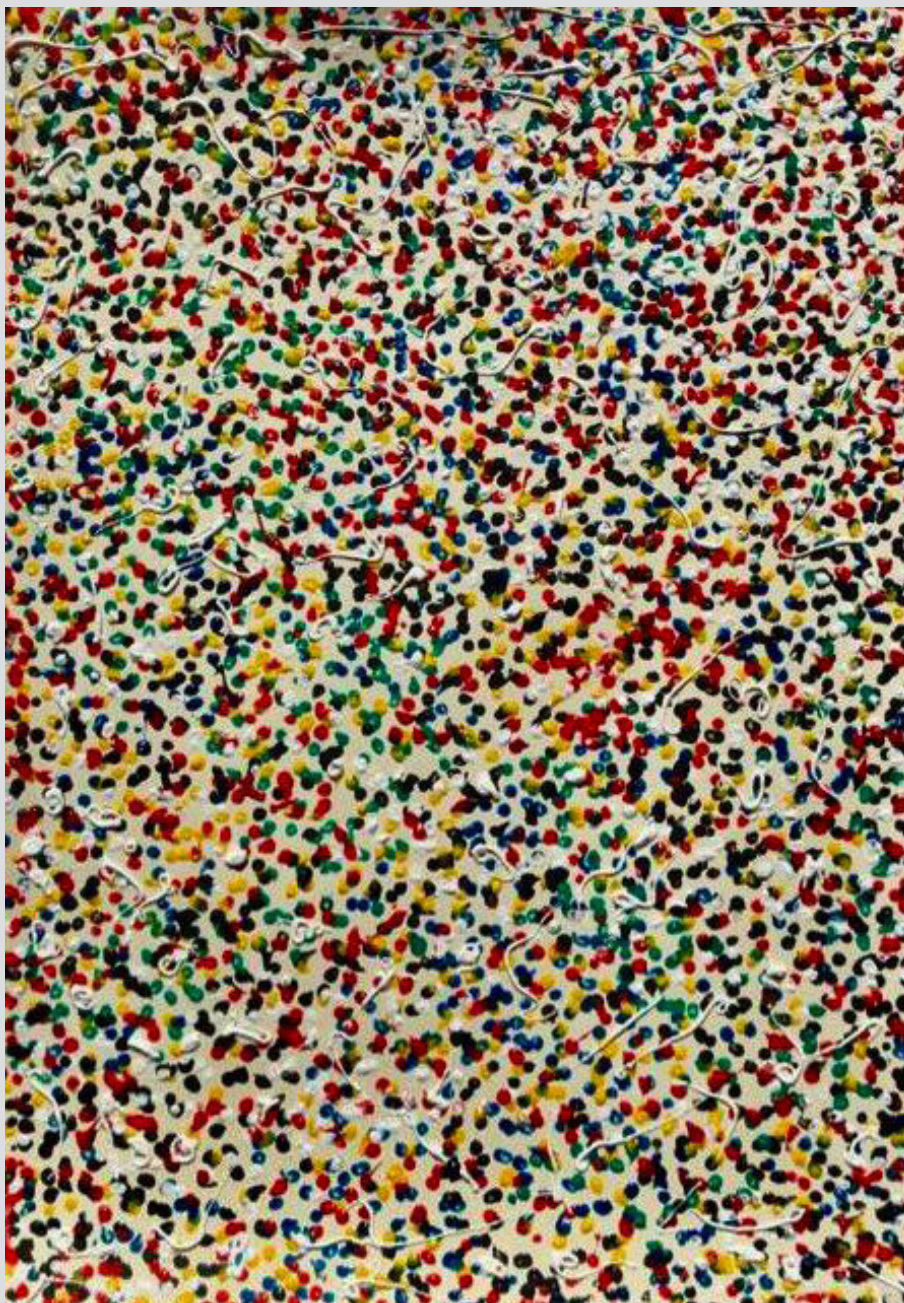


trama

Interdisciplinar



© 2025 Universidade Presbiteriana Mackenzie

Os direitos de publicação desta revista são da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Os textos publicados na revista são de inteira responsabilidade de seus autores. Permite-se a reprodução desde que citada a fonte.

A revista Trama Interdisciplinar está disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/tint>

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO (CIP)

Revista Eletrônica Trama Interdisciplinar / Universidade Presbiteriana Mackenzie, Centro de Comunicação e Letras, Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura. – v. 1, n. 1 (2010). – São Paulo: Editora da Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010

Quadrimestral.
Disponível na Internet: <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/tint>
ISSN 2177-5672

1. Educação - Periódicos. 2. Artes - Periódicos. 3. História da Cultura – Periódicos. I. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Centro de Comunicações e Letras. II. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura. CDD 300 (21. ed.)

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Chanceler Robinson Grageiro Monteiro

Reitor Marco Tullio de Castro Vasconcelos

Pró-Reitor de Controle Acadêmico Wallace Tesch Sabaini

Pró-Reitor de Extensão e Cultura Cleverson Pereira de Almeida

Pró-Reitora de Graduação Janette Brunstein

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação Felipe Chiarello de Souza Pinto

Pró-Reitor de Planejamento e Administração Luiz Carlos Lemos Júnior

CENTRO DE EDUCAÇÃO, FILOSOFIA E TEOLOGIA

Diretor Lamartine Gaspar de Oliveira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, ARTE E HISTÓRIA DA CULTURA

Coordenadora Rosana Maria Pires Barbato Schwartz

INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE

Entidade Mantenedora

Diretor-Presidente Milton Flávio Moura

Diretor de Desenvolvimento Humano e Infraestrutura Walter Eustáquio Ribeiro

Diretor de Finanças Denys Cornélio Rosa

Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação Carlos César Bof Bufon

Diretor de Estratégia e Negócios André Ricardo de Almeida Ribeiro

Diretor de Saúde Luiz Roberto Martins Rocha

R. Trama Interdisciplinar	São Paulo	v. 16	n. 1	p. 1-214	jan./jun. 2025
---------------------------	-----------	-------	------	----------	----------------

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Revista *Trama Interdisciplinar*

Centro de Educação, Filosofia e Teologia Universidade Presbiteriana Mackenzie

Rua da Consolação, 930 – São Paulo – SP – CEP 01302-907

trama

Interdisciplinar



Trama Interdisciplinar, v. 16, n. 1, jan.-jun. 2025

CONSELHO EDITORIAL

Adérito Fernandes Marcos - Universidade São José de Macau (China)

Alberto Javier Lopez Cuenca - Universidade de Las Americas (México)

Axel Föller-Mancini - Alanus University (Alemanha)

Bernd Fichtner - Universidade de Siegen (Alemanha)

Celso Favareto - Universidade de São Paulo (USP)

Celso Luz Prudente - Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

João Paulo Queiroz - Universidade de Lisboa, Faculdade de Belas-Artes, Centro de Investigação e Estudos de Belas-Artes (Portugal)

Marcos Rizolli - Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Margareth Rago - Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Maria da Graça Nicoletti Mizukami - Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Maria Izabel Petraglia - Universidade Nove de Julho (Uninove)

Mirian Goldemberg - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Sílvia Capanema Schmitt - Université Paris 13 (França)

Stephanie Dennison - University of Leeds (Inglaterra)

COMISSÃO EDITORIAL E EXECUTIVA

Editor Acadêmico - João Clemente Souza Neto

Editoria Temática: Arte - Suzana Ramos Coutinho, Jane de Almeida

Editoria Temática: Educação - João Clemente Souza Neto

Editoria Temática: História da Cultura - Suzana Ramos Coutinho

SUORTE TÉCNICO

Gislaine Macul Pequeno

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Bárbara P. Sincerre

PROJETO GRÁFICO

Márcio Godoy

PREPARAÇÃO DE ORIGINAIS

Carlos Villarruel

REVISÃO

Hebe Lucas

DIAGRAMAÇÃO

Acqua Estúdio Gráfico

FOTO DE CAPA

Luísa Ambroggi Damato

Trama Interdisciplinar é indexada por:

EBSCO – Current Abstracts; Fuente Académica; Fonte Acadêmica; TOC Premier.

SUMÁRIO

10

Editorial

Editor's introduction

João Clemente de Souza Neto

13

Apresentação

Presentation

Dossiê: A posição interdisciplinar da Bioética

Dossier: The interdisciplinary position of Bioethics

Paulo Fraga da Silva, Roger Fernandes Campato, Marta Dias Barcelos, Claudio Lorenzo

Dossiê | Dossier

17

Bioética e medicina legal na investigação de violência sexual: uma abordagem interdisciplinar

Bioethics and forensic medicine in the investigation of sexual violence: an interdisciplinary approach

Carla Beatriz Scanferla, Laura Malagi Schmoller, Leonardo Pestillo de Oliveira, Lucas França Garcia

29

Ombudsman do paciente e ouvidorias hospitalar e do SUS no Brasil: análise das suas distinções sob a ótica dos direitos do paciente

Patient ombudsman and receiving hospital and SUS manifestations service in Brazil: analysis of their distinctions from the perspective of patient rights

Aline Albuquerque, Mariana Lima Menegaz, Claudia Maria Figueiredo Matias

52

Contornos de uma proposta educacional a partir do enfoque ético das capacidades

Contours of an educational proposal based on the ethical capability approach

Fabiano de Almeida Oliveira, Juliana Najados Hoffmann

66

Projeto Bioética – educar para ser: refletindo sobre os desafios de uma prática pedagógica interdisciplinar

Projeto Bioética – educar para ser: reflecting on the challenges of an interdisciplinary pedagogical practice

Bruno Barreiros, Sérgio Alves, Luís Magalhães

- 87** Desafios e limites do ensino da Bioética na graduação em Enfermagem
Challenger und limits of teaching bioethics in undergraduate nursing
Valquíria Elita Renk, Ana Beatriz Costa Silva, Ana Lúcia Munhoz de Oliveira, Halaf Rafael Kaminski, João Moreira Júnior
- 102** Avaliação da competência moral em graduandos de Fisioterapia com o uso do Moral Competence Test (MCT)
Evaluation of moral competence in physiotherapy graduates using the Moral Competence Test (mct)
Cristiane Paiva Alves, Patrícia Unger Raphael Bataglia, Gabriela de Oliveira Marra
- 115** Suicídio e estigma: uma análise bioética das moralidades correntes em narrativas de profissionais de saúde
Suicide and stigma: a bioethical analysis of prevailing moralities in health professionals' narratives
Luana Lima Santos Cardoso, Cláudio Fortes Garcia Lorenzo, Wanderson Flor do Nascimento
- 139** Conflitos geradores de sofrimento moral vivenciados pelos enfermeiros oncologistas
Moral conflicts experienced by oncology nurses as generators of moral distress
Cristiane Maria Amorim Costa, Mariana Vieira Vilar
- 162** Ética na pesquisa social e os desafios conferidos pelo modelo colonial da ciência
Ethics in social research and the challenges conferred by the colonial science model
Jhonathan Raphael Andrade, Ricardo de Amorim Cini, Thiago Rocha da Cunha
- 174** A construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no âmbito da saúde
The construction of the free and informed consent form in the health scope
Simoni Maria Teixeira Ricetti, Bruno de Paula Checchia Liporaci, Ipojucan Calixto Fraiz, Waldir Souza

198 De quem é o meu DNA?

Who owns my DNA?

Pedro Jardim Poli, Michel Satya Naslavsky, João F. N. B. Cortese

EDITORIAL

“Bem Viver não é definitivamente ter uma vida folgada. O Bem Viver pode ser a difícil experiência de manter um equilíbrio entre o que nós podemos obter da vida, da natureza, e o que nós podemos devolver. É um equilíbrio, um balanço muito sensível e não é alguma coisa que a gente acessa por uma decisão pessoal. [...] O Bem Viver são corpos vivos em uma terra viva. A gente não pode incidir sobre a Terra como se a gente fosse uma máquina retroescavadeira” (Krenak, 2020, p. 19-20)

O século XXI trouxe para a humanidade a exigência de uma outra compreensão do mundo e, em decorrência, uma nova forma de agir, de confabular e de produzir conhecimento. Nessa trilha, o pensamento interdisciplinar e o decolonial ganham força. O Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura (PPGEAHC) da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) já ultrapassou um quarto de século de existência, comprometido com a produção de conhecimento científico, educacional, artístico e cultural interdisciplinar.

A exigência que nos colocam os dias de hoje é a construção de uma pedagogia ecológica integral voltada para a busca de um equilíbrio entre os seres vivos e a natureza. Essa pedagogia está circunscrita na epistemologia do Bem Viver, geradora de oportunidades de estabelecer novos jeitos de viver de maneira ética, coletivamente, superando práticas de epistemicídio, presentes em certas concepções e práticas de progresso.

O Bem Viver aceita e apoia maneiras distintas de viver, valorizando a diversidade cultural, a interculturalidade, a plurinacionalidade e o pluralismo político. Diversidade que não justifica nem tolera a destruição da Natureza, tampouco a exploração dos seres humanos, nem a existência de grupos privilegiados às custas do trabalho e sacrifício de outros. [...] O Bem Viver será para todos e todas. Ou não será. O Bem Viver [é] uma oportunidade para construir outra sociedade, sustentada em uma convivência cidadã, em diversidade e harmonia com a Natureza, a partir do conhecimento dos diversos povos culturais existentes no país e no mundo. [...] O Bem Viver questiona o conceito eurocêntrico de bem-estar. É uma proposta de luta que enfrenta a colonialidade do poder (Acosta, 2016, p. 9, 25, 238).

A ideia de Bem Viver é uma utopia que aporta no futuro, embrenhada na fraternidade, na solidariedade, na paz, na justiça e no aprendizado da convivência com a diversidade cultural e planetária. O Bem Viver comporta desafios e dilemas éticos ou

bioéticos. Comprometida com o desenvolvimento e a disseminação do conhecimento, especialmente nos campos da educação, da arte e da história da cultura, a revista *Trama Interdisciplinar* está empenhada na busca contínua da compreensão dos fenômenos sociais, culturais e ecológicos.

Esta edição do dossiê “A posição interdisciplinar da bioética” é coordenada pelos professores doutores Paulo Fraga da Silva e Roger Fernandes Campato, da UPM, Marta Dias Barcelo, da American University e da Universidade Nova de Lisboa, e Claudio Lorenzo, da Universidade de Brasília (UnB), vinculados ao Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética (Gpeb/CNPq). Esse grupo já percorreu um longo caminho de pesquisas, seminários, debates, publicações, em busca de contribuir para a consolidação do campo da bioética.

A temática em questão responde às exigências de produzir uma cultura do aprender a viver juntos, em vista da diversidade e do respeito à natureza. O que está em jogo no debate da bioética é a efetivação de uma convivência em conjunto, a realização vital de todos os seres vivos. Assim concebida, a vida como totalidade é o campo de observação e análise da bioética, e, como tal, a bioética é interdisciplinar.

O estudo da bioética contribui para o cumprimento da Agenda 2030 da Unesco ou das Organizações de Desenvolvimento Sustentável e da política de direitos humanos. De algum modo, as discussões e os debates do campo da bioética transitam pela linha da defesa da vida humana e da natureza. Os autores do dossiê “A posição interdisciplinar da bioética” buscam demarcar o campo de estudo da bioética, analisam os dramas sociais e ecológicos, e refletem sobre o jeito de produzir conhecimento interdisciplinar.

Finalmente, uma rede de pesquisadores e estudiosos do campo da bioética participaram da confecção deste trabalho. Agradecemos a todos, especialmente àqueles que confiaram na revista e disponibilizaram seus artigos para serem publicados. Do mesmo modo, agradecemos aos professores coordenadores.

Desejamos a todos uma excelente leitura.

João Clemente de Souza Neto
Editor

REFERÊNCIA

- ACOSTA, A. *O Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante, 2016. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Bemviver.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2026.
- KRENAK, A. *Caminhos para a cultura do Bem Viver*. [S. l.: s. n.], 2020. E-book. Disponível em: <http://www.culturadobemviver.org>. Acesso em: 10 fev. 2026.

APRESENTAÇÃO

A POSIÇÃO INTERDISCIPLINAR DA BIOÉTICA

É com satisfação que apresentamos à comunidade acadêmica o dossiê **Bioética**, que compõe este número da **Revista Trama Interdisciplinar**. Trata-se do resultado de um esforço coletivo de reflexão e de diálogo em torno de um dos campos mais substanciais e desafiadores do nosso tempo. Desde seu surgimento, a Bioética vem se constituindo como espaço privilegiado para o encontro entre diferentes áreas do conhecimento, por meio de uma contínua articulação entre filosofia, ciências da saúde, educação, direito, ciências ambientais, tecnológicas e sociais. Para além de mais uma dentre outras disciplinas, cujo objeto encontra-se previamente delimitado pelas formas predominantes do saber compartimentalizado, orientadas pela intransigente divisão do trabalho intelectual, a Bioética, em conformidade com a natureza que lhe é própria, fundamenta-se em um horizonte interdisciplinar necessariamente crítico, capaz de lançar luz sobre as implicações sociais, ambientais e, por conseguinte, éticas advindas das desenfreadas transformações tecnocientíficas que caracterizam o século XXI.

A proposta do dossiê delineou-se com vistas a ressaltar justamente o caráter interdisciplinar das investigações bioéticas, evidenciando, a partir das bases teóricas que justificam sua sustentação epistemológica, o potencial que trazem consigo para suscitar formas de compreensão da vida social compatíveis com os novos dilemas morais que assolam a contemporaneidade. Ao acolher trabalhos de pesquisadores oriundos de distintos campos, o dossiê intenciona contribuir para a ampliação de um debate crítico comprometido com a consolidação da Bioética como esfera científica que se pauta pela pluralidade de perspectivas, como uma dimensão dialógica franqueada não somente a questões emergentes, mas também àquelas que, a despeito das mudanças ocorridas, persistem como desafios.

Os artigos aqui reunidos refletem a pluralidade teórico-metodológica almejada. Dois deles exploram a interface entre Bioética, saúde e direitos: **Bioética e medicina legal na investigação da violência sexual: uma abordagem multidisciplinar**, voltado, sob olhares múltiplos, para um problema que ainda ameaça a dignidade de indivíduos mais vulneráveis, sobretudo mulheres e crianças; e **Ombudsman do paciente, ouvidorias hospitalar e do SUS no Brasil: análise das duas distinções sob a ótica dos direitos do paciente**, que propõe uma reflexão inovadora sobre garantias e instrumentos de proteção ao cidadão.

Outras duas contribuições dialogam com a educação e a formação ética: **Contornos de uma proposta educacional a partir do enfoque ético das capacidades**, cuja ênfase recai sobre a relação dos fundamentos filosóficos com a prática pedagógica; e **Projeto Bioética – educar para ser: refletindo sobre os desafios de uma prática pedagógica**

interdisciplinar, que evidencia a potência transformadora da educação bioética em contextos formativos.

No campo da saúde e da formação profissional, destacam-se **Desafios e limites do ensino da Bioética na graduação em Enfermagem e avaliação da competência moral em graduandos de Fisioterapia com o uso do Moral Competence Test (MCT)**, ambos problematizando a inserção da dimensão ética na formação universitária.

A complexidade dos dilemas vividos por profissionais de saúde também ocupa lugar de destaque no dossiê. Os artigos **Suicídio e estigma: uma análise bioética das moralidades correntes em narrativas de profissionais de saúde** e **Conflitos geradores de sofrimento moral vivenciados pelos enfermeiros oncologistas** abordam situações-limite que desafiam valores, convicções e práticas no cuidado em saúde. Esses estudos explicitam a urgência de se pensar a Bioética não apenas como reflexão teórica, mas como campo de apoio à tomada de decisão em situações concretas, permeadas por sofrimento e vulnerabilidade.

Por fim, mas não menos importantes, três trabalhos contemplam a dimensão epistemológica e crítica da Bioética: **Ética na pesquisa social e os desafios conferidos pelo modelo colonial da ciência**, que questiona os pressupostos hegemônicos na produção do conhecimento; **A construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no âmbito da saúde**, destinado à análise de um instrumento central na ética em pesquisa e na prática clínica; e **De quem é o meu DNA?**, que amplia, de modo provocativo, as fronteiras do debate sobre tecnociência, colocando em pauta questões de identidade, propriedade e autonomia individual em face dos avanços da genética.

Ao coligir esses artigos, o dossiê não apenas traz à tona a vitalidade do campo bioético, mas também reafirma sua vocação interdisciplinar, crítica e aplicada. Os textos demonstram que a Bioética não se limita a problematizações abstratas. Antes disso, ela se situa no centro de discussões que permeiam a vida social, política e cultural, oferecendo ferramentas de análise e critérios de ação diante de dilemas que desafiam a dignidade humana e a sustentabilidade do planeta.

Gostaríamos de externar nossa gratidão aos autores e autoras que confiaram suas reflexões à **Revista Trama Interdisciplinar**, bem como aos avaliadores, que, com rigor e generosidade, contribuíram para a qualidade desta edição. Um agradecimento especial é dirigido ao **Grupo de Pesquisa em Ética e Bioética (GPEB/CNPq)**, que já se firmou como relevante espaço de produção e disseminação da Bioética no Brasil, fortalecendo interlocuções em âmbito nacional e internacional que ocupam posição imprescindível para a expansão do debate bioético.

Convidamos, assim, leitoras e leitores a percorrerem as páginas que seguem com espírito aberto e crítico, certos de que a Bioética, mais do que um campo de conhecimento, é uma prática de diálogo e de responsabilidade compartilhada.

São Paulo, Brasília e Washington, DC, setembro de 2025.

Prof. Dr. Paulo Fraga da Silva
Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Prof. Dr. Roger Fernandes Campato
Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Profa. Dra. Marta Dias Barcelos
American University / Universidade Nova de Lisboa

Prof. Dr. Claudio Lorenzo
Universidade de Brasília (UnB)

DOSSIÉ

BIOÉTICA E MEDICINA LEGAL NA INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

BIOETHICS AND FORENSIC MEDICINE IN THE INVESTIGATION OF SEXUAL VIOLENCE: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

Carla Beatriz Scanferla

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Cesumar (Unicesumar).

E-mail: carlascanferla1@gmail.com

Laura Malagi Schmoller

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Cesumar (Unicesumar).

E-mail: malagilaura@gmail.com

Leonardo Pestillo de Oliveira

Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professor do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (Unicesumar). Bolsista de Produtividade do Icteti-Unicesumar e do CNPq.

E-mail: leopestillo@gmail.com

Lucas França Garcia

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar (Unicesumar). Bolsista de Produtividade do Icteti-Unicesumar e da Fundação Araucária.

E-mail: lucasfgarcia@gmail.com

Resumo: A violência sexual é um grave problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades e gêneros, causando impactos físicos e psicológicos profundos. Este estudo tem como objetivo examinar a interface entre bioética, direito e medicina legal no contexto da violência sexual, destacando os desafios e as perspectivas da prática forense na investigação desses casos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com enfoque descritivo e exploratório, realizada nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science e Lilacs, considerando publicações em português e inglês entre 2013 e 2023. Foram incluídos artigos que abordavam a investigação forense, as técnicas de coleta de evidências e a importância de uma abordagem humanizada. Os resultados evidenciam a relevância da

perícia médico-legal na coleta de provas essenciais para a identificação dos agressores e a importância de um atendimento multidisciplinar e humanizado às vítimas. Identificou-se que a falta de profissionais capacitados e a ausência de protocolos padronizados comprometem a qualidade dos exames e o acesso à justiça. Além disso, a maioria das vítimas são mulheres e crianças em situações de violência crônica, o que exige uma abordagem integrada para romper o ciclo de abuso. Conclui-se que é fundamental fortalecer a capacitação profissional e implementar práticas que valorizem os princípios bioéticos, garantindo um suporte integral e eticamente adequado às vítimas, e contribuindo para a redução da impunidade.

Palavras-chave: Violência sexual. Medicina legal. Humanização da assistência. Saúde pública. Bioética.

Abstract: Sexual violence is a severe public health issue impacting individuals of all ages and genders, causing profound physical and psychological effects. This study aims to examine the interface between bioethics, law, and forensic medicine in the context of sexual violence, addressing the challenges and perspectives of forensic practice in investigating such cases. A descriptive and exploratory narrative literature review was conducted using PubMed, Scopus, Web of Science, and Lilacs databases, focusing on publications in Portuguese and English from 2013 to 2023. Included materials comprised original articles, literature reviews, clinical guidelines, and institutional reports discussing forensic investigation, evidence collection techniques, and the importance of a humanized approach. The findings highlight the critical role of medico-legal expertise in collecting essential evidence for identifying perpetrators and emphasize the need for multidisciplinary and compassionate care for victims. The lack of trained professionals and standardized protocols was identified as a barrier compromising the quality of examinations and access to justice. Moreover, most victims are women and children experiencing chronic violence, necessitating an integrated approach to break the cycle of abuse. Strengthening professional training and implementing practices that uphold bioethical principles are essential to provide comprehensive and ethical support to victims, thereby contributing to reducing impunity. An interdisciplinary approach that integrates evidence collection with humanized care is crucial for promoting a justice system that effectively supports victims and alleviates their suffering.

Keywords: Sexual violence. Forensic medicine. Humanization of assistance. Public health. Bioethics.

INTRODUÇÃO

A violência sexual constitui um problema de saúde pública e social de grandes proporções, impactando pessoas de todas as idades e gêneros (Brasil, 2015). Esse tipo de violência assume diversas formas, incluindo estupro, abuso e assédio sexual, exploração, pornografia infantil, entre outras (Brasil, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência sexual como qualquer ato sexual, tentativa de ato sexual, insinuações indesejadas ou ações para explorar a sexualidade de uma pessoa mediante coerção, independentemente da relação entre vítima e agressor e do local onde ocorre a violência (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018). Os danos causados por essa violência são profundos, provocando sequelas físicas e psicológicas tanto imediatas quanto de longo prazo, muitas vezes difíceis de ser identificadas (Brasil, 2023; Lourenço *et al.*, 2023).

Além disso, a complexidade da violência sexual é intensificada pelo fato de ser frequentemente perpetrada por pessoas conhecidas da vítima, o que aumenta o temor de represálias e perpetua um ciclo de impunidade e sofrimento (Mishori *et al.*, 2022). Nesse contexto, a medicina legal desempenha um papel fundamental no suporte ao devido processo jurídico, fornecendo evidências que sustentam a responsabilização dos agressores (Abdalla-Filho; Chalub; Telles, 2015). A atuação de profissionais capacitados, como médicos legistas, psiquiatras e psicólogos forenses, é essencial para a avaliação dos danos físicos e psíquicos das vítimas, de modo a garantir a integridade e a precisão das evidências (Francez *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2022). Essa atuação multi e interdisciplinar permite um entendimento mais completo e abrangente do caso, promovendo uma justiça mais eficaz.

Além de sustentar o devido processo legal, a atuação da medicina legal e forense no atendimento às vítimas de violência sexual requer um compromisso ético com a humanização do cuidado, fundamentado nos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os profissionais de saúde, especialmente os que atuam em emergências e na atenção primária, devem estar capacitados não apenas para reconhecer e tratar sinais de abuso, mas também para oferecer um acolhimento que seja sensível e empático (Brasil, 2023). Isso inclui respeitar as decisões da vítima, fornecer informações claras sobre os procedimentos e garantir a confidencialidade, a fim de evitar a revitimização e oferecer um ambiente seguro e de confiança (Trentin *et al.*, 2019).

Dessa forma, esta revisão narrativa da literatura tem como objetivo examinar a interface entre a bioética, o direito e a medicina legal no contexto da violência sexual, abordando os desafios e as perspectivas da prática forense na investigação desses casos. Este estudo contribui de forma original ao sistematizar, em uma perspectiva interdisciplinar, os desafios contemporâneos da medicina legal perante a violência sexual,

articulando-os aos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Diferentemente de revisões estritamente clínicas ou jurídicas, o presente trabalho propõe uma análise integrada que evidencia a urgência de protocolos humanizados que respeitem a dignidade das vítimas no processo pericial e assistencial.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura (Sukhera, 2022), com enfoque descritivo e exploratório, destinada a explorar as abordagens bioéticas e legais na medicina forense aplicada a casos de violência sexual.

Estratégia de busca

Para identificar os estudos relevantes à temática, foram consultadas as seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science e Lilacs, escolhidas por sua abrangência e relevância na área da saúde e ciências forenses. Utilizaram-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), combinados com palavras-chave como “violência sexual”, “medicina legal”, “evidências forenses”, “humanização da assistência” e “prevenção de doenças sexualmente transmissíveis”. As estratégias de busca incluíram operadores booleanos (AND, OR) para refinar os resultados. A busca foi limitada a publicações entre 2013 e 2023, em português e inglês, com o objetivo de garantir a relevância e atualidade dos dados.

CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

Incluíram-se artigos originais, revisões de literatura, diretrizes clínicas e relatórios institucionais que abordassem a investigação forense de violência sexual, as técnicas de coleta de evidências e a importância de uma abordagem humanizada. Estudos publicados em português e inglês foram considerados por causa do domínio dos idiomas pelos pesquisadores e da relevância das publicações nesses idiomas. Excluíram-se estudos que não atendiam aos critérios de inclusão, como aqueles que focavam exclusivamente aspectos legais sem relação com a medicina forense ou que não abordavam a humanização do atendimento.

Processo de seleção e análise dos dados

A seleção dos artigos seguiu um protocolo de triagem sistematizado utilizando o site Rayyan.ia (Ouzzani *et al.*, 2016). Os artigos foram triados primeiramente pelo título e depois pelo resumo. Após essa etapa, os artigos foram analisados na íntegra. A análise temática, conforme proposta por Bardin (2016), foi utilizada para organizar

as informações relevantes, identificando práticas forenses correntes, desafios na coleta e análise de evidências, bem como estratégias para melhorar a abordagem humanizada às vítimas. Os dados foram sintetizados e organizados em categorias temáticas alinhadas ao objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência sexual é um problema de grande relevância social em razão dos danos imediatos e de longo prazo que provoca na saúde das vítimas. As ações para combatê-la vão além da defesa social, abrangendo também a assistência social e os cuidados de saúde. A perícia médico-legal em casos de estupro torna-se, portanto, um instrumento comprobatório essencial para a investigação dos suspeitos, reunindo os elementos constitutivos do exame de corpo de delito utilizados em favor da vítima (Lopes *et al.*, 2022). Esse processo inclui uma série de exames específicos realizados no Instituto de Medicina Legal e requer um acolhimento adequado, com uma abordagem cautelosa, detalhada e empática, especialmente quando se trata de mulheres e crianças, garantindo um ambiente seguro e respeitoso (Trentin *et al.*, 2019).

A prestação de um atendimento humanizado e integral aos sobreviventes minimiza os danos físicos e psicológicos decorrentes do trauma (Trentin *et al.*, 2019). No entanto, esse atendimento ainda é insuficiente em muitos casos, devido a diversos fatores, como a falta de formação específica e recursos limitados (Mishori *et al.*, 2022; Yesodharan *et al.*, 2022). Ampliar o acesso à informação e ao conhecimento sobre temas forenses entre profissionais das áreas jurídicas e de saúde é fundamental para desenvolver estratégias que promovam uma abordagem mais humanizada no atendimento às vítimas de violência sexual (Cattaneo *et al.*, 2024; Mishori *et al.*, 2022).

A exposição à violência sexual pode gerar uma série de consequências que vão desde lesões físicas, risco de gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST), até problemas de saúde mental e emocional. Mesmo quando os danos físicos são mínimos, os impactos na saúde mental são graves, podendo resultar em sequelas psíquicas, como depressão e transtorno de estresse pós-traumático, ou, em casos extremos, levar ao suicídio (Brasil, 2015; Trentin *et al.*, 2019). Nesse contexto, a coleta de vestígios e informações durante o atendimento é de extrema importância para a humanização do cuidado às vítimas e para a resolução dos crimes (Brasil, 2015).

O Brasil vem atualizando suas diretrizes para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual desde a década de 1980. Atualmente, o atendimento a essa população é orientado por procedimentos que incluem acolhimento, registro de história, exames clínicos, ginecológicos e complementares, coleta de vestígios, contracepção de emergência e imunoprofilaxia para HIV e hepatite B – esses dois últimos são indicados quando a violência ocorreu até 72 horas antes da procura por assistência médica.

Além disso, é obrigatória a comunicação do caso à autoridade de saúde em até 24 horas por meio da ficha de notificação de violência e ao Conselho Tutelar, quando a vítima é criança ou adolescente. Além disso, os acompanhamentos social, psicológico e ambulatorial também são componentes essenciais desse atendimento (Alves; Luz; Favoreto, 2022; Brasil, 2015).

É importante ressaltar que o acolhimento pelo profissional de saúde deve ser guiado por princípios bioéticos, baseados em respeito e empatia, sem julgamentos morais. É fundamental enxergar a vítima além das técnicas do exame clínico, motivando-a a buscar atendimento e reivindicar seus direitos, além de fortalecer o vínculo médico-paciente, criando um ambiente de confiança (Fonseca; Veloso, 2022; Wickenheiser, 2019).

Muitas vítimas chegam aos serviços de saúde com sentimentos de culpa, vergonha e medo; por isso, a maneira como a comunicação ocorre é de suma importância para a obtenção de informações relevantes, para a resolução do caso e para evitar a revitimização (Brasil, 2015; Yesodharan *et al.*, 2022). O profissional deve acreditar na vítima de violência sexual, assim como acredita em todas as outras queixas; o uso de expressões como “alegada agressão sexual” deve ser evitado, pois isso transmite uma sensação de descrença à vítima (Trentin *et al.*, 2019; Yesodharan *et al.*, 2022).

Durante a documentação, a linguagem utilizada deve ser simples e acessível, com perguntas claras, mantendo contato visual e evitando distrações e interrupções. Parafrasear e fazer perguntas de acompanhamento pode ajudar a vítima a se sentir compreendida. Um ambiente seguro, onde a vítima sinta confiança, facilita a partilha de informações. Além disso, é importante evitar a retraumatização, pois aumenta o fardo psicológico da vítima e, muitas vezes, leva-a a desistir de prosseguir com a investigação (Yesodharan *et al.*, 2022).

O princípio da autonomia, definido como a capacidade de um indivíduo racional tomar decisões não forçadas baseadas nas informações disponíveis, também deve ser respeitado, em conformidade com os princípios da bioética (Silva *et al.*, 2022; Wickenheiser, 2019). Para algumas vítimas, o motivo que as leva a procurar atendimento não é realizar a denúncia, mas sim atender às suas necessidades físicas e emocionais. Diante desse cenário, o papel do profissional de saúde é proteger a confidencialidade da vítima e explicar claramente os limites de sua atuação (Goodman-Williams; Volz; Fishwick, 2024; Yesodharan *et al.*, 2022).

A perícia médica tem a função de buscar diversos sinais que possam comprovar atos de violência ou de luta por parte da vítima, com o objetivo de reunir dados para uso em processos médico-legais, maximizando o valor probatório das evidências (Fonseca; Veloso, 2022; Wickenheiser, 2019). No Brasil, o Instituto de Medicina Legal é o órgão responsável pela emissão do laudo médico-legal em casos de violência sexual; portanto, a perícia tem extrema relevância nas decisões judiciais, proporcionando à vítima uma

maior probabilidade de acesso à justiça (Lopes *et al.*, 2022; Miziara *et al.*, 2022). Para isso, é fundamental que a vítima seja avaliada por um clínico com conhecimento abrangente na área forense, capaz de redigir um relatório padronizado, objetivo e compreensível para policiais e leigos. No entanto, a escassez de médicos capacitados pode ser um impedimento para a resolução dos crimes (Mishori *et al.*, 2022).

Quanto ao exame físico, é crucial que a vítima esteja ciente e bem-informada sobre todos os passos dos procedimentos que serão realizados, além de ter o direito de recusar qualquer etapa, retomando o respeito ao princípio da autonomia (Yesodharan *et al.*, 2022). A rotina dos exames médico-legais normalmente inclui inspeção da área genital, do ânus e do corpo da vítima. O perito deve iniciar a busca por sinais macroscópicos de violência, como equimoses, escoriações, hematomas e abrasões em coxas, braços, face, pescoço e região genital. Assim, embora essas lesões corporais por si só possam não confirmar o abuso sexual, elas corroboram o relato da vítima. Outros atos libidinosos, como sexo oral, são ainda mais difíceis de provar, pelo simples fato de raramente deixarem rastros (Fonseca; Veloso, 2022; Miziara *et al.*, 2022).

Além disso, nem toda agressão sexual é violenta; muitas vítimas, ao temerem pela própria vida, ficam paralisadas. Nas novas definições legais, a falta de consentimento é a característica que define o estupro, e não o uso da força (Orellana-Campos, 2020). As lesões genitais não são detectadas na maioria dos casos, sendo mais comuns em vítimas que sofreram penetração completa ou com dedos (Orellana-Campos, 2020). Na análise do hímen, o perito deve descrever suas características com detalhes, incluindo a orla himenal e se houve rompimento. Em casos de mulheres com vida sexual pregressa ou quando o hímen é avaliado sem alterações, é importante a associação com outras técnicas de exame (Lopes *et al.*, 2022). É sabido que a presença de lesões, principalmente genitais, tem uma influência significativa no devido processo legal; contudo, cabe ao examinador enfatizar que a ausência de trauma genital não exclui a possibilidade de relação sexual não consensual ao redigir o laudo.

