família quer que faça, então ele faz. Alguns outros médicos [dizem] não [...], chegou o ponto [em] que a gente não tem o que fazer e a família tem que aceitar. Então é isso que a gente se

depara aqui praticamente todos os dias. Porque esses pacientes seriam mais de cuidados paliativos, que não tem um investimento.

Os estudos de Biondo, Silva e Secco (2009), apontam que a maioria dos enfermeiros reconhece a distanásia em sua prática diária. Silva, Pachemshy e Rodrigues (2009) mostraram que, frente à terminalidade do paciente fora da possibilidade de cura, os enfermeiros apresentam sentimentos de sofrimento, impotência e frustração. Para eles, esses sentimentos advêm da própria formação do enfermeiro, direcionada à cura e à manutenção da vida, bem como da sua limitação profissional, na qual não cabe a si, mas ao médico, a decisão de interromper as medidas de suporte de vida dos pacientes. Isso pode ser percebido na fala de E5:

[...] às vezes, não tem nada para fazer [...], a doença já evoluiu, já foi feito todo o possível e [...] começam a fazer manobras extraordinárias, que não sei se, de repente, até o paciente ia querer aquilo com ele. [...] manobras que não tem volta. Então, tu acabas tendo que aceitar porque não é uma decisão tua.

A literatura também destaca que, apesar de as decisões finais sobre o tratamento do doente serem do médico, a cooperação da equipe multiprofissional é muito importante. (FRANÇA; REGO; NUNES, 2010; SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009; BIONDO; SILVA; SECCO, 2009). A participação da equipe de enfermagem nas decisões pode auxiliar no sentido de que seja levando em consideração o interesse do paciente e dos familiares nas questões relacionadas ao seu tratamento e ao seu bem-estar. A esse propósito, E4 alega: *[...] a maior dificuldade que eu enfrento é o diálogo com outro profissional para definir uma decisão técnica. [...] como a gente não faz reunião de equipe, a gente não participa, a gente não decide.*

As pesquisas demonstram que, diante de situações de terminalidade, os profissionais de saúde padecem de sentimentos contraditórios, sejam de compadecimento pelo sofrimento do paciente, sejam de impotência, por acreditarem estar desistindo do paciente. Igualmente, há o medo de processos judiciais, uma vez que a ordem de não reanimar (ONR) não está amparada pelo ordenamento jurídico brasileiro. (TRIGUEIRO et al., 2010). Carvalho e Lunardi (2009) corroboram com esse entendimento, expressando que, algumas vezes, as manobras de reanimação são instituídas por medo de os profissionais se comprometerem legalmente, pelo fato de deixarem de fornecer recursos terapêuticos aos doentes.

No entanto, nos casos em que a terapêutica médica não leva à cura, ou seja, em pacientes terminais – com enfermidades graves e incuráveis-, a conduta recomendada seria o estabelecimento de cuidados paliativos, os quais buscam prevenir o sofrimento através do alívio da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, em uma perspectiva

holística, visando atingir a melhor qualidade de vida possível para o paciente e sua família. (MARTA; HANNA; SILVA, 2010; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008). Nesse sentido, Carvalho e Lunardi (2009, online), afirmam que "[...] quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, preocupando-se com a pessoa doente e respeitando a sua integralidade, lembrando que o cuidado é a base do exercício de enfermagem."

Corley et al. (2005 apud LUNARDI et al., 2009, p. 602), sugere a criação de diretrizes de cuidado paliativo para os profissionais, ou seja, protocolos de decisão ética, os quais iriam diminuir o sofrimento vivenciado pelos profissionais para a tomada de decisão. A autora ainda propõe ampliar a disponibilidade dos comitês de ética, de forma que eles passem a discutir também problemas institucionais manifestados nas rotinas diárias.

Por fim, Oliveira e Amorin (2008), acreditam que a academia deve assumir o papel (trans)formador dos sujeitos pensantes e reflexivos a partir da criação de grupos de discussões. Os autores ainda recomendam mudanças curriculares, as quais contemplem o aprofundamento e discussão da temática de maneira transdisciplinar, de forma a instrumentalizar o aluno para que saiba buscar, durante toda a sua vida profissional e não somente na academia, subsídios para "[...] o duelo constante entre a vida e a morte." (OLIVEIRA; AMORIN, 2008, p. 196).

Outro tema que merece atenção e que foi mencionado nas entrevistas diz respeito à doação de órgãos e/ou tecidos. A doação de órgãos ou tecidos é uma manifestação da vontade de doar uma ou mais partes do seu corpo, após sua morte. Alguns órgãos podem ser doados ainda em vida, como o rim e a medula óssea. (ABTO, 2002). No entanto, no presente estudo, referimo-nos às doações feitas após a confirmação do diagnóstico de morte encefálica⁴⁴.

Para que ocorra a doação de órgãos e/ou tecidos, é necessário que o enfermeiro responsável pela captação tenha sensibilidade em abordar a família do falecido, pois é um momento de muito sofrimento para ela. Porém, é igualmente difícil para o profissional de enfermagem que cuida dessa "pessoa", a qual tem suas funções fisiológicas preservadas, mesmo já correspondendo a um cadáver. "Dessa forma, não se cuida propriamente do cadáver, mas dos órgãos que se deseja utilizar, abrigados dentro de um cadáver; os órgãos ainda vivem." (LIMA, 2012, p. 31). Podemos verificar essa ambiguidade na fala de E4: "*[...] a doação de órgãos, eu acho que é bem difícil, [...] você trabalhar essa questão da morte. Acho que é muito difícil para nós e é difícil, também, o cuidado daquele corpo, que a gente cuida ou não cuida.*"

⁴⁴ Para Mattia et al. (2010, p.67), a morte encefálica é uma "[...]cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral." Corresponde, portanto, à morte do indivíduo e são causadas mais frequentemente por hemorragia intracraniana, trauma e lesão isquêmica.

“O profissional de saúde tem uma ação relevante na obtenção de órgãos [...]” (LIMA, 2012, p. 28). No entanto, “[...] a falta de notificação de morte encefálica e as falhas na manutenção dos órgãos para captação ainda representam fatores impeditivos à efetividade da doação.” (MENDES et al., 2012, p. 946). Essa situação fica subentendida nesta colocação: *[...] tinha um paciente jovem [...], que dava para doar os órgãos. [...] a gente fica em cima, porque a doação de órgãos é muito importante. E dá a impressão que se tivesse feito um pouquinho mais, de repente, o paciente poderia ter doado um órgão. (E11).*

De acordo com Mattia et al. (2010), o Brasil possui o maior programa de transplantes do mundo. Dessa forma, quando da existência de um potencial doador, ou seja, um paciente com diagnóstico de morte encefálica, é obrigação dos profissionais notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, para que sejam tomadas as devidas providências e o possível doador possa ser manejado adequadamente. Essa notificação é compulsória e independe do desejo da família em doar ou da condição clínica do potencial doador. (ABTO, 2002; MATTIA et al., 2010).

No entanto, como podemos perceber pelo depoimento acima, de E11, nem sempre isso ocorre em tempo hábil, devido, talvez, às lacunas existentes no processo de formação, uma vez que são poucas as intuições de ensino superior no Brasil que oferecem disciplina específica sobre doação de órgãos e transplantes no currículo. No Brasil, existe a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, a qual tem contribuído para a capacitação de recursos humanos nessa área. (MENDES et al., 2012).

Dessa forma, percebemos que a educação continuada dos profissionais de saúde nesse sentido é ainda muito restrita, porém fundamental, uma vez que a falta de reconhecimento do processo e a ausência de identificação do potencial doador ainda são apontadas como fatores limitantes para a não-doação de órgãos e tecidos. (MATTIA et al., 2010).

Diante do exposto na análise e discussão da categoria “enfrentamento dos dilemas bioéticos no cotidiano”, é possível depreender que são muitos os dilemas vivenciados pelos profissionais de enfermagem durante seu trabalho em um hospital público; desde problemas essencialmente gerenciais, até a falta de conhecimento, inclusive, de bases humanistas e filosóficas para esses profissionais.

Nesse sentido, faz-se necessário que sejam realizados estudos direcionados ao atendimento das necessidades que os profissionais apresentam em seus processos de trabalho, de forma que essas necessidades sejam supridas. Conquanto, o enfermeiro não deve ignorar que o auto aprimoramento deve ser uma meta a ser perseguida durante toda a sua vida. (PASCHOAL; MONTOVANI; MÉIER, 2007).

Sendo a educação um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, a partir de um pensamento livre e de consciência crítico-reflexiva, é necessário comprometimento do profissional nesse processo para que ocorra a transformação da sua prática e, por conseguinte, a melhoria da qualidade da assistência. (PASCHOAL; MONTOVANI; MÉIER, 2007).

Atividades de educação permanente⁴⁵ são, portanto, fundamentais. A educação permanente é ampla e engloba a educação continuada e a educação em serviço. A educação continuada pode ser entendida como toda a ação, desenvolvida após a formação inicial que visa atualizar conhecimentos, melhorando suas competências, para que estas sejam compatíveis com o desenvolvimento de suas responsabilidades, de forma a qualificar sua prática. Já a educação em serviço é percebida como um processo educativo que ocorre no ambiente de trabalho, a ser aplicado nas relações humanas de trabalho, visando “[...] desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica [...]”, elevando “[...] a competência e valorização profissional e institucional.” (PASCHOAL; MONTOVANI; MÉIER, 2007, p. 480). Nessa perspectiva, apesar de fundamentadas em diferentes metodologias, como apontam os autores acima citados, todas pressupõem uma constância do processo de aprendizagem.