Muitos são os fatores que influenciam o aparecimento ou não de tais achados. Além do temor já citado anteriormente, os agressores podem se esforçar para não deixar rastros. Em casos de violência crônica, a vítima pode evitar resistir para minimizar o sofrimento físico. Somado a isso, quando falamos de abuso com crianças, a penetração geralmente não ocorre (Miziara *et al.*, 2022; Orellana-Campos, 2020).

Os exames periciais também envolvem a detecção de espermatozoides, utilizando testes que indiquem a presença de sêmen em sangue ou secreções das cavidades vaginais, no ânus ou nas vestes e nos objetos da vítima. Sempre que possível, é realizado um exame de DNA. Infelizmente, a maioria dos casos suspeitos atendidos em unidades de perícia brasileiras mostra baixa positividade na busca por espermatozoides, influenciada por fatores como a não ejaculação, o uso de preservativos ou a vasectomia.

Nesse contexto, é fundamental a aplicação de outros métodos indiretos, entre eles a dosagem de fosfatase ácida, glicoproteína P30 ou PSA, que confirmam a presença de líquido prostático e indicam a possibilidade de obtenção de DNA (Fonseca; Veloso, 2022; Francez *et al.*, 2020).

Outro ponto essencial no exame pericial é o tempo, pois o valor da investigação forense diminui com o passar das horas. Haverá uma maior probabilidade de encontrar lesões genitais se o exame for realizado em menos de 72 horas após o ataque, enquanto lesões abrasivas e avermelhadas serão mais comuns se a vítima for atendida em até 24 horas (Orellana-Campos, 2020; Wickenheiser, 2019). Quanto à coleta de materiais biológicos, há uma variação: o sêmen pode estar presente na área vaginal por até 72 horas, na área anorretal por até 24 horas e na cavidade oral por até seis horas após o contato seminal (Miziara *et al.*, 2022).

A realização do acolhimento e dos exames, com qualidade e dentro de um prazo adequado, estabelece um cenário de suma importância para a efetivação dos cuidados após uma situação de violência sexual. Esses cuidados devem incluir prevenção e tratamento de IST e infecções do trato reprodutivo, por conta da alta probabilidade de transmissão após um estupro. Além disso, a contracepção de emergência deve ser realizada até cinco dias após a exposição. Embora o risco possa ser baixo, o impacto socioeconômico que uma gravidez relacionada ao estupro traz pode ser significativo. Nesse sentido, também se preconiza a rapidez, tendo em vista que atrasos afetam negativamente o sucesso da contracepção de emergência e da profilaxia pós-exposição (PEP) contra HIV e outras infecções (Yesodharan *et al.*, 2023).

É preconizada a assistência humanizada, qualificada e integral às vítimas. Esse setor de atendimento requer conhecimento e atitudes adequados de cuidado e coleta (Trentin *et al.*, 2019). Considerando que a sala de emergência muitas vezes serve como porta de entrada desses pacientes, alguns desafios podem surgir, como subestimação ou descrença das queixas, longas horas de espera, má qualificação para a realização do exame físico, desrespeito à história da vítima, comprometimento do seguimento do caso e possibilidade de revitimização do sobrevivente.

Diante disso, para estabelecer um padrão uniforme de documentação médico-legal que aumente a responsabilização por crimes de violência sexual, são fundamentais a padronização e o uso de protocolos. Estudos indicam que isso pode melhorar os resultados clínicos e a qualidade das provas forenses coletadas em hospitais (Mishori *et al.*, 2022; Yesodharan *et al.*, 2022). A OMS desenvolveu diretrizes específicas para o cuidado médico-legal de vítimas de violência sexual. Entretanto, é imprescindível que os protocolos e as diretrizes sejam adaptados às situações e aos recursos locais e nacionais, levando em conta as políticas e os protocolos existentes (Mishori *et al.*, 2022).

Consequentemente, todos os centros médicos devem ter profissionais capacitados para identificar os sinais clínicos de violência e responder a eles. A detecção e a intervenção adequadas em casos de violência representam, sobretudo, uma questão de saúde pública. Como as emergências hospitalares estão na linha de frente ao lidarem com o impacto da violência na população, melhorar a capacidade de detecção e intervenção pode ter um impacto significativo na prevenção e epidemiologia da violência, especialmente entre os grupos populacionais mais vulneráveis. Com isso, é possível também reduzir o elevado número de casos de violência que permanecem ocultos (Cattaneo *et al.*, 2024).

Este estudo apresenta algumas limitações inerentes ao formato de revisão narrativa da literatura. Primeiramente, por não se tratar de uma revisão sistemática, não foram aplicados protocolos rigorosos de busca e seleção de artigos, o que pode resultar em um viés de seleção e na inclusão não exaustiva de toda a literatura relevante sobre o tema. Além disso, a pesquisa foi limitada a publicações em português e inglês dos últimos dez anos, o que pode ter excluído estudos importantes em outros idiomas ou publicados fora desse intervalo temporal. Por fim, a heterogeneidade dos estudos selecionados em termos de metodologia e contextos geográficos pode limitar a generalização dos achados para diferentes realidades locais. Dessa forma, sugerimos que pesquisas futuras adotem metodologias mais robustas, como revisões sistemáticas e metanálises, para aprofundar o entendimento sobre a interface entre bioética, direito e medicina legal no contexto da violência sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações expostas, conclui-se que a violência sexual é um problema complexo e multifatorial, envolvendo diversos fatores sociais, psicológicos, legais e de saúde. Nesse contexto, percebe-se a importância da perícia médico-legal no papel de elucidar os casos de violência sexual, contribuindo para a coleta de provas essenciais ao desdobramento das investigações e à identificação dos agressores, o que ajuda a reduzir o número de casos sem solução e a quebrar o ciclo de impunidade.

Além disso, após sofrer um trauma de tamanha magnitude, a vítima se encontra em uma situação de extrema vulnerabilidade. Isso evidencia a necessidade de um atendimento multidisciplinar, humanizado, integral e de qualidade, capaz de proporcionar suporte social, psicológico e, se necessário, espiritual. Esse atendimento deve ser contínuo, considerando as consequências em curto e longo prazos da violência sexual, tais como ansiedade, depressão, tentativas de suicídio e transtorno de estresse pós-traumático.

Contudo, em muitos casos, os resultados dos exames são bastante limitados, especialmente quando as vítimas utilizam os serviços de emergência como primeira

abordagem. A falta de conhecimento de profissionais que não são da área da medicina legal pode dificultar a comunicação e comprometer a qualidade dos exames. Por isso, destaca-se a importância do uso de protocolos padronizados e treinamentos específicos, com o objetivo de minimizar danos, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a taxa de resolução dos casos.

Outro problema relevante é que a maioria das vítimas de violência sexual são mulheres e crianças, geralmente em situações de violência crônica. Nesse sentido, o atendimento torna-se ainda mais difícil, pois as vítimas frequentemente se encontram presas em um ciclo de abuso por causa de fatores como dependência financeira, medo ou vínculo de parentesco com o agressor. Esse cenário torna ainda mais evidente a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada para o atendimento e a proteção dessas vítimas, garantindo que recebam o apoio necessário para romper com esse ciclo de violência.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M.; TELLES, L. E. de B. *Psiquiatria forense de Taborda*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- ALVES, M. L. de L. L.; LUZ, Á. P. A. M. da; FAVORETO, M. G. Humanization in care for victims of child sexual violence: perspectives and challenges. *International Journal of Health Science*, v. 2, n. 55, p. 2-10, 2022. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/artigo-revista/humanizacao-no-atendimento-a-vitimas-da-violencia-sexual-infantil-perspectivas-e-desafios>. Acesso em: 10 set. 2024.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Linha de cuidado para crianças e famílias em situação de violência: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Atenção humanizada para pessoas em situação de violência sexual: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. *Boletim Epidemiológico*: notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021, v. 54, n. 8, 2023.
- CATTANEO, C. et al. Consequences of the lack of clinical forensic medicine in emergency departments. *International Journal of Legal Medicine*, [s. l.], v. 138, n. 1, p. 139-150, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00414-023-02973-8>. Acesso em: 10 set. 2024.
- FONSECA, E.; VELOSO, C. Perícia e condutas na violência sexual: uma abordagem médico-legal e epidemiológica. *Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica*, v. 7, p. e220202, 2022. Disponível em: <https://www.perspectivas.med.br/wp-content/uploads/2022/02/PERICIA-E-CONDUTAS-NA-VIOLENCIA-SEXUAL-UMA-ABORDAGEM-MEDICO-LEGAL-E-EPIDEMIOLOGICA-2.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

- FRANCEZ, P.; LOBATO, M.; BARBOZA, H.; SILVA, R.; GUIMBAL, A.; SANCHES, J.; SILVA, A.; SIDÔNIO, J. Avaliação dos casos de crimes sexuais atendidos em um laboratório forense do extremo norte da região amazônica brasileira entre os anos de 2007 a 2017. *Revista Criminalística e Medicina Legal*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 34-44, 2020. Disponível em: <http://revistacml.com.br/2020/12/15/avaliacao-dos-casos-de-crimes-sexuais-atendidos-em-um-laboratorio-forense-do-extremo-norte-da-regiao-amazonica-brasileira-entre-os-anos-de-2007-a-2017/>. Acesso em: 10 set. 2024.
- GOODMAN-WILLIAMS, R.; VOLZ, J.; FISHWICK, K. Reasons for Not reporting among sexual assault survivors who seek medical forensic exams: a qualitative analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 39, n. 9-10, p. 1905-1925, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08862605231211926>. Acesso em: 10 set. 2024.
- LOPES, K. et al. A perícia médico-legal e os achados sugestivos de violência sexual contra mulher. *Anais da Faculdade de Medicina de Olinda*, [s. l.], v. 1, n. 5, p. 31-35, 14 jun. 2022. Disponível em: <https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/article/view/128>. Acesso em: 10 set. 2024.
- LOURENÇO, S. da S. et al. Notifications of sexual violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil: a descriptive study, 2014-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222023000200307&tlng=en. Acesso em: 10 set. 2024.
- MISHORI, R. et al. To confront sexual violence, we must train non-forensic experts to perform medico-legal evaluations. *Medicine, Science and the Law*, [s. l.], v. 62, n. 2, p. 149-153, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00258024211029075>. Acesso em: 10 set. 2024.
- MIZIARA, I. D. et al. Physical evidence of rape against children and adolescents in Brazil: Analysis of 13,870 reports of sexual assault in 2017. *Sage Open Medicine*, [s. l.], v. 10, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20503121221088682>. Acesso em: 10 set. 2024.
- ORELLANA-CAMPOS, C. Genital injuries: are they telling us something about sexual violence? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 106-113, 2020. Disponível em: <https://journalrbgo.org/article/genital-injuries-are-they-telling-us-something-about-sexual-violence/>. Acesso em: 10 set. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Neste Dia Laranja, OPAS/OMS aborda violência sexual e suas consequências para as vítimas. *Opas*, 25 jul. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-7-2018-neste-dia-laranja-opasoms-aborda-violencia-sexual-e-suas-consequencias-para>. Acesso em: 4 nov. 2024.

- OUZZANI, M. et al. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 210, 2016. Disponível em: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 4 set. 2024.
- SILVA, A. K. S. et al. Autonomia como princípio da bioética: perspectivas de estudantes de medicina. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 11, n. 9, p. e8411931366, 3 jul. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31366>. Acesso em: 4 nov. 2024.
- SUKHERA, J. Narrative reviews: flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 414-417, 2022. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/jgme/article/14/4/414/484925/Narrative-Reviews-Flexible-Rigorous-and-Practical>. Acesso em: 4 nov. 2024.
- TRENTIN, D. et al. The perspective of professionals in relation to the care given to women in situations of sexual violence: perspective of the universal declaration of bioethics and human rights. *Texto & Contexto – Enfermagem*, [s. l.], v. 28, p. 1-14, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100390&tlng=en. Acesso em: 4 nov. 2024.
- WICKENHEISER, R. A. A crosswalk from medical bioethics to forensic bioethics. *Forensic Science International: Synergy*, [s. l.], v. 1, p. 35-44, 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589871X19300695>. Acesso em: 4 nov. 2024.
- YESODHARAN, R. et al. The role of legal medicine professionals in preventing pregnancy and sexually transmitted infections among female victims of sexual assault. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 440-451, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s12024-023-00578-6>. Acesso em: 4 nov. 2024.
- YESODHARAN, R. et al. Medico-legal history taking from the victims of sexual assaults: the role of nurse examiners. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://ejfs.springeropen.com/articles/10.1186/s41935-022-00284-4>. Acesso em: 4 nov. 2024.

Recebido em: 18/04/2025

Aprovado em: 12/06/2025

OMBUDSMAN DO PACIENTE E OUVIDORIAS HOSPITALAR E DO SUS NO BRASIL: ANÁLISE DAS SUAS DISTINÇÕES SOB A ÓTICA DO DIREITO DO PACIENTE¹

PATIENT OMBUDSMAN AND RECEIVING HOSPITAL AND SUS MANIFESTATIONS SERVICE IN BRAZIL: ANALYSIS OF THEIR DISTINCTIONS FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENT RIGHTS

Aline Albuquerque

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisadora visitante na Universidade de Oxford. Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

E-mail: alineoliveira@hotmail.com

Mariana Lima Menegaz

Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Direito pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

E-mail: mariana.lima.menegaz@gmail.com

Claudia Maria Figueiredo Matias

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Santos (UniSantos). Gerente de Qualidade, Segurança do Paciente e Ouvidoria Hospitalar. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

E-mail: claudiamfmatias@gmail.com

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar as aproximações e os distanciamentos entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS, no contexto brasileiro, sob a ótica do direito do paciente. Sob o prisma metodológico, trata-se de pesquisa de cunho teórico, fundamentada no Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos do Paciente, nos estudos de Mackenney e Fallberg (2004) e Molven (2007), no que tange ao *ombudsman* do paciente, bem como no marco formulado por Albuquerque (2018, 2020, 2022, 2023) acerca do direito do paciente. Desse modo, o artigo aborda o direito do paciente como um novo ramo jurídico, destacando o direito de apresentar queixa e o direito à

¹ As autoras agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) o apoio à realização da pesquisa.

reparação integral no contexto do cuidado em saúde. Em seguida, é feita a análise do *ombudsman* do paciente e da ouvidoria no Brasil. Após, verificam-se as aproximações e os distanciamentos entre *ombudsman* do paciente, ouvidoria hospitalar e ouvidoria do SUS. Concluiu-se que o *ombudsman* do paciente, fundamentado no direito do paciente, não equivale à ouvidoria no Brasil. As reflexões apontam para a possibilidade da adoção do *ombudsman* do paciente no Brasil especialmente para as situações de violações dos direitos dos pacientes.

Palavras-chave: Direito do paciente. Bioética. *Ombudsman* do paciente. Pacientes. Reparação de danos.

Abstract: This article aims to analyze the similarities and differences between the patient ombudsman and the receiving hospital and SUS manifestations service, in the Brazilian context, from the perspective of patient rights. From a methodological perspective, this is theoretical research, based on the Final Report of the European Union on Patient Rights, the studies by Mackenney and Fallberg (2004) and Molven (2007), regarding the patient ombudsman, as well as the framework formulated by Albuquerque (2018, 2020, 2022, 2023) on patient rights. Thus, the article addresses patient rights as a new legal branch, highlighting the right to file a complaint and the right to full compensation in the context of health care. Next, an analysis of the patient ombudsman and the receiving manifestations service in Brazil is carried out. Afterwards, the approximations and distances between the patient ombudsman, receiving hospital and SUS manifestations service in Brazil are verified. It is concluded that the patient ombudsman, based on patient rights, is not equivalent to a receiving hospital and SUS manifestations service in Brazil. The reflections point to the possibility of adopting the patient ombudsman in Brazil, especially for situations of violations to patients' rights.

Keywords: Patient's rights. Bioethics. Patient ombudsman. Patients. Damage repair.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, a concepção de que pacientes possuíam direitos começou a ser reconhecida paulatinamente nas esferas jurídica e sanitária. Até esse momento, os pacientes eram considerados como objeto do cuidado, e o paternalismo ainda era vigente, de forma recorrente, nas relações de cuidado em saúde. Movimentos sociais, como o movimento dos direitos civis nos Estados Unidos, movimentos feministas e de pacientes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, contribuíram para o reconhecimento de direitos específicos aplicáveis ao contexto dos cuidados em saúde, denominados direitos do paciente, tais como o direito ao consentimento informado, o

direito à informação, o direito de acesso ao prontuário, o direito de participar da tomada de decisão, entre outros. Esses direitos derivam dos direitos humanos, ou seja, são aplicados a todos os pacientes pelo simples fato de serem humanos, constituem imperativos éticos de respeito à dignidade e à integridade dos pacientes, e, portanto, devem ser garantidos de forma universal (Albuquerque, 2020, p. 18).

Entre os direitos do paciente, há dois que incidem diretamente quando há a violação dos demais, quais sejam: o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. Sob a ótica do direito do paciente (Albuquerque, 2020, p. 206), o direito de apresentar queixa não se confunde com o direito de acesso ao Poder Judiciário, porquanto consiste no direito de os pacientes e familiares contarem com mecanismos por meio dos quais podem apresentar suas narrativas sobre o que ocorreu em seu cuidado, de modo que sejam acolhidos e que uma providência seja adotada no contexto do sistema de saúde. Com efeito, as queixas são narrativas complexas que relatam falhas percebidas na prestação de cuidados em saúde, a partir da perspectiva do paciente. Elas são valiosas fontes de informações sobretudo acerca de eventos adversos e áreas de difícil monitoramento (Gallagher; Mazor, 2015, p. 352-355). Assim, um mecanismo de queixa é instituído especificamente para o recebimento e a resolução de queixas no contexto dos cuidados em saúde.

Da mesma forma, o direito à reparação integral do paciente não coincide com a reparação civil pleiteada no Poder Judiciário, tradicionalmente verificada no Brasil, pautada na responsabilidade individual do profissional e reduzida ao pedido de uma reparação de cunho financeiro. Na reparação integral, o foco recai sobre as necessidades do paciente, compreendendo o pedido de desculpas, eventual compensação pecuniária, concessão de informações e medidas de não repetição (European Commission, 2016; Albuquerque, 2022, p. 70-79; Studart; Brenna, 2001).

Diversos países estabelecem o dever legal de auxiliar os pacientes a apresentar uma queixa, de analisá-la de forma oportuna e de informar o paciente sobre a sua conclusão (European Commission, 2016). O *ombudsman* do paciente é um dos mecanismos de ligação dos pacientes, porquanto tem como uma de suas principais funções o acolhimento, o direcionamento e a possível resolução das queixas dos pacientes, como será desenvolvido neste estudo. No Brasil, não há o mecanismo do *ombudsman* do paciente, contudo verifica-se a existência das ouvidorias nas esferas pública – ouvidorias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – e privada (ouvidoria hospitalar em organizações de saúde privadas), instâncias que viabilizam a comunicação entre o usuário/consumidor/paciente e as organizações de saúde, seja ela na esfera pública ou na privada, cujo fundamento de atuação se alicerça na lógica do consumo e do serviço, mas não do cuidado. Desse modo, neste artigo serão nomeadas a ouvidoria do SUS, de natureza pública e não hospitalar, e a ouvidoria hospitalar, que se situa em

organizações de saúde privadas. Como se nota, a ouvidoria hospitalar e a ouvidoria do SUS não se relacionam diretamente com os direitos do paciente, e, portanto, este estudo sustenta a hipótese de que é necessário aprofundar a necessidade de reformulação do papel da ouvidoria sob a ótica do direito do paciente. Ainda, registra-se que, em geral, as organizações de saúde, por contarem com ouvidorias hospitalares, não buscam incorporar em sua estrutura o *ombudsman* do paciente, notadamente sob o argumento de que as ouvidorias já desempenham as suas funções, inclusive as de processamento e solução de queixas.

Considerando a escassez de estudos sobre o tema e o desconhecimento acerca do *ombudsman* do paciente, este artigo tem como objetivo analisar as aproximações e os distanciamentos entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS, sob a ótica do referencial teórico-normativo do direito do paciente.

Sob o prisma metodológico, trata-se de pesquisa teórica e documental. Registra-se que o referencial dos direitos do paciente se encontra em desenvolvimento e é fundamentado em estudos desenvolvidos no campo dos direitos humanos aplicados aos cuidados em saúde. Quanto ao referencial teórico adotado, foram utilizados os estudos de Albuquerque (2020, p. 16) sobre o direito do paciente, visto que é a precursora no Brasil sobre as pesquisas desenvolvidas no campo dos direitos humanos aplicados aos cuidados em saúde. Em relação ao *ombudsman* do paciente, utilizaram-se os estudos de Mackenney e Fallberg (2004), posto que as pesquisas realizadas apresentam estudos detalhados sobre diversos países que adotam o mecanismo do *ombudsman* do paciente, especialmente a Finlândia, que foi o primeiro país a prever legalmente esse recurso, e de Molven (2007), cuja pesquisa aprofunda-se no *ombudsman* do paciente na Noruega, país que também está entre os primeiros a possuir esse mecanismo. Ademais, empreendeu-se uma análise documental e teórica para compreender a temática relacionada à ouvidoria hospitalar e à ouvidoria do SUS. Na esfera da ouvidoria do SUS, efetuou-se uma pesquisa documental, e, no contexto privado, realizou-se a busca de artigos científicos sobre o tema das ouvidorias hospitalares no Brasil.

No que diz respeito à pesquisa documental, foi considerado o Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos dos Pacientes (European Commission, 2016), que proporcionou uma visão transversal da situação dos direitos dos pacientes nos 30 países estudados. O relatório indica que há um conjunto de direitos dos pacientes que são extraídos das legislações europeias e se incorporam no rol de direitos aplicáveis aos pacientes no contexto dos cuidados em saúde, como o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral (Albuquerque, 2020, p. 206), ambos abordados na presente pesquisa. O relatório foi escolhido por ser o principal documento sobre os direitos do paciente produzido por um organismo internacional. Ainda, para abordar a ouvidoria

do SUS, fez-se uso do *Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*, elaborado pelo Ministério da Saúde, documento que serve de diretriz para todas as ouvidorias instaladas no âmbito do SUS.

Além deste texto introdutório, o presente artigo apresenta seis seções. A primeira analisa o que é o novo ramo jurídico denominado direito do paciente. A segunda versa sobre dois direitos dos pacientes, quais sejam: o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. A terceira examina o *ombudsman* do paciente. A quarta identifica aspectos das ouvidorias hospitalares brasileiras. A quinta analisa o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalares e do SUS no Brasil sob a ótica dos direitos do paciente. E a sexta apresenta as considerações finais.

DIREITO DO PACIENTE: NOVO RAMO JURÍDICO

O reconhecimento dos pacientes como sujeitos de direitos remonta à década de 1970. Até essa década, a concepção de que pacientes possuíam direitos não fazia parte da realidade dos indivíduos. Vários foram os movimentos sociais que contribuíram contra a perspectiva paternalista de que os profissionais de saúde detinham o poder em relação ao paciente e às decisões sobre os seus cuidados em saúde, destacando-se os movimentos feministas nos Estados Unidos, bem como o ativismo dos pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos e os movimentos relacionados ao direito do consumidor (Albuquerque, 2020, p. 30).

A partir da década de 1970, foi fortalecida a ideia de que o paciente é soberano no que tange ao seu corpo e às suas decisões na esfera da saúde. No mesmo sentido, conforme Albuquerque (2020, p. 12), os movimentos em prol dos direitos dos pacientes partiram de duas premissas: 1. todas as pessoas possuem direitos inerentes, inclusive quando estão sob cuidados em saúde; e 2. alguns profissionais de saúde falham em reconhecer e proteger esses direitos. A partir da década de 1990, diversos países elaboraram legislações sobre o tema, e a Finlândia foi o primeiro país a possuir uma lei específica sobre direitos do paciente.

No início do século XXI, o modelo do cuidado centrado no paciente (CCP) passou a ganhar espaço no campo da saúde, conferindo ao paciente o papel de protagonista do próprio cuidado, rechaçando a cultura paternalista. Sob a perspectiva paternalista, o benefício para o paciente equivale ao fato de o profissional fazer o que entender ser melhor para o paciente, sem considerar a vontade e as preferências deste. Em contrapartida, o CCP se contrapõe a esse modelo, na medida em que preconiza o engajamento do paciente e a promoção da sua autonomia (Albuquerque, 2020, p. 34). Atualmente, mecanismos de implementação dos direitos do paciente, como o *ombudsman* do paciente, estão sendo disseminados pelo mundo com o escopo de promovê-los e solucionar os conflitos que emergem dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2020, p. 34).

Para compreensão dos direitos do paciente, é importante distingui-los dos direitos do consumidor e dos usuários, visto que são direitos relativos a pessoas que se encontram sob cuidados em saúde. Albuquerque (2020, p. 31) destaca que o direito do paciente é alicerçado na lógica do cuidado, permeada pela interação entre paciente e profissional de saúde, que se caracteriza como uma parceria dinâmica. O direito do paciente tem como finalidade última assegurar a dignidade e a integridade dos pacientes, fundamentando-se nos direitos humanos. Em contraposição, o direito do consumidor é pautado pela lógica do consumo e reduz o cuidado em saúde ao processo racional de escolha do consumidor, tornando a saúde um bem de consumo (Albuquerque, 2020, p. 31). Esses direitos estão previstos no Código de Defesa do Consumidor (CDC) e pressupõem a relação com o profissional de saúde ou com o serviço, como de consumo. Por derradeiro, os direitos dos usuários são aqueles que as pessoas possuem em relação aos serviços de saúde, envolvendo acesso a bens e serviços de saúde por parte do Estado, como acesso a leitos e medicamentos, sendo objeto do direito sanitário (Albuquerque, 2020, p. 32).

Assim, o direito do paciente é definido como o novo ramo jurídico autônomo, de natureza interdisciplinar, que possui corpo teórico próprio e aplicação para todas as pessoas quando se encontram sob cuidados em saúde. Segundo Albuquerque (2020, p. 24), os direitos do paciente são: direito ao cuidado em saúde de qualidade e seguro, direito à autodeterminação, direito a recusar tratamentos e procedimentos, direito ao consentimento informado, direito a participar do processo de tomada de decisão, direito à segunda opinião, direito à confidencialidade de dados pessoais, direito de não ser discriminado, direito à informação sobre sua condição de saúde, direito de acesso ao prontuário, direito de apresentar uma queixa e direito à reparação.

Passa-se à análise de dois desses direitos, diretamente relacionados com o tema tratado no presente estudo.

DIREITO DE APRESENTAR QUEIXA E DIREITO À REPARAÇÃO INTEGRAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE

Entre os direitos do paciente, relacionam-se diretamente com este estudo o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral, que são expressão do direito humano aos remédios efetivos e imperativos éticos de respeito à dignidade humana dos pacientes (Albuquerque, 2020, 2023; European Commission, 2016), e, portanto, devem ser garantidos de forma universal. O artigo 13 da Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes prevê o direito de apresentar queixa, determinando que os serviços de saúde garantam esse direito sempre que o paciente tenha sofrido um dano, assegurando também o direito de obter uma resposta (European Commission, 2002). Do mesmo modo, o Relatório Final da União Europeia sobre os Direitos dos Pacientes também

prevê mecanismos para apuração e respostas às queixas dos pacientes (European Commission, 2016). Assim, quando os direitos dos pacientes são violados, os pacientes e familiares possuem o direito de apresentar queixas e de ter uma reparação integral.

Quanto ao direito à queixa, é importante demarcar o conceito de queixa, que enuncia narrativas complexas que relatam falhas percebidas na prestação de cuidados em saúde, a partir da perspectiva do paciente (Gallagher; Mazor, 2015). Elas são valiosas fontes de informações, especialmente sobre Incidentes de Segurança do Paciente (ISPs) e áreas de difícil monitoramento (Gallagher; Mazor, 2015). Registra-se que os pacientes e os familiares possuem um conhecimento experiencial singular sobre o ecossistema de saúde, sendo importante que os profissionais e as organizações de saúde saibam quais são as queixas relatadas e as utilizem para o aprimoramento da qualidade do cuidado e prevenção de ISPs (Allsop; Mulcahy, 1995). Além disso, o baixo envolvimento de pacientes e familiares nos cuidados em saúde pode contribuir para o agravamento do sofrimento psicológico e o aumento da probabilidade de queixas e de processos judiciais (McQueen *et al.*, 2022). Todas as queixas devem ser compreendidas, portanto, como um meio de identificar quaisquer questões relacionadas, em maior ou menor escala, à qualidade do serviço prestado, visando melhorar as organizações e o cuidado em saúde (Avant Mutual Group Limited, 2016; Sundler *et al.*, 2022).

O direito à queixa se distingue do direito de acesso à justiça disposto no inciso XXXV do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, haja vista que é um direito específico que o paciente e os familiares possuem, relacionado à existência de um mecanismo próprio, célere e não oneroso, para recebimento de queixas nos cuidados em saúde, objetivando acolhê-las, processá-las e solucioná-las. Tradicionalmente, o modelo de solução de queixas nos cuidados em saúde, no Brasil, é pautado pelo litígio (Albuquerque, 2020, p. 187). Em regra, quando há algum conflito nesse contexto, os envolvidos optam pelo ajuizamento de processos para solucionar as controvérsias (Albuquerque, 2020, p. 187). A busca pela reparação por meio dos processos judiciais, como indicado, não confere centralidade ao paciente, nem reconhece a importância de que exista suporte a todos os envolvidos, em conformidade com suas necessidades (Albuquerque, 2020, p. 187). Ademais, não há previsão de pedido de desculpas, sem que tal pedido possa caracterizar assunção de culpa, nem de medidas de não repetição.

Sob a ótica do direito do paciente, a reparação integral vai além da compensação pecuniária (Albuquerque; Regis, 2020, p. 194), abrangendo também o atendimento às necessidades emocionais, a concessão de informação, o pedido de desculpas e a adoção de medidas preventivas a fim de que o incidente que gerou o dano não se repita (medida de não repetição).

Considerando que as medidas reparatórias no campo do direito do paciente se vinculam às necessidades dos pacientes e familiares, é importante que os profissionais

desenvolvam habilidades de empatia para auxiliar na compreensão dessas necessidades (Albuquerque, 2023; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Laarman (2022) indica que, entre os motivos relacionados às queixas apresentadas pelos pacientes, estão a melhoria do cuidado em saúde, questões emocionais e a necessidade de responsabilização do profissional de saúde e de reparação. Nota-se que a responsabilização não possui correspondência com a culpabilização e punição, adotadas nos modelos de responsabilidade civil. Aqui, a responsabilização deriva de um dever ético.

Conforme o Inquérito de Bristol, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Bristol para apresentar conclusões sobre eventos vivenciados por pacientes crianças que realizaram cirurgias cardíacas e para indicar recomendações, em regra, quando algo inesperado ocorre, os pacientes desejam três coisas: 1. alguém para lhes dizer o que ocorreu, 2. um profissional de saúde para se desculpar e 3. uma atitude que assegure a não repetição do evento (Albuquerque, 2020, p. 194). Esses componentes retratam elementos importantes para que a reparação seja efetivamente integral (não apenas pecuniária), posto que a organização de saúde possui um dever especial de cuidado para com aqueles que foram prejudicados enquanto estavam em uma relação de cuidado em saúde (Vincent, 2003). Igualmente, Legemaate (2007) indica três pontos principais relacionados às queixas dos pacientes: 1. eles desejam evitar que a mesma situação ocorra com os outros, 2. preferem opções para lidar com as queixas que sejam as mais simples possível e 3. buscam honestidade, compreensão e reconhecimento dos profissionais e das organizações de saúde.

Nesse sentido, assinala-se que alguns países, como Dinamarca, Suécia, Finlândia, Áustria e Nova Zelândia, adotam modelos de compensação pecuniária sem culpa quando os pacientes são vítimas de danos no contexto dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2020, p. 197). Em regra, o pedido de compensação é encaminhado a um grupo de especialistas destinados especificamente para tal função que definem, de forma administrativa e mediante comprovação do dano, se deve ser pago algum valor referente à compensação. Nota-se que não há perquirição de culpa do profissional de saúde e que a resposta é célere (Menegaz, 2023).

Desse modo, é importante que o Brasil adote, assim como outros países (Macleod; Urho; Hodges, 2017, mecanismos pautados na ótica do direito do paciente para processamento e solução de queixas no contexto dos cuidados em saúde, com foco, especialmente, em soluções restaurativas de conflitos (Albuquerque; Regis, 2020, p. 9). Em seguida, passa-se à análise específica do *ombudsman* do paciente.

OMBUDSMAN DO PACIENTE

Ombudsman do paciente é a expressão designada para indicar um mecanismo de ligação dos pacientes que atua para a promoção e implementação dos direitos do

paciente. O termo *ombudsman* possui origem na Suécia, há cerca de 300 anos, e foi adotado por vários países ao longo dos anos para identificar quem tinha o direito e o poder de falar em nome de outrem. O termo foi introduzido pelo rei sueco Karl XIII, e, desde então, vários mecanismos do *ombudsman* foram desenvolvidos tanto na Suécia quanto em outros países (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 3). As temáticas abordadas por um *ombudsman* podem ser diversas, a depender do que é estipulado para a sua atuação, condicionando-se ao contexto de cada país. Contudo, sempre estão relacionadas com os direitos humanos. Entre as temáticas, há o *ombudsman* do paciente, cujo foco recai sobre os direitos do paciente (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 4).

O desenvolvimento do *ombudsman* do paciente ocorreu, principalmente, nas duas últimas décadas do século XX. A Finlândia foi o primeiro país a prever a existência desse mecanismo em sua legislação, em 1992. Após, outros países também adotaram mecanismos que guardam elementos similares, como o Reino Unido, em que existe a figura do *parliamentary and health service ombudsman*, compreendendo o comissário parlamentar para a administração e o comissário do serviço de saúde (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 5).

Nota-se, assim, que a estruturação de um mecanismo de *ombudsman* do paciente no contexto dos cuidados em saúde é importante para os pacientes, os familiares, os profissionais e as organizações de saúde, haja vista que o foco do *ombudsman* do paciente se dá tanto no paciente em sua individualidade quanto no coletivo, visando à qualidade do serviço prestado e aos futuros pacientes que usufruirão do cuidado em saúde da organização (Molven, 2007). Desse modo, a qualidade do serviço aumenta e a satisfação dos pacientes também, o que contribui, inclusive, para o cuidado em saúde com maior adesão dos pacientes ao tratamento. Ademais, a possibilidade de solucionar os conflitos por meio de conciliação e mediação contribui para que a relação entre o profissional de saúde e o paciente possa ser remodelada e a confiança, restaurada.

Não obstante as especificidades de cada país, Mackenney e Fallberg (2004, p. 5-6) identificam três aspectos centrais que caracterizam um mecanismo de *ombudsman* do paciente: 1. imparcialidade e independência em sua atuação; 2. qualificação dos seus integrantes; 3. atribuições específicas. Assim, é imprescindível que a sua atuação seja pautada na imparcialidade e na independência em relação à gestão da organização em que esteja inserido, sendo importante que o paciente e os familiares confiem em seus integrantes, de modo que atuem sem interferências indevidas de profissionais e da organização de saúde (Sirpa et al., 2021). Os integrantes do *ombudsman* do paciente devem possuir qualificação para atuar nessa função, com conhecimento sobre a área da saúde, direitos dos pacientes e legislações correlatas ao tema (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7). Cabe também estabelecer se é necessária uma formação específica, como será indicado nos exemplos a seguir.

As atribuições do *ombudsman* do paciente diferem a depender do que estabelece cada país. Entretanto, algumas são semelhantes e imperativas, haja vista que caracterizam o *ombudsman* do paciente. Entre elas, destacam-se: 1. promoção dos direitos dos pacientes; 2. atendimento e acolhimento ao paciente, disponibilizando orientações sobre questões relacionadas aos direitos do paciente e às suas violações; 3. participação nas atividades de estruturação e desenvolvimento da segurança do paciente; 4. desenvolvimento de atividades pedagógicas, como as relacionadas à capacitação em direitos do paciente; 5. processamento das queixas dos pacientes e familiares, inclusive podendo atuar de ofício; 6. apoio aos pacientes e familiares para que possam formular e encaminhar suas queixas para as instâncias responsáveis, caso não sejam competentes para resolvê-las; 7. mediação de conflitos (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7; Sirpa *et al.*, 2021).

O acesso do paciente ao *ombudsman* do paciente deve ser fácil e célere, podendo ocorrer pessoalmente, por telefone, por escrito ou por meio eletrônico. Em alguns casos, uma breve conversa por telefone é suficiente. Estas são as habilidades essenciais dos integrantes do mecanismo do *ombudsman* do paciente: avaliar a situação do paciente, estruturar e ponderar as medidas a serem adotadas e escutar atentamente (Sirpa *et al.*, 2021).