Para isso, cabe à instituição fornecer oportunidades e subsídios para que seus trabalhadores possam desenvolver pesquisas, participar de discussões e grupos de estudos, bem como de cursos de atualização com profissionais adequadamente escolhidos para esse fim. Essas atividades trazem benefícios não apenas para os profissionais, mas também para os pacientes e, conseqüentemente, para a própria instituição de saúde.

4.3.5 Mecanismos de suporte ao profissional para o enfrentamento de dilemas bioéticos

O trabalho da equipe de enfermagem, devido à sua natureza e às suas características, “[...] comporta o enfrentamento de situações de sofrimento pelos clientes, relacionados às perdas, doença, frustração e morte, podendo constituir-se em fonte de sofrimento aos trabalhadores que o executam.” (LUNARDI et al., 2007, online). Nos depoimentos dos

⁴⁵ Para Paschoal, Montovani e Méier (2007, p. 482), a educação permanente pode ser concebida como “[...] um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com mudanças de atitudes, decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social.”

enfermeiros, foi possível perceber esse sofrimento, especialmente por ficarem tanto tempo com os pacientes e participarem de apenas algumas etapas do processo de cuidado e tratamento.

Alguns desses enfermeiros mencionaram não participar das decisões relacionadas ao manejo clínico dos pacientes. No entanto, apesar de não estarem diretamente envolvidos nas decisões, estão essencialmente envolvidos no cuidado daquele paciente. Exemplificando, mesmo estando prescrito hemotransusão para Testemunha de Jeová inconsciente, o enfermeiro pode recusar-se a fazer, ou, ao menos, questionar essa prescrição a fim de conhecer os motivos pelos quais o médico prescreveu, uma vez que ele desconsiderou a crença do paciente. O mesmo podemos dizer de uma enfermeira participar de um aborto, considerado legal perante o ordenamento jurídico - nos casos de gestação decorrente de estupro, de feto anencéfalo ou de risco de vida para a mãe - mas que contraria suas crenças e/ou seus valores. Casos como esses podem ser acompanhados de sofrimento moral por parte dos profissionais de enfermagem, que optam por abdicar de "[...] sua condição de sujeitos, pela necessidade de negação e omissão de seus valores, crenças e saberes, quanto pelo potencial presente de desrespeito e negação dos próprios clientes [...] e dos seus direitos como cidadãos." (LUNARDI et al., 2007, online).

Às vezes, parece mais fácil transferir essa responsabilidade para o médico e simplesmente não pensar sobre essas questões. Assim, a fim de evitar a tomada de decisões éticas, as enfermeiras invocam a autoridade dos médicos (e de outros que simbolizam poder nas instituições) como base para a sua tomada de decisão. (RUBIN, 1996 apud LUNARDI et al., 2007).

Considerando a dificuldade apontada acima, buscamos conhecer se os enfermeiros possuíam algum mecanismo de apoio institucional que auxiliasse na resolução de problemas relacionados a aspectos bioéticos. O hospital onde a pesquisa foi realizada possui um Comitê de Bioética (CB) e pretendíamos verificar se os profissionais sabiam da sua existência e de sua função. Apenas 28% citaram o CB como um desses mecanismos de apoio institucional para tomada de decisão sobre conflitos bioéticos. Esse fato pode indicar que as informações referentes ao Comitê de Bioética são de difícil acesso e/ou pouco divulgadas.

Dentre os enfermeiros que conheciam o Comitê, 14% referiram que não se sentem apoiados por ele, acreditam que ele não seja muito atuante ou, ainda, de difícil acesso. Tal conjuntura sugere que o Comitê não esteja atendendo às necessidades dos enfermeiros ou, então, que seus membros e suas funções não tenham sido divulgadas adequadamente.

Alguns dos entrevistados (19%) referiram, no entanto, nunca terem precisado de auxílio e o restante (53%) informou contar com a equipe de saúde, a chefia imediata, o serviço de saúde ocupacional, o serviço social e o serviço de psicologia, sendo este último o mais utilizado.

O que podemos perceber é uma falta de visibilidade do CB no hospital cenário da pesquisa. Trazemos o relato de E21 sobre a visita do Comitê ao seu local de trabalho:

A intenção, na verdade, [...] dessa reunião era [...] [pedir] um socorro para o comitê [...]. Então a gente fez aquela reunião com o comitê e eu fiquei um pouco frustrada. Foi para pedir um socorro para eles, expor a nossa situação, o que estava acontecendo, a gente estava sofrendo com isso. Além disso, estava causando uma repercussão em outros pacientes que não tinham nada a ver com isso. Quando que a gente pode pensar em tirar um paciente do ventilador, do investimento total, passar para manejo ou colocar em medidas de conforto, existem protocolos? Vocês podem ensinar para a gente, mostrar esse protocolo [...], pois as equipes não estão sabendo, a gente não sabe, eu não sei. [...] o comitê não fez isso, não nos apresentou nada palpável com relação a essas condutas e, surpreendentemente, pediu para a gente criar um protocolo. [...] [Falaram] muito em outros países, em outras realidades que são inalcançáveis.

Francisconi, Goldim e Lopes (2002, p. 148) afirmam que a

[...] origem dos Comitês de Bioética ou de Ética Hospitalar nos reportam aos Estados Unidos, a partir da década de 60, onde surgiram discussões sobre a realização de hemodiálise em pacientes renais crônicos, visto que havia um excesso de pacientes e carência de equipamentos.

Outros casos emblemáticos foram o de Karen Ann Quinlan, paciente em estado vegetativo cujos pais pretendiam desligar os aparelhos que a mantinham viva, contrariando a indicação médica e, finalmente, o caso de Baby Doe I, em que os pais não permitiram a realização de cirurgia em seu filho, portador de Síndrome de Down e atresia de esôfago, o que o levou a falecer. A partir desses casos, percebeu-se a necessidade de formação de comitês hospitalares de bioética para lidar com ocorrências dessa natureza.

Para Loch e Gauer (2010, p. 100), os Comitês de Bioética são “[...] instâncias de apoio aos profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, com o objetivo de deliberar sobre a moralidade da prática clínica.” Essas deliberações são tomadas em um contexto pluralístico e interdisciplinar.

De acordo com Francisconi, Goldim e Lopes (2002, p. 147), o “[...] Comitê de Bioética pode ser definido como um corpo interdisciplinar de pessoas que têm por objetivo ensinar, pesquisar, prestar consultorias e sugerir normas institucionais em assuntos éticos.” Para os autores, significa um avanço nas organizações de saúde, visto que esses comitês assessoram os profissionais a tomar decisões em situações de conflitos de cunho ético.

Desse modo, tais comitês compõem-se de indivíduos de diferentes áreas de formação (profissionais área da saúde, da área jurídica, filósofos, teólogos e um membro da sociedade civil) e um representante da sociedade civil (para representar usuários e a comunidade), os quais

auxiliam os profissionais de saúde na reflexão, avaliação e elucidação de conflitos de valores morais, de forma a aprimorar o cuidado ao paciente. Para isso, é importante que sejam especialistas em bioética, com capacidade de realizar a reflexão moral e dispostos à constante atualização. A presença de diversos segmentos profissionais e sociais pretende imitar os múltiplos olhares que a sociedade possui acerca de um problema moral específico. (FRANCISCONI; GOLDIM; LOPES, 2002; LOCH; GAUER, 2010).

Dentre os casos que podem ser levados à consideração do Comitê de Bioética, podemos citar:

a) conflitos de conduta, quando pelo menos dois caminhos técnica e cientificamente corretos, mas com repercussões morais distintas, podem ser seguidos; b) suspensão de tratamentos que impliquem na morte do paciente – por exemplo, retirada do respirador daqueles em coma irreversível; c) conflitos entre a vontade das partes: paciente, sua família e equipe de saúde; d) ordens de não reanimar; e) malformações congênitas: interrupção de gravidez ou definição de limites de tratamento no recém-nascido; f) introdução ou retirada de medidas extraordinárias de tratamento em pacientes com mau prognóstico por variáveis médicas; g) problemas de confidencialidade e privacidade de pacientes da instituição, principalmente os HIV positivos. (FRANCISCONI; GOLDIM; LOPES, 2002, p. 151).

O procedimento de análise dos casos concretos é o seguinte: ao receber um caso, o Comitê o analisa cuidadosamente, formula dilemas morais suscitados pelo caso, contempla os elementos médico-morais de cada uma das alternativas possíveis, debate o caso entre os componentes do Comitê e oferece opções de conduta eticamente aceitáveis. Além disso, também busca aperfeiçoar o embate entre as participantes do cuidado ao paciente cujo caso é objeto de apreciação. (FRANCISCONI; GOLDIM; LOPES, 2002). Importante realçar que Loch e Gauer (2010) acreditam que, para uma deliberação prudente, deve-se privilegiar o debate e não desprezar as emoções, os valores e as crenças de todos os envolvidos.

Outro enfermeiro referenciou que não há uma apresentação formal do Comitê de Bioética aos ingressantes e, como consequência, os trabalhadores não são orientados sobre esse serviço e sua função. Por vezes, descobrem por outros meios, como podemos verificar nesse depoimento de E14:

Então, parece que tem um grupo, aqui no hospital, de profissionais que discute esses dilemas bioéticos. Mas desde que eu ingressei aqui, nunca - eu sei por outros motivos - [...] foi me passado de forma formal que [ele] existe e que eu posso contar com eles.

Loch e Gauer (2010, p.103) consideram ser "[...] necessário promover a visibilidade do Comitê de Bioética na instituição para que os solicitantes tenham fácil e rápido acesso à secretaria, dinamizando a formalização da consulta." A pesquisa realizada por Kawamura et al.

(2012), os quais analisaram o funcionamento do Comitê de Bioética de um Hospital Universitário, verificou a falta de divulgação das utilidades e funções do CB daquele hospital.

Dessa forma, uma sugestão interessante seria a construção de materiais informativos com esclarecimentos sobre o CB e, ainda, a apresentação dos novos trabalhadores aos membros do Comitê, de forma a dar evidência a ele e tornar menos formal esse contato.

O CB tem um fundamental papel educacional que, segundo Loch e Gauer (2010, p. 103), "[...] pode e deve ser mais amplo que a função consultiva." Devido à sua maior acessibilidade aos recursos institucionais e à sua ligação com a comunidade,

[...] pode identificar, reconhecer e discutir assuntos que trazem preocupações e dúvidas para a totalidade dos trabalhadores da instituição, estratégia que dá melhores resultados na formulação de políticas institucionais adequadas do que atuar a partir de casos isolados. (LOCH; GAUER, 2010, p. 103).

No entanto, estudos realizados por Kawamura et al. (2012) constataram que o CB do hospital analisado tinha como principal função a educação dos seus membros. No estudo referido, a função de promoção da educação continuada em bioética aos profissionais de saúde da instituição pareceu bastante deficiente. Nossa pesquisa também identificou essa deficiência, como podemos ver no depoimento de E16: *"[...] esse comitê deveria ser mais ativo, às vezes, fazer alguma educação, algum treinamento, alguma orientação para os trabalhadores. E isso a gente não tem, eu sinto falta disso."*

Nesse sentido, considerando a importância do papel educativo e o conhecimento aprofundado sobre questões éticas por parte dos membros do CB, é essencial o incremento de atividades de ensino, tanto na graduação como na pós-graduação dos cursos da saúde, de forma que os alunos passem a refletir sobre essas questões partindo de situações reais, ou seja, disciplinas integradas aos problemas éticos enfrentados no cotidiano dos discentes e profissionais. (LOCH; GAUER, 2010).

Por fim, devemos lembrar que o CB é uma instância que presta auxílio aos profissionais sobre assuntos relacionados a problemas éticos experienciados na prática clínica e não uma instância que disciplina ou julga esses trabalhadores. Nas palavras de Loch e Gauer (2010, p. 104), os Comitês de Bioética devem ser vistos pela comunidade hospitalar, especialmente, como "[...] uma instância presente, dinâmica e acolhedora, à qual possam recorrer sempre que houver conflitos éticos para os quais necessitem de apoio e de reflexão adicional."

4.3.6 Demanda por conhecimentos para atuação do enfermeiro na prática profissional

Nas palavras de Pessalacia et al. (2011, p. 394) “[...] o ensino da bioética é ainda um desafio para a educação brasileira.” Por conseguinte, como forma de averiguar a percepção dos entrevistados sobre o ensino da bioética, questionamos os enfermeiros participantes da pesquisa se, na sua percepção, sentiam necessidade de mais conhecimentos para o enfrentamento de conflitos bioéticos em seu cotidiano de trabalho. A partir do conteúdo das entrevistas, constatamos que 95% deles acreditam carecer de mais conhecimentos para encarar os dilemas bioéticos que presenciam durante sua prática laboral.

No entanto, ao serem interrogados sobre o ensino da bioética na sua formação, 81% informaram que esse ensino em nível de graduação não é suficiente para amparar sua prática profissional. Esse panorama pode sinalizar que a graduação não vem oferecendo os subsídios necessários ao desenvolvimento da reflexão, do pensamento crítico e de estratégias de enfrentamento de problemas com os quais os enfermeiros se deparam em sua vida profissional.

Conquanto, alguns enfermeiros mostraram-se preocupados em continuar buscando outros conhecimentos, como podemos aferir destes depoimentos: [...] *por mais que eu tenha estudado e já lido mais, sempre é bom ir se atualizando [...], porque as coisas vão mudando. (E8). [...] estou sempre buscando. Quando me deparo com alguma coisa no dia a dia, eu sempre procuro ler e ir atrás, buscar, mas [a gente] sabe que nunca esgota. (E9).*

Quando perguntamos aos entrevistados quais seriam os conhecimentos que acreditam ser necessários para o enfrentamento de dilemas bioéticos, foram citados os seguintes assuntos: terminalidade; cuidados paliativos; abordagem da família de paciente terminal; como manejar erros da equipe de saúde; até onde vai a atuação do profissional da saúde no serviço público; relações humanas; legislação relacionada à saúde e à profissão; mediação de conflitos com a equipe e/ou paciente; como solucionar os dilemas bioéticos; conceito de ética e bioética e aplicação dos princípios bioéticos, etc.

Dessa forma, percebemos um preterimento, por parte dos enfermeiros, dos assuntos ligados às ciências humanas. A reflexão filosófica não apareceu como uma necessidade, apesar de ser fundamental para o alcance das competências elencadas nos artigos 4º e 5º da Resolução nº 3 - a qual institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino de enfermagem - e, notadamente, para o entendimento da discussão bioética. Especialmente quando aplicada à área de saúde, a bioética necessita de bases filosóficas, antropológicas e sociológicas para sua compreensão e para que torne possível o raciocínio moral. Corroborando com esse

entendimento, Martins (2003) entende ser fundamental incluir nos currículos dos cursos da área de saúde conteúdos de aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos.

Os temas acima elencados demonstram que o conhecimento sobre bioética e relacionamento humano ainda são insuficientes, o que nos leva, mais uma vez, a insistir no papel educativo do Comitê de Bioética. A partir da participação em reuniões do Comitê, os profissionais, graduandos, residentes e pós-graduandos, poderão aprender a partir da observação, da troca de ideias/experiências e da análise da atuação dos membros do Comitê na resolução de conflitos bioéticos. Assim, os profissionais e estudantes teriam a oportunidade de vivenciar esses conflitos, os quais, mais tarde, poderão estar enfrentando no decorrer de sua vida profissional. Esse entendimento é reforçado por Pessalacia et al. (2011, p. 58) quando propõe a seguinte postura ao estudante na educação dialógica:

[...] [espera-se que o aluno] construa o seu conhecimento a respeito de um problema extraído da realidade, por meio da observação direta e/ou indireta, através de um olhar crítico. Valendo-se destas informações e dos conhecimentos científicos já construídos para elaborar e socializar uma explicação que, mesmo já existente, passa a ser a sua explicação para o fenômeno.

Os entrevistados apontam a necessidade de se adequar o ensino da bioética à realidade profissional do enfermeiro, trazer para a realidade do hospital e das suas diferentes unidades, de forma atualizada e não generalizada. Quer dizer, verificar quais são os dilemas existentes em cada uma das áreas de atuação do enfermeiro (na pediatria, na oncologia, nas unidades de cuidados críticos, nas emergências, etc.), analisar os mais comuns e, também, aqueles emergentes. É o que podemos depreender dos seguintes depoimentos: [...] *cada setor tem as suas particularidades, os seus principais dilemas éticos. (E14). Eu acho que, na verdade, a gente aprende uma coisa muito geral a respeito da bioética. Quando a gente vai para o dia a dia do trabalho, a gente acaba vendo que tem coisas muito específicas de cada setor e cada área. (E6). [...] eu entendo que, em cada cenário que tu vais trabalhar, tem um dilema diferente. Mas eu acho que faltou isso, permeado com outras disciplinas, com o adulto, com a criança. (E9). [...] já trabalhei em outros quatro lugares diferentes daqui e todos têm problemas semelhantes, mas cada local tinha um problema específico. [...] tem algumas particularidades em cada serviço. (E11).*

Zoboli e Sartório (2006) acreditam que aulas expositivas explicitam realidades longínquas dos conflitos experimentados pelos estudantes rotineiramente e, muitas vezes, não se coadunam às futuras práticas do enfermeiro. Corroborando com essa opinião e indo ao encontro do entendimento dos enfermeiros, Zanatta e Boemer (2007, p. 65) afirmam que "No

percurso da graduação, as questões éticas emergem advindas das especificidades das diferentes clínicas (pediátrica, obstétrica, cirúrgica e outras tantas)."