O movimento em prol dos direitos do paciente reforça a necessidade de que os países elaborem leis específicas sobre o tema e que contem com mecanismos como o *ombudsman* do paciente para assegurar os direitos e solucionar os conflitos que emergem dos cuidados em saúde (Albuquerque, 2020, p. 195). A inexistência desse tipo de mecanismo consiste, também, em uma violação ao direito de apresentar uma queixa e ao direito à reparação integral. Ademais, a existência do *ombudsman* do paciente pode ajudar a reduzir litígios em face de profissionais e organizações de saúde (Flood; May, 2012). No mesmo sentido, os pacientes devem ter acesso a informações simples e compreensíveis sobre seus direitos, inclusive acerca do que deve ser feito nos casos de violações (Παπαγιάννη *et al.*, 2022).

A fim de ilustrar a atuação do *ombudsman* do paciente, passa-se à exposição de duas experiências estrangeiras, da Finlândia e da Noruega, as quais foram escolhidas em razão do seu pioneirismo na implantação. Registra-se que não se tem o desiderato de cotejar as organizações de saúde de ambos os países, assim serão expostas algumas informações sobre tais mecanismos com o objetivo de ofertar um panorama geral, de modo que se possa compreender em qual contexto os mecanismos de *ombudsman* do paciente se encontram inseridos.

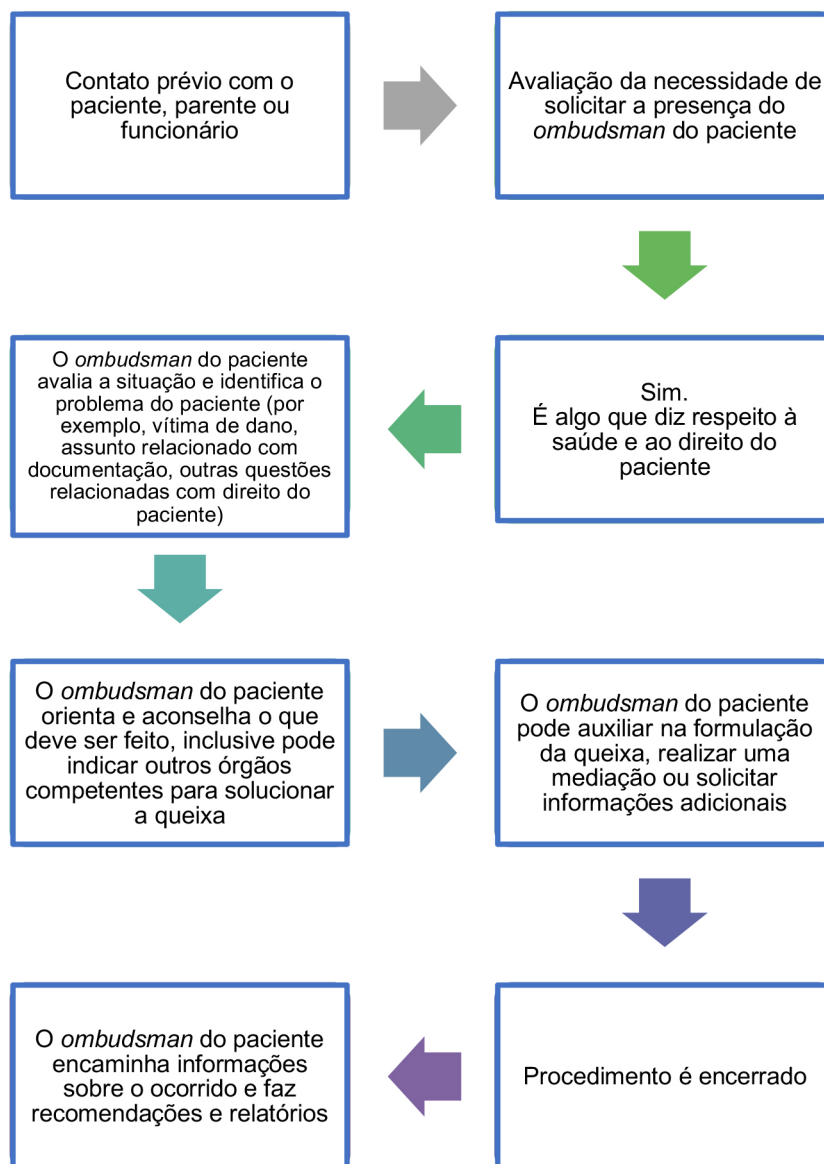
Ombudsman do paciente na Finlândia

A Finlândia foi o primeiro país a adotar uma legislação específica sobre o direito do paciente e a prever, legalmente, a existência de um *ombudsman*. Na Finlândia, as organizações de saúde possuem administração descentralizada, com múltiplas fontes de financiamento, como os municípios e o sistema de seguro de saúde, e os próprios indivíduos contribuem com parcelas substanciais (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 25). Em geral, considera-se que os serviços de saúde são eficazes, mas a acessibilidade pode ser um problema em razão do longo tempo de espera (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 25). O serviço de saúde da Finlândia é público, abrangendo todas as pessoas que estejam vivendo no país. Adicionalmente, todas as pessoas têm o direito de receber tratamento de emergência durante a permanência na Finlândia. A saúde é dividida em primária e especializada, e esta é ofertada nos hospitais. Além da saúde no contexto público, há serviços privados disponibilizados por profissionais da saúde autônomos.

A seção 11 da Lei de Direito do Paciente (nº 758/1992) é destinada ao *ombudsman* do paciente. Conforme se verifica, as unidades de saúde devem contar com um *ombudsman* do paciente, podendo ser comum a duas ou mais unidades. No país, há mais de 2 mil *ombudsmen* do paciente. Não há a exigência de uma formação profissional específica para exercer essa função, contudo a maioria possui formação em serviço social ou enfermagem (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7). Entre as atribuições indicadas na legislação, estão: orientar e informar os pacientes sobre questões referentes à Lei de Direito do Paciente e promover tais direitos, e apoiar o paciente quanto ao entendimento do direito de apresentar queixa, atuando como um mecanismo de ligação entre o paciente, os mecanismos de queixas e os demais contatos com a administração pública que sejam necessários e estejam disponíveis aos pacientes (Molven, 2007).

Ademais, o *ombudsman* do paciente acolhe os pacientes e encaminha as queixas recebidas, sem deter competência para a sanção de profissionais e a organização de saúde. Ao final das apurações, são feitas recomendações para a melhoria do cuidado em saúde (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 7). Nota-se que o *ombudsman* do paciente não possui as funções de um advogado, nem interfere nas decisões clínicas dos pacientes (Sirpa *et al.*, 2021). A Figura 1 sintetiza as informações sobre o *ombudsman* do paciente na Finlândia (Sirpa *et al.*, 2021).

Figura 1: Fluxograma da atuação do *ombudsman* do paciente na Finlândia



Fonte: Adaptada pelas autoras com base em Sirpa et al. (2021).

Passa-se, a seguir, ao *ombudsman* do paciente na Noruega.

Ombudsman do paciente na Noruega

Na Noruega, a partir da metade da década de 1980, os seus 19 condados iniciaram o processo de criação do mecanismo do *ombudsman* do paciente. Em 1999, a Lei dos Direitos dos Pacientes foi promulgada, e o *ombudsman* do paciente passou a contar com um arcabouço normativo (Aasen; Dahl, 2019).

A Noruega é dividida em condados, e o Estado financia o sistema de seguridade social, usufruído de maneira uniforme, e todos os residentes têm direito aos mesmos serviços (Molven, 2007). Os municípios são responsáveis pelos cuidados primários, e aos estados cabe o cuidado especializado. Quase todos os hospitais são públicos, já que o serviço puramente privado é reduzido nas organizações de saúde norueguesas (Molven, 2007).

Cabe ao governo nacional garantir que haja um *ombudsman* em cada condado, e esse sistema integra o Ministério da Saúde, entretanto sua atuação é independente e autônoma (Molven, 2007). Os escritórios do *ombudsman* do paciente estão localizados tanto no interior quanto nas maiores cidades dos condados. Usualmente, o *ombudsman* do paciente é um advogado, mas também há profissionais de saúde, os quais recebem capacitação sobre legislação do tema, e ele não exerce outra função cumulativa (Molven, 2007). No que tange à sua sustentabilidade financeira, o *ombudsman* do paciente é mantido pelo governo nacional, e o serviço é gratuito aos pacientes e familiares (Molven, 2007).

Entre as atividades desempenhadas pelo *ombudsman* do paciente, destacam-se as seguintes: proteger os direitos dos pacientes, aconselhá-los e orientá-los, quando solicitado, especialmente sobre seus deveres e direitos, além de indicar quais os caminhos legais disponíveis para cada caso. Assim, ele pode auxiliar os pacientes a apresentar suas queixas no Comitê de Vigilância em Saúde² e no Sistema de Compensação de Pacientes.³ Eles também podem endereçar queixas às organizações de saúde, e a legislação prevê a sua atribuição concernente à apresentação de propostas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O *ombudsman* também pode processar as queixas e atuar de ofício (Molven, 2007).

As decisões e recomendações são divulgadas, e, se a organização de saúde não concordar com o teor, o caso poderá ser encaminhado ao Comitê Nacional de Vigilância em Saúde. Nota-se que, se o paciente se sentir insatisfeito, ele poderá recorrer ao *ombudsman* civil existente na Noruega (Molven, 2007, p. 105-155).

Os exemplos citados ilustram a atuação do *ombudsman* do paciente em países distintos. Em suma, o *ombudsman* do paciente é um mecanismo de ligação entre o

2 O Comitê de Vigilância em Saúde da Noruega atua dentro do Ministério da Saúde e faz avaliações de questões técnicas e supervisões dos serviços de saúde, garantindo que a Lei de Direito do Paciente seja aplicada em todo o país, principalmente em relação à informação e documentação (Molven, 2007).

3 É um sistema que atua no contexto administrativo e abrange questões relacionadas às redes pública ou privada conveniadas ao poder público, na Noruega. Desde 2008, a rede privada também recebe essa cobertura. Esse sistema disponibiliza que o paciente busque compensação pecuniária em razão de falha no atendimento. Para a indenização, é necessário comprovar a relação causal entre o tratamento incorreto ou diagnóstico e o dano alegado. Cerca de apenas 1% dos casos é solucionado no âmbito do Judiciário (Molven, 2007).

paciente e a organização de saúde, apoiando-o a exercer seus direitos, especialmente o direito de queixa.

A atuação atenta-se às necessidades dos pacientes, bem como acarreta benefícios para a melhora da qualidade do cuidado, o que repercute positivamente para profissionais e organizações de saúde. O *ombudsman* do paciente está diretamente comprometido com essas questões, e sua atuação pode mitigar a assimetria de poder existente nas relações dos cuidados em saúde e fortalecer a voz dos pacientes, principalmente quando seus direitos são violados (Albuquerque, 2020, p. 213).

Como apontado, no Brasil, o modelo para tratar os conflitos e danos que emergem dos cuidados em saúde, em regra, ainda é o tradicional, baseado na litigância adversarial; logo, o paciente não conta com um mecanismo próprio para apresentar sua queixa e ter o conflito solucionado, com atenção às suas necessidades e aos seus direitos, dentro da própria organização de saúde. Nota-se, contudo, que, comumente, no campo da saúde, há confusão entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS. Considerando que há uma incompreensão acerca da distinção entre os mecanismos apontados, passa-se à análise das ouvidorias hospitalar e do SUS no Brasil.

OUVIDORIA HOSPITALAR E OUVIDORIA DO SUS NO BRASIL

A ouvidoria é um canal de participação que pode se encontrar tanto na esfera do SUS quanto no contexto privado, cuja atuação viabiliza a comunicação entre o usuário ou consumidor, variando a nomenclatura a depender do contexto, e as organizações de saúde (Chaves; Barbosa; Menezes, 2019). Segundo Chaves, Barbosa e Menezes (2019), a ouvidoria é um modelo institucional para averiguar as falhas das organizações, as quais indicam problemas de funcionamento e estruturais. A ouvidoria é o canal disponível para receber solicitações, elogios e denúncias sobre o serviço prestado pela organização e contribui para construir a sua imagem e a reputação, visto que busca fortalecer o relacionamento com os seus usuários/consumidores, bem como pode ser utilizada pelos usuários/consumidores para que seja evitada a judicialização de situações vivenciadas (Silva *et al.*, 2020).

Ao longo das últimas décadas, nota-se que os canais de comunicação das organizações de saúde públicas e privadas no Brasil ganham importância no que tange ao apoio à gestão a partir da análise de pesquisas de satisfação (European Commission, 2002). Com efeito, principalmente no início do século XXI, associadas ao movimento endereçado ao aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde e à acreditação hospitalar, as organizações voltaram-se para o envolvimento do paciente como protagonista do próprio cuidado (Brasil, s. d.). Nesse sentido, após 20 anos do movimento de acreditação nacional, alguns avanços relacionados à cultura de segurança do cuidado podem ser percebidos, bem como no que concerne ao reconhecimento do paciente

como protagonista. A ouvidoria desempenha, em algumas organizações de saúde, o papel de fortalecer essa construção com o desempenho de ações de melhoria de processos e de cuidado seguro, além de ser um canal de comunicação com o paciente, entretanto não se encontra pautada em uma legislação específica. No mesmo sentido, as ouvidorias hospitalares podem ser ferramentas para que seja evitada a judicialização de situações vivenciadas por pacientes (Silva *et al.*, 2020). Entre as atribuições do ouvidor, há o recebimento de denúncias, elogios, solicitações e sugestões; o fornecimento de informações gerais sobre o hospital e dos direitos e deveres dos usuários/consumidores/pacientes; a identificação e a avaliação do grau de satisfação dos usuários/consumidores/pacientes; a divulgação de relatórios para a implementação de melhorias; a busca ativa de insatisfações dos usuários/consumidores/pacientes (Chaves; Barbosa; Menezes, 2019).

Cumprido destacar que não há lei nacional específica para a ouvidoria hospitalar na esfera pública ou privada. No ordenamento jurídico, observa-se a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos da administração pública, cujo capítulo IV é dedicado às ouvidorias, de forma geral, e o artigo 13 define as atribuições precípua, como: 1. promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; 2. acompanhar a prestação dos serviços, visando garantir a sua efetividade; 3. propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços; 4. auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nessa lei; 5. propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações dessa lei; 6. receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante o órgão ou a entidade a que se vincula; e 7. promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes (Brasil, 2017). Adicionalmente, há a Portaria MS/GM nº 3.027/2007, que prevê a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS, e a Portaria MS/GM nº 2.416/2014, que estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS e suas atribuições (Brasil, 2014, p. 14). Esses regramentos são relevantes, contudo, não dizem respeito à ouvidoria hospitalar, o que acarreta uma lacuna normativa no ordenamento jurídico brasileiro.

No âmbito do SUS, as ouvidorias possibilitam o diálogo entre a sociedade e a gestão, e atuam na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2014, p. 14). É possível que as manifestações encaminhadas às ouvidorias do SUS versem sobre os seguintes aspectos: 1. reclamação (manifestando insatisfação com o serviço público); 2. elogio (expressando se está satisfeito com um atendimento público);

3. solicitação (solicitando a adoção de providências por parte de uma ouvidoria); 4. sugestão (enviando ideia ou proposta de melhoria para os serviços públicos); 5. denúncia (comunicando uma irregularidade, ato ilícito ou violação de direitos na administração pública); e 6. simplificação (sugerindo alguma ideia para desburocratizar o serviço público) (Brasil, s. d.). Salienta-se que a denúncia pode envolver casos de corrupção, fraude, assédio moral ou sexual, uso ilegal de bem público, descumprimento de normas, entre outras irregularidades. A manifestação pode ser registrada por telefone (Ligue 136), pela internet (sistema Fala.BR), de forma presencial ou por meio de carta. Observa-se, assim, que as ouvidorias do SUS recebem manifestações sobre diversas temáticas, quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS, de forma ampla (Brasil, 2014), não se restringindo à esfera do paciente na relação de cuidado em saúde. Exemplificando, na esfera do Ministério da Saúde, o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, determina que compete à Ouvidoria-Geral do SUS, com destaque, acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados por meio de reclamações encaminhadas contra atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde.

No que tange às ouvidorias dos hospitais privados, em algumas organizações, também são denominadas Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), sendo caracterizadas como instâncias independentes e imparciais para receber reclamações, sugestões, elogios em relação ao cuidado recebido ou a aspectos diversos da organização, como a dificuldade em agendar algum exame (Grupo Ibes, 2018). O SAC passou a ter maior visibilidade a partir da década de 1990, após a intensificação das empresas em verificar as necessidades e os desejos de seus consumidores, visto que se compreende que o sucesso da empresa está associado com o relacionamento que possui com o cliente (Freitas; Henz, 2023). Adicionalmente, com a entrada em vigor do CDC, as empresas passaram a ver o SAC como um elemento estratégico, visando inibir eventuais problemas e insatisfações, bem como o desgaste da imagem organizacional (Freitas; Henz, 2023). As ouvidorias hospitalares são responsáveis pelo recebimento e tratamento das manifestações, além de serem ferramentas importantes para a transparência não apenas no contexto público, mas também no privado (Freitas; Henz, 2023). Ademais, as próprias organizações de saúde determinam as diretrizes internas para a instalação das suas ouvidorias, incluindo suas atribuições e a designação do profissional para o exercício da função de ouvidor. A ouvidoria possui impacto importante para organizações de saúde privadas que querem se estabelecer no mercado e atingir o nível mais elevado de excelência dos serviços e produtos (Silva *et al.*, 2020). Desse modo, buscam minimizar os eventuais impactos negativos das avaliações dos consumidores perante a organização avaliada, bem como evitar o ajuizamento de processos judiciais. As ouvidorias hospitalares também visam contribuir para a melhoria da qualidade do serviço e satisfação dos pacientes e familiares (Freitas; Henz, 2023). Em termos de funcionamento,

em regra, as ouvidorias das organizações privadas respondem às questões relacionadas aos serviços e produtos oferecidos, esclarecem-nas, escutam o consumidor sobre sua experiência e aconselham e orientam os pacientes (Grupo Ibes, 2018).

Pode-se aventar que a atuação da ouvidoria, nas esferas pública e privada, possui um papel relevante para as organizações de saúde e para o SUS. Nota-se que a sua atuação se fundamenta nos direitos dos usuários e dos consumidores, com foco na atenção ao usuário/consumidor que utiliza o serviço de saúde, divergindo do *ombudsman* do paciente em diversos aspectos. A seguir, são apresentadas distinções entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS sob a ótica do direito do paciente.

ANÁLISE DO OMBUDSMAN DO PACIENTE E DAS OUVIDORIAS HOSPITALAR E DO SUS NO BRASIL SOB A ÓTICA DO DIREITO DO PACIENTE

Como se depreende das informações apresentadas, é equivocado considerar que as ouvidorias no Brasil são sinônimo do *ombudsman* do paciente. Para elucidar, são abordados os principais pontos de diferenças entre os mecanismos sob a ótica do direito do paciente. A premissa de criação do *ombudsman* do paciente decorre de que, quando algum direito do paciente é violado, o paciente e seus familiares podem recorrer a um mecanismo criado especificamente para apoiar a apresentação de queixas e disponibilizar suporte para eventual solução de conflitos, concretizando o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral. Assim, assegura-se o papel do paciente como protagonista do seu cuidado, inclusive quando as coisas não saem como o esperado e quando seus direitos são violados. Por sua vez, a premissa para a criação da ouvidoria na esfera pública se conecta com a participação social dos usuários no SUS, e, no âmbito privado, consideram-se a possibilidade de que os serviços prestados sejam aperfeiçoados e o fortalecimento da relação entre a organização e o usuário/consumidor.

Ademais, o modelo tradicional do *ombudsman* do paciente (Mackenney; Fallberg, 2004, p. 5; Molven, 2007) possui previsão na legislação específica sobre os direitos do paciente que são fundamentados nos direitos humanos. Nesse sentido, a lógica aplicada é a do cuidado, reconhecendo que a relação entre os profissionais de saúde é uma relação de confiança e que o cuidado é o cerne da sua essência (Albuquerque, 2020, p. 14). Ao contrário, a ouvidoria brasileira não se estrutura com base em uma legislação que dispõe sobre os direitos do paciente. Ademais, o fundamento se refere ao direito do consumidor, no caso das ouvidorias das organizações privadas, e ao direito sanitário, quando se trata de ouvidoria na esfera do SUS, ou seja, são ramos jurídicos distintos do direito do paciente, o que acarreta uma racionalidade normativa diferenciada, bem

como princípios e comandos de atuação dos integrantes dos mecanismos ouvidorias e *ombudsman* do paciente (Albuquerque, 2020, p. 213).

No que tange à atuação, o *ombudsman* do paciente tem como foco a promoção e a implementação dos direitos dos pacientes (Albuquerque, 2020, p. 213). Em contraposição, a ouvidoria na esfera do SUS confere ênfase à participação social dos usuários e ao aprimoramento do serviço de saúde prestado e da gestão pública (European Commission, 2002). Ainda, registra-se que o *ombudsman* do paciente se concretiza como uma garantia da efetivação do direito do paciente de apresentar queixa e do direito à reparação integral. A atuação visa ao acolhimento do paciente e à solução de conflitos considerando o paciente como protagonista do próprio cuidado, evitando também a eventual revitimização dele quando ocorre um evento adverso. O acolhimento do paciente e dos familiares é um dos principais componentes do *ombudsman* do paciente (Albuquerque, 2020, p. 214).

Como apresentado, no Brasil ainda não há o reconhecimento legal em nível nacional dos direitos do paciente, nem a existência do *ombudsman* do paciente nos moldes explanados. Igualmente, o direito de apresentar queixa e o direito à reparação integral ainda não são contemplados sob a ótica do direito do paciente na legislação nacional.

Ainda que se reconheça a existência de ouvidorias hospitalares e do SUS, a solução das queixas no contexto dos cuidados em saúde ainda se dá, tradicionalmente, pelo ajuizamento de processos judiciais, com todas as implicações decorrentes citadas (Albuquerque, 2020, p. 200). Nesse caso, o foco não recai na reparação integral, no acolhimento e no protagonismo do paciente (Albuquerque, 2020, p. 202).

No Brasil, a ouvidoria na esfera da saúde não equivale, portanto, ao complexo mecanismo do *ombudsman* do paciente (Albuquerque, 2018).

Quadro 1: Diferenças principais entre o *ombudsman* do paciente e as ouvidorias hospitalar e do SUS

Ombudsman do paciente	Ouvidoria hospitalar	Ouvidoria do SUS
Possui previsão na lei específica de cada país sobre o direito do paciente	Não possui legislação nacional específica que institui a ouvidoria hospitalar na esfera privada	O artigo 37, § 3º, inciso I, da Constituição Federal de 1988 prevê a existência de uma lei que discrimine formas de participação do usuário na administração pública, especialmente sobre as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral Há legislação sobre a participação, proteção e defesa dos usuários dos serviços públicos da administração pública (Lei nº 13.460/2017) Os artigos 13 a 17 da referida lei dispõem sobre as ouvidorias na esfera da administração pública, contudo não especificam sobre a ouvidoria no contexto do SUS
Fundamento no direito do paciente	Fundamento no direito do consumidor	Fundamento no direito sanitário
Pautado pela lógica do cuidado	Pautada pela lógica do consumo	Pautada pela lógica da saúde pública
Foco no respeito, na promoção dos direitos do paciente, visando à qualidade de vida e ao bem-estar do paciente e dos familiares, e na solução de conflitos sem o paciente ter a necessidade de recorrer ao Poder Judiciário, evitando a possível revitimização	Foco na melhoria do serviço de saúde prestado pela instituição privada e na satisfação do consumidor	Foco na ampliação da participação social no SUS
É uma garantia dos direitos do paciente de apresentar queixa e da reparação integral	É a garantia da existência de instâncias independentes para receber sugestão, reclamação, elogio nas organizações de saúde, contribuindo para que estas se estabeleçam no mercado e atinjam o nível mais elevado de excelência dos serviços e produtos	É uma garantia da participação social, possibilitando que o cidadão solicite informações sobre ações e serviços de saúde, e registre sua sugestão, sua reclamação, seu elogio e sua denúncia sobre a administração pública
Foco no paciente e no seu acolhimento, considerando a sua vulnerabilidade acrescida	Foco no consumidor	Foco no usuário

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota-se que o foco principal das ouvidorias hospitalar e do SUS está no usuário/consumidor, não considerando o paciente e a sua vulnerabilidade acrescida. Destaca-se, contudo, que são vislumbradas mudanças no papel desse canal de comunicação em organizações que avançam na cultura do CCP e na busca pela melhoria da experiência do paciente (Albuquerque, 2020, p. 35).

Cumprido ressaltar que o presente artigo não visa questionar a evidente importância da ouvidoria no contexto brasileiro, mas refletir sobre a possibilidade da adoção do *ombudsman* do paciente no Brasil, considerando todas as particularidades existentes no país.

Em suma, a coalizão desses dois mecanismos, *ombudsman* do paciente e ouvidoria, cumprindo cada qual com a sua função precípua, seria importante para a proteção dos direitos no contexto da saúde. Ressalta-se, por fim, ser necessária a adoção de mecanismos que assegurem que o paciente seja protagonista do próprio cuidado em saúde não somente no que diz respeito às decisões clínicas, mas também quando ocorrerem situações que não são esperadas, como no caso de violações de direitos. Um mecanismo que acolha o paciente, os familiares e os profissionais de saúde, atuando diretamente na organização de saúde, é essencial para a completa efetivação dos direitos do paciente e, conseqüentemente, dos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É direito dos pacientes e familiares contar com um mecanismo específico de recebimento e solução de queixas, bem como com a reparação integral, quando têm seus direitos violados. Esse mecanismo não se confunde com o Poder Judiciário, pautado no modelo de litigância adversarial, tradicionalmente utilizado no Brasil, nem com as ouvidorias hospitalar e do SUS. Faz-se necessário, portanto, repensar o sistema vigente no Brasil, adequando-o ao que preconiza o direito do paciente. O *ombudsman* do paciente possui fundamento nos direitos humanos e reconhece o paciente como protagonista do próprio cuidado, inclusive quando as situações vivenciadas no contexto do cuidado em saúde não saem como esperadas e quando seus direitos são violados. Ainda que as ouvidorias hospitalar e do SUS tenham grande importância, contribuindo para a participação social e o recebimento de queixas, não se confundem com o *ombudsman* do paciente, cuja função abrange não apenas o recebimento e a solução de conflitos, mas também o apoio ao paciente na orientação e formalização da queixa e no encaminhamento às instâncias devidas, atuando na promoção dos direitos do paciente, o engajamento dos pacientes em seu próprio cuidado e a atuação voltada para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Verifica-se, assim, que as ouvidorias hospitalares foram formadas à margem do direito do paciente e, conseqüentemente, dos direitos humanos. Dessa forma, o presente artigo levanta reflexões sobre a possibilidade de adoção do *ombudsman* do paciente no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AASEN, E. M.; DAHL, B. M. Construction of patients' position in Norway's patients' rights act. *Nursing Ethics*, [s. l.], v. 26, n. 7-8, p. 2278-2287, Aug. 2019.
- ALBUQUERQUE, A. *Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde*. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 326-332, 2018.
- ALBUQUERQUE, A. *Manual de direito do paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.
- ALBUQUERQUE, A. *Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do direito do paciente*. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 70-109, set. 2022.
- ALBUQUERQUE, A. *Empatia nos cuidados em saúde*. Santana de Parnaíba: Manole, 2023.
- ALBUQUERQUE, A.; REGIS, A. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 3-25, dez. 2020.
- ALLSOP, J.; MULCAHY, L. Dealing with clinical complaints. *Quality in Health Care*, [s. l.], v. 4, p. 135-143, 1995.
- AVANT MUTUAL GROUP LIMITED. *When patients complain: what you really need to know*. Sidney: Learning Centre Handbook, 2016.
- BRASIL. *Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Lei n. 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 22 set. 2025.
- BRASIL. Fala.BR. [s. d.].
- CHAVES, D. F.; BARBOSA, F. G.; MENEZES, J. S. N. Desenvolvimento da qualidade hospitalar por meio da demanda da ouvidoria. *Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman*, [s. l.], n. 2, p. 219-229, 2019.
- EUROPEAN COMMISSION. *European Charter of Patient's Rights*. Brussels: European Commission, 2002.
- EUROPEAN COMMISSION. *Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
- FLOOD, C. M.; MAY, K. A patient charter of rights: how to avoid a toothless tiger and achieve system improvement. *CMAJ*, [s. l.], v. 184, n. 14, p. 1583-1587, 2012.
- FREITAS, D. C. P. e S. de; HENZ, A. P. Clima organizacional na gestão hospitalar e seus impactos: revisão bibliográfica. *Pleiade*, [s. l.], v. 17, n. 41, p. 5-18, out./dez. 2023.

- GALLAGHER, T.; MAZOR, K. Taking complaints seriously: using the patient safety lens. *BMJ Quality & Safety*, [s. l.], v. 24, p. 352-355, May 2015.
- GRUPO IBES. *7 funções da ouvidoria ou SAC nas organizações de saúde*. São Paulo: Grupo Ibes, 2018.
- LAARMAN, B. S. *De rol van het recht als er iets misgaat in de Gezondheidszorg*. 2022. These (Promotion in Rechtswissenschaften) – Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, 2022.
- LEGEMAATE, J. Het klachtrecht van de patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, [s. l.], v. 31, p. 418-427, 2007.
- MACKENNEY S.; FALLBERG, L. *Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare*. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2004.
- MACLEOD, S.; URHO, M.; HODGES, C. Nordic injury compensation schemes. In: MACLEOD, S.; HODGES, C. *Redress schemes for personal injuries*. London: Bloomsbury, 2017. p. 161-166.
- MCQUEEN, J. et al. Adverse event reviews in healthcare: what matters to patients and their family? A qualitative study exploring the perspective of patients and family. *BMJ Open*, [s. l.], v. 9, n. 12, p. 1-9, 2022.
- MENEGAZ, M. Direito de apresentar queixa e direito à reparação no contexto dos direitos dos pacientes. In: ALBUQUERQUE, A.; MELGAÇO, N. *Direito do paciente: formação e atualização*. Ponta Grossa: Atena, 2023. p. 107-118.
- MOLVEN, O. O ombudsman do paciente: a experiência norueguesa. *Revista de Direito Sanitário*, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 105-155, fev. 2007.
- SILVA, F. de A. da et al. O papel da ouvidoria pública e privada: uma evolução incontestável no mundo, no Brasil e na Paraíba. *Temas em Saúde*, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 245-263, 2020.
- SIRPA, E. et al. *Potilasasiemien toimenkuva*. 2021. p. 1-23. Disponível em: <https://www.lshp.fi/download/noname/%7B6D41A2B6-78AA-46C9-80B6-4A1731175CBE%7D/9462>. Acesso em: 25 ago. 2025.
- STUDART, D. M.; BRENNAN, T. A. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. *JAMA*, [s. l.], v. 286, n. 2, p. 217-223, 2001.
- SUNDLER, A. et al. Are they really allowed to treat me like that? A qualitative study to explore the nature of formal patient complaints about mental healthcare services in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, [s. l.], v. 31, p. 348-357, 2022.
- THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee Opinion N.º 68: disclosure and discussion of adverse events. *Obstetrics & Gynecology*, [s. l.], v. 128, p. 257-261, 2016.
- VINCENT, C. Compensation as a duty of care: the case for "no fault". *BMJ Quality & Safety*, [s. l.], v. 12, p. 240-241, 2003.

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Μ. Ε. *et al.* Μηχανισμός διερεύνησης καταγγελιών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κριτική προσέγγιση και προτάσεις βελτίωσης [Mecanismo de investigação de reclama-
ções no Sistema Nacional de Saúde: abordagem crítica e sugestões de melhoria].
Athens Medical Society, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 121-128, 2022.

Recebido em: 07/02/2025

Aprovado em: 11/06/2025

CONTORNOS DE UMA PROPOSTA EDUCACIONAL A PARTIR DO ENFOQUE ÉTICO DAS CAPACIDADES

CONTOURS OF AN EDUCATIONAL PROPOSAL BASED ON THE ETHICAL CAPABILITY APPROACH

Fabiano de Almeida Oliveira

Doutor em Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

E-mail: fabiano.oliveira@mackenzie.br

Juliana Najados Hoffmann

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação, Arte e História da Cultura da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM).

E-mail: juliana.hoffmann@sme.prefeitura.sp.gov.br

Resumo: O artigo analisa a educação contemporânea sob a ótica do enfoque ético-normativo das capacidades, de Martha Nussbaum. Inicialmente, discute-se como a educação tem sido moldada por fatores históricos, sociais e econômicos, muitas vezes guiados por uma lógica de mercado que compromete sua função formativa. Em seguida, o texto introduz a proposta de Nussbaum, que enfatiza o desenvolvimento humano por meio da garantia de capacidades fundamentais, rejeitando abordagens estritamente econômicas e meritocráticas. A autora propõe um modelo de justiça social que assegura um conjunto mínimo de condições para uma vida digna, destacando a necessidade de políticas públicas que eliminem dilemas trágicos e promovam funcionamentos férteis. O artigo também discute a experiência dos Centros Educacionais Unificados (CEU) da cidade de São Paulo como exemplo de iniciativas alinhadas ao enfoque ético das capacidades. Por fim, enfatiza-se que a educação não deve ser reduzida a um instrumento de ascensão econômica, mas deve priorizar a formação humana e cidadã. A reflexão sugere que o enfoque ético das capacidades pode oferecer um caminho alternativo para o aprimoramento da educação, valorizando a dignidade humana e o desenvolvimento integral dos indivíduos.

Palavras-chave: Enfoque das capacidades. Educação e justiça social. Desenvolvimento humano. Políticas públicas educacionais. Formação cidadã.

Abstract: This article examines contemporary education through the lens of Martha Nussbaum's ethical-normative capability approach. It begins by discussing how education has been shaped by historical, social, and economic factors, often driven by a market logic

that undermines its formative purpose. The text then introduces Nussbaum's proposal, which emphasizes human development through the guarantee of fundamental capabilities, rejecting strictly economic or meritocratic approaches. Nussbaum advocates a model of social justice that secures a minimum set of conditions for a dignified life, highlighting the need for public policies capable of eliminating tragic dilemmas and fostering fertile functionings. The article also discusses the experience of the *Centros Educacionais Unificados* – CEU (Unified Educational Centers) in the city of São Paulo as an example of initiatives aligned with the ethical capabilities framework. Finally, it argues that education should not be reduced to an instrument of economic advancement but should prioritize human and civic formation. The reflection suggests that the ethical capabilities approach offers a promising alternative for improving education by valuing human dignity and the integral development of individuals.

Keywords: Capability Approach; Education and social justice; Human development; Educational public policies; Civic formation.

“O objetivo não é viver mais anos, e sim viver melhor; não é acrescentar mais anos à sua vida, e sim mais vida aos seus anos.”

(Mark Hyman)

INTRODUZINDO A PROBLEMÁTICA

Iniciar um texto falando sobre o tempo pode parecer um tanto clichê. O tempo é (ou deveria ser) de interesse de todos. É na realidade o único denominador comum que temos. Ele vai passar, vai contar as suas histórias e vai deixar as suas marcas. Contudo, quando se pensa na educação, o tempo se torna sinônimo de elucidação. Para início de conversa, antes de se pensar nas inúmeras variáveis (e possibilidades) que envolvem a educação, é preciso partir de um ponto, e o mais viável é pensar a escola dos dias atuais como resultado de um processo histórico, social e cultural que permanece em construção e segue refletindo as demandas de um grupo, ou seja, da sociedade.

Nas últimas décadas, a educação se deparou com muitas e grandiosas propostas de remodelações, que impactaram e redirecionaram os seus objetivos perante a sociedade brasileira. Inicialmente, é necessário observar que a educação não simplesmente se deixou levar pelos ímpetus da mudança, mas também por suas possíveis fragilidades ou até necessidades. Apropriando-se dos dizeres de Hannah Arendt (2014), como área pré-política, a educação e, mais precisamente, a escola, tendem a responder aos estímulos do grupo de que fazem parte. O recente processo de redemocratização do Brasil, que propõe uma nova organização política e social do país, reestrutura também o ensino e seus objetivos em torno dele. Da mesma forma, a chegada do novo milênio

e o crescimento acelerado da tecnologia impactaram diretamente os ideais em torno do processo de ensino e aprendizagem nas escolas brasileiras. Nesse ínterim, a globalização trouxe novas perspectivas à sociedade brasileira, no que diz respeito aos desejos e ao consumo de bens e de serviços. De forma simplificada, o que antes era de conhecimento restrito a um grupo seleto de pessoas passou a ser de conhecimento público e notório de todos, e isso não envolve somente o desejo, mas muitas vezes o acesso a certos itens. Guardadas as proporções, o público em geral passa também a consumir de uma forma distinta, não vislumbrando somente a sobrevivência, mas também a qualidade de vida.

São diversas as variáveis que influenciam esse movimento e que não serão analisadas neste momento. Contudo, apesar das ressalvas, é importante destacar a abertura da economia para grupos antes marginalizados. A exemplo disso, os cartões de crédito e os financiamentos diversos expandem as possibilidades de consumo, e, apesar dos altos juros e de uma grande possibilidade de endividamento, o impacto social dessa inclusão econômica merece atenção. Ainda que diante dos avanços e das mudanças sociais, a educação parece ser exposta a um quase permanente sentimento de fracasso, que perpassa não somente a comunidade educativa, mas a sociedade como um todo. A educação é, sem dúvida, fundamental para o desenvolvimento da sociedade, e não é nossa intenção afirmar o contrário. Contudo, é importante refletir sobre o motivo pelo qual a educação se tornou uma preocupação central para todos os setores da sociedade, que reconhecem que, sem seus avanços, nada será possível.