O modelo tradicional de ensino "[...] acaba por limitar o conhecimento ético em suas bases teóricas e deontológicas, não proporcionando reflexões voltadas para a prática profissional." (PESSALACIA et al., 2011, p. 397). Nesse sentido, Garanhani et al. (2005) apresenta algumas opções de atividades didáticas bastante apropriadas, ao nosso olhar, ao ensino da bioética e dentre elas está a metodologia da problematização com o arco de Magueréz, o qual se desenvolve em cinco etapas assentadas na realidade ou a partir de um recorte dela, a saber: observação da realidade e definição do problema; pontos-chave; teorização; hipótese de solução e aplicação à realidade. Outra opção, apresentada pelos autores, é o estudo de caso, no qual o professor escolhe um paciente com certa patologia ou agravo de saúde, estrutura um caso com dados clínicos que o paciente reuniria nas condições da doença a ser estudada e o estudante, sob orientação do professor, aplica o Processo de Enfermagem⁴⁶. Esse processo deve abranger a situação do indivíduo, família e comunidade e considerar os componentes sociais, políticos, econômicos, emocionais e éticos que envolvem a problemática objeto de estudo. Não obstante,

[...] assim como todas as demais atividades didáticas, a ação pedagógica não atingirá seus objetivos se for aplicada de forma acrítica, descontextualizada, fragmentada e dissociada dos princípios filosóficos e pedagógicos, dos processos psicológicos da aprendizagem e da construção do conhecimento e desenvolvimento integral de pessoas. (GARANHANI et al., 2005, p. 65).

Alguns enfermeiros acreditam que nos primeiros semestres da graduação - quando geralmente é ministrado o conteúdo - o aluno não possui maturidade para compreender a bioética em todas suas facetas e implicações. *A gente não está preparada naquela época, não sabe o que vai enfrentar na vida profissional. (E2). Eu só acho que poderia ser passado [...] no final do curso. No início a gente está muito imaturo para receber a informação. (E18). [...] teria que ter mais semestres [...], mais próximos do final. (E14). [...] no final do curso seria um fechamento adequado [...], você já tem maturidade de enxergar qual [...] é a necessidade daquela matéria. (E18).* Nessa perspectiva, reafirmamos a percepção de Garanhani et al. (2005), quando infere que a atividade pedagógica não alcançará seus objetivos se não for

⁴⁶ O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico-assistencial da prática do enfermeiro, que sistematiza a assistência e estimula que os enfermeiros usem o raciocínio clínico e o pensamento crítico na tomada de decisões no cuidado e no planejamento da assistência. É formado por cinco etapas: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico); diagnóstico de enfermagem (identificar respostas do paciente a situações de saúde e doença); planejamento de enfermagem (fixar resultados que se espera alcançar), implementação de enfermagem (execução das ações e orientações planejadas) e, por fim, a avaliação de enfermagem (avaliação e reavaliação contínua das mudanças na resposta da pessoa). (OLIVEIRA, 2016).

empregada considerando-se os processos psicológicos da aprendizagem, da edificação dos saberes do desenvolvimento integral do aluno.

Alguns dispositivos legais e legítimos, tais como a Declaração Universal de Direitos Humanos e Bioética (DUDHB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) já enfatizam a “[...] necessidade de se incluir a bioética como tema transversal, com estreita articulação com a proposta pedagógica de comprometimento social.” (PASSALACIA et al., 2011, p. 394). A Universidade Estadual de Londrina, adota, em seu projeto pedagógico, a bioética com um tema transversal no currículo, como podemos verificar em Garanhani et al. (2005). Ferreira (2006) também sugere a transversalidade no ensino da ética e da bioética, acrescentando a necessidade de o docente auxiliar no desenvolvimento da criticidade do estudante.

Nessa perspectiva, o ensino da bioética é um elemento fundamental na formação dos enfermeiros, demandando o desenvolvimento de competências políticas, sociais, técnicas e, principalmente, éticas. Além disso, Mascarenhas e Rosa (2010, p. 369) acreditam que

[...] o caráter interdisciplinar assumido pela bioética requer mudanças metodológicas no seu ensino aos graduandos de enfermagem e, dentre elas, está a abordagem transversal dos seus conteúdos, ou seja, a integração das diversas áreas do currículo de formação do enfermeiro à educação moral, já que uma única disciplina não consegue fornecer os subsídios ético-morais necessários para o desenvolvimento moral do aluno efetivamente relacionado com a sua prática cotidiana.

Waldow (2009) considera importante um ensino voltado para o cuidado, o qual oportunizará aos estudantes o desenvolvimento de posturas éticas. Além disso, a autora aposta em um ensino organizado em torno de quatro aprendizagens fundamentais, conhecidos como “pilares do conhecimento” e apresentados no Relatório para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, em 2010: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e aprender a ser. Waldow (2009) também faz referência às competências como forma de utilizar, integrar e mobilizar saberes para o enfrentamento de situações complexas.

Assim, percebemos que as transformações trazidas pelo atual perfil epidemiológico da população brasileira, aliada à evolução técnico-científica, especialmente no que se refere aos cuidados em saúde, mostram a necessidade de novos perfis profissionais. No entanto, para que essa mudança de perfil venha a ocorrer é necessário que se processem modificações no ensino, ou seja, que se adapte o currículo dos cursos de graduação, para que esteja de acordo com as novas demandas educacionais e o futuro profissional possa se desenvolver de forma crítica,

reflexiva, criativa e ética. (MASCARENHAS; ROSA, 2010). No entanto, concordamos com Garanhaní et al., (2005, p. 69) os quais afirmam que a opção por determinada concepção curricular não é uma simples opção técnica, "[...] trata-se de uma decisão ética, a qual requer uma postura política por parte dos atores sociais envolvidos."

Nesse sentido, ao profissional de saúde não basta conhecimento científico e habilidades técnicas, é necessário que tenha um embasamento ético-moral consistente. (ZANATTA; BOEMER, 2007).

Finalmente, sobre o ensino da bioética, Mascarenhas e Rosa (2010), sugerem: a) que esse ensino seja articulado com a vivência prática do estudante; b) uso de metodologias ativas, tanto na abordagem de conflitos do cotidiano como no enfrentamento de dilemas éticos, e c) docentes que lecionam esse conteúdo nos cursos superiores de enfermagem devem ampliar seus conhecimentos filosóficos, visando contemplar não só aspectos normativos e deontológicos da profissão, mas, especialmente, oportunizar a edificação desse conhecimento à luz de princípios e valores morais, de maneira a conduzir os graduandos à reflexão crítica acerca dos problemas (bio)éticos que tangenciam sua prática. Também é recomendado que o docente tenha domínio dos conteúdos e propicie aos estudantes boas fontes bibliográficas, as quais despertem neles o encanto pela leitura e análise crítica sobre sua atuação. A esse propósito, Araújo, Jorge e Moreira (2009, p. 560) ainda sugere o redimensionamento “[...] da prática docente da ética/bioética, contemplando os aspectos filosóficos, sociais e psicopedagógicos do educador, com o objetivo de facilitar a reflexão e a aplicação destes conhecimentos no processo de formação da enfermagem.”

No entendimento de Siqueira (2003), o ensino da bioética deve basear-se em atividades com grupos pequenos, evocando métodos interativos e participativos. Outrossim, deve ponderar todas as dimensões do problema apresentado e, sobretudo, recorrer ao debate como método de aprendizado.

No transcorrer das entrevistas foi possível constatar que o ensino da bioética não é valorizado pelos alunos e profissionais até que se deparem com situações dilemáticas na sua prática profissional. Os problemas bioéticos estão presentes em todos os palcos onde o enfermeiro atua, seja na baixa complexidade, seja na alta complexidade dos serviços de saúde e perpassam todos os ciclos de desenvolvimento do indivíduo. Dessa forma, o ensino da bioética deve abarcar aqueles conflitos existentes na maior parte dos possíveis locais de atuação do enfermeiro e avançar em todas as fases do desenvolvimento humano, além de possibilitar ao estudante e/ou profissional uma visão abrangente, crítica e reflexiva sobre seu exercício.

Ocupar-se desse campo do conhecimento exige reorientação conceitual-metodológica utilizada na docência, além do redirecionamento de metodologias e adoção de atitudes no ensino de ética. Como se não bastasse, ainda há o desafio da contemporaneidade de se adequar esse ensino à LDB, às DCENF e, sobretudo, às transformações ideológicas do paradigma assistencial sugerido pelo SUS e às mudanças sociais, econômicas, culturais e éticas experimentadas hodiernamente. (ARAÚJO; JORGE; MOREIRA, 2009).

Lima et al. (2011) reafirma a importância de a formação ser desenvolvida por meio de habilidades e competências, a qual propicia ao aluno a articulação de diferentes conhecimentos para o enfrentamento de problemas no cotidiano. Ademais, os autores acreditam que, seguindo as indicações das DCENF, será viável a formação de enfermeiros “[...] críticos, reflexivos, criativos, com compromisso político e capazes de enfrentar problemas complexos na área de saúde.” (LIMA et al., 2011, p. 1112).

Sabemos que modificar os moldes tradicionais do ensino de bioética requer flexibilidade e criatividade, além de rompimento de concepções tradicionais que abreviam a ética à arena normativa da conduta humana. No entanto, a prática educativa está em constante estruturação e requer dos envolvidos capacidade, disponibilidade e disposição para esse processo. (GARANHANI et al., 2005; PASSALACIA et al., 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço do conhecimento científico e tecnológico na área das ciências biológicas e da saúde trouxe um paradoxo importante para o ser humano. Ao mesmo tempo em que promete melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, pode trazer consequências calamitosas para a humanidade e para o planeta caso esse conhecimento não seja adequadamente manejado. Partindo dessa compreensão, surge a necessidade de “[...] uma nova sensibilidade humana que leva a cuidar, zelar, promover dignidade humana e qualidade de vida.” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 22).