Ao discorrerem sobre a forma escolar, Vincent, Lahire e Thin (2001) citam as inúmeras críticas das quais a escola é alvo, quase sempre contraditórias e que induziriam à evocação de uma “crise” escolar quase generalizada. O que poderia ser interpretado apenas como uma sensação tem se consolidado de diversas formas, evidenciado pelo crescente número de estudos acadêmicos que, desde as décadas de 1990 e 2000, propõem-se a analisar como os alunos podem aprender de maneira mais eficaz. A aproximação definitiva entre a educação e as políticas públicas ocorre por meio de propostas variadas de avaliações externas, cujo objetivo é o mapeamento das fragilidades do sistema educacional e, a partir disso, o aprimoramento do planejamento dos recursos destinados a essa área. Refletir e organizar, de forma estratégica, o direcionamento dos recursos para a educação é de extrema relevância. No entanto, considerar os investimentos educacionais com base exclusivamente em uma única variável, como os dados provenientes de avaliações externas e econômicas, levanta sérias preocupações, pois essa abordagem pode simplificar demais a complexidade do processo educativo.

Medir a qualidade da educação com base em recortes do processo educativo, como é o caso de sistemas de avaliação da educação básica, assemelha-se à utilização exclusiva do indicador do produto interno bruto (PIB) na classificação do nível de

qualidade de vida de um país, que ofereceria uma visão distorcida da realidade, em que não são abordadas questões relacionadas ao nível de vida dos habitantes mais pobres, como a educação e a saúde (Nussbaum, 2012). Ou seja, em ambos os casos, são parâmetros reducionistas que não oferecem um panorama fidedigno e abrangente dos cenários vivenciados.

No caso da educação, durante a década de 1960, a escola era considerada secundária na ascensão profissional e social do indivíduo, ao passo que hoje, a ela é atribuído, majoritariamente, o sucesso de suas trajetórias sociais e profissionais. O rápido desenvolvimento da educação na sociedade, a ponto de se tornar essencial na produção e na reprodução de formações sociais, hierárquicas e das classes que as constituem, é observado por Vincent, Lahire e Thin (2001). Dessa forma, a educação passa a se mover e a se relacionar com os demais campos da sociedade da mesma forma que a economia. A simples observação dos currículos escolares demonstra que um dos maiores desafios atuais da área é justamente manter as discussões das ações da educação distantes da lógica de mercado que prevalece atualmente.

Currículos escolares que buscam atender a uma lógica mercantil visam sobretudo ao aumento do desempenho de meninos e meninas, que logo entrarão em um competitivo e cruel mercado de trabalho. Para tanto, eles são compostos de inúmeros cursos e idiomas, que levam muitos à exaustão emocional e física. Nessa perspectiva, é evidenciado o antagonismo entre a escola particular e a escola pública, em que muitos creem ser possível a apenas uma delas garantir o sucesso de seus alunos.

Nessa perspectiva, os currículos são voltados para as quantidades de cursos, de habilidades e de competências, mas esvaziados no que mais deveria importar, que é a formação humana e cidadã. A reflexão sobre a relação entre economia e desenvolvimento humano não é recente. Amartya Sen (2010), Prêmio Nobel de Economia, construiu sua tese central em torno do desenvolvimento humano, defendendo que o progresso econômico e a geração de riquezas devem ser considerados instrumentos para a promoção do bem-estar humano, e não o inverso. A visão de que a educação deve estar a serviço da economia é considerada por Amartya Sen (2010) uma visão restrita, que sustenta a pobreza e a miséria. Por meio desse ideal econômico, alimenta-se essa cruel engrenagem que distancia os mais vulneráveis da possibilidade de se viver mais e melhor, ou seja, de vivenciar a plena liberdade. Essa inversão, que coloca o meio como uma finalidade, é vivenciada pela maioria e estimulada por muitos economistas. Apesar de extremamente danosa, demonstra ser funcional em uma sociedade que substitui referências éticas por valores secundários, como a produção, a renda e o lucro (Pegoraro, 2013). Contígua à ética do desenvolvimento humano proposta por Amartya Sen, encontra-se a ética das capacidades de Martha Nussbaum que privilegiaremos

neste artigo, pois não somente incorpora as premissas básicas do modelo de Sen, como também parece ampliá-las.

A PROPOSTA ÉTICA DE MARTHA NUSSBAUM SEGUNDO O ENFOQUE DAS CAPACIDADES

A proposta ética de Martha Nussbaum, baseada no enfoque das capacidades, representa uma abordagem normativa para a justiça social, focada na garantia de um conjunto de capacidades humanas fundamentais. Diferente de perspectivas utilitaristas ou estritamente igualitárias, Nussbaum propõe um modelo de justiça centrado na dignidade humana e na possibilidade de cada indivíduo desenvolver plenamente seu potencial.

O enfoque das capacidades surgiu no contexto das políticas sobre o desenvolvimento humano e tem raízes em estudos realizados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). Embora inspirado nos trabalhos de Amartya Sen, que enfatizou a necessidade de medir o bem-estar das pessoas não apenas por renda ou recursos, mas pela liberdade real que possuem para realizar escolhas valiosas, o enfoque de Nussbaum se diferencia por sua formulação normativa e pela ênfase em uma lista específica de capacidades humanas centrais que, quando devidamente cultivadas, demonstrariam não apenas o grau de desenvolvimento humano, mas também de qualidade de vida e justiça social básica (Nussbaum, 2012, p. 37-38). Nussbaum considera que a justiça social deve garantir um conjunto mínimo de capacidades que possibilitem uma vida digna. Sua abordagem é fortemente influenciada por filosofias que tratam do “florescimento humano”, como as de Aristóteles, John Stuart Mill e Rabindranath Tagore, e visa criar um modelo de justiça que transcenda as meras comparações entre países, estruturando um ideal normativo aplicável às políticas públicas (Nussbaum, 2012, p. 43).

A concepção de capacidades de Nussbaum rejeita os reducionismos quantitativos sobre a qualidade de vida. Ela argumenta que a saúde, a educação, a integridade física e outras dimensões do bem-estar não podem ser reduzidas a um único indicador, pois são qualitativamente distintas. Dessa forma, sua proposta se opõe a abordagens estritamente meritocráticas ou simploriamente igualitárias, enfatizando que a dignidade humana exige que as pessoas tenham oportunidades reais para desenvolver suas capacidades. Isso significa que as sociedades devem não apenas garantir liberdades formais (como o direito ao voto), mas também criar condições para que essas liberdades sejam exercidas de forma significativa. Um ponto fundamental de sua teoria é a distinção entre “capacidades internas”, que estariam relacionadas às habilidades e aos traços desenvolvidos pelo indivíduo (como aprendizado, confiança e pensamento crítico), e “capacidades combinadas”, que seriam resultado da interação entre as capacidades in-

ternas e as oportunidades concretas oferecidas pela sociedade (Nussbaum, 2012, p. 42-44). A relação entre essas categorias evidencia como as barreiras sociais, políticas e econômicas podem minar a real liberdade dos indivíduos, tornando ilusório o direito formal de participação social.

Direitos humanos e o papel da dignidade humana

A dignidade humana é um conceito central na ética baseada no enfoque das capacidades. Segundo Nussbaum, não basta garantir recursos materiais ou liberdades formais, é necessário assegurar que as pessoas tenham condições reais de exercer suas capacidades. Um exemplo dessa abordagem é sua visão sobre os direitos políticos e sociais. Para Nussbaum, esses direitos não devem ser proporcionais às habilidades inatas das pessoas, mas devem garantir que todos alcancem um nível mínimo de capacidades combinadas. Isso significa, por exemplo, que pessoas com deficiências cognitivas devem receber apoio específico para garantir sua participação na vida pública. Entretanto, ela estabelece um critério, que seria o reconhecimento de algum nível de atividade cognitiva como condição para o exercício dos direitos políticos. Dessa forma, pessoas em estado vegetativo permanente ou anencefálicas não se enquadrariam no conceito de dignidade política, embora ainda devam ser tratadas com respeito e proteção legal próprios da dignidade de seres humanos que são (Nussbaum, 2012, p. 42-44). A distinção entre “capacidades” (*capabilities*) e “funcionamentos” (*functionings*) também se mostra essencial em sua ética. Enquanto “capacidade” se refere às reais possibilidades ou liberdade de escolha que uma pessoa tem para agir e alcançar determinados “funcionamentos”, “funcionamento” representa a realização concreta dessas capacidades, como “desfrutar de boa saúde”, estar bem alimentado, ter acesso à educação, participar da vida política ou praticar uma atividade artística (Nussbaum, 2012, p. 44). Sendo assim, as capacidades têm a ver com o poder de escolha, com o que a pessoa pode efetivamente fazer ou ser, caso assim deseje; já os funcionamentos representam as diferentes formas de ser e agir que compõem uma vida humana plena. A diferença entre capacidades e funcionamentos pode ser ilustrada da seguinte maneira: uma pessoa que tem acesso à alimentação adequada, mas opta por jejuar, tem a capacidade de se alimentar bem, mas escolhe não exercer esse funcionamento. Já alguém que está desnutrido por falta de acesso a alimentos não tem essa mesma capacidade, pois sua escolha é limitada pela falta de recursos. Com essa distinção, Nussbaum está interessada em mostrar que uma vida boa não deve ser avaliada apenas pelos funcionamentos (o que as pessoas de fato fazem), mas também pelas capacidades que elas possuem (o que podem fazer, se quiserem). Assim, uma sociedade justa deve garantir que os indivíduos tenham um conjunto adequado de capacidades básicas para que possam levar uma vida digna e escolher como desejam viver. Isso diferencia sua

abordagem da ética utilitarista ou da visão puramente economicista de bem-estar, pois não basta que uma pessoa tenha altos padrões de consumo ou certas conquistas, é essencial que ela tenha liberdade real para escolher sua trajetória de vida. Da mesma forma, por meio desse expediente, Nussbaum reconhece que a dignidade humana pode ser protegida mesmo quando um indivíduo opta por não exercer plenamente suas capacidades.

A proposta de Nussbaum é estruturalmente normativa, ou seja, ela não se limita a descrever as desigualdades, mas busca estabelecer um conjunto mínimo de condições para uma vida digna. Essa base é expressa na sua lista de dez capacidades centrais, que servem como um “pisso” para a justiça social (Nussbaum, 2012, p. 53-55):

- 1) Vida – Direito a uma vida de duração normal, sem morte prematura evitável.
- 2) Saúde física – Acesso à alimentação adequada, à saúde reprodutiva e à moradia apropriada.
- 3) Integridade física – Proteção contra a violência e liberdade de locomoção.
- 4) Sentidos, imaginação e pensamento – Educação adequada e liberdade de expressão cultural, política e religiosa.
- 5) Emoções – Possibilidade de formar laços afetivos e sentir empatia.
- 6) Razão prática – Capacidade de reflexão sobre a própria vida e de optar por uma forma de bem viver a partir dessa mesma reflexão crítica.
- 7) Afiliação – Direitos de participação social e proteção contra a discriminação.
- 8) Relação com outras espécies – Interação respeitosa com o meio ambiente, incluindo os demais animais não humanos.
- 9) Jogo – Direito ao lazer e à recreação.
- 10) Controle sobre o próprio entorno – Participação política e posse de bens materiais assegurados.

A lista não busca apenas garantir a sobrevivência, mas também o florescimento humano, reconhecendo que uma vida digna inclui mais do que as necessidades básicas.

Dilemas trágicos e estratégias políticas

Nussbaum reconhece que, em certas situações, as capacidades entram em conflito. O exemplo da Índia ilustra bem esse dilema, onde pais pobres, muitas vezes, precisam escolher entre enviar seus filhos à escola ou permitir que trabalhem para ajudar na sobrevivência da família. Essas situações são chamadas de escolhas trágicas, pois qualquer decisão resulta na violação de um direito fundamental (Nussbaum, 2012, p. 57). O enfoque tradicional de análise custo-benefício não consegue capturar a profundidade dessas tragédias. Em vez de simplesmente hierarquizar prioridades, a

resposta deve ser a criação de políticas públicas que eliminem essas escolhas impossíveis. Um exemplo bem-sucedido foi a iniciativa do estado de Kerala, na Índia, que implementou horários escolares flexíveis e forneceu alimentação gratuita para as crianças, reduzindo a necessidade de trabalho infantil. Esse programa praticamente erradicou o analfabetismo em Kerala, servindo de modelo para políticas nacionais (Nussbaum, 2012, p. 58).

Um outro aspecto inovador do enfoque das capacidades é a distinção entre funcionamentos férteis e desvantagens corrosivas. Os conceitos de funcionamentos férteis (*fertile functionings*) e desvantagens corrosivas (*corrosive disadvantages*) são utilizados para descrever a dinâmica das capacidades e dos funcionamentos dentro de contextos sociais específicos (Nussbaum, 2012, p. 64-65). Os funcionamentos férteis são aqueles que têm um impacto positivo e multiplicador na vida de uma pessoa, ou seja, funcionam como catalisadores para o desenvolvimento de outras capacidades e funcionamentos. Um funcionamento fértil não apenas melhora a condição de vida em um aspecto específico, mas também gera uma cadeia de benefícios em diversas áreas da vida. Exemplo de funcionamentos férteis na educação: uma pessoa que recebe uma boa educação, desenvolve habilidades cognitivas que aumentam suas oportunidades de emprego, sua participação política e sua autonomia. Na saúde: estar saudável permite que uma pessoa trabalhe, estude e se envolva socialmente, ampliando suas possibilidades de realização. No cultivo da autonomia e autoestima: ter confiança e senso de agência pode levar a uma maior participação em atividades sociais, políticas e profissionais. Funcionamentos férteis são transformadores, pois capacitam os indivíduos a ampliar suas escolhas e oportunidades.

As desvantagens corrosivas, por sua vez, são fatores que não apenas prejudicam um funcionamento específico, mas também criam um efeito dominó negativo que compromete várias capacidades e vários funcionamentos de uma pessoa. Trata-se de situações que aprisionam indivíduos em ciclos de privação, dificultando sua saída de condições adversas. A falta de recursos básicos seria uma dessas desvantagens corrosivas, pois pode limitar o acesso à educação, saúde e participação política, tornando difícil romper o ciclo da exclusão. A violência e a discriminação também. Sofrer violência doméstica ou discriminação racial pode reduzir a autoestima, limitar oportunidades de emprego e restringir a participação social e política. Outra desvantagem corrosiva seriam as doenças crônicas ou deficiências sem suporte adequado que podem impedir a pessoa de estudar ou trabalhar, reduzindo drasticamente suas capacidades e aumentando a dependência de terceiros. As desvantagens corrosivas são interdependentes e podem gerar uma espiral de empobrecimento e marginalização.

A distinção entre esses conceitos é central para a ética e para a política pública, pois mostra que não basta eliminar uma privação isolada, é necessário identificar quais

capacidades e funcionamentos têm efeitos multiplicadores e quais fatores corroem a liberdade e a dignidade das pessoas. O objetivo de uma sociedade justa, segundo Nussbaum, é promover funcionamentos férteis e combater as desvantagens corrosivas, garantindo que todos tenham acesso a um mínimo de capacidades básicas para uma vida digna. Esse enfoque sugere que a melhor forma de promover justiça social é investir em políticas que tenham impacto positivo em diversas áreas, simultaneamente, e é nesse sentido que a educação se torna fundamental.

A EDUCAÇÃO COMO PROMOÇÃO DE “FUNCIONAMENTOS FÉRTEIS” E FLORESCIMENTO DAS “CAPACIDADES” HUMANAS: UM CAMINHO INACABADO E UM EXEMPLO A SER SEGUIDO

Se a escola, como instituição, não priorizar a ética e a formação humana, e o florescimento de suas capacidades centrais em suas ações, quem o fará? A distinção entre os papéis da escola e da família tem sido uma pauta constante ao longo da história da educação. É inegável que a articulação eficaz entre esses dois espaços seria o cenário ideal para o desenvolvimento integral das crianças, independentemente da idade ou do nível de ensino.

Quando falas prontas são comumente utilizadas na escola, como “Educação vem de casa”, é no mínimo sensato questionar: “E se não tiver em casa?”. Ou ainda: “E quem não tem a casa?”. O despertar da consciência daqueles que compõem a engrenagem da educação é o primeiro passo a ser dado, e a formação de professores nesse sentido é essencial. Muitas são as variáveis que levam um indivíduo a seguir no caminho da docência, que compreendem desde o talento e a admiração pela profissão até o barateamento dos cursos voltados para a licenciatura como única opção ao acesso ao ensino superior. Contudo, da mesma forma que um profissional formado em medicina é alertado sobre as suas responsabilidades, antes, durante e depois da conclusão do curso, é necessário empoderar os que optam pelo caminho da docência e dotá-los de recursos. Afinal, a esses profissionais resta a árdua missão da formação humana durante os anos da vida de um indivíduo. Não nos parece, dessa forma, coerente que a escola atribua exclusivamente às famílias os pré-requisitos para a formação humana.

Mudanças na educação são frequentemente vislumbradas, o que, por sua vez, leva à reconfiguração das propostas de ensino para atender a novas demandas. Nesse processo, é comum que práticas já estabelecidas nas escolas sejam renomeadas e apresentadas como inovações. Embora não seja o foco desta discussão, é essencial questionar os motivos e interesses em manter a educação sob a constante necessidade de reformulação. Não pretendemos manter a educação estática e alheia à sociedade, mas é crucial que a área educacional saiba reconhecer as reais necessidades do campo, assim como analisar o impacto de possíveis reformulações. Assim, espera-se que a

educação seja capaz de responder às novas questões levantadas pela sociedade, sem perder de vista seu papel fundamental.

Nesse sentido, é importante refletir até que ponto se exige da escola um movimento de inovação similar ao dos artefatos tecnológicos que utilizamos atualmente. Existe mesmo a necessidade de completa mudança a partir de tudo que se sugere? Como pressuposto básico, ao tratarmos da educação, é comum ouvirmos a palavra “processo”. Ela é, no mínimo, atraente, pois, ao ser mencionada, sugere uma convocação ao indivíduo para que observe e compreenda as etapas envolvidas. Dessa forma, é necessário primeiramente retomar um ponto já mencionado: a educação tem se ocupado, muitas vezes, de demandas mais relacionadas à economia do que à formação dos indivíduos. Esse movimento, no entanto, não tem mostrado resultados eficazes, pois a sensação de “crise” permanece constante. Contudo, o ambiente escolar parece resistir a essa pressão, preservando ações que, apesar das mudanças externas, continuam a ser essenciais no cotidiano educacional.

O EXEMPLO DOS CENTROS EDUCACIONAIS UNIFICADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Os Centros Educacionais Unificados, popularmente chamados de CEU, na cidade de São Paulo, são exemplos dessa resistência no decurso das décadas. Com raízes na concepção das escolas-parque, idealizadas pelo educador Anísio Teixeira, o modelo culminou no conceito atual dos CEU na cidade. Desde sua implantação, no ano de 2002, os CEU se consolidaram como uma referência importante tanto na educação quanto na articulação de políticas públicas no território. Dessa forma, os CEU representam a concretização de uma educação verdadeiramente integral, democrática, emancipatória, humanizadora e com qualidade social. Por meio da cultura, do esporte, do lazer e da recreação, promovem o desenvolvimento integral do indivíduo, reconhecendo-o como sujeito de direitos e deveres, e protagonista de sua história.

Não por acaso, por meio das divisões de cultura, de esporte, de gestão democrática e dos núcleos de formação, de saúde na escola e de ações, a Coordenadoria dos Centros Educacionais Unificados (Coceu) trabalha com diversos projetos que podem ser considerados alternativas práticas às ações que têm como cerne o resgate de valores fundamentais ao desenvolvimento da cidadania, tais como a justiça e o respeito, refletindo um alinhamento, ainda que não deliberado, com a ética das capacidades. A exemplo disso, o apoio à gestão democrática e ao estabelecimento de instâncias de participação ocorre por meio da “Gestão Democrática e Instâncias de Participação”, da “Educação em Direitos Humanos e Mediação de Conflitos” e do “Prêmio Municipal de Educação em Direitos Humanos”, frentes de atuação da Divisão de Gestão Democrática

e Programas Intersecretariais (DIGP), um dos segmentos da Secretaria Municipal de Educação (SME-Coceu).

No que tange às ações, merecem destaque na “Gestão Democrática e Instâncias de Participação” as ações dos grêmios estudantis (São Paulo, 2019), dos conselhos de escola (São Paulo, 2008) e do conselho de representantes de conselhos de escola. No que concerne à “Educação em Direitos Humanos e Mediação de Conflitos”, suas ações são voltadas para a promoção da cultura de paz e à prevenção dos conflitos nas escolas por meio das comissões de mediação (São Paulo, 2015) e formações continuadas. Além de ações práticas, com formações nas 13 diretorias regionais de educação e o acompanhamento das unidades educacionais, as equipes elaboram materiais de apoio e de consulta, como “Cadernos do Respeitar”, “Educação para Equidade: Combate ao Racismo e à Xenofobia”, “Mediação de Conflitos e Direitos Humanos” e “A Luta dos Estudantes: Desafios para uma Educação Cidadã”.

Seguindo a mesma direção, o “Prêmio Municipal de Educação em Direitos Humanos” (São Paulo, 2016, 2022) tem como objetivo a valorização de projetos educacionais que promovam os direitos humanos, a diversidade e a cidadania na Rede Municipal de Ensino (RME), e que em pouco mais de uma década premiou mais de cem iniciativas e incentivou mais de 700 projetos. Iniciativas como as brevemente descritas são singulares, pois não são optativas. A RME se apoia em legislações que justificam e direcionam o trabalho a ser desenvolvido. O aprimoramento das ações ocorre por meio das formações continuadas e da articulação ao trabalho desenvolvido nos órgãos centrais, como é o caso da SME e das diretorias regionais de educação, juntamente com as unidades educacionais. Os trabalhos desenvolvidos têm grande visibilidade durante todo o ano letivo e são sempre revigorados por meio de eventos específicos mais amplos, como é o caso dos congressos de educação, que ocorrem anualmente na RME, em que também se apresentam, comunicam e divulgam as boas ações da rede.

Longe do cenário perfeito, as unidades educacionais imersas nessa dinâmica vivenciam suas especificidades do dia a dia, que vão desde os fatores territoriais até as adversidades que envolvem transporte e segurança. Ainda assim, as instituições que não apoiam as iniciativas como o grêmio ou as comissões de mediação parecem viver um mundo apartado da maioria, o que gera desconforto. Qual equipe gestora se sentiria à vontade ao não conseguir contribuir para as discussões que ocorrem periodicamente nos órgãos centrais enquanto as demais o fazem? A mudança de cultura vem de pressupostos como esses e que são estimulados pelas equipes que compõem a divisão responsável pelo trabalho desenvolvido. Períodos difíceis ou complexos, como foi o caso da pandemia de covid-19 em 2020, não desmerecem o valor das ações já realizadas porque já foram consolidadas pela rede como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação não pode e não deve ser a única a ser responsabilizada pelo sucesso e insucesso das vidas dos que por ela passaram, apesar de inegavelmente importante na trajetória de todos. Contudo, a lógica de mercado parece inverter facilmente os valores de uma sociedade que poderiam ser galgados na escola e, conseqüentemente, refletir na sociedade. As iniciativas da SME-Coceu, supramencionadas, demonstram primeiramente que é possível desenvolver ações práticas, orientadas pelos princípios de cidadania, convivência e respeito aos direitos humanos. Outro ponto importante a se considerar esbarra no formato de formação dos professores, que precisam ser verdadeiramente formados como especialistas nas áreas das quais fazem parte.

Dois contrapontos permeiam o imaginário social quando se pensa em educação. Ao mesmo tempo que a escola se vê diante da missão de formar cidadãos sob os princípios da solidariedade humana, ela é responsabilizada pelo sucesso e desenvolvimento econômico de toda uma nação. Pensar a educação demanda também ressignificar a compreensão em torno do conceito de desenvolvimento, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento humano, como propõe Martha Nussbaum (2012). Como vimos, a autora sugere o distanciamento entre o desenvolvimento humano e as métricas econômicas, tradicionalmente utilizadas para medir a qualidade de vida de uma nação, pois seu enfoque é centrado nas capacidades humanas e na liberdade como essenciais à justiça e à qualidade de vida. A perspectiva da autora, bem como a de Amartya Sen, pode significar caminhos promissores à educação em algumas perspectivas. A primeira, que não poderia deixar de ser citada, sobretudo por conta do teor do presente texto, diz respeito à democratização das informações tradicionalmente sofisticadas e restritas ao campo da economia. Ainda que as teorias de ambos os autores esbarrem em temas complexos como a liberdade e as capacidades humanas, suas propostas se apresentam de forma fluida com um aprofundamento gradativo e acessível ao leitor que não é especialista em desenvolvimento humano, em economia ou em filosofia.

A segunda perspectiva trata dos aspectos relacionados ao desenvolvimento humano, que devem ser considerados de maneira diferenciada por um motivo muito simples. Estamos falando de vidas, e mais especificamente de vidas humanas, o que já seria suficiente. Por fim, ao ampliar a teoria das capacidades de Amartya Sen para o desenvolvimento e exercício das capacidades essenciais dos indivíduos, assim como a liberdade como fator central no processo de desenvolvimento humano, Nussbaum busca estabelecer direitos universais a todas as pessoas em qualquer parte do mundo, distanciando-se das medições que consideram apenas os resultados econômicos e da riqueza material, e voltando-se para a qualidade de vida. Como vimos, a proposta ética de Nussbaum apresenta um modelo normativo de justiça baseado na garantia de capacidades centrais. Diferentemente de abordagens focadas apenas na distribuição de

bens, seu enfoque considera as condições reais para que as pessoas possam levar uma vida digna. Ao destacar dilemas trágicos e propor políticas públicas que eliminem a necessidade de escolhas impossíveis, sua abordagem se mostra pragmática e humanista. A distinção entre funcionamentos férteis e desvantagens corrosivas reforça a necessidade de um planejamento político que maximize o impacto positivo das intervenções sociais. Nussbaum oferece, assim, um modelo ético e aplicável, capaz de orientar políticas de desenvolvimento e justiça social, colocando a dignidade humana como fundamento essencial da sociedade. O presente texto não se propôs a analisar esse modelo ético-social de Nussbaum de forma detalhada, pois apesar de muito interessante, o escopo é reduzido para isso, mas sim trazer um recorte aplicável às reflexões dentro do espaço educacional. O enfoque das capacidades nos mostra que a educação, em toda a sua complexidade, merece ser analisada em suas particularidades, sem ser reduzida a um simples reflexo da economia.

REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. Tradução Mauro W. Barbosa de Almeida. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.
- HYMAN, M. *Jovem para sempre*. Rio de Janeiro: Sextante, 2024.
- NUSSBAUM, M. C. *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 2012.
- PEGORARO, L. *Terceiro setor na educação superior brasileira*. Campinas: Leitura Crítica, 2013.
- SÃO PAULO. Portaria nº 2.565, de 12 de junho de 2008. Normatiza a composição do Conselho de Escola / CEI / CIEJA nas Unidades Educacionais da Rede Municipal de Ensino, e dá outras providências. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-educacao-2565-de-13-de-junho-de-2008>. Acesso em: 7 jan. 2025.
- SÃO PAULO. Lei nº 16.134, de 12 de março de 2015. Dispõe sobre a criação da Comissão de Mediação de Conflitos – CMC nas escolas da rede municipal de ensino da Cidade de São Paulo e dá outras providências. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16134-de-12-de-marco-de-2015>. Acesso em: 7 jan. 2025.
- SÃO PAULO. Decreto nº 57.503, de 6 de dezembro de 2016. Institui o Plano Municipal de Educação em Direitos Humanos – PMEDH. São Paulo, 2016.
- SÃO PAULO. Decreto nº 58.840, de 3 de julho de 2019. Institui o Programa Grêmios Estudantis na Rede Municipal de Ensino de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-58840-de-3-de-julho-de-2019>. Acesso em: 7 jan. 2025.

SÃO PAULO. Decreto nº 61.067, de 15 de fevereiro de 2022. Oficializa a instituição do Prêmio Municipal de Educação em Direitos Humanos, com o objetivo de incentivar, promover e fomentar a educação em direitos humanos junto à Rede Municipal de Ensino. São Paulo, 2022.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

VINCENT, G.; LAHIRE, B.; THIN, D. Sobre a história e a teoria da forma escolar. Tradução Alfredo Veiga-Neto. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 33, p. 7-47, jun. 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/44459>. Acesso em: 7 jan. 2025.

Recebido em: 17/02/2025

Aprovado em: 12/06/2025

PROJETO BIOÉTICA – EDUCAR PARA SER: REFLETINDO SOBRE OS DESAFIOS DE UMA PRÁTICA PEDAGÓGICA INTERDISCIPLINAR

PROJETO BIOÉTICA – EDUCAR PARA SER: REFLECTING ON THE CHALLENGES OF AN INTERDISCIPLINARY PEDAGOGICAL PRACTICE

“A inteligência cega destrói os conjuntos e as totalidades,
isola todos os objetos daquilo que os envolve.”
(Edgar Morin)

Bruno Barreiros

Doutor em História, Filosofia e Património da Ciência e da Tecnologia pela Universidade Nova de Lisboa.

E-mail: bbarreiros@fcsh.unl.pt

Sérgio Alves

Licenciado em Filosofia pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

E-mail: sergioalves@marista-carcavelos.org

Luís Magalhães

Licenciado em Ciências do Desporto pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

E-mail: luismagalhaes@marista-carcavelos.org

Resumo: O presente artigo visa dar a conhecer os pressupostos teóricos e as linhas gerais de um projeto interdisciplinar que se articula em torno da área disciplinar da bioética e que tem vindo a ser implementado nos primeiros anos do ensino secundário no Colégio Marista de Carcavelos (Cascais, Portugal). O trabalho pretende fazer um balanço crítico dessa ferramenta pedagógica, explorando as suas virtualidades como prática promotora de uma pedagogia ativa e de sensibilização dos alunos para a aprendizagem da complexidade, procurando simultaneamente analisar as limitações desse tipo de metodologia que, dada a sua natureza interdisciplinar, pressupõe práticas que envolvem um grau aprofundado de desconfinamento disciplinar que contraria a própria lógica de formação e prática docentes, redigida sob o signo da especialização. Tendo como base uma experiência acumulada de mais de uma década, os autores analisarão os pressupostos teóricos do projeto e, recorrendo a duas escalas diferentes, mostrarão como as intenções teóricas se cumpriram no dia a dia escolar: em primeiro lugar, e por meio de uma breve arqueologia do projeto,

analisar-se-á o *porquê* dele no plano institucional; em segundo, analisar-se-á o *como*, isto é, a vivência pedagógica quotidiana por meio da qual foi possível implementar essa prática, auscultando, para isso, os alunos e os professores que foram, afinal, os seus protagonistas.

Palavras-chave: Bioética. Ensino secundário. Filosofia. Ciência. Paradigma da complexidade.

Abstract: This article aims to present the theoretical assumptions and general lines of an interdisciplinary project that is articulated around the disciplinary area of bioethics and that has been implemented in the first years of secondary education at Colégio Marista de Carcavelos (Cascais, Portugal). The work aims to make a critical assessment of this pedagogical tool, exploring its potential as a practice that promotes an active pedagogy and raises students' awareness of the learning of complexity, while simultaneously seeking to analyze the limitations of this type of methodology which, given its interdisciplinary nature, presupposes practices that involve a deep degree of disciplinary deconfinement that contradicts the very logic of teacher training and practice. Based on experience accumulated over more than a decade, the authors will analyze the theoretical assumptions of the project and, using two different scales, will show how the theoretical intentions were fulfilled in everyday school life: firstly, and through a brief archeology of the project, the reason for it at the institutional level will be analyzed; secondly, will be analyzed the daily pedagogical experience, listening, for this, students and teachers who were, after all, its protagonists.

Keywords: Bioethics. Secondary education. Philosophy. Science. Paradigm of complexity.

INTRODUÇÃO

Em um texto muito recente, a Comissão Internacional sobre os Futuros da Educação (2022) convida-nos a *reimaginar* a escola para que esta possa assegurar, de forma justa e equitativa, quer o direito integral a uma educação de qualidade, quer para que as instituições escolares possam cumprir cabalmente a missão educativa como um esforço público e um bem comum. O relatório da Unesco inscreve no seu frontispício este vocábulo provocador: *reimaginar*. Empregado no infinitivo, a utilização da palavra subentende um dinamismo: *reimaginar* significa simultaneamente voltar a sonhar a escola, apontando para um caminho a trilhar, uma busca, isto é, uma construção permanente. E se olharmos mais de perto para as orientações inscritas no mesmo relatório, podemos identificar algumas orientações que permitem subordinar a própria imaginação:

1) os princípios de cooperação, colaboração e solidariedade devem orientar estrategicamente a pedagogia;

2) as aprendizagens ecológica, intercultural e interdisciplinar devem integrar os *curricula* de forma cabal;

3) o espírito crítico dos alunos deve ser estimulado e promovido;

4) deve ser promovida uma visão colaborativa do trabalho docente;

5) deve haver um cabal reconhecimento dos professores como produtores de conhecimento e figuras fundamentais na transformação educacional e social;

6) os espaços escolares devem apresentar-se como lugares educacionais protegidos, que funcionam como uma salvaguarda da inclusão, equidade e bem-estar individual e coletivo;

7) ampliação das oportunidades educacionais ao longo da vida numa visão extraescolar (Comissão Internacional sobre os Futuros da Educação, 2022, p. xiv).

Como dissemos, o convite à reimaginação da escola assume uma feição provocadora, pois, como demonstra a literatura, o modelo escolar tradicional e a sua gramática tornaram-se tão persistentes quanto são nítidos os traços do seu inequívoco esgotamento (Tyack; Cuban, 1995). Como já foi demonstrado, a organização escolar pode ser compreendida por meio de uma gramática ou de um conjunto de regras e princípios que lhe ditam o funcionamento. E, do ponto de vista da convicção dos agentes pedagógicos, essa gramática determina aquilo que é percebido como a “escola de verdade” ou como constituindo a verdadeira aprendizagem. E do que falamos quando nos referimos a essa gramática que permanece frequentemente implícita e subentendida, determinando a prática pedagógica tal como a própria gramática condiciona toda a utilização da linguagem? Na esteira de Tyack e Cuban (1995), podemos afirmar que essa gramática se traduz numa constelação de convicções, segundo a qual os alunos devem aprender em salas correspondentes à sua classe etária, em aulas independentes e com um professor atribuído, numa escola regida por especialização departamental, períodos temporais rígidos, com o privilégio da memorização e da repetição como ferramentas pedagógicas fundamentais. Talvez tão importante quanto estes aspetos é a importância central que a *performance* do professor assume nesta conceção da “escola de verdade”, o que contribui para que este permaneça, no plano das convicções, como o agente central do processo pedagógico.

Ao apresentar-se como inconsistente com esta convicção central dos professores e pressupondo uma difícil alteração de representações sobre o universo escolar, um ponto de vista pedagógico efetivamente centrado em quem aprende constitui um verdadeiro desafio no que às práticas dos docentes diz respeito (Dole; Bloom; Kowalske, 2016). Como reafirma a Unesco, implementar a inovação educativa – e a inovação será sempre *transformação* e não simples *melhoria* no plano pedagógico – implicará ter em linha de conta que “não há aprendizagem sem desequilíbrio nem conflito cognitivo” (Autores vários, 2016, p. 22). De facto, todas as práticas de inovação se defrontam

com o choque gerado pelo risco e a incerteza desencadeada pelo que é novo, num processo pleno de contradições e conflitos (Autores vários, 2016, p. 22). E, ao constituir sobretudo um processo, e não tanto um produto, as práticas inovadoras tendem a ser compreendidas como instáveis e indeterminadas quanto ao seu propósito educativo, colidindo com aspetos estáveis que se cristalizam em torno de normativas e prescrições educacionais mais ou menos rígidas, a saber, os *currícula*, a estrutura e organização escolar, os livros ou os manuais escolares (Autores vários, 2016, p. 22). Com efeito, todas as práticas disruptivas – e a interdisciplinaridade é, por si só, disruptiva, pois quase tudo na escola se pensa por via de uma linguagem disciplinar – colidem com o desejo de estabilidade e fixidez da comunidade educativa, o que se bem compreende, já que vivemos num quadro cultural em que o que se pretende da escola é múltiplo e contraditório. Pensemos, a título de exemplo, na verdadeira antinomia existente entre a seriação dos alunos que incumbe à escola, tendo em vista o ingresso no ensino superior e a educação da sensibilidade ética que, por sua vez, deve atenuar essa mesma visão competitiva do mundo.