Dessa forma, ao adentrarmos no cenário da saúde e, mais especificamente, na realidade vivenciada pelos profissionais de saúde nas instituições de saúde, percebemos a importância da discussão sobre a temática relacionada à bioética, uma vez que o trabalho cotidiano da equipe de saúde é concretizado em ocasiões em que a ética e a bioética se fazem presentes grande parte do tempo. (RAMOS et al., 2010). Nessa perspectiva, Koerich, Machado e Costa (2005, p. 110) asseveram que,

Como nosso trabalho é realizado em um ambiente complexo (instituição de saúde ou comunidade), nele, todas as nossas ações (modo de ouvir, olhar, tocar, falar, comunicar e realizar procedimentos), são questionáveis do ponto de vista ético. A maneira como nos relacionamos com colegas de trabalho, clientes e familiares (dos clientes e nossos) podem influenciar o resultado do nosso trabalho.

No entanto, apesar de sua importância incontestável, verifica-se uma escassez de pesquisas que relacionem ética/bioética ao processo de formação do enfermeiro no Brasil. (RAMOS et al., 2010).

Preocupada com os limites da intervenção do homem sobre a natureza e sobre si mesmo, a bioética abarca questões relacionadas à vida e aos valores humanos. Assim, surgem dúvidas quanto aos usos das tecnociências, questões complexas, uma vez que não correspondem a questões técnicas, mas éticas. (MALAGUTTI, 2007).

Partindo-se da realidade multifacetada do campo da saúde, a presente pesquisa objetivou investigar se a formação recebida nos cursos de graduação em enfermagem oportuniza ao enfermeiro os conhecimentos e instrumentos necessários para o enfrentamento de dilemas bioéticos encontrados no contexto hospitalar. Dessa forma, a partir das entrevistas realizadas, percebemos as diversas dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a realização do processo de cuidar no seu dia a dia profissional. As dificuldades estão relacionadas: à falta de sustentação teórica para o enfrentamento dos dilemas (bio)éticos que vivenciam; a questões de

infraestrutura e recursos (humanos e materiais) e, ainda, aos problemas de relacionamento interpessoal, seja com a própria equipe de saúde, seja com os pacientes e a seus familiares.

Acerca do ensino da bioética na graduação, foi possível depreender que, na opinião dos enfermeiros do hospital cenário de pesquisa, não se configurou em um estudo consistente, pertinente, contextualizado e abrangente, que explicitasse a realidade prática do profissional. Percebemos, baseados nas entrevistas, que o destaque maior na graduação foi para a ética, em uma visão mais normativa e deontológica do que crítica e reflexiva. Também constatamos que não foram mencionados pelos entrevistados temas emergentes no campo da bioética, como a engenharia genética, pesquisas com células tronco, clonagem terapêutica e reprodução humana assistida, talvez por não fazerem parte, ainda, das vivências daqueles profissionais. Percebemos, deste modo, que é na prática do enfermeiro que ele realmente compreende os diversos impasses trazidos pelo desenvolvimento da biomedicina, o que mostra a importância de grupos e espaços de discussão sobre problemas bioéticos cotidianos vivenciados pelas equipes de saúde, preferencialmente em uma abordagem multi, pluri e interdisciplinar.

Importante destacar que este estudo não teve como objetivo analisar os currículos, os projetos político-pedagógicos ou os planos de ensino das IES que possuem o curso de enfermagem, uma vez que buscou captar a real percepção dos profissionais sobre o ensino da bioética, por considerar fundamental ouvir os protagonistas do processo de cuidado, de forma a reorientar o ensino partindo-se da realidade vivida. No entanto, consideramos oportuno que futuras pesquisas explorem essa dimensão, de forma a constatar as fragilidades inerentes ao processo pedagógico e adequar o ensino da ética e da bioética às necessidades dos profissionais e à atual realidade do sistema de saúde

Acerca dos mecanismos de suporte ao profissional para o enfrentamento de dilemas bioéticos, parece-nos, igualmente, que falta visibilidade ao Comitê de Bioética no hospital, especialmente por ele não ter sido lembrado como um mecanismo de apoio para tomada de decisões dilemáticas por parcela considerável (72%) dos enfermeiros lotados em unidades críticas do hospital, onde, devido à gravidade dos pacientes e ao intenso uso de tecnologias, existem maiores chances de ocorrerem dilemas bioéticos. Nesse sentido, torna-se essencial a sua ampla divulgação e presença, especialmente alavancando ações educativas sobre a temática. Além disso, destacamos a importância da ampliação dos espaços de discussão bioética sobre os dilemas éticos que contornam a profissão para professores, alunos e profissionais, sobretudo como forma de estimular o diálogo interdisciplinar e a construção de uma moral refletida nos estudantes e profissionais.

No tocante aos principais conflitos ou dilemas bioéticos experienciados pelos enfermeiros, verificamos que diziam respeito, especialmente, às questões atinentes ao fim da vida. Esses conflitos existem por dificuldades na distribuição equitativa de recursos para o tratamento da doença, os quais são limitados. Entendemos que os enfermeiros, conscientes do direito constitucional à saúde e dos princípios do SUS, sentem-se desconfortáveis em ter que optar por qual dos pacientes terá direito ao tratamento terapêutico de forma mais célere, quando não é possível o atendimento concomitante. Nesses casos, precisam recorrer a critérios objetivos de escolha, tais como a gravidade do paciente.

Os entrevistados também deixaram transparecer um sentimento de insegurança quanto ao tratamento dispensado aos doentes terminais. Foi perceptível que, em certos casos, havia colisão de valores e eles apresentavam hesitações em saber qual a ação correta a fazer. Essa situação demonstrou ser geradora de sofrimento para os profissionais. Não obstante, o estudo ajudou a promover a reflexão dos participantes e pesquisadores sobre o agir do enfermeiro à vista de conflitos e dilemas éticos. Dessa forma, configurou-se em um estímulo à análise crítica dos problemas que emergem da práxis do enfermeiro e ao aprimoramento dos conhecimentos e competências para tomada de decisão ética.

O ensino da ética e da bioética deve ser ressignificado para o aluno, deixando de lado o enfoque deontológico e preocupando-se, de forma especial, com o desenvolvimento de valores morais, intrínsecos ao ser humano, de maneira a aprimorar os valores da profissão e humanizar o processo de cuidar. Nesse sentido, Waldow (2009, p. 184), acredita que “[...] as tendências na área de educação em enfermagem são fruto de uma nova realidade que se vive, dos movimentos sociais e dos novos paradigmas que se impõem integrando novos tipos de conhecimentos e atitudes.” Assim, a educação na área de saúde deve ser pensada como uma educação crítica, contestadora que enfoque a práxis e esteja voltada para a transformação social. Nesse sentido, cabe ao docente a função de facilitador dessa formação, baseado, também, nos problemas práticos que se evidenciam no dia a dia do trabalhador de saúde. (WALDOW, 2009; ARAÚJO; JORGE, MOREIRA, 2009; PASSALACIA et al., 2011).

O ensino na área de saúde ainda é marcado por uma

[...] ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência [...] em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença, produzindo um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente. (MITRE et al., 2008, pp. 2135).

É importante que, antes, seja valorizada a formação humana e moral do estudante, para que os futuros profissionais desenvolvam e aprimorem a dimensão ética e estética do cuidado ainda durante a formação inicial.

A bioética constitui-se em uma temática ampla e emergente no panorama educacional brasileiro, diretamente relacionada à diversidade cultural e moral do mundo atual. Essa diversidade associada à velocidade com que se processam as transformações na sociedade contemporânea, exige que se rediscutam os processos de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é precário que a bioética seja abordada de forma pontual, generalista, descontextualizada e acrítica. É fundamental que os docentes sejam especialistas na área ou, ao menos, tenham profundos conhecimentos sobre a temática e saibam problematizá-la, extrapolando aulas expositivas e fragmentadas que limitam a capacidade de compreensão dos estudantes e que, ao invés, invistam na transversalidade, em metodologias ativas, capazes de potencializar a reflexão, a autonomia e o aprendizado do futuro profissional. Além disso, o ensino deve, também, ser capaz de aprimorar a consciência individual e coletiva do estudante, desenvolvendo a sua dimensão cidadã e ultrapassando os limites de um ensino eminentemente técnico.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ARAÚJO, J. L.; JORGE, M.S.B.; MOREIRA, M. M. O ensino da ética e da bioética no processo de formação do enfermeiro frente às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Cogitare enfermagem**. Curitiba, jul/set, p. 559-563, v. 14, n. 3, 2009. Disponível: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16190/10708>> Acesso em: 17 de julho de 2016.

AZEVÊDO, E. E. de S. Ensino da bioética: um desafio transdisciplinar. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. São Paulo, trim, p. 127- 138, v. 2, n.2, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v2n2/07.pdf> > Acesso em: 11 de maio de 2017.