Como é visível, reimaginar a escola pressupõe, como condição de possibilidade, uma efetiva reavaliação dessas determinações, não esquecendo que a sociedade moderna passou, como nota Bauman (2003), de um estado de fixidez para um estado de instabilidade ou, nos termos do autor, de liquidez. Fundamental para compreender a escola e as suas funções, a noção de modernidade líquida envolve a ideia de fragmentação disruptiva do sujeito e do conhecimento. Diante do excesso de mudança preconizado pelas sociedades modernas – alternância rápida de funções sociais, emprego, cargos e até mesmo valores identitários –, o sujeito humano pensa a sua identidade sob o signo da incerteza e da ambiguidade. Num diferente plano, também o conhecimento se assume como líquido e fragmentário: líquido porque não fixo e fragmentário na sua intrínseca dispersão. O desafio que se coloca a todos os sistemas educativos será o de se adaptarem a essa realidade e, segundo cremos, a aprendizagem baseada em projetos ou em serviço são respostas possíveis para este cenário de relativa incerteza.

Apesar do caráter convencional de todas as regras que consubstanciam a “gramática escolar”, Tyack e Cuban (1995) notaram como elas se tinham mantido “notavelmente estáveis” e tenazes ao longo de décadas. A questão que se impõe será então: O que justificou o triunfo de tal gramática? A conclusão dos autores é a de que, não obstante algumas alterações, este conjunto de regras tornou-se ubíquo e persistente, pois tornou previsível o que era esperado do professor e da escola: controlar os alunos, instruí-los de forma homogênea e selecioná-los, tendo em vista os futuros profissionais da sociedade de amanhã. Como foi possível tal triunfo: porque tal conjunto de regras se naturalizou e transformou numa convicção sobre a “escola de verdade”. Esta “gramática escolar” resiste simultaneamente nos agentes pedagógicos sob a forma de crença e

nos estabelecimentos escolares sob a forma de hábito institucional não examinado. Em um mundo que tende para a instabilidade e a liquidez, não é de estranhar que escolas e comunidades educativas se vinculem a algo que percecionam como estável e fixo, que permita tornar expectáveis quer as suas funções, quer o seu propósito geral.

O Projeto Bioética – Educar para Ser vem a inscrever-se neste duplo desafio que atravessa a escola hoje. Por um lado, a necessidade de voltar a imaginar os espaços da aprendizagem e a vivência escolar de professores e alunos de modo a fomentar uma aprendizagem ecológica, intercultural e interdisciplinar, assente numa perspetiva colaborativa do trabalho docente; por outro, o confronto com a persistência de uma constelação de convicções sobre a “escola de verdade” que parece, à primeira vista, inconsistente com a metodologia do trabalho de projeto numa perspetiva interdisciplinar e que o tende a encarar como um *fait divers* no quotidiano escolar. Sem esquecer o confinamento disciplinar em que assenta a formação docente e a sua atuação nas instituições escolares (Fraga da Silva, 2011). O presente trabalho testemunha a vivência prática deste desafio pedagógico e reflete sobre as virtualidades e os limites do trabalho levado a cabo no Colégio Marista de Carcavelos desde 2009, no âmbito do Projeto Bioética. Pretende-se, finalmente, que este trabalho seja um convite para que se continue a reimaginar a escola e a profissão docente numa escala mais alargada.

O Projeto Bioética – Educar para Ser e o seu propósito pedagógico

Nos últimos quatro anos, o Projeto Bioética tem decorrido ao longo de todo o ano letivo. No momento atual, o projeto desenvolve-se no primeiro ano do ensino secundário (décimo ano) e é levado a cabo de acordo com diversas fases de trabalho, interligadas entre si: no primeiro semestre, leitura autónoma de uma obra cujo fulcro é a espiritualidade cristã, a ecologia e a ética (a encíclica *Laudato si*, de autoria do Papa Francisco); num segundo momento, em finais do primeiro semestre, um *workshop* de trabalho cooperativo que visa a identificação, pelos alunos, de uma questão bioética pertinente e dotada de alcance crítico; e, finalmente e no final do ano letivo, a apresentação de um produto final – sob a forma de um artigo, documentário, póster científico ou folha volante –, que dê conta da investigação realizada e que tem como fito a apresentação pública dos resultados de investigação. No decorrer do projeto, os alunos procedem à investigação bibliográfica ou outra (entrevistas, por exemplo), de forma a responderem a um conjunto de questões auxiliares (no plano científico, económico, político), processo que é essencial para o cabal esclarecimento da questão bioética central que anima todo o trabalho realizado ao longo do ano letivo. Não obstante o papel essencial da disciplina de filosofia, que protagoniza o projeto, a ideia central é que todos os professores dos Conselhos de Turma se envolvam no trabalho desenvolvido por meio do esclarecimento de dúvidas, articulação interdisciplinar dos conteúdos da disciplina com os temas

bioéticos e, em geral, fazendo notar a dimensão interdisciplinar dos saberes. Como tem sido notado, a bioética parece ser um instrumento fundamental para uma pedagogia voltada para a interdisciplinaridade (Fraga da Silva, 2011, p. 232; Barcelos, 2024, p. 20).

Concebido como um laboratório de articulação dos saberes, o projeto inscreve-se numa certa interpretação da interdisciplinaridade, assumindo a importância da mesma, do pensamento complexo e das inteligências múltiplas na aprendizagem e na resolução de problemas disciplinares (Morin, 1995, p. 10, 1982; Gardner, 2008). Do ponto de vista pedagógico, o trabalho desenvolvido inspira-se na metodologia da aprendizagem baseada em projetos, tendo em linha de conta quer as suas vantagens didáticas, quer os desafios que lhe estão implícitos, nomeadamente no que diz respeito à insegurança do corpo docente e às dificuldades colocadas na avaliação dos resultados finais (Rekalde; García Vílchez, 2015; English; Kitsantas, 2013). Por outro lado, não desconhecíamos as dificuldades inerentes à própria ideia e prática da interdisciplinaridade, nem o óbice que a própria literatura científica reconhece ao alertar para o caráter irrealista e indeterminado quanto ao seu objeto de muitos dos trabalhos que incidem sobre o trabalho de projeto (Helle; Tynjälä; Olkinuora, 2006).

Do ponto de vista teórico, poder-se-á afirmar que o trabalho desenvolvido consubstancia diversas intenções pedagógicas que, em termos gerais, se articulam em torno das ideias pedagógicas de Howard Gardner, uma vez que a sua conceção de inteligências múltiplas funciona como uma diretriz da pedagogia desenvolvida no Colégio Marista de Carcavelos e, em termos mais gerais, na própria Província em que este se integra (Província Marista de Compostela). Estimulando as competências dos alunos no seu sentido mais lato, o projeto vai ao encontro de um dos desafios enunciados por Gardner (2008, p. 29) em *Cinco mentes para o futuro*, em que este afirma: “ninguém sabe ao certo como formular uma educação que produza indivíduos que sejam disciplinados, sintetizadores, criativos, respeitadores e éticos”, reiterando, “tenho defendido que a nossa sobrevivência enquanto planeta poderá depender do desenvolvimento deste quinteto de disposições mentais”. Sendo, claramente, um recurso auxiliar na promoção deste quinteto de disposições mentais, o projeto pressupõe, também, uma certa conceção epistemológica das disciplinas na linha do que tem vindo a ser defendido por autores como Edgar Morin. Uma das mais importantes é a necessidade de substituir o que surge designado por paradigma da simplicidade pelo modelo da complexidade no que diz respeito à construção dos saberes. Operador silencioso, a noção de simplicidade, isto é, a procura de respostas simples para problemas complexos, traduz-se num verdadeiro hábito mental, traduzindo uma visão dos saberes que se tornou ubíqua e que é perpetuada pelos sistemas educativos numa espécie de eterno retorno da simplicidade:

Todo o conhecimento opera por seleção de dados significativos e rejeição de dados não significativos: separa (distingue ou desune) e une (associa, identifica; hierarquiza o principal, o secundário) e centraliza (em função de um núcleo de noções mestras). Estas operações, que utilizam a lógica, são de facto comandadas por princípios “supralógicos” de organização do pensamento ou paradigmas, princípios ocultos que governam a nossa visão das coisas e do mundo sem que disso tenhamos consciência (Morin, 1995, p. 14-15).

Na esteira do pensamento de Edgar Morin, as questões que se nos colocam são as seguintes: É possível educar para a complexidade? E como fazê-lo? Em termos gerais, tal exigência pedagógica parecia-nos consistente com a noção de inteligências múltiplas que vinha a nortear o nosso sistema educativo. De modo prévio, parecia ponto assente que a tarefa de educar para a complexidade implicaria abandonar algumas das convicções implícitas na gramática escolar: a escola como construtora de certezas definitivas e consistentes entre si, num modelo educativo norteado pela unicidade disciplinar traduzida na ideia de *uma matéria, uma disciplina, um professor*. Envolveria acolher a dúvida, a incerteza e a ambiguidade no próprio processo de construção de conhecimento, pois, como lembra o epistemólogo francês, num relato na primeira pessoa que nos inspira, “as verdades profundas, antagónicas umas às outras, eram para mim complementares, sem deixarem de ser antagónicas” (Morin, 1995, p. 10). Por outro lado, educar para a complexidade teria como reverso sensibilizar o aluno, ainda que implicitamente, para a aprendizagem como um processo contínuo, tal como proposto por Zygmunt Bauman (2009, p. 673-674), teórico da noção de sociedade líquida, para quem “nenhum outro tipo de educação e/ou aprendizagem é concebível”, pois, sublinha o filósofo polaco, “a ‘formação’ do próprio eu, ou da personalidade, é impensável de qualquer outro modo que não seja aquele contínuo e perpetuamente incompleto”. Ver também Bauman (2003).

Em linhas gerais, a intenção subjacente a todo o projeto passava pela promoção de uma inteligência integradora que relaciona os objetos com os conjuntos e as totalidades em que estes se integram, sem os isolar daquilo que os envolve, e que tende a perspetivar a aprendizagem como um processo que decorre na longa duração. Uma alusão clara à citação em epígrafe neste trabalho. Dada a sua natureza interdisciplinar e pluridimensional, a bioética presta-se, de forma especial, a cumprir tal função pedagógica, concorrendo para o exercício de singularização dos alunos. Incidindo sobre uma das questões centrais da disciplina de filosofia – *o que devo fazer?* –, a reflexão ética depõe o aluno perante problemas que envolvem respostas complexas, níveis acentuados de incerteza e cuja relação com a formação do eu é visível, convocando até

abordagens interdisciplinares, por via da literatura, da biologia ou da história, para dar apenas três exemplos, já que todas essas disciplinas têm, no seu fulcro, o fenômeno humano e, por maioria de razão, o problema central do *dever*. Em suma, a bioética constitui uma ferramenta crucial para os sistemas educativos, constituindo uma estratégia fundamental na educação para os valores e para a cidadania (Barcelos; Fraga da Silva, 2024, p. 126). De acordo com o Modelo Educativo Marista (MEM), ela será, também, uma estratégia promotora da metacognição que os professores são convidados a promover junto dos alunos.

De resto, e num plano institucional, a própria Unesco vem a sublinhar a importância da educação e formação em bioética como expressão da própria cidadania, o que surge evidenciado, por exemplo, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos que assinala a importância de promover a formação em bioética em todos os níveis de ensino (Fraga da Silva, 2011, p. 233-234).

O PORQUÊ DE UM PROJETO NUM PLANO INSTITUCIONAL: TAKE 1

É na sequência das intenções inscritas na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos que o Projeto Bioética começa a ser delineado nos seus contornos essenciais e que são criadas as condições institucionais para a sua implementação no Colégio Marista de Carcavelos. Para o efeito, foi fundamental o papel da Unesco ao reconhecer a importância crescente da bioética no panorama global e, em especial, ao destacar a sua interação com a cultura, a sociedade e o sistema legal.

Neste contexto geral, poder-se-á afirmar que a conjuntura de finais da primeira década dos anos 2000 favoreceu a emergência do Projeto Bioética no Colégio Marista de Carcavelos. A bioética – área de estudos interdisciplinar, por excelência – parecia funcionar como um verdadeiro laboratório no que ao cruzamento disciplinar dizia respeito, ao passo que o próprio MEM sinalizava a importância de estimular, ao lado das outras, a inteligência ou mente ética (Gardner, 2008). Tipo de “disposição mental” que, dirá Gardner (2008, p. 173), “surge apenas quando um indivíduo consegue pensar conceitual e abstratamente sobre o papel de um trabalhador e de um cidadão”, num processo que é o verdadeiro desafio educativo, já que “agir de forma ética pressupõe força de caráter”, podendo exigir “inoculações periódicas”. O duplo desafio estava lançado: quer no plano macro, por via de instituições como a Unesco, quer no plano micro, com um número crescente de professores que tentava pôr em causa uma das regras implícitas da ubíqua “gramática escolar”, a saber, a departamentalização do ensino. Convém sublinhar, desde já, e pese embora o potencial interdisciplinar da bioética, que os tópicos que lhe dizem respeito não são objeto de estudo formal, em Portugal, no âmbito das licenciaturas e nos mestrados que abrem a porta à profissionalização dos professores, havendo, neste ponto específico, um paralelo claro com aquilo que já foi identificado

para o caso brasileiro (Fraga da Silva, 2011, p. 239). A surgir, tais questões “ocorrem de forma não intencional, não prescrita” (Fraga da Silva, 2011, p. 239). Veremos, mais à frente, algumas das implicações deste aspeto específico.

No plano institucional, a importância da Unesco traduziu-se na criação de condições que permitiram aprofundar o conhecimento e fomentar o debate com a sociedade civil. Por conseguinte, foram criadas e atribuídas cátedras de bioética a centros académicos de reconhecida excelência e capacidade de intervenção no espaço público. Em Portugal, essa cátedra foi atribuída ao Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa (IBUCP), sob a direção da professora doutora Ana Sofia Carvalho, em setembro de 2009. O titular desta cátedra foi o professor doutor Walter Osswald. De acordo com essa filosofia de intervenção, nascerá o projeto Best (Bioética no Ensino Secundário: Estratégias e Instrumentos nas Ciências da Vida e do Meio), no seio do Gabinete de Investigação em Bioética (GIB), sendo coordenadora a professora doutora Ana Sofia Carvalho e investigadores a doutora Joana Araújo e o padre doutor António Jácomo.

No ano letivo de 2011/2012, o Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto, por meio do GIB, iniciou contactos com o Colégio Marista de Carcavelos, endereçando um convite para participar no projeto Best. Por intermédio da professora Maria Armada Taveira, iniciaram-se reuniões para a sua apresentação formal, no sentido de avaliar a pertinência e viabilidade da sua implementação no ensino secundário.

O objetivo do Instituto de Bioética passava sobretudo por implementar a educação em bioética na sociedade portuguesa, permitindo a todos os intervenientes (professores, alunos e restante comunidade educativa) desenvolverem competências para uma reflexão ética fundamentada. O objetivo prático deste projeto seria a criação de um manual de bioética, a ser disponibilizado, posteriormente, às escolas. Logo nos pareceu um desafio pertinente, tendo em conta que o projeto Best está em sintonia com a Missão Educativa Marista (2023), com vista a uma formação.

No ano letivo de 2012/2013 (fase inicial) foram seleccionadas apenas duas turmas do 11º ano (uma turma da área das ciências e tecnologias e outra da área de humanidades) e eleitos seis temas, a serem explorados pelos diferentes grupos de trabalho.

Nesse mesmo ano, como resultado do processo ensino-aprendizagem desenvolvido, cada grupo de trabalho elaborou um póster científico, que foi exposto na apresentação pública *Bioethics for the Future*, promovida pela IBUCP (22 de maio de 2013, no Porto). No ano seguinte, no mês de março, decorreu, em Coimbra, o 2º Encontro Best.

No ano 2013/2014, as professoras Maria do Carmo Nunes e Sónia Teixeira elaboraram uma proposta de trabalho, elencando o enquadramento do projeto, sua pertinência na missão educativa marista e os moldes de operacionalização do mesmo. Esse documento foi essencial para o desenvolvimento do projeto nos anos seguintes e para a sua consolidação junto da comunidade educativa. Nesse mesmo ano letivo, o projeto

estendeu-se a todas as turmas do 11º ano. O projeto foi desenvolvido nesses dois anos com a colaboração do IBUCP, quer na formação dos professores, quer no acompanhamento dos trabalhos dos alunos.

Tendo colaborado durante dois anos com o Colégio Marista de Carcavelos, e tendo o IBUCP alcançado os seus principais objetivos, deliberou dar por terminada a sua colaboração com o colégio. Assim, cabia agora à escola avaliar a pertinência e o valor da continuidade deste projeto junto dos alunos. Em reunião final de ano letivo, os professores do secundário tomaram a decisão de manter o Projeto Bioética, agora de forma autónoma, capitalizando todo o trabalho desenvolvido nos dois anos anteriores. Fazendo um balanço francamente positivo do projeto, sendo ele de natureza inter e multidisciplinar, entendeu-se ser esta estratégia uma mais-valia para os alunos. Nasce, assim, o Projeto Bioética – Educar para Ser. Nesta fase de consolidação, a escolha do ciclo de estudos surgia como plenamente consistente com o que a literatura nos indicava sobre a estabilização do pensamento ético nos alunos, “difícil de atingir antes da adolescência [...]” (Gardner, 2008, p. 178).

Mantendo a estrutura base inicialmente proposta pelo IBUCP, criou-se uma equipa de coordenadores do projeto (de preferência, de áreas disciplinares diferentes), a que se associaram os diretores de turma como coordenadores dos grupos de trabalho (alunos). Assim, delineados os objetivos e a metodologia a adotar para cada ano letivo, cabia aos professores de cada Conselho de Turma aplicar e desenvolver o projeto ao longo do ano, mediante os contributos científicos e organizacionais de cada disciplina.

No ano letivo de 2020/2021, o Conselho de diretores de turma equacionou a alteração do público-alvo (isto é, ponderou-se a possibilidade de o projeto passar do 11º para o décimo ano). Como resultado dessa ponderação, foi decidido que o projeto passaria a ser desenvolvido com os alunos do décimo ano. Veremos mais à frente as razões que estão na base de tal alteração.

Assinale-se, por agora, que decorridos 13 anos, o projeto tem sofrido alterações não muito significativas, como se verá mais à frente com maior detalhe, pois tem sido reconhecido, nas suas linhas gerais, como constituindo uma mais-valia para todos (professores e alunos), potencializando o desenvolvimento de capacidades que o currículo formal, muitas vezes, não favorece. Pesquisar um conteúdo específico, selecioná-lo de forma pertinente, relacionar com um determinado tema, citá-lo de forma correta, fundamentar uma posição com rigor científico ou desenvolver técnicas de argumentação oral são aprendizagens que a formalidade curricular por vezes negligencia. Além disso, faz emergir nos alunos uma maior sensibilidade para as questões éticas, potencializando o pensamento crítico sobre assuntos dilemáticos, possibilitando a tomada de conhecimento do humanismo cristão no cuidado ao outro e a aplicação de conhecimentos científicos, de forma mais consciente e responsável.

No início de cada ano, depois de constituída a equipa coordenadora do projeto, é delineado um cronograma, em que se prevê uma formação de professores com um ou mais convidados externos ao colégio da área da bioética, a realização de pelo menos um *workshop* para os alunos e a definição de um produto final em que se concretiza a investigação levada a cabo durante todo o ano letivo.

Ao longo desses anos, a avaliação final do projeto (quer dos alunos, quer dos professores, quer da direção do colégio) tem sido reiteradamente muito positiva. Do ponto de vista dos alunos, o projeto *desinstala* das rotinas diárias das aulas e dos conteúdos formais; do ponto de vista dos professores, o projeto amplia a sala de aula para áreas inovadoras, enriquecendo os conteúdos e dando uma plasticidade às disciplinas, que de outra forma não seria possível.

Nos últimos anos, a reflexão bioética tem partido da leitura e análise da encíclica *Laudato si*, do Papa Francisco. A partir do diagnóstico que o Papa faz do nosso mundo, o desafio do trabalho de grupo passa por identificar uma problemática do âmbito da bioética, em que a abordagem científica, legal e ética se complementa na busca de uma visão mais humana e cristã.

O projeto tem se desenvolvido ao longo desses anos sem interrupções e é inegável a sua pertinência nos dias que correm. Além de desenvolver todas as competências já assinaladas, fornece aos nossos alunos uma visão mais abrangente do homem e do conhecimento.

O COMO DE UM PROJETO OU A SUA INSCRIÇÃO NO QUOTIDIANO ESCOLAR: TAKE 2

Para melhor compreender a inscrição do Projeto Bioética no quotidiano escolar e na vivência da nossa comunidade educativa, propomos, agora, uma variação de escala. Trata-se, doravante, de tentar compreender como se foi desenvolvendo o projeto num âmbito temporal reduzido, isto é, nos últimos cinco anos, procurando apurar os efeitos da pandemia da covid-19 na sua prossecução e, finalmente, intentando descrever a própria relação da comunidade educativa com o Projeto Bioética, em especial, por meio da reconstituição possível das próprias percepções dos professores diretamente envolvidos na sua implementação.

Com efeito, importa notar que, a partir do ano letivo 2020/2021, o projeto passou a ser enquadrado no plano de atividades do décimo ano. Uma mudança importante, já que, até esta data, o mesmo vinha a ser desenvolvido pelos professores e alunos de 11º ano. Esta alteração de implementação para o nível de ensino inicial do ciclo de estudos pode, aparentemente, julgar-se linear e sem constrangimentos de maior. Não obstante, foi necessário pesar alguns fatores que conduziram à tomada de posição, nesse sentido, por parte do Conselho Pedagógico e da direção do colégio, a saber:

- Prós – A retomada condicionada do ensino presencial em contexto pandêmico da covid-19, que abriu espaço para uma renovação conceptual do projeto; a existência de exames nacionais no final do 11º ano e a pressão sentida, por alunos e professores, para uma preparação atempada desses momentos de avaliação externa, retirando algum do espaço que o desenvolvimento do projeto exige; a possibilidade de se iniciar um trabalho de competências ligadas à transversalidade do conhecimento e à interdisciplinaridade, logo no décimo ano, contribuindo definitivamente para a preparação dos alunos, tendo em conta a exigência académica do ensino secundário (de acordo com a formação integral da pessoa preconizada no projeto educativo do colégio); uma vez que o Projeto Bioética se apresentava como o único de cariz interdisciplinar, deveria ser incluído no início de ciclo, no seguimento da consolidação da implementação do MEM.

- Contras – A imaturidade académica e de desenvolvimento pessoal dos alunos do décimo ano, em início do ciclo de estudos, obrigando a um trabalho mais exigente e profundo no desenvolvimento de uma bagagem académica, inicialmente rudimentar; o facto de os alunos não terem precedência na frequência na disciplina de Filosofia, que se tem revelado como protagonista no que diz respeito ao desenvolvimento do projeto.

Consequentemente, por um lado, a decisão de passar o projeto para o décimo ano deu prioridade a um programa de medidas de melhoria dos resultados da avaliação externa (exames), enquanto política de escola. Por outro lado, o desafio pedagógico lançado aos professores para o desenvolvimento de competências nos alunos, logo no início do secundário, por meio da interdisciplinaridade e das dinâmicas de trabalho do MEM, revelou-se um estímulo para se avançar nesse sentido. Desta feita, desde 2020/2021, o projeto tem sido desenvolvido pelas turmas do décimo ano do colégio, contando com a participação de todas as disciplinas, embora em âmbitos diferentes, na medida em que algumas apenas disponibilizam tempos letivos para os alunos desenvolverem trabalho individual ou cooperativo; outras disciplinas trabalham conteúdos numa dimensão multidisciplinar do projeto e outras, ainda, trabalham em conjunto, numa perspetiva interdisciplinar. O mesmo se passa no âmbito da avaliação dos alunos, em que algumas disciplinas não consideram o trabalho dos alunos, no decorrer do projeto, para fins de avaliação sumativa, ao passo que as restantes utilizam as dinâmicas do projeto como meios de avaliação das aprendizagens. Neste modelo, o projeto tem se socorrido da figura aglutinadora do Diretor de Turma para ajudar a organizar os grupos de trabalho e acompanhar o desenvolvimento do projeto ao longo do ano, incluindo nas reuniões de Conselho de Turma. De forma complementar, a participação dos professores não se esgota no trabalho desenvolvido nas aulas das próprias disciplinas e, ao longo do projeto, são convidados a terem formação sobre temáticas da bioética, por forma a estarem mais confortáveis no enquadramento e acompanhamento dos

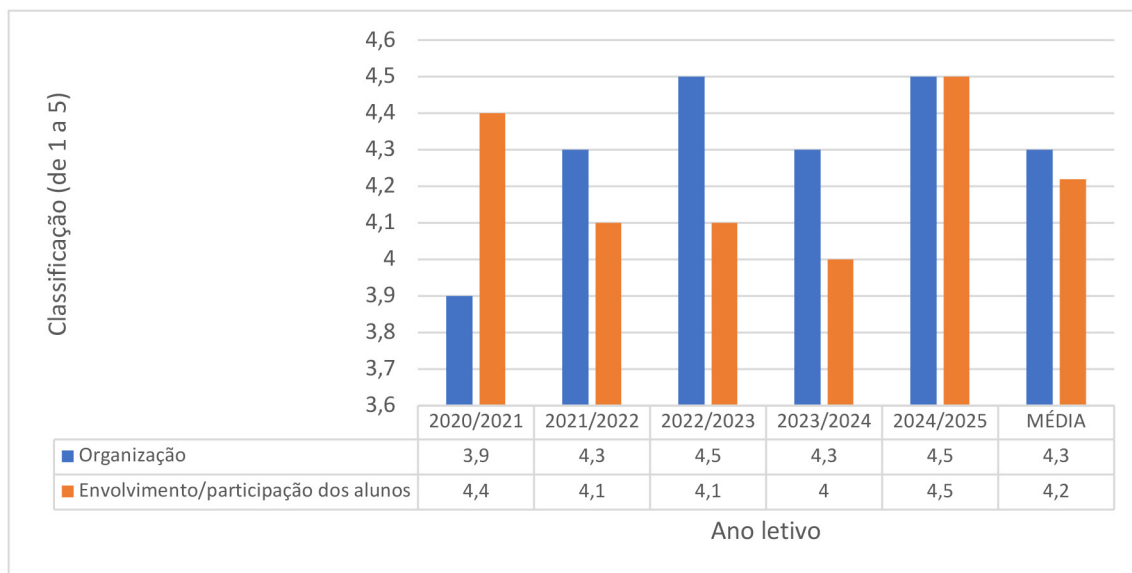
alunos. Da mesma maneira, os professores preparam-se e organizam-se para a realização do *workshop* de bioética, ponto alto do trabalho cooperativo e interdisciplinar, com um intuito de definir uma problemática de bioética a trabalhar e a estudar, segundo as premissas concretizadas na disciplina de Filosofia e em contraponto com o estudo de *Laudato si*. Por fim, na disciplina de Filosofia, congregando as aprendizagens e o desenvolvimento de competências, os alunos apresentam o produto final (ensaio, vídeo, póster, outro), incidindo sobre a problemática escolhida.

O Projeto Bioética, nos últimos anos letivos e desde que se configura no Plano Anual de Atividades para o décimo ano, tem respeitado uma dinâmica de implementação semelhante de ano para ano, por meio da seguinte cronologia de ações: setembro – encontro de planificação e calendarização do projeto ao longo do ano, com a presença dos professores que irão lecionar o décimo ano, sobretudo dos Diretores de Turma; outubro – lançamento em plenário do projeto aos alunos do décimo ano, com a partilha de trabalhos selecionados pelos alunos do ano anterior; novembro – leitura autónoma de *Laudato si* e verificação de leitura na disciplina de Filosofia; novembro/dezembro – constituição de grupos de trabalho cooperativo; dezembro/janeiro – *workshop* de bioética; de fevereiro a abril – elaboração e apresentação do produto final (ensaio, vídeo, póster, outro), na disciplina de Filosofia. Em simultâneo, as diferentes disciplinas realizam ao longo do ano letivo, sobretudo a partir do final do primeiro semestre, trabalhos e dinâmicas próprias de acordo com a temática da bioética ou da ética em sentido lato, sendo estes um contributo de nível multidisciplinar ou interdisciplinar, bem como se constituem como elementos que podem ser considerados na avaliação sumativa dos alunos. Este aspeto sobre a avaliação sumativa é uma evidência inequívoca da valorização que cada disciplina atribui aos desafios do projeto.

Desta feita, tendo em conta esse enquadramento e a estabilidade da implementação do projeto, tem sido possível avaliar o projeto anualmente com base em questionários estáveis e com dados e indicadores comparáveis de ano para ano. A avaliação tem sido feita pelos professores e alunos envolvidos no projeto, por meio de inquéritos veiculados pela plataforma Forms, com questões sobre dois âmbitos: a avaliação do decorrer do *workshop* de bioética e a avaliação anual do projeto.

No que diz respeito à avaliação do *workshop*, os itens comuns para alunos e professores questionados ao longo do tempo são os que a seguir se apresentam, com os respetivos resultados: organização/decorrer do *workshop* e envolvimento/participação dos alunos (escala de 1 a 5).

Gráfico 1: Avaliação do *workshop* de bioética (professores e alunos)



Fonte: Elaborado pelos autores.

O *workshop* de bioética é um evento marcante no desenvolvimento do projeto. Os alunos dedicam todo um dia letivo à investigação em bioética, testemunhando o envolvimento dos diferentes professores e disciplinas, já que as aulas regulares dão lugar à concretização desta ação, sob o acompanhamento desses professores e segundo o horário de cada turma. A avaliação do *workshop* tem sido de nível bom, de forma consistente de ano para ano, revelando que o investimento na organização da atividade encontra eco e valorização por parte de alunos e professores. Podemos afirmar que tal seminário se tornou um dos momentos cruciais do projeto, sendo aguardado por todos e estando plasmado no Plano Anual de Atividades. Por outro lado, é o momento de trabalho de concretização pragmática do projeto e o ponto de partida para a elaboração de um produto final, na medida em que os alunos, finalmente, atribuem significado ao conceito abstrato do projeto que lhes foi sendo apresentado desde a sessão de lançamento. Esta passagem das ideias à ação e discussão objetiva é bem acolhida pelos alunos e professores e está patente no bom nível de envolvimento e participação demonstrado. No relatório de avaliação do *workshop* de 2021/2022 destaca-se a seguinte evidência, a partir dos comentários dos professores: “Sublinhe-se que, na maioria, as avaliações destacam a importância da atividade na formação do pensamento crítico dos alunos”.

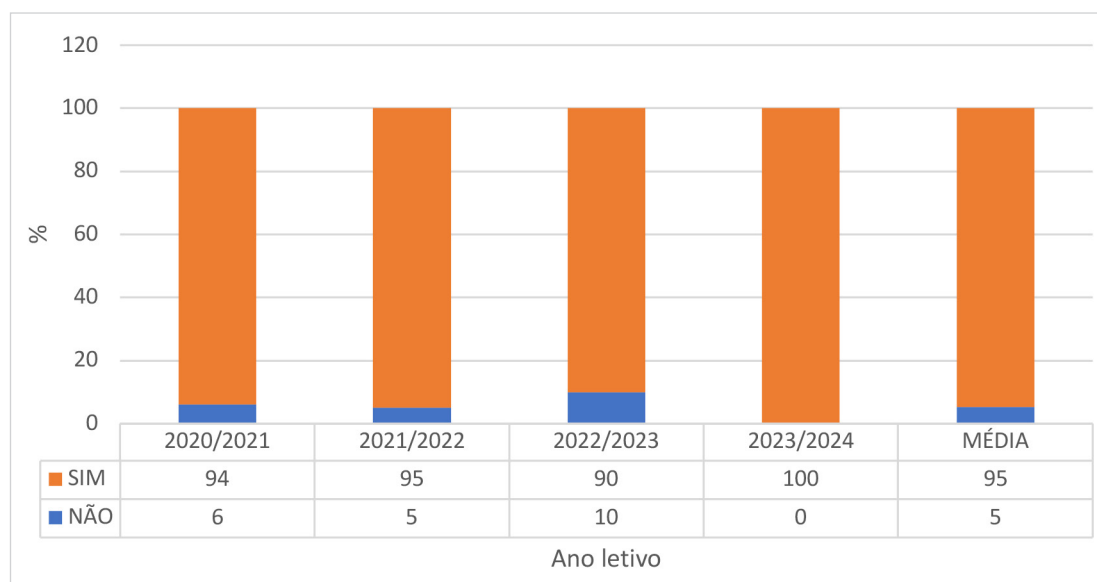
Entrando na análise da avaliação global do Projeto Bioética, feita anualmente, e colocando o foco da reflexão sobre a sua mais-valia no que ao desenvolvimento acadêmico e pessoal dos alunos diz respeito, bem como sobre o seu alcance na interdisciplinaridade,

concentramo-nos no seguinte: numa primeira abordagem, são seleccionadas as questões do inquérito de avaliação Forms que nos conduzem a conclusões sobre aqueles dois prismas de análise (mais-valia e interdisciplinaridade), a saber:

- O Projeto Bioética – Educar para Ser continua a ser uma mais-valia para os nossos alunos? (%)
 - Qual o envolvimento da sua disciplina no projeto? (escala de 1 a 10)
 - Como avalia o envolvimento dos alunos no projeto? (escala de 1 a 10)
 - As atividades desenvolvidas na disciplina no âmbito do projeto foram alvo de avaliação sumativa? (%)
 - Quantos tempos letivos foram disponibilizados pela sua disciplina para o projeto? (intervalo médio)

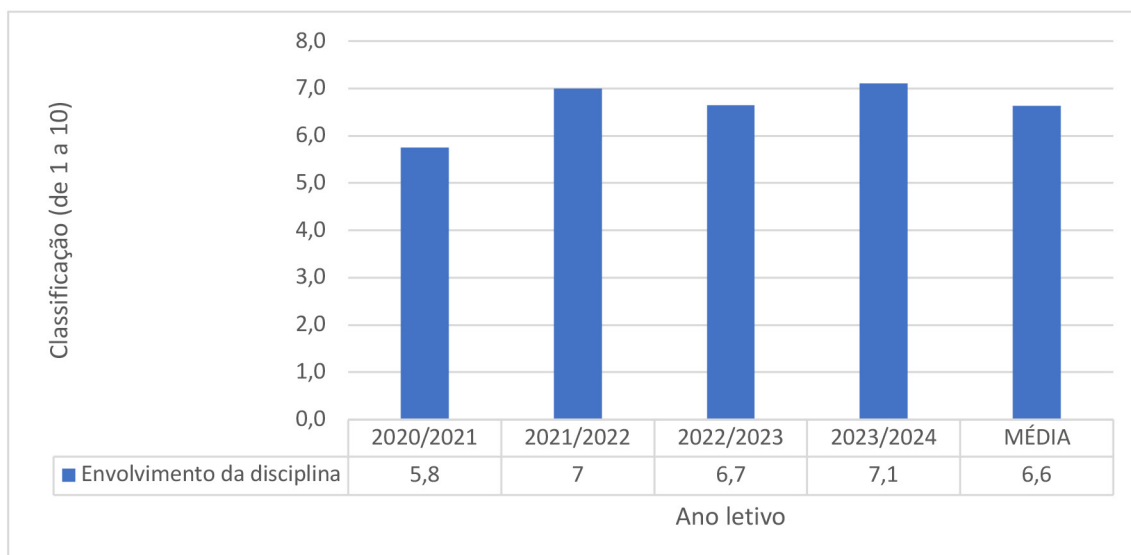
Os seguintes gráficos ilustram os resultados obtidos a partir de 2020/2021.

Gráfico 2: O Projeto Bioética – Educar para Ser continua a ser uma mais-valia para os nossos alunos?



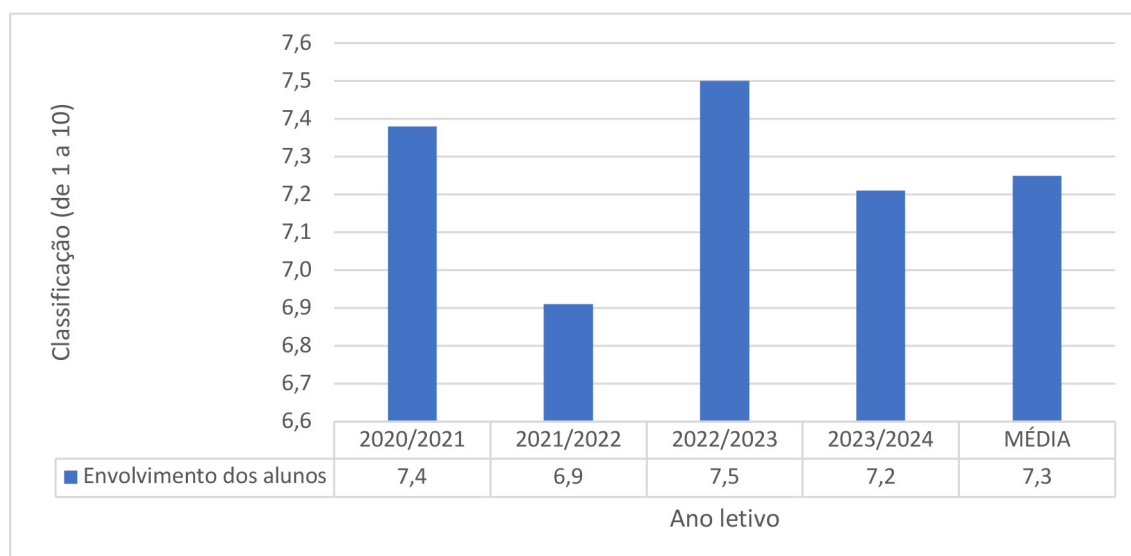
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 3: Qual o envolvimento da sua disciplina no projeto?



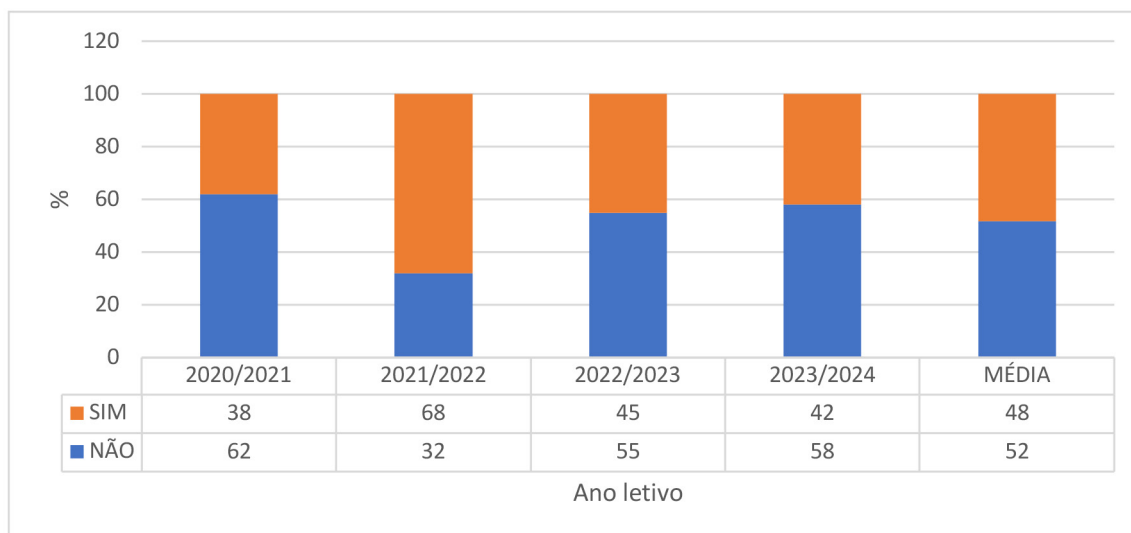
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 4: Como avalia o envolvimento dos alunos no projeto?



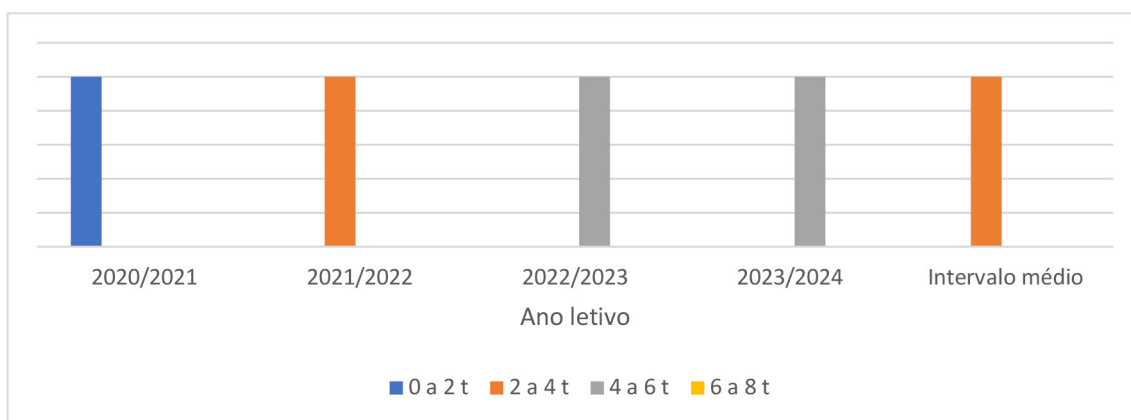
Fonte: Elaborado pelos autores.

Gráfico 5: As atividades desenvolvidas na disciplina no âmbito do projeto foram alvo de avaliação sumativa?



Fonte: Elaborado pelos autores.

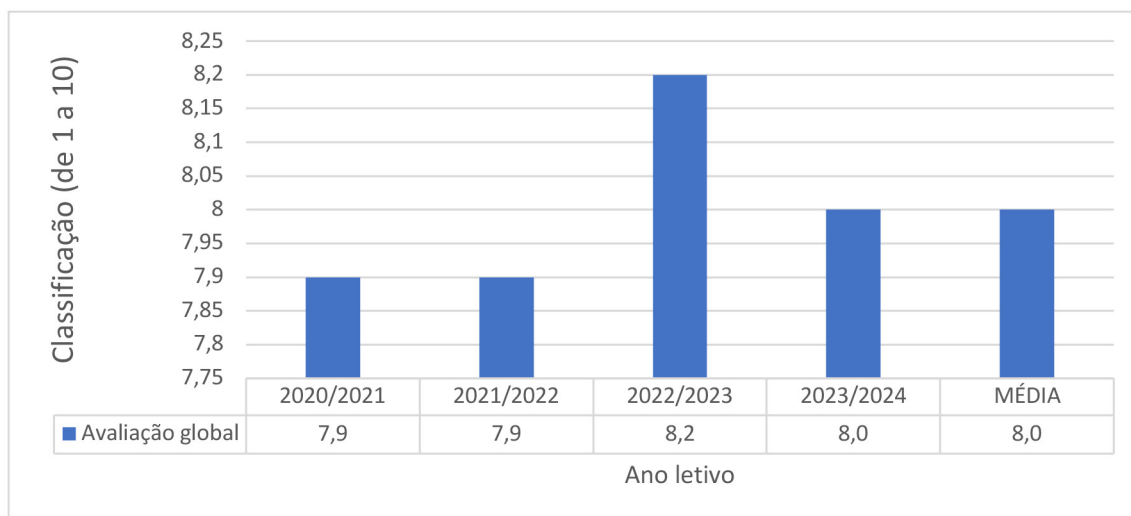
Gráfico 6: Quantos tempos letivos foram disponibilizados pela sua disciplina para o projeto?



Fonte: Elaborado pelos autores.

Finalmente, a perceção global dos professores sobre o decorrer do projeto é entendível pela apreciação do seguinte gráfico.

Gráfico 7: Avaliação global do projeto



Fonte: Elaborado pelos autores.

Em síntese e com base na análise dos dados recolhidos, conclui-se que o projeto continua a constituir uma linha de força pedagógica do nosso colégio e, segundo um rastreio feito há pouco em relação a todos os projetos atualmente em curso, permanece como um dos únicos projetos de natureza interdisciplinar a ser atualmente desenvolvido na nossa comunidade escolar. Dito isto, deve ser referido que a coordenação do projeto deve realizar um esforço mais efetivo para transmitir a dimensão verdadeiramente interdisciplinar deste projeto, ampliando, sempre que possível, os espaços onde os professores possam transmitir sugestões de melhoria sobre os diversos momentos/ calendarização do mesmo. De acordo com o que foi apurado, parece também fundamental que a coordenação possa dar algumas sugestões mais precisas em relação a algumas disciplinas cujos docentes assinalam maiores dificuldades em fazer dialogar as aprendizagens essenciais da sua respetiva disciplina com os objetivos pedagógicos do projeto. Estão nessa circunstância as disciplinas de Física e Química A e Matemática A – disciplinas centrais para o desenvolvimento de um projeto interdisciplinar como este –, sendo assim fundamental romper a fronteira entre as “duas culturas” de que nos fala C. P. Snow, fronteiras que são um obstáculo decisivo em relação à consolidação do pensamento complexo. Em jeito final, deve ser lembrado que a boa ventura de um empreendimento deste tipo é uma incumbência de todos. Projetos dessa natureza levantam todas as objeções, pois existe algo de profundamente aleatório na escolha do objeto que nos mobiliza. Por que razão a bioética? Porque é uma oportunidade de levar os alunos a olhar para a realidade envolvente – e para os temas fraturantes que a envolvem – por um ângulo novo. E perceber que, em relação a problemas complexos, as

respostas terão de ser necessariamente complexas. Tudo isso num tempo que caminha, como bem sabemos, para um paradigma da simplificação. Um projeto dessa natureza pode, com efeito, constituir um laboratório do olhar complexo que, de certa forma, os ideais do humanismo cristão, que evocamos, também pressupõem. Olhar para o humano nas suas múltiplas dimensões; olhar para a realidade nas suas múltiplas dimensões: eis uma tarefa pedagógica crucial, sempre pronta a falhar! Mas que pressupõe, cada vez mais, que cultivemos a complexidade e, como lembra Edgar Morin, que superemos a “a inteligência cega” que dispersa as totalidades de sentido, desarticulando todos os objetos em que toca.

CONCLUSÃO

O presente artigo visou dar a conhecer as intenções pedagógicas, o contexto e o quotidiano de um projeto interdisciplinar cujo núcleo temático é constituído pela bioética. Com todos os seus prós e contras, o projeto tem permanecido como a única ferramenta pedagógica de carácter indisciplinar em implementação no Colégio Marista de Carcavelos, e poder-se-á afirmar que a sua duração no tempo é, ela própria, um sinal de que este é dotado de uma função pedagógica singular e reconhecida pela comunidade escolar. Não obstante todos os esforços levados a cabo, o alcance interdisciplinar do projeto acaba por ser afetado por múltiplos fatores: a erosão do entusiasmo inicial, num quadro mental docente e institucional que valoriza a novidade e o consumo de novas ferramentas tecnológicas como sinónimos de inovação (“consumismo pedagógico”) (Nóvoa; Alvim, 2022); a entrada de novos docentes, ainda que num quadro de relativa estabilidade; o excesso de protagonismo da disciplina e dos professores de Filosofia, a quem os restantes professores tendem a atribuir a responsabilidade científica e educativa do projeto; sem esquecer a falta de treino formal dos professores em temas de bioética ao longo do seu percurso formativo, o que pode ter impacto na sua adesão ao mesmo. Aliás, lembremos que os *workshops* anuais de bioética, promovidos na escola e dinamizados por especialistas na área, assumiram a função de formalizar ou reforçar essa formação, ao passo que a leitura da obra *Laudato si*, disponibilizada gratuitamente aos professores, serviria de horizonte global naquilo que se pretendia uma estratégia de sensibilização para a pertinência e o alcance pedagógico e cultural do projeto, articulando-o, deste modo, com os próprios valores do humanismo cristão que motivam a pedagogia e o carisma maristas, isto é, a pedagogia da presença (Missão Educativa Marista, 2023, p. 79)

E o que dizer sobre o futuro? Poder-se-á afirmar que o projeto se defronta com múltiplos desafios, mas que se manterá tão mais robusto enquanto vá demonstrando capacidade de acolher críticas e de transformar as dificuldades em propósitos de mudança. Nunca como hoje – num mundo repleto de desafios educativos que emergem

em torno artificialização da inteligência – foi tão importante promover *inteligência íntegra*, em que a ética surge, lado a lado, com as capacidades de disciplina, síntese, criatividade e respeito. O Projeto Bioética não é mais do que um contributo nesse sentido. Não esqueçamos, pois, que “a sobrevivência e a prosperidade da nossa espécie dependerão da nossa capacidade para promover as potencialidades que são claramente humanas” (Gardner, 2008, p. 182).

REFERÊNCIAS

- AUTORES VÁRIOS. *Innovación educativa, texto 1*. Perú: Unesco Office Lima, 2016.
- BARCELOS, M. D. *Bioética e consenso*. Uma análise da teoria principialista. Cascais: Principia, 2023.
- BARCELOS, M. D.; FRAGA DA SILVA, P. A bioética principialista e as suas contribuições para a educação. *Trama Interdisciplinar*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 117-136, jul./dez. 2024.
- BAUMAN, Z. *Liquid modernity*. Cambridge: Polity, 2003.
- BAUMAN, Z. Entrevista sobre a educação. Desafios pedagógicos e modernidade líquida. *Espaço Plural – Cadernos de Pesquisa*, [s. l.], v. 39, n. 137, p. 661-684, maio/ago. 2009.
- COMISSÃO INTERNACIONAL SOBRE OS FUTUROS DA EDUCAÇÃO. *Reimaginar nossos futuros juntos: um novo contrato social para a educação*. Brasília: Unesco, 2022.
- DOLE, S.; BLOOM, L.; KOWALSKE, K. Transforming pedagogy: changing perspectives from teacher-centered to learner-centered. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, [s. l.], v. 10, n. 1, 2016.
- ENGLISH, M. C.; KITSANTAS, A. Supporting student self-regulated learning in problem- and project-based learning. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 128-150, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1339>
- FRAGA DA SILVA, P. Educação em bioética: desafios na formação de professores. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 231-245, 2011.
- FRIEDBERG, E. *O poder e a regra: dinâmicas da acção organizada*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
- GARDNER, H. *Cinco mentes para o futuro*. Lisboa: Atual, 2008.
- HELLE, L.; TYNJÄLÄ, P.; OLKINUORA, E. Project-based learning in post-secondary education – theory, practice and rubber sling shots. *Higher Education*, [s. l.], v. 51, p. 287-314, 2006.
- MISSÃO EDUCATIVA MARISTA. *Nos passos de Marcelino Champagnat*. Roma: Instituto dos Irmãos Maristas, 2023.
- MORIN, E. *O método*. Mem Martins: Europa-América, 1982.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

- NÓVOA, A.; ALVIM, Y. *Escolas e professores*. Proteger, transformar, valorizar. Salvador: Empresa Gráfica do Estado da Bahia, 2022.
- REKALDE, I.; GARCÍA VÍLCHEZ, J. El aprendizaje basado en proyectos: un constante desafío. *Innovación Educativa*, n. 25, p. 219-234, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15304/ie.25.2304>
- SNOW, C. P. *The two cultures*. London: Cambridge University Press, 1959.
- TYACK, D.; CUBAN, L. *Tinkering toward utopia*. A century of public-school reform. Cambridge, London: Harvard University Press, 1995.

Recebido em: 31/03/2025

Aprovado em: 13/06/2025

DESAFIOS E LIMITES DO ENSINO DA BIOÉTICA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CHALLENGER UND LIMITS OF TEACHING BIOETHICS IN UNDERGRADUATE NURSING

Valquíria Elita Renk

Doutora em História da Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

E-mail: valquiria.renk@pucpr.br

Ana Beatriz Costa Silva

Doutoranda em Direitos Humanos e Políticas Públicas pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: ana.costa@pucpr.br

Ana Lúcia Munhoz de Oliveira

Doutoranda em Direitos Humanos e Políticas Públicas pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: lucia.munhoz@pucpr.edu.br

Halaf Rafael Kaminski

Mestrando em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: halaf.kaminski@pucpr.edu.br

João Moreira Júnior

Mestrando em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: junior_moreyra@hotmail.com

Resumo: Este artigo objetiva discutir a experiência de ensino de bioética no curso de Enfermagem em uma instituição particular de ensino superior do Paraná, no Brasil, no período de 2018 a 2024. Indaga-se: “Como ocorre o ensino de bioética no curso superior de Enfermagem?”. Esta é uma pesquisa de caráter qualitativo e exploratório, baseada na análise documental. Os documentos de pesquisa são as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem e os planos de ensino da disciplina. Os resultados mostram a importância da bioética na formação técnica, ética e cidadã dos enfermeiros, desenvolvendo a sensibilidade para analisar questões éticas e posicionar-se diante das demandas profissionais e nos comitês de bioética e ética em pesquisa. A discussão teórica é realizada em perspectiva

com os autores Silva (2015), Barchifontaine (2011) e Zoboli (2011, 2012), evidenciando o papel central da bioética na formação crítica e humanista dos futuros profissionais de enfermagem, essencial para enfrentar os desafios contemporâneos da área da saúde e fortalecer a autonomia ética dos enfermeiros no exercício profissional.

Palavras-chave: Bioética. Enfermagem. Ética profissional. Educação crítica. Formação humanista.

Abstract: This article aims to discuss the experience of teaching bioethics in the nursing program at a private higher education institution in Paraná, Brazil, from 2018 to 2024. It questions: “How is bioethics taught in the undergraduate nursing program?”. This is a qualitative and exploratory study, based on documentary analysis. The research documents include the National Nursing Curricular Guidelines and the course syllabi. The results highlight the importance of bioethics in the technical, ethical, and civic training of nurses, fostering sensitivity to analyze ethical issues and take a stand regarding professional demands, as well as within Bioethics Committees and Research Ethics Committees. The theoretical discussion is conducted in dialogue with Silva (2015), Barchifontaine (2011), and Zoboli (2011, 2012), emphasizing the central role of bioethics in the critical and humanistic education of future nursing professionals. This foundation is essential for addressing contemporary challenges in the healthcare field and strengthening nurses’ ethical autonomy in professional practice.

Keywords: Bioethics. Nursing. Professional ethics. Critical education. Humanistic formation.

INTRODUÇÃO

Este artigo discute a experiência do ensino de bioética no curso de graduação em Enfermagem, nos anos de 2018 a 2024, em uma instituição privada de ensino superior do Paraná, no Brasil. A disciplina foi instituída como uma necessidade identificada pelos docentes responsáveis pelos estágios práticos em unidades de saúde de alta complexidade, diante das demandas trazidas pelos estudantes durante essas práticas hospitalares.

Ao discutirem questões complexas e desenvolverem o senso crítico, os futuros profissionais estarão mais preparados para enfrentar os desafios da prática clínica e os dilemas éticos, e tomar decisões que envolvem a saúde, a vida e a dignidade humana em seu exercício profissional. Daí a importância do debate sobre a bioética para instrumentalizar os futuros profissionais.

Nesse contexto, a questão norteadora da pesquisa é:

• Como ocorre o ensino de bioética em um curso de graduação de Enfermagem em uma instituição privada de ensino superior?

Para responder a essa pergunta, o objetivo é refletir sobre as abordagens metodológicas e a importância do ensino da bioética no curso de Enfermagem, conforme documentado nos planos de ensino e nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Enfermagem – DCN (Brasil, 2001, 2024), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.

A disciplina emprega metodologias ativas, contribuindo para a formação de profissionais e cidadãos autônomos, participativos e sensíveis à realidade social das questões éticas e da saúde. Dessa forma, os planos de ensino analisados baseiam-se nas DCN (Brasil, 2024), que orientam a formação de profissionais críticos e éticos, alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes ressaltam que o ensino de bioética é indispensável para preparar enfermeiros com compromisso ético, capazes de atuar de maneira crítica e responsável em todos os contextos de saúde. Metodologicamente, esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória, com análise documental. Os documentos fonte da pesquisa são as DCN (Brasil, 2001, 2024) e os planos de ensino da disciplina “Bioética em Enfermagem” (ministrada presencialmente em 2018 e 2019) e da disciplina “Projeto Interprofissional Bioética e Direitos Humanos” (ministrada *on-line* de 2019 a 2024).

Cada uma das disciplinas tem duração de um semestre, com carga horária de 60 e 40 horas, respectivamente, priorizando as metodologias ativas de ensino. Os resultados mostram a importância da bioética na formação técnica, ética e cidadã dos enfermeiros, com sensibilidade para analisar questões éticas e posicionar-se diante das demandas profissionais e nos comitês de bioética e ética em pesquisa. A discussão teórica interdisciplinar aborda as metodologias ativas com Marques *et al.* (2021) e na educação em bioética com Barchifontaine (2011), Zoboli (2011, 2012) e Silva (2015).

De acordo com Pereira *et al.* (2022), a temática de educação em bioética na enfermagem é abordada com base nas metodologias ativas. Borges, Santos e Borges (2022) analisaram o ensino de ética e bioética na Enfermagem por meio de uma revisão bibliográfica. Mazera (2024) examinou o desenvolvimento de competências ético-morais para enfermeiros em contexto hospitalar. Ribeiro (2024) propôs a criação e validação de um instrumento de avaliação de estratégias de educação ético-moral para a enfermagem. Ogussi e Zoboli (2006) discutiram os fundamentos da ética, as responsabilidades legais dos profissionais da enfermagem, a bioética e as políticas públicas. Lima e Santos (2023) analisaram as estratégias de ensino-aprendizagem na enfermagem no período da covid-19.

Além deste texto introdutório, o artigo apresenta cinco seções. Na próxima seção, aborda-se o ensino de bioética no curso de Enfermagem. Em seguida, discute-se a importância das metodologias ativas no ensino de bioética. Depois, apresenta-se um estudo de caso. Na seção seguinte, é realizada a discussão dos resultados. Para encerrar, há as considerações finais.

IMPORTÂNCIA DO ENSINO DE BIOÉTICA NOS CURSOS DE ENFERMAGEM

Edgar Morin (2015) ressalta que é necessário ensinar a viver. Para tanto, é imprescindível enfrentar as incertezas e os riscos, e tomar decisões. Potter (2016) apresentou a bioética como a representação da “ponte” entre as humanidades e as ciências biológicas. Assim, educação e bioética podem construir pontes para o compromisso com a vida e com a cidadania. Os dois autores têm uma proximidade ao discutirem o futuro do planeta e da humanidade, e também uma preocupação com a nossa consciência planetária.

A educação do século XXI, nos cursos de graduação, deve buscar aliar os avanços da tecnologia em sala de aula com as metodologias em que o docente possibilite aos estudantes a discussão e reflexão de situações reais sobre conflitos morais e a busca de resoluções (Zoboli, 2012). Isso envolve conhecimentos específicos, respeito mútuo, escuta ativa, conhecimento das normas ou dos estatutos jurídicos (quando necessário), discussão dos pontos de vista e análise crítica. A educação, portanto, não se resume a um espaço de instrução, e sim de formação. A educação em bioética é, em princípio, a educação em valores, como a liberdade, a solidariedade, a tolerância, o respeito, a dignidade (Barchifontaine, 2011). Nesse sentido, o currículo ou as disciplinas precisam preparar os estudantes para enfrentar e resolver problemas que envolvam questões éticas e formação cidadã.

A educação em bioética, em perspectiva interdisciplinar e transversal, tem importante contribuição para a formação de cidadãos críticos, responsáveis, solidários e éticos (Silva, 2015; Barchifontaine, 2011). Além disso, na formação em bioética é necessária a compreensão da importância da ética em pesquisa e nas relações sociais, assim como a importância do respeito à dignidade humana, dos comitês de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, animais e meio ambiente, e dos comitês de ética institucional (hospitais e outros), e a tomada de decisão em situações que envolvem pacientes, familiares, procedimentos, tecnologias e instituições de saúde (Rocha; Rocha, 2019).

No ensino de bioética na graduação, é muito importante que o docente propicie aos estudantes a reflexão e a discussão sobre conflitos morais, a análise e a busca de soluções ou resoluções (Rocha; Rocha, 2019). Segundo Rocha e Rocha (2019), na resolução de casos de conflitos morais, devem-se considerar os valores morais envolvidos, os

argumentos que justificam as diferentes posições, a identificação dos riscos e benefícios, e as possíveis vítimas do dano. Na resolução dos conflitos éticos, é necessário oferecer o melhor benefício ao paciente com amparo jurídico e fundamentação teórica na área técnica, e utilizar as ferramentas da bioética, que são as suas teorias e os seus princípios. As metodologias do ensino instrumentalizam e estimulam os estudantes a buscar soluções para os conflitos morais que ocorrem no seu exercício profissional e na vida social.

A educação em bioética engaja os estudantes em diferentes habilidades de aprendizado e estimula o senso crítico, a discussão, a oralidade, a argumentação, a pesquisa e a escrita, que contribuem para formação de cidadãos críticos (Silva, 2015). Se a reflexão e o julgamento crítico forem promovidos desde a educação básica, desenvolveremos jovens com habilidades técnicas, sociais e éticas que podem ser os alicerces da construção de uma sociedade mais justa, solidária e democrática.

Considerando que a atuação do profissional da enfermagem se fundamenta na relação e no cuidado com o outro, é nesse momento que ele se depara com os dilemas éticos do processo. Assim, o ensino da bioética na formação acadêmica é importante para o desenvolvimento das competências morais e profissionais do estudante de Enfermagem, que são essenciais para a prática clínica, a tomada de decisões e o juízo crítico (Martins; Santos; Duarte, 2022; Silva, 2015).

De acordo com Zoboli (2011), a conflitividade faz parte da educação em valores. Nesse sentido, a educação é uma forma de intervenção no mundo que ultrapassa a transmissão de conteúdos, pois ela traz em si o germe da transformação da sociedade.

Paulo Freire (2021) nos ensinou que as ações educativas que partem de situações reais e do ser humano concreto têm mais possibilidades de alcançar um resultado eticamente válido. Assim, a educação em bioética é uma educação para a cidadania e para a dignidade humana (Barchifontaine, 2011).

No Brasil, o ensino de bioética na graduação em Enfermagem está em concordância com o artigo 23 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH (Unesco, 2005), segundo o qual os Estados signatários se comprometem a fomentar a educação e a formação em todos os níveis de ensino.

No país, ainda não existe uma política nacional específica para o ensino da bioética, cabendo, portanto, às instituições de ensino a responsabilidade por sua implementação nas matrizes curriculares, a fim de contribuir para a formação cidadã, a promoção dos direitos humanos e a garantia da dignidade humana. Entretanto, considerando as condições socioeconômicas de um país marcado por desigualdades sociais e por uma pluralidade religiosa e cultural, a bioética desempenha um papel essencial na capacitação dos estudantes de enfermagem, preparando-os para atuar em comitês de ética em pesquisa, comitês de bioética hospitalar e outros espaços de deliberação ética, além de

promover autonomia na tomada de decisões diante de situações éticas complexas e dilemas morais.

Assim, a implementação da bioética no âmbito educacional, como fundamento para a construção do sujeito, promove uma educação interdisciplinar, inserindo valores éticos e conhecimentos práticos, por meio de conflitos, advindos de um progresso social e tecnológico, possibilitando ao profissional de saúde ter segurança em tomar decisões orientados por valores, sem ferir a dignidade humana e os direitos humanos.

Além do conhecimento direcionado para o profissional, o principal beneficiado é a pessoa que irá receber a atenção especializada e um acompanhamento humanizado.

Viabilizar uma educação prática nutrida por valores é promover uma responsabilidade, ainda maior de cuidado, sobre um sujeito que irá passar pelas mãos desse profissional.

METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE BIOÉTICA

Nos últimos anos, observaram-se no ensino superior mudanças no processo de aprendizagem, especialmente na área da saúde, com a substituição de metodologias tradicionais por metodologias mais dinâmicas, que fortalecem “as considerações acerca: das peculiaridades de aprendizado do adulto e suas relações com a sociedade; da prática das metodologias ativas; e da apropriação de novos recursos das tecnologias de informação e comunicação” (Souza; Iglesias; Pazin Filho, 2014, p. 285).

O processo educativo desloca-se do ensinar para o aprender, na interação em vez da transmissão de conteúdos, na participação no lugar da memorização, e a interdisciplinaridade assume o lugar do saber fragmentado (Morin, 2015). Segundo Paulo Fraga Silva (2011, p. 285), “Ao partir para uma pedagogia problematizadora, a bioética torna-se um importante instrumento. Neste ponto configuram-se atualmente vários temas geradores de reflexão”. Dessa forma, partindo de situações éticas reais, ancoradas na fundamentação teórica da bioética, o ensino contribui para a formação de uma pessoa com valores éticos, com pensamento crítico/prático, sensível às realidades social e cultural, e capaz de refletir e deliberar sobre questões éticas que surgem por razões culturais, tecnológicas, políticas e econômicas.

As metodologias ativas são muito profícuas no ensino de bioética, pois possibilitam a problematização, a reflexão e a tomada de decisão referentes às questões bioéticas atuais e que têm impacto na formação do estudante e na sua vida profissional (Mesquita; Meneses; Ramos, 2016).

O foco central dessas metodologias é o estudante, que assume um papel ativo no processo de aprendizado, desenvolvendo independência e autonomia. Assim, os estudantes participam de várias atividades, tais como leitura, discussão, redação e

desenvolvimento de habilidades, das quais algumas das mais importantes são as de avaliação, reflexão, análise e síntese (Marques *et al.*, 2021).

O docente é corresponsável pelo processo de aprendizagem, não só pela transmissão do conhecimento, e tem o papel de mediador na organização pedagógica, na elaboração de ideias e argumentos, no encaminhamento do trabalho em equipe e em outras competências muito importantes, como responsabilidade, independência, proatividade, autonomia e ética.

As metodologias ativas proporcionam a problematização e simulação de situações éticas que são parte do cotidiano dos profissionais da Enfermagem, assim como as discussões ancoradas em fundamentos teóricos sólidos, capacitando os estudantes a tomar decisões éticas e bioéticas fundamentadas diante de casos complexos, considerando o impacto nos procedimentos de saúde, nos pacientes e seus familiares, nas instituições e na equipe de saúde.

Portanto, além do conhecimento teórico, o estudante de enfermagem precisa ser qualificado para usar com responsabilidade e ética as inovações tecnológicas, ser uma pessoa ética, trabalhar em equipe multidisciplinar, ter autonomia, ter sensibilidade para a escuta qualificada do paciente, respeitar a dignidade do paciente e oferecer-lhe o melhor benefício.

ESTUDO DE CASO: A EXPERIÊNCIA DO ENSINO DE BIOÉTICA NO CURSO DE ENFERMAGEM

Em um mundo cada vez mais complexo, a bioética é fundamental para garantir que a enfermagem seja exercida de forma ética e responsável. No Brasil, pelo fato de os cursos de graduação em Enfermagem terem a obrigatoriedade de em seus currículos contemplar uma carga horária significativa de estágios e atividades práticas durante a formação, os estudantes, muito antes de concluírem o seu percurso formativo, se deparam diariamente com inúmeras situações complexas e desafiadoras.

Comprometida com os novos desafios de um mundo cada vez mais complexo, a instituição de ensino superior (IES) deste estudo busca a formação integral dos estudantes em diversas dimensões, como espiritual, política, social, cultural, ética, técnico-científica e humanística. Para isso, foi necessário que a instituição tivesse currículos flexíveis nos cursos de graduação que possibilitassem aos estudantes vivenciar experiências de vida transformadoras muito além dos conhecimentos específicos de suas áreas. Era imprescindível uma formação integral capaz de incentivar a participação ativa na sociedade e promover a consciência social e o engajamento em questões relevantes.

As DCN, em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394/1996, definem as concepções, os princípios e os fundamentos para

a oferta, o planejamento, a implantação e o desenvolvimento dos cursos de graduação em Enfermagem.

As DCN são o documento que norteará a profissão dos enfermeiros em todo o território nacional, cabendo às IES adequar suas matrizes curriculares para atender às exigências estabelecidas. No artigo 6º das DCN, são estabelecidas as competências para o exercício da profissão com autonomia, ética e compromisso social, político e técnico. O artigo 9º define que o bacharel em Enfermagem deve exercer o cuidado pessoal e coletivo, com conhecimento científico, princípios éticos e bioéticos, e compromisso com o bem viver, a sustentabilidade do planeta, a dignidade humana e a defesa da diversidade. No artigo 16 do mesmo documento são estabelecidos os temas transversais da formação, e, entre eles, estão a ética, a bioética, o bem viver, as relações étnico-raciais e de gênero, a educação ambiental e a inclusão social, contemplando a Língua Brasileira de Sinais. O que se observa nas DCN é a inserção da ética e da bioética tanto nas competências profissionais como na forma de conteúdos, que devem ser abordadas não como disciplina, mas de forma transversal. O documento também contempla a inserção dos direitos humanos ao abordar as questões de gênero, a inclusão social e outros aspectos, que são importantes para garantir a dignidade humana nos tratamentos e procedimentos. A inserção da bioética nas DCN está em consonância com o artigo 23 da DUBDH (Unesco, 2005) sobre o compromisso com o ensino e a formação de bioética. Muito mais do que atender aos preceitos legais, a inserção da bioética no ensino superior mostra a imprescindibilidade de uma formação ética e bioética que respeite a dignidade humana e que se comprometa com a saúde pública, o meio ambiente e a vida desta e das futuras gerações.

Nos anos de 2018 e 2019, foi ofertada a disciplina de Bioética para o curso de Enfermagem, com carga horária de 60 horas, sendo ministrada de forma presencial por somente um docente. Objetivava preparar o profissional de saúde como agente de diálogo e de respeito à diversidade de valores, acolhimento dos mais vulneráveis, promovendo a vida. Os temas de estudo envolviam a ética, a moral, a deontologia e a bioética, perpassando pelas escolas de bioética, comitês de bioética, ética em pesquisa, tomada de decisão em situações conflituosas, humanização em saúde, cuidados do início e fim da vida. Foram priorizadas as metodologias de ensino baseadas em problematização e estudos de casos.

Sistematizou-se a disciplina a partir de blocos de conteúdos que variavam de duas a três horas-aula. A avaliação foi realizada com base em estudo de caso, com fundamentação teórica em bioética e apresentação em sala. As referências bibliográficas para fundamentar as aulas envolviam desde as diferentes escolas da bioética até a microbioética, com temas éticos em debate na atualidade.

A disciplina foi ministrada durante o ano de 2018 como eletiva, nos dois semestres, para estudantes do último ano da graduação em Enfermagem que estão inseridos nos estágios tanto no ambiente hospitalar como no contexto da atenção primária à saúde. Esses estágios são divididos em semestres com foco na gestão de cuidados em unidades de alta complexidade, como unidades de terapia intensiva e pronto-socorro, e na gestão dos serviços de saúde, que oportunizam a esses alunos vivenciar o papel dos enfermeiros nos referidos contextos.

Após o ano de 2018, foi iniciado na IES um movimento de mudança das matrizes curriculares, com foco no ensino por competências, na definição de percursos formativos e na respectiva certificação desses percursos, além da unificação de disciplinas entre cursos de acordo com as suas similaridades. Foram definidas as disciplinas que seriam compartilhadas e entre quais cursos. A unificação das disciplinas tinha como objetivo que os estudantes desenvolvessem uma compreensão mais profunda sobre as diferentes áreas e como elas se complementam, estimulando a colaboração interdisciplinar, o pensamento crítico, a capacidade de análise e a resolução de situações complexas.

A partir de 2019, a disciplina “Projeto Interprofissional Bioética e Direitos Humanos” tornou-se obrigatória nas matrizes curriculares dos cursos de graduação nas áreas de saúde humana, animal e ambiental, entre eles o curso de Enfermagem. Essa é uma disciplina com carga horária de 40 horas, ofertada de forma *on-line* para turmas de até 70 estudantes e ministrada por três docentes que atuam de forma síncrona mediando as atividades. Nessa disciplina, são apresentados os princípios da dignidade humana, dos direitos humanos e da prática colaborativa da atenção à saúde dos seres vivos como fundamento para a atuação profissional e cidadã. Os estudantes também analisam questões contemporâneas da sociedade relacionadas ao direito à saúde, à sustentabilidade ambiental, à diversidade cultural e ao pluralismo moral. Em perspectiva interdisciplinar, que envolve a bioética e as áreas da saúde, os discentes exercitam argumentações e deliberações de questões éticas. O perfil dos docentes foi definido com base na formação em bioética ou em direitos humanos, mas principalmente na área das ciências biológicas e saúde, com experiência na área de atuação e com capacidade para integrar conhecimentos de diferentes áreas. Em relação ao perfil dos discentes, é bastante heterogêneo, tendo estudantes em um mesmo ambiente das áreas de saúde humana, animal e ambiental, sendo esse um dos grandes desafios enfrentados pelos docentes na condução dessa disciplina.

A disciplina foi organizada em 16 encontros (aulas) em ambiente virtual, totalizando 40 horas. Busca aliar as questões contemporâneas da sociedade, os princípios da bioética e dos direitos humanos, acionando saberes e competências para trazer soluções multiprofissionais aos seres humanos. Nas aulas, utilizam-se as metodologias ativas e as tecnologias de informação e comunicação, como *smartphones* e *notebooks*.

O plano de ensino é um documento norteador para os docentes e discentes sobre as competências, os temas de estudo, os resultados de aprendizagem, os indicadores de desempenho, as metodologias de ensino, o cronograma de estudos e aulas, as formas de avaliação e as referências bibliográficas. Entre as metodologias, destacam-se as respostas aos formulários eletrônicos com o uso de celular ou computador, a utilização de videoaulas, a leitura de bibliografia e a participação em debates. Os debates e as leituras são referentes aos temas de estudo da disciplina, como: teorias e correntes da bioética, pesquisa envolvendo seres humanos, pesquisas com animais, deliberação de conflitos éticos clínicos e ambientais, e estrutura de comitês de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e animais, e comitês de bioética hospitalar e ambiental. As metodologias ativas na execução da disciplina possibilitam a formação de pessoas com mais autonomia de busca, pesquisa, argumentação, resolução de problemas com fundamentação teórica e ética, e posicionamento na resolução de problemas específicos da área. A disciplina traz atividades e reflexões sobre a ética em pesquisas científicas, a importância dos comitês de bioética – uma necessidade cada vez mais premente ante os problemas de saúde –, questões ambientais e pesquisa científica.