BARCHIFONTAINE, C. de P. de; PESSINI, L.(Org.) **Bioética: alguns desafios**. São Paulo: Loyola, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BETIOLI, A. B. **Bioética, a ética da vida**. São Paulo: LTr, 2013.

BIONDO, C. A.; SILVA, M. J. P. da; SECCO, L. M. D. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 613-619, oct. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4046>>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, abril de 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200005&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 04 de maio de 2017.

BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1995.

BORDIGNON, S. S. et al. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n.1, v. 19, jan./mar., p. 94-99. 2011. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a16.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

BRASIL. Associação brasileira de transplantes de órgãos. **Entenda a doação de órgãos**. 2002. Disponível em: < <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/entendadoacao.pdf> >. Acesso em: 04 de junho de 2017.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 27 de novembro de 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973.** Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm>. Acesso em: 27 de novembro de 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 27 de novembro de 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Lei nº 8.697, de 28 de dezembro de 1994.** Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8967.htm>. Acesso em: 27 de novembro de 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 311/2007.** Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 27 de novembro de 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, DE 7 de novembro de 2001.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em 17 de julho de 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890.** Crêa no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Coleção de leis do Brasil – 1890, p. 2456, vol. Fasc. IX. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 17 de maio de 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. cap. 4.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 314 de 06 de setembro de 1994.** Currículo mínimo para o curso de enfermagem. Disponível em:

<<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cd000653.pdf>>. Acesso em 17 de maio de 2016.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 1.133 de 07 de agosto de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em 17 de maio de 2016.

_____. Ministério da Educação e Desporto. **Portaria nº 1.721 de 15 de dezembro de 1994**. Disponível em:
<http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19>
Acesso em 17 de maio de 2016.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira. Diretoria de Estatísticas Educacionais. **Resumo técnico: censo da educação superior 2013**. Disponível em:
<http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2013/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2013.pdf> Acesso em: 20 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>>. Acesso em: 13 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no sistema único de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012**. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 19 outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/crmonline/publicacoes/atencao_humanizada.pdf> Acesso em 20 de dezembro de 2016.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923**. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. (REVOGADO). Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm>. Acesso em 17 de julho de 2017.

_____. **Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961**. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Disponível em:
<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50387-28-marco-1961-389972-norma-pe.html>>. Acesso em 17 de julho de 2017.

_____. Presidência da República. **Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955**. Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L2604.htm Acesso em 17 de julho de 2017.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 17 de julho de 2017.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em 17 de julho de 2017.

BURGATTI, J. C.; BRACIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. de C. Problemas éticos vivenciados no estágio curricular supervisionado em enfermagem em um currículo integrado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n. 4, p. 937-942, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0937.pdf>>. Acesso em: 19 outubro de 2016.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CAMPOS, E. L.; ZOBOLI, P. Os enfoques da bioética e a intervenção em enfermagem em saúde coletiva. **Cadernos Centro Universitário S. Camilo**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 51-56, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/cadernos/39/os_enfoques_da_bioetica.pdf>. Acesso em: 19 outubro de 2016.

CAMPOS, W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARDOSO, M. M. V. N.; MIRANDA, C. M. L.. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n.3, p. 339-348, jul/set., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n3/v52n3a03.pdf>>. Acesso em: 20 novembro de 2016.

CARNEVALE, F. Considerações éticas em enfermagem pediátrica. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v.12, n. 1, p. 37-47, São Paulo, julho, 2012. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol12-n1/v.12_n.1-art4.pesq-consideracoes-eticas-enfermagem.pdf>. Acesso em: 21 novembro de 2016.

CARVALHO, K. K. de; LUNARDI, V. L. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 308-313, June 2009. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4003>>. Acesso em 04 de agosto de 2017.

CASTANHO, M. E. Professores do ensino superior da área de saúde e sua prática pedagógica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 6, n.10, p. 51-62, mensal. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100005> Acesso em: 27 de dezembro de 2015.

CASTILHO, E. A. de; KALIL, J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, MG, v.38, n.4, p.344-347, jul./ago., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v38n4/a13v38n4.pdf>>. Acesso em: 19 outubro de 2015.

CERRI, Andréia et al. Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 3, set. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24222>>. Acesso em 17 de maio 2017.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CORREIA, F. de A. de. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI; BARCHIFONTAINE. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. p. 30-49.

CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2012.

CUNHA, M. de F. Diz F. da. **Bioética e direitos humanos na formação de enfermeiras**. Salvador, 2008. 118p. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

CUTOLO, L.R.A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis, v.35, n. 4, p. 16-24, trim. 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em 29 de maio de 2017.

DAHER, D. V. **Por detrás da chama da lâmpada: a identidade social do enfermeiro**. Niterói: EdUFF, 2000.

DEMO, P. **Conhecer & aprender: sabedoria dos limites e desafios**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DALMOLIN, G. de L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 35-4-, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a006.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

_____. **Educar pela Pesquisa**. 6ª Ed. São Paulo: Autores Associados, 2003.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1154-1155, Oct. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. Tradução: Nicolás Nyimi Campanário, 4ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2012.

FAKIH, F. T.; FREITAS, G. F. de; SECOLI, S. R. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 132-

135, Feb. 2009 . Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/20.pdf> >. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

FERNANDES, J. D.; REBOUCAS, L. C. Uma década de diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília , v. 66, p. 95-101, Set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

FERREIRA, A. B. de H. **Míni aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ª Ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2010.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v.19, n.3, p. 328-331, bimestral, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a12v19n3.pdf>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2015.

FERRER, J.J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. (Org.). **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FRANÇA, S. X. I. de; BAPTISTA, S. R.; BRITO, V.R. de S. Dilemas éticos na hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023827019.pdf>>. Acesso em 22 de maio de 2017

FRANÇA, D.; REGO, G.; NUNES, R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. **Revista bioética**, Brasília, v.18, n.2, p. 469-481, quadrimestral, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/577/551>. Acesso em 22 de maio de 2017.

FRANCISCONI, C.F.; GOLDIM, J.R.; LOPES, M.H.I. O papel dos comitês de bioética na humanização à saúde. **Revista bioética**, Brasília, v.10, n.2, p.147-157, quadrim. 2002. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/219/220>. Acesso em 07 de junho de 2017.

FREITAS, G. F. de; OGUISSO, Taka. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 34-40, Mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de maio de 2017.

FRIGOTTO, G. O enfoque dialético materialista histórico na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (Org.) **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 69-90

FONSECA, J. J. S. da. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará: UECE Departamento de Ciências Humanas/, 2002. 127f. Apostila. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo20121/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

FORTES, P.A. de C.; ZOBOLI, E.L.C.P. (Org.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003.

FROMM, E. **A revolução da esperança**. São Paulo: Linoart Ltda, 1968.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a12> > Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

GAMBOA, S. A. S. **Pesquisa em educação: métodos e epistemologias**. Chapecó, SC: Argos, 2012.

GARANHANI et al. Princípios pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de enfermagem. In: DELLAROZA, M.S.G.; VANUCHI, M.T.O. **O currículo integrado do curso de enfermagem da universidade estadual de Londrina: do sonho à realidade**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 35-57.

GARANHANI, M.L.; VALLE, E.R. M. do. **Educação em Enfermagem: análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidegger**. Londrina: Eduel, 2010.

GARRAFA V.; KOTTOW, M.; SAADA, A.(Org.). **Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006.

GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem, som: um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002 (2010).

_____. **História da Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempo de mudança. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n° 4, p. 365-368, jul./ago. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a10v56n4.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999 (2008).

GOLDIM, J. R. **Modelos explicativos utilizados em bioética**, 1999. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/modelos.htm>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2016.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. Tradução: Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010.

HOGEMANN, E.R.R.S. **Conflitos bioéticos: o caso da clonagem humana**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2003.

HOPPEN, N.; LAPOINTE, L.; MOREAU, E. Um guia para a Avaliação de Artigos de Pesquisa em Sistemas de Informação. **REAd**, Porto Alegre, RS, v.2, n.2, p. 1-34, nov. 1996. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19397/000300124.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 1 de outubro de 2015.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. [CD-ROM]. 2009.

HUSSERL, E. **A crise da humanidade europeia e a filosofia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

JUNIOR, R. T. Aborto até o terceiro mês não é crime, decide turma do Supremo. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 1 dez. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/11/1836895-aborto-ate-o-terceiro-mes-nao-e-crime-decide-turma-do-supremo.shtml>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

KAWAMURA, K. et al. Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades. **Revista bioética**, Brasília, v.20, n.1, p. 140-149, quadri. 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/720/745> Acesso em: 05 de junho 2017.

KAUFMANN, R. F. M. **Colisão de direitos fundamentais: o direito à vida em oposição à liberdade religiosa: o caso dos pacientes Testemunhas de Jeová internados em hospitais públicos**. 2007. Disponível em: <http://dspace.idp.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/535/Direito%20Publico%20n162007_Roberta%20Fragoso%20Menezes%20Kaufmann.pdf?sequence=1> Acesso em: 05 de junho 2017.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

KOERICH, M.S.; MACHADO, R.R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & contexto – enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p. 106-110, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>>. Acesso em: 11 de junho de 2017.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

LANGON, M. **Problemas bioéticos**: elementos para la discusión. Montivideo, Comisión Nacional del Uruguay para la UNESCO, 2008.

LARA, G. F.; PENDLOSKI, J. Os enfermeiros diante do dilema ético: transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová. **UNINGÁ Review**, Maringá, v. 16, n. 1, online, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131010_130543.pdf>. Acesso em: 11 de junho de 2017.

LIMA, A. de F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.36, n. 1, p. 27-33, periodicidade, 2012. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/02.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

LIMA, J. de O. Roque e et al. A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil. **Interface, comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.15, n. 39, p. 1111-1125, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop3211.pdf>>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

LIMA, M. A. D. da S. Ensino de enfermagem: retrospectivas, situação atual e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 47, n. 3, p. 270-277, jul/set, 1994. Brasília. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v47n3/v47n3a08.pdf>> Acesso em: 20 de outubro de 2015.

LIMA, M. J. de. **O que é enfermagem?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

LOCH, J.de A.; GAUER, G.J.C. Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. **Revista da AMIRGS**, Porto Alegre, v.54, n. 1, p. 100-104, jan./mar. 2010. Disponível em:<http://www.amrigs.org.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf> Acesso em: 07 de junho de 2017.

LÜDCKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. de. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E. P. U, 1986.

LUNA, S. V. de. O falso conflito entre tendências metodológicas. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (Org.) **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 21-34.

LUNARDI, V. L. Bioética aplicada à assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 655-664, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n4/v51n4a10.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

LUNARDI, V. L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 493-497, june 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2460>>. Acesso em: 11 março 2017.

MALAGUTTI, W. (Org.) **Bioética e enfermagem**: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. da. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, São Paulo, v.15, n.2, p. 58-60, trim. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/14139979/2010/v15n2/a58-60.pdf>> Acesso em: 11 março 2017.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Psychiatry on line Brazil*, v.8, n. 7, p. 1620 – 1625, mai. 2003. Disponível em: < http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php >. Acesso em: 22 de junho de 2017.

MASCARENHAS, N.B.; ROSA, D. de O.S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. *Texto&contexto – enfermagem*, Florianópolis, v.19, n.2, p.366-371, abr./jun. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/19.pdf>>. Acesso em: 13 de junho de 2017.

MATTIA, A.L. de. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Bioéticos*, São Paulo, v. 4, n.1, p. 66-74, jan./mar. 2010. Disponível em:< <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/66a74.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

MAURÍCIO, L.F.S. et al. Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. *Revista latino-americana de enfermagem*, São Paulo, v. 25, p. 1-7, jan., 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2854.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. Tradução de: Regina Machado Garcez.

MENDES, K. D. S. et al . Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto & contexto enfermagem.*, Florianópolis , v. 21, n. 4, p. 945-953, Dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de abril de 2017.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MITRE et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de junho de 2017.

MORA, J. F. **Dicionário de Filosofia**. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 11 de maio de 2017.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*. São Paulo , v. 20, n. 4, p. 422-

428, Dez. 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2008000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de abril de 2017.

NIETSCHE, E. A. (Org.) **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais da saúde: desafios, compromissos e utopias**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2009.

NOGARIO, A.C.D. et al. Ações dos enfermeiros nos exercícios da advocacia do paciente internado em um centro de queimados. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.4, p. 580-588, bim. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0580.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

NOGARO, A.; EIDT, P. Ética e prática educativa na sociedade líquida. **Revista educação PUC-Campinas**, Campinas, v. 20, n. 2, p.155-165, maio/ago., 2015. Disponível em:<<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2722/2162>>. Acesso em: 11 de maio de 2017.

NUNES, C. R. R. **O ensino de bioética: uma perspectiva aristotélica**. Curitiba: Appris, 2014.

OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

OGUISSO, T., SCHMIDT, M. J. **O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

OLIVEIRA, F. **Bioética: uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna, 1997.

OLIVEIRA, M.A.N.; ROSA, D.O.S. Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v.30, n.1, p. 344-355, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14237/pdf_33>. Acesso em: 22 de maio de 2017.

OLIVEIRA, W. I. A. de; AMORIN, R. da C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.2, p. 191-198, jun., 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00400.pdf> Acesso em: 03 de junho de 2017.

OLIVEIRA, R.G. de. **Blackbook enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 17. ed. Campinas: Papirus, 2012.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M. de F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n. 3, p. 478-484, periodicidade, 2007.

Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/742.pdf> > Acesso em: 03 de junho de 2017.

PASSALACIA, J. D. R. et al. Perspectivas do ensino de bioética na graduação em enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.64, n. 2, p. 393-398, abr., 2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200029&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 de novembro de 2016.

PASSOS, E. S. A ética na enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.48, n. 1, p. 85-92, Mar. 1995. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471671995000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de novembro de 2016.

PEQUENO, M. Ética Educação e Cidadania. In: ZENAIDE, M. de N. T. et al. **Fundamentos histórico-filosóficos e político-jurídicos da educação em direitos humanos**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2008.

_____. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2008.

PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A nova edição (4ª.) da Enciclopédia de Bioética. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.8, n.4, p. 359-364, out./dez. 2014. Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155567/Editorialpt.pdf> > Acesso em: 12 de novembro de 2015.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.3, p.509-514, bim. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_21.pdf> Acesso em: 22 de maio de 2017.

POTTER, V. R. **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Loyola, 2016. Tradução: Diego Carlos Zanella.

RAMOS, D. L. de P. **Bioética: pessoa e vida**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

RAMOS, F. R. S. et al. Motivações e experiências do ensino da ética/bioética em enfermagem. **av.enferm.**, Bogotá, v. 28, n. 2, p. 40-47, Dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de Junho 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

RODRIGUES, A. B. **O guia da enfermagem: fundamentos para assistência**. São Paulo: Iátria, 2011.

ROMANO, R.A.T. **Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica:** a experiência da construção coletiva de um currículo integrado. 1999. 177f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

ROZA, B.A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.3, p. 417-422, mai./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a17.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M.; CONTI, C. de C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 2, p. 223-8, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a11.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2017.

SANT'ANNA, S.R.; ENNES, L.D. **Ética na enfermagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

SANTIAGO, M. M. de A.; PALÁCIOS, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. **Revista brasileira de enfermagem**, v.59, n.3, p. 349-353, mai.-jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a18v59n3.pdf>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2015.

SANTOS, M. A. dos. **Natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: USP, 2006.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 217-221, mar./abri., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200018> Acesso em: 27 de dezembro de 2015.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 39. ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

_____. **Pedagogia histórico-crítica:** primeiras aproximações. 10 ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. 3. ed. São Paulo: Editora da universidade São Paulo, 2008.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética:** fundamentos e ética biomédica I. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2009.

SHIMIZU, Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, junho de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 de abril de 2017.

- SILVA, F. S. da; PACHEMSHY, L. R.; RODRIGUES, I. G. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Revista brasileira de terapia intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-154, junho de 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2009000200006&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em: 23 de abril de 2017.
- SILVA, J. da. **Responsabilidade civil do enfermeiro**. João Pessoa: Joacir Silva, 2006.
- SILVA, J. V. da et al. **Bioética: uma visão multidimensional**. São Paulo: Editora Iátria, 2010.
- SILVA, M. G. et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto&contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n.1, p. 176-184, Jan-Mar., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2015.
- SILVA, P. F. **Percepções dos alunos de ensino médio sobre questões bioéticas**. 2001. 131p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- SILVEIRA, C. A.; PAIVA, S. M. A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.10, n.1, p. 176-183, jan./mar., 2011. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967/pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2015.
- SIQUEIRA, José Eduardo de. Ensino de ética no curso de medicina. **Revista da associação médica brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 128, Junho, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302003000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Junho 2017.
- SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M.C.S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista brasileira de enfermagem, Brasília**, v.47, n.2, p. 108-117, abr./jun., 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v47n2/v47n2a04.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.
- SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situações de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 19, n.4, out./dez., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a13v19n4.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.
- TAYLOR, C. R. et al. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem 7ª ed**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- TEIXEIRA et al. Enfermagem. In: HADDAD, A. E. (org.) et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2006. p. 141-168.
- TEIXEIRA et al. Panorama dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil na década das diretrizes curriculares nacionais. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n. esp., bim. 2013.

Disponível em:<http://www.abennacional.org.br/home/panorama_reben2013.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

TRIGUEIRO, T.H.; LABRONICI, L.M.; RAIMONDO, M.L.; PAGANINI, M.C. Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.9, n.4, trim., 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13824/7190> >. Acesso em 20 de maio de 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS, M. A. de O. **Bioética em discurso**: efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeiro/a na terapia intensiva. Florianópolis, 2008, 172 p. Tese, Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VÁSQUEZ, A. S. **Ética**. 34ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

VEIGA, I. P. A. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. In: _____ (Org.). **Projeto político-pedagógico da escola**. 12ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WALDOW, V.R. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 182-188, trim. 2009. Disponível em:< https://www.saocamilos-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf >. Acesso em: 19 de junho de 2017.

WATSON, J. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Portugal: Lusociência, 2002.