A disciplina em discussão articula-se com a DUBDH (Unesco, 2005) e com as DCN de graduação em Enfermagem (Brasil, 2024), o que reverberará na vida social e profissional dos estudantes ao desenvolver o senso crítico, a argumentação, a discussão e a deliberação.

A fundamentação teórica do plano de ensino para o ano de 2024 abrangeu importantes documentos e autores de bioética. A DUBDH (Unesco, 2005) foi a referência central, pois reafirma a importância de uma educação que promova a dignidade humana e respeite a diversidade cultural, incentivando que os profissionais de saúde tenham uma visão ética abrangente e humanista. Em complemento, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), incluídos na bibliografia básica, reforçaram o compromisso com uma educação que valorize a sustentabilidade e a justiça social, elementos fundamentais para o enfrentamento dos desafios éticos no contexto da saúde e na formação de uma sociedade mais justa e democrática.

Silva (2015) analisa que a educação em bioética tem como horizonte de expectativa a formação de cidadãos críticos, para além da área da saúde. Espera-se que a educação em bioética promova a formação de pessoas mais éticas, comprometidas com a vida humana e de outros seres vivos, com a inclusão social e com uma sociedade mais justa. As metodologias propostas na disciplina possibilitam que os estudantes busquem, por meio da pesquisa e discussão, a resolução de conflitos morais. Para tanto, Zoboli (2011, 2012) e Rocha e Rocha (2019) entendem que os estudantes precisam identificar os valores morais envolvidos, o conhecimento dos fundamentos legais e jurídicos, e os fundamentos e princípios da bioética. Ou seja, para que o estudante se

posicione, argumente e resolva os conflitos bioéticos, há a necessidade de apreensão dos conhecimentos teóricos, jurídicos e éticos. Portanto, as metodologias ativas como ferramentas de aprendizagem desenvolvem competências morais e profissionais, e são essenciais para a prática clínica, a tomada de decisões e o juízo crítico (Martins; Santos; Duarte, 2022).

DISCUSSÃO

A IES analisada neste estudo possui um compromisso social fundamental de assegurar a formação integral de seus estudantes (Freire, 2021). Isso significa cultivar não apenas o conhecimento intelectual, mas também o desenvolvimento moral, ético, social e humano, em consonância com as DCN e a DUBDH (Barchifontaine, 2011).

A disciplina em questão trouxe a ética como um pilar central dessa formação, estimulando os estudantes a ter consciência do seu papel na sociedade, para que desenvolvam a capacidade de reflexão crítica, o senso de comunidade e a responsabilidade social (Morin, 2015; Potter, 2016).

A metodologia de ensino privilegiou a resolução de problemas reais, estimulando o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões. As situações reais estudadas pelos discentes foram extraídas do contexto prático, buscando aproximá-los dessa realidade profissional e dos conflitos éticos que envolvem pessoas e instituições (Martins; Santos; Duarte, 2022; Marques *et al.*, 2021).

Outra contribuição importante da disciplina está relacionada ao fato de os estudantes conhecerem como são os comitês de ética em pesquisa e os comitês de bioética, pois fornecem uma base para a tomada de decisões complexas, permitindo analisar os conflitos em diferentes perspectivas e tomar decisões fundamentadas nos princípios éticos (Zoboli, 2012). Além disso, a reflexão sobre os direitos humanos foi amplamente debatida, visto que se trata de um compromisso inegociável no campo da saúde e da bioética.

A formação dos enfermeiros deve buscar prepará-los para atuar em contextos complexos, como as desigualdades sociais e as questões que envolvem a saúde pública e pessoas em situação de vulnerabilidade (Barchifontaine, 2011). É importante que o estudante compreenda o papel da saúde como direito fundamental, seja capaz de defender os interesses dos mais vulneráveis, identifique situações de violação dos direitos dos pacientes e trabalhe por um sistema de saúde mais justo e equitativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância da bioética e dos direitos humanos no século XXI, a disciplina abordada instrumentaliza os estudantes a compreender que todas as pessoas são dignas, são sujeitos de direitos, que os direitos humanos são inegociáveis e que existem

situações em que a tomada de decisões sobre questões de saúde é necessária. A bioética desempenha importante papel de construir “pontes” entre o conhecimento, a responsabilidade social e a ação ética.

O ensino de bioética no curso de Enfermagem da IES analisada destaca-se como uma estratégia fundamental para alinhar a formação acadêmica às demandas éticas da prática profissional contemporânea. A inclusão da disciplina, motivada pelas necessidades identificadas nos estágios práticos em unidades de alta complexidade, evidencia o compromisso institucional com a formação de profissionais críticos, éticos e humanistas. Essa abordagem é sustentada pelas DCN, que enfatizam a formação técnica, ética e cidadã dos futuros enfermeiros.

O estudo mostrou que é necessário reconhecer que as experiências pedagógicas também podem ser objeto de reflexão. A interdisciplinaridade incentiva a integração entre saúde, meio ambiente e diversidade cultural, direitos humanos e bioética.

Destaca-se que a experiência relatada mostrou a possibilidade de ensinar com metodologias ativas, mesmo de forma remota (*on-line*). Também é relevante mostrar que há um alinhamento construtivo da disciplina que articula as competências com os conteúdos, as metodologias e as atividades avaliativas, dando uma dinamicidade pedagógica. A adoção de metodologias ativas na disciplina, como debates, deliberações e estudos de caso, estimula o pensamento crítico e promove a autonomia e o engajamento dos estudantes, preparando-os para enfrentar dilemas éticos de forma fundamentada e sensível.

Entretanto, apesar dos avanços, o ensino de bioética enfrenta desafios importantes. Um dos limites é o número elevado de estudantes por turma, o que pode dificultar a personalização do ensino e a aplicação mais eficaz de metodologias ativas, como debates e estudos de caso. Além disso, a diversidade de perfis dos discentes, provenientes de diferentes cursos e contextos culturais, apresenta um desafio na harmonização de discussões interdisciplinares e na adaptação de conteúdos às realidades individuais de cada área.

Mesmo que a disciplina seja executada de forma *on-line*, com turmas que se aproximam de 70 estudantes de diversas áreas, ela cumpre seu papel no que concerne à ética, à bioética e aos direitos humanos, de modo a aproximar os discentes da realidade do campo profissional e dos processos éticos e bioéticos na tomada de decisões, que reverberarão na vida de outras pessoas e da sociedade.

Assim, entende-se que há a necessidade de uma reflexão sobre os objetivos e os resultados alcançados com os estudantes, e de definição de algumas mudanças importantes, como a possibilidade de a disciplina tornar-se presencial, pois assim ela será obrigatória e contemplará alunos de vários cursos e contextos diferentes, com particularidades culturais e sociais.

A presencialidade poderá estimular a participação e a motivação dos estudantes nas atividades da disciplina, além da comunicação, da negociação, do compartilhamento de diferentes perspectivas e dos conhecimentos dos discentes, o que favorecerá um ambiente de respeito pelas diferentes opiniões e a construção de um consenso ético.

O modelo avaliativo da disciplina, embora fundamentado em metodologias ativas, ainda encontra espaço para aprimorar a forma como as competências éticas são avaliadas, integrando ferramentas que permitam medir habilidades reflexivas e práticas. A carga horária, atualmente de 40 horas semestrais, também é um obstáculo para o aprofundamento das discussões éticas e dos conflitos morais mais complexos, reduzindo a oportunidade de explorar temas contemporâneos, como bioética ambiental e inteligência artificial. Para alguns estudantes, a disciplina em análise é o único contato com o campo da bioética, e eles precisam buscar maior aprofundamento teórico em outros espaços, como congressos científicos.

Entre as possibilidades de melhoria, destaca-se a necessidade de reorganizar as turmas para permitir um ensino mais interativo e personalizado. A ampliação da carga horária e a inclusão de temas emergentes também são medidas que podem enriquecer a formação em bioética.

O uso de tecnologias educacionais, como simulações e plataformas digitais, também pode fortalecer o ensino de bioética, tornando-o mais dinâmico e alinhado às expectativas das novas gerações. Tais iniciativas têm o potencial para aproximar os estudantes da realidade profissional, conectando a formação teórica à prática ética nos cuidados em saúde. O ensino na enfermagem no século XXI prescinde de formação ética e bioética, na busca de uma sociedade que garanta a dignidade e a cidadania de todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

- BARCHIFONTAINE, C. P. Educar para a cidadania. In: PESSINI, L.; ZACHARIAS, R. (org.). *Ser e educar*. Aparecida: Santuário; São Paulo: SBTM; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 187-208.
- BORGES, G.; SANTOS, C. R.; BORGES, F. B. S. Enfoque bioético: produção do conhecimento em enfermagem no Brasil. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 610-618, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303554PT>.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, seção 1, Brasília, DF, p. 37, 9 nov. 2001.
- BRASIL. Projeto de resolução: institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da

- Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, 2024. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=264151-pces443-24&category_slug=julho-2024&Itemid=30192. Acesso em: 17 fev. 2025.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2021.
- LIMA, A. C.; SANTOS, D. C. M. Estratégias de aprendizagem de estudantes de graduação em enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 76, n. 5, p. 1-9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0764p>
- MARQUES, H. R. et al. Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. *Avaliação*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 718-741, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772021000300005>
- MARTINS, V.; SANTOS, C.; DUARTE, I. Educar para a bioética: desafio em enfermagem. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 498-504, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303543PT>
- MAZERA, M. S. *Desenvolvimento de competências ético-morais de enfermeiros do contexto hospitalar: uma teoria fundamentada nos dados*. 2024. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2024.
- MESQUITA, S. K. da C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 473-486, 1º abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00114>
- MORIN, E. *Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação*. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- OGUSSI, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Manole, 2006.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. [S. l.]: ONU, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- PEREIRA, M. S. et al. Metodologia ativa na educação permanente para abordar ética e bioética. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 725-733, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304564PT>
- POTTER, V. R. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Loyola, 2016.
- RIBEIRO, F. B. F. Como melhorar a formação ética em enfermagem? In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA, 2024, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis:

- Universidade Federal de Santa Catarina, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/259415>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ROCHA, M. de S.; ROCHA, S. A. Resolução de conflitos bioéticos no cenário hospitalar brasileiro: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Bioética*, [s. l.], v. 15, p. 1-12, 2019.
- SILVA, P. F. Educação em bioética: desafios na formação de professores. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 231-245, 2011.
- SILVA, P. F. O ensino de bioética no ensino médio. In: BONAMIGO, L.; SILVA, J. (org.). *Estratégias de ensino de bioética*. São Paulo: All Print, 2015. p. 49-76.
- SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. *Medicina*, [s. l.], v. 47, n. 3, p. 284-292, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p284-292>
- ZACHARIAS, R. (org.). *Ser e educar*. Aparecida: Santuário; São Paulo: SBTM; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 209-224.
- ZOBOLI, E. L. C. P. Educar para a intersubjetividade e o cuidado. In: ZACHARIAS, R. (org.). *Ser e educar*. Aparecida: Santuário; São Paulo: SBTM; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2011.
- ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista BioEthikos*, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a05.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2025.

Recebido em: 24/04/2025

Aprovado em: 13/06/2025

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL EM GRADUANDOS DE FISIOTERAPIA COM O USO DO MORAL COMPETENCE TEST (MCT)

EVALUATION OF MORAL COMPETENCE IN PHYSIOTHERAPY GRADUATES USING THE MORAL COMPETENCE TEST (MCT)

Cristiane Paiva Alves

Doutora em Educação especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professora assistente do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), *campus* Marília.

E-mail: paiva.alves@unesp.br

Patrícia Unger Raphael Bataglia

Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Psicologia da Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), *campus* Marília.

E-mail: patricia.bataglia@unesp.br

Gabriela de Oliveira Marra

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

E-mail: gabrielaoliveiramarra@gmail.com

Resumo: A formação ética do profissional de fisioterapia que atuará na sociedade e contribuirá para a construção de novas formas de cuidado humanizado se restringe em geral a uma disciplina ligada à deontologia. A postura ética é discutida com certo fastio, e a missão de formar eticamente o graduando é considerada como cumprida. Uma das formas de avaliar o desenvolvimento do julgamento moral é por meio de respostas baseadas na cognição moral. Os estudos sobre desenvolvimento moral, baseados em Kohlberg (1992), levaram à construção de alguns instrumentos de avaliação do juízo moral que têm sido utilizados no Brasil, bem como em vários outros países. Dentre esses instrumentos, o *Moral Competence Test* (MCT) busca medir o desenvolvimento da competência moral, ou seja, a capacidade de agir de acordo com princípios morais. Sendo assim, o presente projeto de pesquisa tem o objetivo de avaliar a competência moral em graduandos de Fisioterapia. Para a coleta de dados, foi utilizado o MCT. Os resultados obtidos, por meio deste instrumento, foram analisados pelo *software* Statistic Package for Social Science/Personal Computer for Windows

(SPSS/PC). Foram descritos os escores gerais do MCT para análise do nível de competência moral dos estudantes segundo Kohlberg (1992) e, após a análise dos dados, verificou-se que o escore C total, contando os três dilemas apresentados pelo primeiro e quarto anos, foi de 20,18 e 15,98, respectivamente. Esse resultado mostra uma diferença de 4,20 pontos do escore total entre o quarto e o primeiro ano do curso, ou seja, houve regressão da competência moral. Esses dados serão apresentados à coordenação e ao conselho de curso de Fisioterapia, procurando, assim, oferecer contribuições às suas respectivas propostas pedagógicas no que diz respeito à formação ética de seus alunos.

Palavras-chave: Competência moral. Formação ética. Fisioterapia. Graduação. *Moral Competence Test*.

Abstract: The ethical formation of physiotherapy professionals who will work in society and contribute to the construction of new forms of humanized care is generally restricted to a discipline linked to the deontology. The ethical posture is discussed with a certain boredom and the mission of ethically forming the graduate is considered as fulfilled. One of the ways to evaluate the development of moral judgment is through answers based on moral cognition. Studies on moral development, based on Kohlberg (1992), have led to the construction of some instruments of moral judgment evaluation that have been used in Brazil, as well as in several other countries. Among these instruments, the Moral Competence Test (MCT), seeks to measure the development of moral competence about the ability to act according to moral principles. Therefore, the present research project aims to evaluate the moral competence in physiotherapy's graduates. Was used the MCT for data collection. The results obtained, through this instrument, were analyzed by Statistical Package for Social Science/Personal Computer for Windows (SPSS/PC) software. The general scores of the MCT were described for the analysis of the students' moral competence level according to Kohlberg (1992), after data analysis it was verified that the total C score, counting the three dilemmas presented by the first and fourth years, was 20.18 and 15.98, respectively. This result shows a difference of 4,20 points of the total score between the fourth and first year of the course, that is, there was regression of moral competence. These data will be presented to the course's coordination, thus seeking to offer contributions to their respective pedagogical proposals regarding the ethical formation of their students.

Keywords: Moral competence. Ethical training. Physiotherapist. Undergraduate. Moral Competence Test.

INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde ocorre em um cenário de crescente complexidade, em que dilemas morais são frequentes e as demandas sociais exigem profissionais com sensibilidade e julgamento moral apurado (Andersson *et al.*, 2022; Kenny *et al.*, 2019). Nesse cenário, o ensino da bioética tem evoluído de uma abordagem pontual passando a se constituir em componentes curriculares mais estruturados (Esquerda *et al.*, 2019). Contudo, estudos ainda apontam déficits significativos nas habilidades éticas de estudantes e profissionais, destacando a urgência de aprimorar essa dimensão formativa (González-Blázquez; Ruiz-Hontangas; López-Mora, 2024). Nesse contexto, a teoria do desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg (1981) oferece um referencial robusto, propondo que o raciocínio moral evolui por meio de níveis, do pré-convencional ao pós-convencional e em estágios hierárquicos, possibilitando a compreensão sobre a influência do nível do desenvolvimento do julgamento moral como preditor de escolhas em situações moralmente dilemáticas.

No campo da Psicologia do Desenvolvimento Moral, Lawrence Kohlberg, psicólogo norte-americano, foi um dos estudiosos que significativamente expandiram as pesquisas sobre moral e ética. Sua pesquisa visava investigar a capacidade cognitiva dos indivíduos para avaliar questões morais e argumentar e refletir sobre elas. Conforme Castro (2019), Kohlberg propôs seis estágios morais, agrupados em três níveis: o pré-convencional (focado em necessidades externas e tangíveis), o convencional (centrado na conformidade com papéis sociais e expectativas alheias) e o pós-convencional (baseado em princípios e direitos universais). Cada nível abrange dois estágios de desenvolvimento moral.

Com base na teoria kohlberguiana, foram desenvolvidos instrumentos para mensurar o desenvolvimento moral e a competência moral. Entre eles, destaca-se o *Moral Competence Test* (MCT), de Georg Lind (2000a), que avalia a capacidade do indivíduo de julgar argumentos morais de forma consistente, especialmente diante de contra-argumentos. O escore C gerado pelo MCT reflete a competência moral de um grupo, sendo uma ferramenta validada e amplamente utilizada no Brasil para diagnosticar o impacto de processos educacionais na formação ética (Bataglia, 2010).

Quando se considera a formação de profissionais de saúde, observa-se uma reorientação acadêmica que prioriza a capacitação para uma assistência humanizada. Nesse contexto, um desafio é promover a formação ética dos estudantes para desenvolver a competência moral. Rego (2003) define formação ética como o ensino, o aprendizado e a vivência da ética em bases não deontológicas, visando ao desenvolvimento de valores humanizadores e à construção da identidade profissional ética durante a graduação. Essa formação em valores é crucial para que os profissionais possam planejar ações e antever suas consequências, caracterizando-os como seres intrinsecamente morais (Rego, 2003; Gracia, 2004; Cortina, 2005).

Carneiro *et al.* (2010) destacam a importância de integrar a ética nos cursos de saúde, aproximando-a das ciências humanas e do papel do docente como exemplo moral. O ensino transversal da ética ao longo do curso e sua aplicação na prática são fundamentais, pois a percepção ética se correlaciona com a experiência do aluno. Assim, os autores concluem que modelos metodológicos, formação e atitude docente são essenciais no processo de aprendizagem.

Gerber e Zagonel (2013) argumentam que a educação ética baseada apenas em discussões conceituais é insuficiente para formar os profissionais exigidos pelo mercado atual. Na América Latina, discute-se intensivamente a necessidade de mudar as metodologias de formação em saúde, incluindo métodos de ensino que promovam a discussão ética para preparar profissionais responsáveis e humanizados. Esse novo modelo de saúde demanda novos sujeitos sociais e formas de prestação de serviços, exigindo, portanto, novas abordagens na formação dos profissionais da área.

As transformações sociais contemporâneas, marcadas por modernização, excesso, urgência, consumo e individualidade, têm gerado questionamentos sobre as contradições da globalização e das novas tecnologias (Zuben, 2010). Desde a segunda metade do século XX, as áreas da saúde e científico-tecnológicas têm passado por mudanças globais significativas, gerando contradições ideológicas, filosóficas e éticas. Assim, é crucial que as metodologias de ensino para futuros profissionais de saúde se adaptem a essas mudanças, priorizando a ética e a bioética para uma formação educacional mais eficaz (Amoretti, 2005).

Historicamente, os conceitos médicos evoluíram para uma visão humanista, focando as necessidades das populações. Rios (2009) entende a humanização como um princípio bioético de conduta, baseado no respeito à pessoa humana, que estimula a reflexão crítica dos profissionais de saúde sobre as instituições. Essa reflexão crítica implica contrastar valores institucionais e individuais, combatendo a violência e promovendo a humanização. Para isso, informação, educação permanente e gestão participativa são instrumentos essenciais (Rios, 2009).

A fisioterapia, em particular, é uma profissão que exige uma profunda compreensão das complexidades humanas, atuando diretamente na diversidade social e na vulnerabilidade (Almeida; Castiglioni, 2005). A prática fisioterapêutica humanizada transcende a aplicação técnica, demandando competência moral para navegar por dilemas morais e respeitar os valores do paciente (Rios, 2009). Diante da percepção de que o ensino da ética na saúde ainda é, por vezes, insuficiente (Braibant, 1996 *apud* Schuh; Albuquerque, 2009) e que metodologias puramente conceituais não são eficazes (Gerber; Zagonel, 2013), torna-se importante avaliar se a graduação em Fisioterapia está, de fato, contribuindo para a formação ética de seus estudantes. Assim, o diagnóstico da competência moral emerge como um indicador do impacto da formação oferecida.

Em levantamento bibliográfico realizado por Herculian (2025), não foram identificados trabalhos que tratem da competência moral na formação do fisioterapeuta. Tendo em vista a complexidade da atividade desses profissionais que se veem em dilemas diuturnamente, estabelecemos os objetivos que seguem.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é avaliar o nível competência moral em estudantes de Fisioterapia. Decorrendo do objetivo geral, há os objetivos específicos:

- 1) analisar o desenvolvimento da competência moral de estudantes de Fisioterapia de uma universidade pública do estado de São Paulo;
- 2) comparar os índices de competência moral do primeiro ano até o último ano do curso investigado, procurando identificar se houve alteração no decorrer dele.

METODOLOGIA

O presente estudo é de cunho quantitativo, uma vez que se apoiará em critérios estatísticos para analisar os dados de competência moral obtidos pelo MCT e para comparar os resultados obtidos junto ao primeiro e quarto anos do curso de Fisioterapia, a fim de verificar a influência da graduação na formação ética, mais especificamente na competência moral.

Participantes

A população participante desta pesquisa foi de 42 alunos do curso de Fisioterapia, sendo 25 alunos do quarto ano e 17 alunos do primeiro ano.

Local

A pesquisa foi realizada em uma universidade estadual, no interior do estado de São Paulo.

Instrumento

O instrumento utilizado nesta pesquisa é o MCT adaptado ao contexto brasileiro por Bataglia (2010), com uso autorizado pela autora, em contato prévio.

Procedimento de coleta de dados

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aconteceu em meio à pandemia, assim não tivemos acesso presencial aos estudantes. Foi então disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *on-line*, a partir da plataforma SurveyMonkey, em que por meio desta também ocorreu a aplicação do MCT. A participação de cada respondente ocorreu somente por meio de consentimento livre e

esclarecido, assim como o seu anonimato será preservado pelas pesquisadoras. A coleta de dados foi realizada a partir dessa aplicação, em que foi feita de forma uniforme para todos os participantes. Após uma breve apresentação da pesquisa e consentimento espontâneo e esclarecido dos participantes, mediante assinatura de termo correspondente na plataforma *on-line*, iniciamos a aplicação do MCT. Nesse caso, as pesquisadoras forneceram, de forma escrita, as instruções concernentes ao preenchimento deles. O tempo de duração para a aplicação do instrumento varia em média de 20 a 40 minutos.

Aspectos éticos

O presente projeto, assim como sua execução, foi aceito pelo CEP: Parecer nº 3.731.699. Também foi autorizado formalmente pela coordenação do curso de Fisioterapia mediante assinatura de carta de autorização. Antes de responder aos instrumentos utilizados, cada participante assinou, espontaneamente, um TCLE, no qual se explicitam os objetivos e procedimentos da pesquisa, seus possíveis riscos e benefícios, a garantia do anonimato da identidade dos participantes, a forma de utilização dos dados provenientes da investigação, as informações para o contato com os pesquisadores em qualquer momento da pesquisa, entre outros esclarecimentos. O TCLE foi aplicado e arquivado pelos pesquisadores. Esse projeto foi analisado pelo CEP das instituições a ele vinculado, e iniciou-se a sua execução após parecer favorável.

Forma de análise dos resultados

Para a análise dos dados, o MCT é corrigido conforme as instruções de seu manual (Lind, 1999; Rest; Narvaez, 1999). Os resultados obtidos são inseridos na planilha do *software* Statistic Package for Social Science/Personal Computer for Windows SPSS/PC) para processamento. Os achados da pesquisa serão apresentados à coordenação e ao conselho do curso, visando contribuir com suas propostas pedagógicas no que tange à formação ética do corpo discente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a aprovação da pesquisa pelo CEP, iniciou-se a coleta de dados com 42 alunos do curso de Fisioterapia, sendo 25 alunos do quarto ano e 17 alunos do primeiro ano, com a aplicação do MCT. Em seguida, realizaram-se a correção e a tabulação dos dados preliminares, que foram analisados de acordo com as instruções descritas no manual do instrumento.

Para analisar a diferença em relação à opinião, Lind (2008) propõe o seguinte: de -1 a +1 refere-se a um posicionamento neutro, de 1 a 2 tende a aceitar a decisão do personagem, de 2 a 3 apoia a decisão do personagem, de -1 a -2 tende a rejeitar a decisão do personagem e de -2 a -3 rejeita a decisão do personagem. Lind (2008) também propõe

um escore que indica o nível de competência que pode ser baixo (de 0 a 9), médio (de 10 a 29), alto (de 30 a 49) e muito alto (de 50 para cima) (Lind, 1999; Rest; Narvaez, 1999).

Quanto aos resultados da aplicação do MCT no primeiro, o escore C do dilema dos operários foi de 43,45; do médico, 32,28; e do juiz, 43,91. Relacionando o escore C dos operários com o do médico, foi verificado um total de 23,95; o escore C dos operários com o juiz, de 26,73; e o escore C do médico com o do juiz, de 23,62. O escore C total, contando os três dilemas apresentados, foi de 20,18, ou seja, um escore mediano, considerando o referencial de Lind (2008).

Quanto aos resultados da aplicação do MCT no quarto ano, o escore C do dilema dos operários foi de 35,71; do médico, de 25,20; e do juiz, de 34,13. Relacionando o escore C dos operários com o do médico, foi verificado um total de 18,25; o escore C dos operários com o do juiz, de 21,49; e o escore C do médico com o do juiz, de 19,19. O escore C total, contando os três dilemas apresentados, foi de 15,98, ou seja, também é um escore mediano.

Devido a uma amostra pequena, não se obteve uma significância estatística, mas o autor do teste considera igualmente importante e válido trabalharmos com o conceito de magnitude absoluta do efeito, que é a comparação das médias buscando diferenças maiores do que três pontos. Lind (2008) considera uma diferença de três pontos já significativa.

Tabela 1: Comparação entre as médias dos escores do primeiro e quarto anos

ANO	OP_W	OP_D	OP_J	C_TOT	C_W	C_D	C_J	C_wor/ doc	C_wor/ jud	C_doc/ jud	Pref. Est 1	Pref. Est 2	Pref. Est 3	Pref. Est 4	Pref. Est 5	Pref. Est 6
1	-0,18	0,41	0,18	20,18	43,45	32,38	43,91	23,95	26,73	23,62	-6,65	-4,35	-1,59	3,53	7,82	2,41
4	-0,04	0,68	-0,80	15,98	35,71	25,20	34,13	18,25	21,49	19,19	-3,72	-2,88	-0,12	4,36	8,48	1,40

OP_W: opinião sobre o dilema dos operários; OP_D: opinião sobre o dilema do médico; OP_J: opinião sobre o dilema do juiz; C_TOT: escore C total entre todos os dilemas; C_W: escore C total do dilema dos operários; C_D: escore C total do dilema do médico; C_J: escore C total do dilema do juiz; C_wor/doc: dilema dos operários com o dilema do médico; C_wor/jud: dilema dos operários com o dilema do juiz; C_doc/jud: dilema do médico com o dilema do juiz. Pref. Est: preferência pelo estágio (1, 2, 3, 4, 5 ou 6) de desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg (1981).

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A partir dos dados apresentados, foi possível a identificação de dois pontos principais, sendo um deles sobre a regressão da competência moral, indicada por um declínio de 4,20 pontos no escore C (de 20,18 para 15,98) entre o primeiro e o quarto ano. Essa discrepância ultrapassando o limite de três pontos, considerado significativo por Lind

(2008), fundamenta o fenômeno da “erosão ética”, previamente documentado em outros estudos de saúde (Feudtner *et al.*, 1994; Paternaude *et al.*, 2003; Rego, 2003). Esse dado sugere que a trajetória acadêmica pode não estar fomentando o desenvolvimento moral, mas impossibilitando o aumento.

Outro achado é a inclinação persistente dos alunos para o estágio 5 do desenvolvimento moral (média de 8,15), em detrimento do estágio 6 (média de 1,91). O estágio 5, caracterizado por uma orientação utilitarista, é baseado na lógica de “o maior bem para o maior número”, um ponto de vista consequencialista (Ferreira, 2017). Por sua vez, o estágio 6 é baseado em princípios universais de justiça e dignidade humana (Kohlberg, 1981). A confluência desses dois resultados, com a regressão da competência e a predisposição utilitarista, suscita investigações significativas acerca da influência da formação nos princípios bioéticos no curso de Fisioterapia.

A predominância do raciocínio utilitarista pode interferir diretamente nos princípios de autonomia e justiça, já que um profissional que toma decisões a partir da lógica de que é necessário seguir regras institucionais e de que a solução precisa ser o melhor para o maior número de pessoas pode diminuir a autonomia do paciente ao desconsiderar sua decisão caso ela não corresponda ao que é considerado o resultado ideal para a maioria ou para o sistema (Gracia, 2004). Essa perspectiva pode, ainda, comprometer a justiça distributiva, legitimando a distribuição desigual do cuidado quando em situações de alocação de recursos, em favor de pacientes com “potencial de recuperação” superior, em detrimento de indivíduos com doenças crônicas ou situados em circunstâncias vulneráveis (Rego, 2003). Acredita-se que a baixa adesão ao estágio 6, centrado em princípios universalizáveis, reforça a noção de que os estudantes podem estar se afastando de uma ética principialista.

Nesse contexto, o princípio da beneficência, a obrigação de agir no melhor interesse do paciente, é impactado de forma semelhante, pois a regressão na competência moral, que significa uma capacidade diminuída de contemplar argumentos complexos e contrários (Schillinger, 2006), pode ter impacto negativo na capacidade de reflexão sobre o que de fato constitui o “melhor interesse” em situações de dilemas morais. A perspectiva utilitarista pode tendenciar o cálculo impessoal sobre a beneficência, alienando o profissional das necessidades e dos valores subjetivos do paciente, que são aspectos indispensáveis para uma prática genuinamente humanizada (Rios, 2009). Os escores C médios identificados nesta pesquisa (média de 18,08) são maiores do que os índices encontrados em outras investigações nacionais, como a conduzida por Castro (2019) envolvendo acadêmicos de Medicina (média de 13,1), mas ligeiramente inferiores às de Seródio (2013) com estudantes do ensino médio (média de 17,7 a 19). Essa discrepância pode ser influenciada por determinantes contextuais, como o ambiente competitivo de uma universidade pública, que, de acordo com Bataglia (2010),

pode estar associado a altos escores de moralidade. No entanto, mesmo com um ponto inicial relativamente alto, a trajetória de declínio ao longo do curso é o aspecto mais preocupante e alinha esta pesquisa com a preocupação sobre a eficácia da educação ética no campo da saúde.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa realizou uma análise comparativa do nível de competência moral de estudantes do primeiro e do quarto ano de Fisioterapia em uma universidade estadual no interior do estado de São Paulo, utilizando o instrumento MCTxt, desenvolvido por Lind (2000a). Esse teste, fundamentado na entrevista de juízo moral de Kohlberg, avalia o desenvolvimento da competência moral e os resultados de processos de educação moral.

Os dados revelaram uma regressão da competência moral dos discentes de Fisioterapia do primeiro para o quarto ano, com uma queda de 20,18 para 15,98 no escore C total, uma diferença de 4,20 pontos. Segundo o autor do teste, uma diferença superior a três pontos já é considerada significativa. Além disso, observou-se uma preferência pelo estágio 5 de desenvolvimento moral, que Lind, baseado em Kohlberg, descreve como utilitarista. Esse estágio prioriza o “maior bem para o maior número de pessoas ou o menor mal para o menor número de pessoas”, adotando uma perspectiva consequencialista em detrimento dos princípios morais. Essa constatação é crucial para a bioética, pois a formação de profissionais de saúde deve ir além da mera análise de consequências, promovendo uma ética baseada em princípios universais de justiça e dignidade humana.

Na análise de tais resultados, a partir da teoria da competência moral, é possível considerar que os discentes que estão no último ano do curso de Fisioterapia possuem menor capacidade para avaliar argumentos contrários à própria opinião do que aqueles que acabaram de ingressar no curso, uma vez que a competência moral, de acordo com os estudos da psicologia, está diretamente ligada à capacidade do indivíduo de resolver problemas ou tomar decisões levando em conta as opiniões ou os argumentos contrários aos dele. Assim, a importância deste estudo está ligada à possibilidade de estimar a competência moral de futuros profissionais da saúde, na área de fisioterapia, que, em seu cotidiano e em sua prática, irão lidar com diversas questões e opiniões adversas às suas. Essas opiniões podem estar ligadas aos próprios pacientes que esses profissionais atenderão ou até mesmo às equipes multiprofissionais de que eles possam fazer parte (Schillinger, 2006; Lind, 2008; Feitosa, 2013; Seródio, 2013).

Supõe-se que a regressão da competência moral relatada tenha relação direta com o método de ensino de conteúdos ligados à ética e à moral na graduação em Fisioterapia, dado que a predominância do método expositivo, sem estratégias que estimulem o trabalho em grupo e a autonomia dos estudantes para discutir e relacionar

conteúdos e dilemas morais, não se mostra eficiente e pode, inclusive, fazer com que os estudantes tenham sua competência moral impactada negativamente. Essa suposição se assenta em estudos que relatam que métodos ativos e interativos de ensino da bioética estão associados a melhores resultados de engajamento e aprendizagem (Spencer *et al.*, 2002; Chowning *et al.*, 2012).

Lepre (2005) afirma ainda que apenas procedimentos verbais acompanhados de “lições de moral” não se mostram eficientes para o desenvolvimento moral, pois lecionar o conteúdo com ausência de reflexão pode levar à alienação e à heteronomia dos estudantes. A autora enfatiza que o debate e o diálogo em sala de aula, com o educador atuando como um mediador a partir da construção de um contrato social democrático, incentiva o desenvolvimento moral dos estudantes, e isso se mostra fundamental.

Lind (1987) recomenda que o modelo tradicional de sala de aula seja substituído a fim de facilitar um ambiente democrático que enfatize a esfera de confiança e liberdade de expressão, de modo que, a partir disso, os alunos se sintam livres para desenvolver suas capacidades reflexivas. Recomenda-se ainda que ocorram intervenções de ensino transversal nas disciplinas e que o ensino da moral e da ética possa acontecer não somente de forma pontual em apenas uma matéria da grade curricular de formação em saúde, mas que todos possam estimular o pensamento crítico e o desenvolvimento moral dos estudantes. Para Souza Júnior *et al.* (2021), um acréscimo de medida que influenciaria positivamente o envolvimento dos discentes e a participação ativa em aula seria a ampliação e o fortalecimento de serviços de apoio e atendimento em saúde mental, de forma a promover, prevenir e reabilitar aspectos da saúde, sempre levando em consideração o cuidado integral do indivíduo.

Tendo em vista os dados apresentados na presente pesquisa, é possível alegar que há uma necessidade de trabalhar alguns pontos da formação dos profissionais de fisioterapia, visando à melhoria do ensino da ética profissional em saúde durante a graduação por meio de uma educação crítica, que consequentemente possa promover um impacto positivo na saúde pública, algo que se faz tão necessário (Souza Júnior *et al.*, 2021; Adler; Gallian, 2014). Estudos fornecem evidências quantitativas e qualitativas de que o raciocínio ético, a sensibilidade e a tomada de decisão são aprimorados após o ensino da bioética (Kenny *et al.*, 2023; Chowning *et al.*, 2012).

Outras considerações são referentes às limitações observadas neste estudo. Por se tratar de uma análise transversal que compara discentes de diferentes etapas do curso, isso impossibilita a avaliação da progressão da moralidade durante o curso, em uma mesma população, de forma longitudinal, já que essa forma de avaliação tem um alcance mais preciso sobre o desenvolvimento moral. Para o aprimoramento do estudo, sugere-se a avaliação de variáveis sociodemográficas e acadêmicas que possam influenciar o desenvolvimento moral do grupo estudado. Outra proposta seria a

realização de um estudo multicêntrico para o aumento da variabilidade da pesquisa e representatividade da população geral de estudantes de Fisioterapia. E ainda, por entender que o professor tem um papel fundamental na mediação do ensino crítico da ética e moral, a avaliação da competência moral desses educadores se faz igualmente necessária para a ampliação contextual das análises.