WERNECK, V. R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio, avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 51, p. 173 -196, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n51/a03v1451.pdf>> Acesso em: 29 de dezembro de 2016.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZANATTA, J.M.; BOEMER, M.R. Bioética: uma análise sobre sua inserção nos cursos de graduação em enfermagem em uma região do Estado de São Paulo, **Bioéticos**, São Paulo, v.2, n.1, p. 63-69, trim.2007. Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/57/bioetica_uma_analise_sobre_a_insercao.pdf> Acesso em: 13 de junho de 2016.

ZIMMERMANN, M. H. **A bioética na formação do enfermeiro**: contribuições para um cuidado mais humanizado. Curitiba, 2006. 176 p. Dissertação de Mestrado, Mestrado em

Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

ZOBOLI, E. L. C. P, SARTORIO, N.A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. Mundo Saúde, v.30, n. 3, p. 382-397, jul./set. 2006. Disponível em <https://ppgnut.fanut.ufg.br/up/240/o/bioetica_e_enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A –

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Eu,....., nacionalidade....., anos, estado civil, enfermeiro (a), residente no endereço, portador de cédula de identidade número, estou sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar do estudo **A relação teoria-prática na formação do enfermeiro e a solução de dilemas (bio)éticos no cotidiano laboral** e que tem como objetivo investigar se a formação oferecida nos cursos de enfermagem oportuniza ao enfermeiro hospitalar os conhecimentos e instrumentos necessários para o enfrentamento dos dilemas (bio)éticos encontrados no cotidiano laboral. Acreditamos que essa pesquisa seja importante pois possibilitará detectar se o ensino da bioética na graduação de Enfermagem contempla as necessidades de uma formação crítica, de forma que o enfermeiro possa intervir no atual cenário, de forma condizente com a complexidade das exigências impostas pela sociedade e pelo mercado de trabalho, relacionadas especialmente ao avanço das biotecnologias e da biomedicina.

A escolha do campo de pesquisa está relacionada ao fato de serem unidades de maior complexidade no cuidado, onde os profissionais vivenciam com maior intensidade conflitos entre os seus valores, os do paciente, os da instituição e os da profissão. Além disso, são setores onde existe maior número de enfermeiros por turno, o que, talvez, facilite a adesão de sujeitos à pesquisa.

A pesquisa está sob responsabilidade da pesquisadora Fernanda Maciel, da URI Frederico Westphalen, Departamento de Ciências Humanas. Estou ciente de que posso entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (55) 96990699 e pelo e-mail: fernandabmaciel@gmail.com.

A minha participação no referido estudo será de sujeito para responder a uma entrevista dirigida, parcialmente estruturada com perguntas abertas para a coleta de dados. A entrevista irá durar, no máximo, 60 (sessenta) minutos.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como contribuir para a produção e avanço de novos conhecimentos e novas práticas de enfermagem. Fui informado também, que os riscos da pesquisa são mínimos ou inexistente e estão relacionados ao desconforto de responder à entrevista.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade destes dados, bem como a não exposição dos mesmos. Todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências,

enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência a que tenho direito.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, em dinheiro, conforme determina a lei.

Fui esclarecido (a) de que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que meus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se eu achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como fui esclarecido (a) ou que estou sendo prejudicado (a) de alguma forma, poderei entrar em contato com o no Comitê de Ética em Pesquisa, pelo telefone Tel.: (55) 3744 – 9200, ramal 306 –URI – Campus de Frederico Westphalen ou mandar e-mail para cep@uri.edu.br.

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Tendo sido orientado quanto ao teor deste estudo e compreendido a natureza e o objetivo do mesmo, manifesto meu livre consentimento em participar.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
E_mail:	

Santa Maria, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - Carta à direção do hospital

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

Senhor (a) Diretor (a):

Na oportunidade em que cumprimentamos V. Senhoria, vimos solicitar a autorização para a realização da pesquisa **“A relação teoria-prática na formação do enfermeiro e a solução de dilemas (bio)éticos no cotidiano laboral.”** A mesma será desenvolvida com enfermeiros que atuam no hospital. A metodologia da pesquisa, o número de sujeitos, bem como os procedimentos de realização da mesma poderão ser analisados por V. Senhoria, uma vez que estamos enviando-lhe cópia do projeto com seus anexos. Portanto, aguardamos parecer favorável para darmos início ao nosso trabalho.

Sem mais,
Atenciosamente.
Arnaldo Nogaró,
Orientador do Projeto.

Ilmo. Sra.

Elaine Resener

M. D. Superintendente do Hospital Universitário de Santa Maria

SANTA MARIA/RS

APÊNDICE C - Carta de Apresentação da pesquisadora à instituição

Na oportunidade em que contatamos com Vossa Senhoria, vimos apresentar a aluna Fernanda Bortolin Maciel, aluna do Mestrado em Educação da URI Campus de Frederico Westphalen, que está desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “**A relação teoria-prática na formação do enfermeiro e a solução de dilemas (bio)éticos no cotidiano laboral**”, sob orientação do professor Arnaldo Nogaró.

O objetivo da pesquisa é investigar se a formação oferecida nos cursos de enfermagem oportuniza ao enfermeiro hospitalar os conhecimentos e instrumentos necessários para o enfrentamento dos dilemas (bio)éticos encontrados no cotidiano laboral.

Solicitamos a colaboração deste Hospital para o desenvolvimento da pesquisa, permitindo à aluna o contato com enfermeiros, conforme metodologia descrita no projeto do qual a senhora está de posse. Salientamos que será preservada a identidade dos sujeitos e não serão divulgadas informações que identifiquem os respondentes, conforme consta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será assinado por Vossa Senhoria.

Sem mais,
Atenciosamente.

Arnaldo Nogaró
Orientador do Projeto

APÊNDICE D

Roteiro para entrevista

1. Caracterização do sujeito de pesquisa:
 - a. Idade:
 - b. Estado civil:
 - c. Filhos:
 - d. Pratica alguma religião?
 - e. Ano de conclusão da graduação:
 - f. Pós-graduação Especialização Quais?
 Mestrado
 Doutorado
 Pós-doutorado
 - g. Unidade de atuação: UTI
 UCI
 Pronto socorro
 Bloco cirúrgico
 Sala de Recuperação Anestésica
2. Há quanto tempo você atua como enfermeiro?
3. Você teve alguma disciplina relacionada à bioética em sua formação?
4. Você recorda quais os conteúdos e grandes temas foram abordados em sala de aula?
5. Na sua opinião, o que é um dilema bioético?
6. Na sua opinião, existe diferença entre dilema ético e dilema bioético?
 - a. Qual a diferença?
7. Você se depara diariamente com dilemas bioéticos?
 - a. Quais?
 - b. Quais os mais frequentes?
8. Você se sente seguro para o enfrentamento de dilemas bioéticos?
 - a. Caso sua resposta seja negativa, quais as dificuldades enfrentadas?
9. Você possui algum apoio para a resolução de problemas relacionados a aspectos bioéticos na instituição em que trabalha?
 - a. Qual?
10. Você sente necessidade de mais conhecimentos para solucionar conflitos bioéticos na sua prática profissional?
 - a. Se afirmativo, quais seriam esses conhecimentos?
11. Na sua opinião, o ensino da bioética na graduação é suficiente para amparar sua prática profissional?

ANEXOS

ANEXO A

HUSM/UFSM EBSERH

Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 006/2017 Data 23/01/2017

Pesquisador(a): Fernanda Bertolin Maciel Função: Enfermeira
 SIAPE: 1592418 Telefone: 55-96990699 Unidade/Curso: UFSM-FW
 E-mail: fernandabmaciel@gmail.com
 Título: A relação teoria-prática na formação do enfermeiro e a se-
lecção de dilemas (bio)éticos no cotidiano laboral.
 TIPO DE PROJETO: (X) Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional
 FINALIDADE: () TCC () Especialização (X) Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado
 () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros

Qual programa:
 TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas aplicadas
 a Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação
 de Tecnologia em Saúde () Biomédica (Strito Sensu) () Pré-Clinica (X) Qualitativa () Sistema de
 Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T
 () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV
 - Multicêntrico: (X) Não () Sim, Qual?
 - Período Execução: Ano (Início): 23/01/17 Ano (Término): 30/09/2017
 FONTE DE FINANCIAMENTO: (X) Recursos do Pesquisador () HUSM () Edital Interno UFSM,
 Qual? () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional
 (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional () Outros,
 Qual?

GRUPO DE PESQUISA: (X) Não () Sim, Qual?
 OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Fernanda Maciel
 Pesquisador(a) responsável

SETORIAL:

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>Pronto Socorro</u>	(X) Sim () Não	<u>[Assinatura]</u>
<u>Unidade Cirúrgica / RPA</u>	(X) Sim () Não	<u>[Assinatura]</u>
<u>Unidade de Saúde Bucal</u>	(X) Sim () Não	<u>[Assinatura]</u>
<u>Divisão de Enfermagem</u>	(X) Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos CREFI/O5 nº 14865-F HUSM - EBSERH
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> Chefe da Divisão de Enfermagem HUSM-EBSERH COREN 56.571 - SIAPE 210043

COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: [Assinatura] Data: 31/01/17

PARECER FINAL GEP/HUSM: [Assinatura]

[Assinatura]
 Profa. Beatriz Silveira de Siqueira Porto
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSERH
 Assinatura e Carimbo Data: 31/01/17

A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.