REFERÊNCIAS

- ADLER, M. S.; GALLIAN, D. M. C. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 445-453, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300014>
- ALMEIDA, M. H. M. de; CASTIGLIONI, M. do C. O ensino da ética ao profissional de saúde na USP: a formação ética do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 75-81, 2005. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i2p75-81>
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005. Disponível em: http://www2.ghc.com.br/ghc/noticias/not071105_01.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.
- ANDERSSON, H. et al. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC Medical Ethics*, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1-26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>
- BATAGLIA, P. U. R. A validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para diferentes culturas: o caso brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 83-91, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000100011>
- CARNEIRO, L. A. et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 412-421, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300011>
- CASTRO, M. R. *Avaliação da competência moral de estudantes de Medicina*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/handle/jspui/224>. Acesso em: 22 set. 2019.
- CHOWNING, J. T. et al. Fostering Critical Thinking, Reasoning, and Argumentation Skills through Bioethics Education. *PLoS ONE*, [s. l.], v. 7, n. 5, p. e36791, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0036791
- CORTINA, A. *Cidadãos do mundo*. São Paulo: Loyola, 2005.
- ESQUERDA, M. et al. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando “médicos virtuosos” o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Atención Primaria*, [s. l.], v. 57, n. 2, p. 99-104, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2017.05.018>
- FEITOSA, H. N. *A competência de juízo moral e as atitudes morais dos estudantes de medicina: estudo transcultural*. 2013. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade

- do Porto, Porto, 2013. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/75168/2/32384.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- FERREIRA, F. O. *Juízos morais dos profissionais de saúde: uma análise a partir de dilemas éticos relacionados ao valor da vida*. 2017. Tese (Doutorado em Bioética) – Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2017.
- FEUDTNER, C. et al. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Academic Medicine*, Washington, v. 69, n. 8, p. 670-679, 1994.
- GERBER, V. K. Q.; ZAGONEL, I. P. S. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 168-178, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000100020>
- GONZÁLEZ-BLÁZQUEZ, F. J.; RUIZ-HONTANGAS, A.; LÓPEZ-MORA, C. Bioethical knowledge in students and health professionals: a systematic review. *Frontiers in Medicine*, Lausanne, v. 11, p. 1-14, 10 abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1252386>
- GRACIA, D. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela, 2004.
- HERCULIAN, J. G. *Metodologia ativa: uma ferramenta para o desenvolvimento da competência moral?* 2025. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2025. Em andamento.
- KENNY, B. et al. Ethics education learning outcomes for health professions students. *Journal of Academic Ethics*, [s. l.], v. 21, p. 85-111, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/S10805-021-09433-1>
- KENNY, B. et al. Ethics in professional practice: an education resource for health science students. *International Journal of Practice-based Learning in Health and Social Care*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 86-101, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18552/ijpbhlhsc.v7i1.552>
- KOHLBERG, L. *Essays on moral development*. San Francisco: Harper & Row, 1981.
- KOHLBERG, L. *Psicologia del desarrollo moral*. Bilbao: Editorial Desclée de Brower, 1992.
- LEPRE, R. M. Formação moral: a mediação do professor. In: ARANTES, V. A. (org.). *Temas de psicologia escolar e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 101-114.
- LEPRE, R. M. A educação moral na escola: revisões e alternativas a partir das contribuições da Psicologia. *Educação*, [s. l.], v. 44, e80, p. 1-25, 2019.
- LIND, G. Moral competence and education in democratic society. In: ZECHA, G.; WEINGARTNER, P. (ed.). *Conscience: an interdisciplinary view*. Dordrecht: Springer, 1987. (Theory and Decision Library, v. 1).
- LIND, G. An introduction to the Moral Judgment Test (MJT). Konstanz: University of Konstanz, 1999. Disponível em: <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/b-publik.htm>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- LIND, G. The meaning and measurement of moral judgment competence: a dual-aspect model. In: FASKO, D.; WILLIS, W. *Contemporary philosophical and psychological perspectives on moral development and education*. Creskill: Hampton Press, 2008. p. 185-220.

- LIND, G. *The meaning and measurement of moral judgment competence revisited: a dual-aspect model*. 2000a. Disponível em: https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2000_MJ-revisited.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025.
- LIND, G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 24-33, 2000b. Disponível em: http://moralcompetence.net/pdf/Lind-2000_Moral_Regression_in_Medical_Students.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025.
- PATERNAUDE, J. et al. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 168, n. 7, p. 840-844, 2003.
- REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- REST, J.; NARVAEZ, D. *Guide for DIT-2*. Minneapolis: Center for the Study of Ethical Development, University of Minnesota, 1999.
- RIOS, I. C. Compreendendo e implementando a humanização na prática de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, supl. 1, p. 697-707, 2009.
- SCHILLINGER, M. *Learning environment and moral development: how university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries*. Aachen: Shaker Verlag, 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universität Konstanz, Konstanz, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/318530757>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- SCHUH, C. M.; ALBUQUERQUE, I. M. de. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 1, p. 55-60, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533248006>. Acesso em: 19 dez. 2025.
- SERÓDIO, A. M. B. *Avaliação da competência do juízo moral de estudantes de Medicina: comparação entre um curso de bioética tradicional e um curso de bioética complementado com o Método Konstanz de Discussão de Dilemas*. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.
- SOUZA JÚNIOR, E. V. de et al. Evidence of bioethical discourse and behaviors in health professions. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 148-161, jan./mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291455>.
- SPENCER, S. P. et al. Meeting the challenge of teaching bioethics: a successful residency curricula utilizing Team-Based Learning. *Annals of Medicine*, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 359-368, 2022. DOI: 10.1080/07853890.2021.2013523
- ZUBEN, R. V. *Educação e ética planetária no contexto da globalização*. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

Recebido em: 28/02/2025

Aprovado em: 11/06/2025

SUICÍDIO E ESTIGMA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DAS MORALIDADES CORRENTES EM NARRATIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹

SUICIDE AND STIGMA: A BIOETHICAL ANALYSIS OF PREVAILING MORALITIES IN HEALTH PROFESSIONALS' NARRATIVES

Luana Lima Santos Cardoso

Doutora e mestra em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Bacharela em Humanidades e em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luanalima.sc@outlook.com

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

Possui pós-doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB). Doutor em Ética Aplicada às Ciências Clínicas pela Universidade de Sherbrooke, Canadá. Mestre em Medicina e Saúde com concentração em Bioética pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médico. Professor associado no Departamento de Saúde Coletiva da UnB e professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB.

E-mail: claudiolorenzo.unb@gmail.com

Wanderson Flor do Nascimento

Doutor em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre, especialista e graduado em Filosofia pela UnB. Professor associado no Departamento de Filosofia da UnB, professor do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UnB.

E-mail: wandersonn@gmail.com

Resumo: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 726 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. Entre os principais fatores de risco estão as dificuldades e adversidades no acesso a serviços de saúde e a baixa qualidade da atenção dispensada aos tentantes. Apesar de a regulação das práticas de saúde e a reflexão ética sobre o impacto de condições contextuais nos processos de adoecimento integrarem o escopo de atuação da Bioética, as abordagens do campo sobre o tema têm se limitado às discussões acerca do suicídio assistido e do suicídio racional, no âmbito dos debates sobre eutanásia, o que difere, conceitual, epistemológica e eticamente, do fenômeno geral do suicídio. O objetivo deste

¹ Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) o apoio durante a realização deste estudo.

artigo foi analisar, do ponto de vista bioético, as moralidades correntes de profissionais de saúde responsáveis pelo primeiro atendimento, a partir de suas compreensões sobre suicídio. Foram entrevistados 19 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem, atuantes em serviços de emergência de três grandes hospitais públicos. Os resultados demonstram representações do fenômeno amplamente associadas a princípios nocivos, que vão desde a compreensão da tentativa de suicídio como manipulação, fruto de uma tentativa radical de “chamar atenção”, até o retrato atualizado do processo histórico estigmatizante que vincula o ato à tríade pecado-crime-loucura. Defende-se, por fim, a necessidade de que o tema passe a ser abordado com maior frequência pela Bioética, com o fito de orientar processos formativos dos profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento de políticas de saúde e protocolos institucionais, visando a um cuidado mais humanizado aos tentantes e a estratégias de prevenção mais efetivas.

Palavras-chave: Bioética. Suicídio. Estigma. Profissionais de saúde. Sistemas de Saúde.

Abstrat: According to the WHO, 726,000 people die by suicide every year, and among the main risk factors are difficulties and adversities in accessing healthcare services, as well as the poor quality of care provided to suicide attempters. Although the regulation of healthcare practices and ethical reflections on the impact of contextual conditions on health are within the scope of Bioethics, the field's approaches to the topic have been largely limited to discussions on assisted suicide and rational suicide in the context of euthanasia debates. However, these concepts differ conceptually, epistemologically, and ethically from the broader phenomenon of suicide. The objective of this article was to analyze, from a bioethical perspective, the prevailing moral understandings of healthcare professionals responsible for initial care regarding suicide. Nineteen professionals, including physicians, nurses, and nursing technicians, were interviewed in emergency services of three large public hospitals. The results reveal representations of the phenomenon that are strongly associated with harmful principles, ranging from viewing suicide attempts as acts of manipulation or extreme attempts to “seek attention” to perpetuating the historically stigmatizing perspective that links the act to the sin-crime-madness triad. The study argues for the necessity of more frequent engagement with this issue within Bioethics, aiming to guide the training of healthcare professionals, the development of health policies, and the establishment of institutional protocols. Such efforts are essential for fostering more humanized care for suicide attempters and promoting more effective suicide prevention strategies.

Keywords: Bioethics. Suicide. Stigma. Health Personnel. Health System.

INTRODUÇÃO

De acordo com a estimativa mais recente da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em agosto de 2024, aproximadamente 726 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, e estima-se que o número de indivíduos que tentam suicídio seja cerca de 20 vezes maior. Algo em torno de 73% desses casos ocorrem em países de baixa e média rendas, onde o suicídio é a terceira principal causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos. Esses dados refletem disparidades socioeconômicas e geopolíticas mesmo entre as regiões periféricas do planeta. Em um relatório anterior, mais abrangente, intitulado *Suicídio no mundo*, a OMS registrou uma redução de 9,8% na taxa global de suicídios entre 2010 e 2016, mas, enquanto na região do Sudoeste Asiático a queda foi de 4,2% e na região do Pacífico Ocidental, de 19,6%, na região das Américas houve um acréscimo de 6% no mesmo período. No Brasil, na última estimativa realizada em 2021, houve mais de 15,5 mil suicídios por ano, o que equivaleria a uma morte a cada 34 minutos, posicionando-a como 27^a causa de mortalidade no país e a terceira entre a população jovem (Brasil, 2024).

A World Health Organization (2024) agrupa os fatores de risco em cinco grandes categorias: 1. sistemas de saúde, 2. âmbito comunitário, 3. meio social, 4. relacionamentos afetivos e interpessoais e 5. características individuais. No que se refere ao sistema de saúde, além dos aspectos propriamente associados à estrutura dos sistemas de saúde, tais como as dificuldades e adversidades para o acesso a uma atenção profissional qualificada, está bem demonstrado, segundo o relatório, que a desvalorização das tentativas anteriores é um dos fatores responsáveis pelo próprio aumento do número de suicídios.

Já tem sido demonstrado que compreensões e atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação às pessoas que tentam ou concluem um suicídio são os elementos determinantes da baixa qualidade do cuidado de saúde prestado a esses pacientes. Botega (2015), ao aplicar um questionário sobre a assistência a pacientes suicidas e a 317 enfermeiros, constatou o seguinte: 85% afirmaram que “A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar”; 50%, “Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar”; 39%, “Quem quer se matar mesmo não tenta se matar”; 34%, “Às vezes, dá até raiva, porque há tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer”. Esse resultado demonstra a influência dos julgamentos morais à atenção prestada.

Estudos de natureza mais propriamente histórico-sociológica reconhecem que a fonte desse processo estigmatizante, desde os primórdios da modernidade, tem sido representada por uma tríade discursiva de pecado-crime-loucura (Guillon; Le Bonniec, 1984; Barbagli, 2019; Lima, 2020). A noção de pecado se deve em parte à compreensão de que o mandamento “Não matarás” se dirige também ao próprio sujeito na relação consigo, como popularizado por Santo Agostinho, desde a Idade Média, e que a

manteve, em certa medida, perene até nossos dias. Já a noção de crime teria suas origens entre os séculos XVI e XVIII, quando tomou propriamente dimensões civis e políticas, tornando comum a punição aos corpos dos suicidas, deixando-os insepultos ou provocando enforcamentos, decapitações e esquartejamentos que metaforizavam a condenação a uma “segunda morte”. Nos primórdios da cientifização moderna da medicina, a noção de loucura ou de patologia cerebral levava os médicos a autopsiar pessoas que cometeram suicídio em busca de alterações cerebrais estruturais ou químicas, as quais, mesmo não sendo encontradas, não os demoviam da compreensão de uma relação de causa-efeito com transtornos mentais. Foucault (1987) dirá que o olhar médico passou então a buscar nas cidades, em meio às populações e aos sujeitos, as razões que justificassem o fato de um indivíduo anteriormente considerado normal desejar a própria morte, de modo a identificar lugares e práticas de perversões e vícios a eles associados. Esse aspecto patologizante que estrutura o estigma talvez seja aquele que tenha persistido com maior força entre os profissionais de saúde.

Apesar de a literatura demonstrar certo consenso com relação à multifatorialidade causal do suicídio, há, na prática, uma hierarquização desses fatores pela psiquiatria hegemônica, de base biologicista. Bertolote e Fleischmann (2002) vincularam o transtorno mental a 97% dos 15.629 casos estudados. Diversos outros estudos também apresentam as incidências de transtorno mental em 90% a 98% dos casos de suicídio (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010). Outros autores, entretanto, questionam essas perspectivas que consideram reducionistas do sofrimento humano ao restringi-las à dimensão patológica, denunciando uma nomeação nosológica dos sentimentos e uma hipermedicalização da abordagem, que se mostram negligentes para com a complexidade da experiência existencial humana e invisibilizadora dos determinantes sociais que justificam a incidência desigual nos países de baixa renda e nas populações vulneráveis (Bloss, 2022; Navasconi, 2019; Lima, 2020).

Dada a gravidade do fenômeno e considerando que entre os atributos da bioética estão as reflexões e a regulação ética sobre as práticas de saúde, é digno de nota o silenciamento da bioética brasileira e internacional em relação ao problema do suicídio, salvo quando abordado no âmbito das discussões e reflexões sobre eutanásia, quase exclusivamente como suicídio assistido ou suicídio racional. Numa busca rápida no PubMed, em se utilizaram os descritores “bioethics” and “suicide” not “euthanasia” not “assisted” not “racional”, encontraram-se apenas quatro artigos (Hogan; Grumet, 2016; Saigle; Racine, 2018; Montreuil *et al.*, 2021; Arnon; Shahar; Klomek, 2024) que examinavam do ponto de vista ético as condutas médicas, a continuidade do tratamento em tentantes e a formação médica para a atuação na prevenção.

O presente estudo pretende contribuir para o preenchimento dessa lacuna, por meio de um estudo em ética descritiva que investigou a influência das moralidades

predominantes dos profissionais de saúde de unidades de emergências médicas em suas abordagens à admissão, à prestação dos primeiros cuidados e ao encaminhamento de pacientes que tentaram suicídio.

SUICÍDIO, BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

Como já demonstrado, o fenômeno do suicídio e os cuidados e a prevenção relacionados a ele não se constituem exclusivamente como um problema de saúde pública, mas, claramente também, como um problema bioético, considerando sua condição estigmatizada e estigmatizante, seus diversos conflitos e impasses morais, éticos e ontológicos, que envolvem populações, pacientes e profissionais (Lima, 2024). No entanto, tem sido comum que a bioética se dirija ao fenômeno do suicídio no âmbito das discussões sobre eutanásia, em que o suicídio assistido se constitui como um procedimento institucional que busca garantir o direito a morrer, respeitando a autonomia do paciente em determinar o momento de realizá-lo, mas levantando também preocupações relacionadas, por exemplo, à mercantilização do procedimento (Campbell, 2019; Picón-Jaimes *et al.*, 2022; Della Croce, 2023). Há, contudo, as reflexões éticas a respeito do direito de morrer independentemente de haver ou não doença física ou mental. Alguns autores vão advogar o suicídio como um ato de autonomia ao defendê-lo como um pilar do direito de morrer (Cabrera, 2011; Dadalto; Santos; Pereira, 2020).

Essa concepção que tende a reduzir o suicídio a um ato individual, isolado para relativizar ou descentralizar a patologização do ato, concebendo-a como parte de uma escolha ou decisão particular, ao mesmo tempo que evidencia a compreensão filosófica da vida como um direito e não como um dever, corre o risco de negligenciar aspectos contextuais da maior importância, como as condições mínimas de dignidade, sobretudo em realidades socioeconômicas e culturais de exclusão e vulnerabilidade, em que essas condições são constantemente violadas e nas quais os estudos estatísticos demonstram que estão as maiores taxas populacionais de suicídio.

O suicídio, em sentido mais amplo, tal como abordamos neste estudo, diferencia-se conceitual, ética e epistemologicamente dos fenômenos supracitados, sobretudo pelo distanciamento de uma morte institucionalizada e/ou vinculada a alguma doença orgânica, e, além disso, por uma compreensão das distinções entre as racionalidades que o motivam. A questão da organização dos serviços públicos e da qualidade da atenção aos tentantes, seja para a continuidade da atenção, seja para atuação na prevenção, precisa, portanto, tornar-se um objeto mais frequente de análise bioética, buscando intervir nos processos formativos profissionais com vistas à qualificação do cuidado.

Apesar da escassa literatura especializada que trabalha essa perspectiva, os poucos artigos internacionais que encontramos com essa abordagem parecem compartilhar determinadas preocupações. Na revisão de escopo realizada por Saigle e Racine

(2018), foram apontadas três categorias de desafios éticos aos profissionais de saúde no atendimento dos tentantes e de seus familiares: as tomadas de decisão em relação à assistência imediata, o desenvolvimento de vínculo terapêutico em condições crônicas e os fatores organizacionais dos serviços que impactam o atendimento. Dentro delas se destacam as incertezas em relação à resolução de problemas éticos envolvidos nos processos de cuidado e a influência negativa do estigma associado ao suicídio, revelando barreiras pessoais, educacionais e institucionais que comprometem o atendimento adequado.

Hogan e Grumet (2016) destacam a ocorrência de muitas mortes por suicídio entre pessoas que receberam recentemente atendimentos de saúde, o que demonstra, em alguma medida, falhas nesse atendimento e ausência de priorização da prevenção desse fenômeno, o que demandaria a implantação de novas estratégias, formas de manejo e tratamento e programas especiais em saúde mental visando à redução das mortes. Montreuil *et al.* (2021) aplicaram um questionário a 477 profissionais de saúde do Quebec sobre seus principais problemas cotidianos no atendimento aos tentantes e constataram uma ênfase na falta de tempo, no limite de recursos e na ausência de suporte profissional; além disso, a maioria reconheceu a deficiência de treinamento e educação ética para lidar com pacientes suicidas. É interessante notar que essas queixas vêm de profissionais que atuam em um sistema público de saúde classificado entre os cinco melhores do mundo (The Commonwealth Fund, 2021).

De acordo com Arnon, Shahr e Klomek (2024), a estratégia principal para a prevenção do suicídio em tentantes é o que eles chamam de “continuidade do cuidado” (*continuity of care* – CoC). Essa estratégia depende sobretudo de que essa continuidade alcance desde os níveis primários de atenção até os terciários, o que deve ocorrer por meio de uma formação profissional especial para todos os profissionais: responsáveis pelo primeiro atendimento na atenção primária, unidades de emergência e unidades de terapia intensiva. Além disso, devem-se estabelecer os protocolos de acompanhamento para os tentantes após os encaminhamentos. É imprescindível ainda a existência de diretrizes nacionais e institucionais para a formação profissional e a regulação do cuidado prestado ao paciente e à família dele.

No Brasil, a recente revisão sistemática realizada por Lima e Nascimento (2023), que incluía artigos, capítulos de livros, teses e dissertações, encontrou 20 publicações entre 2000 e 2021 sobre suicídio e bioética. Os resultados obtidos puderam ser divididos em três categorias temáticas: reflexões gerais sobre a estigmatização do comportamento suicida e suas repercussões na saúde; dilemas morais sobre o suicídio e princípios bioéticos; e análise ético-política do fenômeno do suicídio. Na primeira categoria, os estudos encontrados apontam para o imperativo da desestigmatização em função dos impactos danosos à assistência; na segunda categoria, os problemas éticos são

aprofundados por meio de questionamentos filosóficos acerca do suicídio, cujas soluções são alçadas por meio da problematização de princípios bioéticos, sobretudo o respeito à autonomia. Na terceira e última categoria, na qual os estudos são mais escassos, estão aqueles que abordam a complexidade do tema, dando ênfase aos contextos socioeconômicos e culturais, à interseccionalidade e à geopolítica do suicídio.

Parece claro que o conhecimento das moralidades correntes entre os profissionais da saúde na realidade brasileira sobre as tentativas e a efetivação dos suicídios é incontornável para qualquer atuação que busque alterar a gravidade da situação na qual se encontra o atendimento a esses pacientes, seja por meio de intervenções de formação, capacitação e educação continuada dos profissionais, seja por meio do desenvolvimento de políticas, programas, protocolos e outras normativas que busquem qualificar a atenção e prevenir novos casos.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo baseado em análise de discurso envolvendo profissionais de saúde encarregados pelo primeiro atendimento após uma tentativa de suicídio que atuam em três serviços de emergência de grandes unidades hospitalares públicas da cidade de Salvador, na Bahia. A escolha por essas instituições se deu pela relevância e magnitude delas, uma vez que são referências no Sistema Único de Saúde (SUS) do estado da Bahia.

Os participantes do estudo foram oito enfermeiros (seis mulheres e dois homens), seis médicos (todos homens) e cinco técnicos de enfermagem (quatro mulheres e um homem), perfazendo um total de 19, número definido pelo processo de saturação próprio ao método de análise escolhido. Na codificação dos participantes, utilizou-se a abreviatura da categoria profissional: ENF para enfermeiros, TEC para técnicos de enfermagem e MED para médicos. No que concerne ao gênero, adotaram-se as letras O para masculino e A para feminino – seguidas da enumeração por ordem de entrevista realizada 1, 2... N. Por exemplo: ENFA1, TECO5, MEDO4.

A coleta de dados se deu por entrevistas semiestruturadas, realizadas nos locais de trabalho dos profissionais, tendo sido posteriormente transcritas e analisadas pelo método hermenêutico-dialético de Minayo (2014).

Quatro categorias analíticas foram definidas com base no referencial teórico, nos objetivos do estudo e nos achados empíricos: 1. “Compreensão das motivações e causas”; 2. “Arqueologia do estigma ao suicídio: o tripé histórico e outras percepções”; 3. “Efeitos das percepções morais nas práticas de cuidado e na interação com os pacientes”; 4. “Processos de acolhimento e procedimentos na internação do paciente com tentativa de suicídio na unidade de urgência e emergência”.

O presente estudo seguiu todas as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do CNS e foi aprovado pelo CEP da instituição proponente e pelos coparticipantes: CAEE nº 69503117.0.0000.0030 e nº 69503117.0.3001.0052.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreensão das motivações e causas

Os discursos demonstraram que a percepção hegemônica patologizante que trata a pessoa que cometeu suicídio ou o tentante como portador de algum transtorno mental se destacou em todas as categorias profissionais:

Muitas vezes a pessoa tem já um transtorno, né?! Trazido por família, ocasionado pela vida social, ou às vezes também já é genético, né?! (ENFO4).

Quadros [...] relacionados a baixos níveis de serotonina, basicamente depressão (TECO4).

Pra chegar ao ponto de uma pessoa tentar suicídio, eu acredito que ela deve ter algum distúrbio psicológico, algum distúrbio psiquiátrico [...]. Não entra na minha cabeça que uma pessoa sem nenhum tipo de predisposição a ter um distúrbio chegue a ponto de tentar o suicídio (MEDO2).

Os profissionais, ao mesmo tempo que nomearam as experiências de sofrimento como “depressão”, responderam com um repertório ampliado às motivações, como se vê na fala de ENFO4, que, apesar de reforçar o papel dos transtornos mentais e até possíveis causas genéticas, também compreende a “vida social” como causa. Dificuldades financeiras, desemprego, conflitos familiares, desilusões amorosas e traumas diversos também aparecem em alguns discursos, corroborando a compreensão mais ampla de fatores de risco, tal como assinalado pela World Health Organization (2014).

Eu acho que é uma dor que a pessoa tem que é muito grande. Algo que ela não consegue resolver e que ou ela pede ajuda e não consegue essa ajuda. [...] Eu acho que é uma dificuldade de comunicação (TECA1).

A crise financeira é um forte fator. Às vezes a pessoa se encontra numa situação difícil, não consegue fechar a conta, não consegue pagar o colégio do filho [...] relacionamentos amorosos... (ENFA3).

Desespero por algum motivo que não se vê mais saída: questão financeira, questão emocional ou relacionamentos... Então, eu colocaria as causas psíquicas ou psiquiátricas e as causas sociais como dois motivos fundamentais (MEDO4).

Desde essa perspectiva, o suicídio é interpretado como uma possível “saída” diante de um estado de intenso sofrimento psíquico, provocado pelas condições conjunturais, tal como assinalado nos estudos de Carvalho (2014) e Navasconi (2019).

Esses dados, comumente invisibilizados na suicidologia, já foram interpretados do ponto de vista bioético como uma hierarquização do valor da vida entre indivíduos de uma mesma população, em que algumas vidas se tornam mais propensas a formas de mortalidade politicamente provocadas. A própria incidência maior de suicídio entre pessoas negras é um exemplo disso (Lima; Nascimento, 2023). Sob a óptica defendida por esses autores, o suicídio pode ser considerado como mais um projeto de morte que não espelha apenas biografias individuais, mas também condicionantes e determinantes sociais da saúde, além de projetos estruturais de desvitalização que têm como efeito colateral levar o sujeito a tirar a própria vida.

Tendo em vista que o fenômeno do suicídio se localiza em um campo político de disputa, reconhece-se a necessidade de analisar as subjetividades e os modos de mal-estar no tempo vigente, especialmente no que tange ao enredamento neoliberal. O neoliberalismo ultrapassa a concepção de sistema econômico, configurando-se como um novo modelo mercantil de relações Estado-população-políticas, de processos de sociabilidade, produção de subjetividades, com efeitos evidentes sobre produção de desigualdades, cisões culturais, fragilização do tecido social, desertificação do campo do outro, estratégias de desmantelamento, inclusive do “desesperançar” (Dardot *et al.*, 2021).

Ademais, a internalização de princípios empresariais, como produtividade, rentabilidade, investimento, alta *performance*, otimização das habilidades e competências, defesa da liberdade, autorregulação etc., acontece por meio de um trabalho de *design* psicológico com repercussões em todas as esferas da vida (Safatle, 2020). Dito de outro jeito, a esfera econômica não é desprovida de sentimentos; ao contrário, é saturada e orientada desde essa via (Illouz, 2011), gerando uma manifestação híbrida entre economia e psicologia, um regime de gestão social que dá contorno às novas gramáticas do sofrimento psíquico (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Quando TECAI fala em “dificuldade de comunicação”, ela vai ao encontro da compreensão de que o suicídio é um ato de comunicação sem ouvintes, tal como encontramos nos trabalhos de Moretto *et al.* (2017), Dunker (2015) e Birman (2012). De acordo com esses autores, o ato suicida representa o resultado de uma provável interdição na

manifestação da demanda, de apelo, de uma dimensão simbólica que circunscreve o sujeito sob uma condição de apartamento social e emudecimento, somados ao cenário de desaparecimento de uma comunidade de ouvintes. Enfim, o indivíduo precisa morrer para falar?

Já as motivações para as tentativas de suicídio foram abordadas pelos profissionais, de forma praticamente consensual, por meio de uma interpretação dos atos como estratégia para “chamar a atenção”.

Se essa era a intenção dele, tinha que ter procurado a atitude X/Y que era mais eficaz. E que, no fundo, no fundo, ele não quer fazer aquilo de jeito nenhum, que aquilo é só uma estratégia pra chantagem (MEDO3).

Ele não fez da forma certa. Ele não queria se matar, não, ele queria chamar a atenção (TECA2).

Não queria se matar, tá querendo chamar a atenção, não fez a coisa corretamente. Às vezes até dizem piadinha: “Ah, vou ensinar direito. Da próxima vez eu ensino como faz a coisa certa, pra não chegar nem aqui” (ENFA3).

Esse mito de uma dissimulação teatralizada é bastante explorado em diversos trabalhos, como os de Freitas e Borges (2017) e Wallauer e Maliska (2012), para os quais a dimensão de apelo é compreendida pelos profissionais como manipulação, teatralidade e exibicionismo. Essas percepções ganham ainda maior robustez quando os pacientes têm histórico de múltiplas tentativas de suicídio, o que pode gerar questionamentos desses profissionais acerca da escolha de métodos ineficazes e sugestões acerca de alternativas fatais. Na fala de ENFA3, fica bem clara essa perspectiva, incluindo ainda um sentimento de “raiva”, já apontada no trabalho de Botega (2015) – na perspectiva de 34% de enfermeiros que responderam ao questionário Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ).

É evidente, portanto, a reprodução do mito, ao mesmo tempo que se revela uma desconsideração ou um desconhecimento dos profissionais de dois significativos conjuntos de dados científicos: a ambiguidade entre o desejo de viver e morrer, apontado pelos estudos psicológicos, e a tentativa de suicídio como um dos principais fatores de risco para a realização do ato (World Health Organization, 2014).

Arqueologia do estigma ao suicídio: o tripé histórico e outras percepções

Historicamente, as representações e percepções sobre o suicídio e o indivíduo que tenta ou consuma o ato são quase sempre associadas a noções negativas e de fraqueza, como declaradamente exposto pelos entrevistados.

Eu não aceito bem a tentativa de suicídio. Porque eu acho isso, é um ato de extrema covardia (MEDO2).

Eu acho que uma pessoa que tenta suicídio, a primeira coisa que vem em mente é fraqueza, né?! [...] Fraqueza psicológica, emocional. [...] a outra palavra que vem é futilidade (ENFA7).

Se tá tentando, tem algo errado, né?! A mente é fraca, né? (TECA3).

Nomeações como “fraqueza psicológica”, “fraqueza emocional” e “mente fraca” confirmam a estigmatização do tentante da forma já apontada na literatura (Tavares, 2013; Vidal; Gontijo, 2013; Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes, 2017). A concepção da loucura é atualizada hoje para abarcar muitos dos transtornos mentais, compreendendo desde o estatuto da desrazão até comportamentos indesejados, sendo recorrente em um vocabulário incorporado e automatizado pelos profissionais da saúde, que os expõem como se fossem crenças oriundas da produção do conhecimento sobre suicídio, conforme constatado nas definições dos entrevistados:

A pessoa tem [...] um transtorno, né?! Trazido por família, ocasionado pela vida social, ou às vezes também já é genético, né?! [...] Problemas com esquizofrenia ou depressão (ENFO4).

A gente sabe que isso é doença e que é tratável, né?! [...] Tá comprovado, né?! (MEDO6).

A ausência de indagação do *status* patológico alicerçado nas correntes da psiquiatria biologicista ampara, com vivacidade, a ideia do suicídio como fruto de um desequilíbrio mental. Trabalhos como o de Lima e Nascimento (2020) apontam para os efeitos danosos dessa interpretação e para a necessidade de dilatação argumentativa que possam ampliar as ferramentas de enfrentamento e, conseqüentemente, os modos de cuidado destinado às pessoas em extremo sofrimento psíquico.

O segundo eixo estigmatizante, o pecado, foi conjecturado nas falas com significativa influência religiosa:

Você cresce sabendo que você não pode atentar contra a sua própria vida. A própria religião evangélica diz que o suicida não tem perdão. [...] Então acho que a gente traz esses valores morais e a gente acaba condenando... (ENFA2).

Entre os muitos princípios regidos pela religião, estão a orientação às escolhas morais e a formação de sentidos para a vida e a morte. Esses dois aspectos se enlaçam na temática do suicídio. Primeiramente, na percepção do fenômeno:

Na verdade, eu creio assim, ninguém nasceu para morrer. O plano de Deus inicial não foi esse. [...] Pra mim sempre é um choque. [...] A proposta de Jesus é tentar viver. Vamos viver?! (TECA1).

A gente tende a cuidar e dizer: tira isso da cabeça. Seus dias têm a dimensão dada por Deus e você não pode intervir sobre isso (TECA5).

O suicídio compreendido como “falta de Deus”, aqui manifestado pelos profissionais, vai ao encontro dos resultados encontrados por Botega (2015). A orientação e as crenças religiosas refletem-se diretamente nos modos de intervenção em saúde desses pacientes. Alguém já em sofrimento psíquico é interpelado em sua fé e em sua religiosidade, constituindo-se, também, como violência simbólica.

O terceiro e último núcleo do estigma do suicídio, o crime, foi contemplado nas falas em que os participantes subjugaram e/ou compararam o atendimento aos tentantes ao atendimento aos “criminosos” por meio da aproximação do sentimento de injustiça e revolta, manifesto em ambos os casos.

É outra coisa assim, bandido baleado. [...] Toda equipe atende, vai pra cirurgia de pronto. Mas é uma coisa que revolta. Porque, assim, você tá com um monte de velhinho, um pré-diabético precisando de amputação ou de debridamento pra não perder o membro, um monte de jovem com tumor cerebral. Você tem uma série de situações. [...] E aí chegam seis bandidos. Deus me perdoe, mas a gente dá graças a Deus quando chega todo mundo morto, porque quando chega vivo, tira o recurso de alguém. Você tá entendendo? [...] É mais ou menos essa lógica. [...] Eu tô falando de um sentimento e é um sentimento da equipe. [...] Todo mundo tem esse sentimento de muita injustiça. E o suicídio acaba entrando um pouco nessa (ENFA7).

Aqui se evidenciam a perspectiva punitiva e uma perspectiva moral que estabelece graduações à dignidade humana. “A gente dá graças a Deus quando chega todo mundo morto” equivale a uma pena de execução ordenada por Deus. Trata-se de dados que corroboram a genealogia do poder sobre a vida, tal como analisada no estudo genealógico de Foucault (1982), bem como nos estudos de Guillon e Le Bonniec (1984), Barbagli (2019) e Lima (2020).

O indivíduo que tenta ou realiza o suicídio parece destituir do Estado, do hospital e dos profissionais de saúde o agenciamento da vida, confrontando o poder e saber dessas instituições. Essa ideia baliza a segunda paridade “criminal” estabelecida por alguns entrevistados, principalmente no que tange à reatividade aos atos: assim como as mulheres que sofrem ou realizam aborto, os tentantes são alvos de julgamento moral, ojeriza, discriminação, punição, entre outras violências simbólicas no ambiente assistencial.

Para além do tripé do estigma do suicídio, cabe ainda destacar percepções outras que demarcam a questão da interseccionalidade: os entrevistados delinearam distinções entre os perfis dos pacientes com tentativa de suicídio e os supostos motivos correspondentes: dilemas oriundos das relações amorosas foram vinculados às mulheres; entre os homens e idosos, a tentativa de interromper a vida foi circunscrita às dificuldades financeiras e/ou ao desemprego; entre a população jovem, os entrevistados demarcaram as situações de embarço com a orientação sexual (dissidente), envoltas por opressão, preconceito e não aceitação social, especialmente no meio intrafamiliar. Que compreensão assimilada é essa e como isso influencia os modos de assistência e cuidado?

Eu acho que a maioria das mulheres que tentam suicídio querem chamar a atenção. Não têm mesmo o objetivo de morrer. [...] Tanto que, por exemplo, os casos que chegam de homem são poucos, mas os que chegam, chegam em óbito. Ou vão logo a óbito. [...] Esses casos passionais eu não tenho tolerância (ENFA07).

A literatura aponta uma maior ocorrência de suicídio entre os homens e de tentativas entre as mulheres, compondo o paradoxo de gênero do comportamento suicida (Baére; Zanello, 2022). Os homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que as mulheres. As tentativas são, aproximadamente, inversamente proporcionais no Brasil e no mundo (Brasil, 2021). Ademais, a população LGBTQIAPN+ tem maior probabilidade de tentar suicídio na juventude, quando comparada às pessoas heterossexuais e cisgêneros (Hail-Jares *et al.*, 2023). Nesses grupos, a transição para a idade adulta representa um período sensível da vida, somado às violências LGBTfóbicas frequentes nos ambientes familiares e sociais (Brasil, 2024). Ainda que sombreado por

interpretações, o debate interseccional parece silenciado nos processos de formação, comprometendo a atuação dos profissionais de saúde em sua interação com os pacientes tentantes.

Efeitos das percepções morais nas práticas de cuidado e na interação com os pacientes

As percepções morais dos profissionais de saúde circunscritas na categoria anterior são identificadas como determinantes nas condutas práticas diante de pacientes tentantes. Levando em consideração as construções negativas associadas ao ato, os profissionais demonstram propensão a expressar o descontentamento do atendimento, particularmente por meio do desprezo e comedimento ao nível mínimo do cuidado.

O funcionário se vê explorado. [...] Ah, podia estar tratando de alguém que realmente precisa, de alguém que realmente não escolheu estar nessa situação, né?! [...] O cuidado, ele é diferenciado. Com certeza ele é diferenciado. Com certeza absoluta, é diferenciado (ENFA2).

A percepção que eu tenho de paciente do suicídio, que me vem à cabeça, primeiramente é isto: não deveria estar aqui, entendeu?! [...] Eu acho que é a coisa que mais me deixa irritada na emergência. [...] Eu acho um absurdo a gente fazer atendimento à tentativa de suicídio! (ENFA7).

A ética e o saber dos profissionais da saúde são fortemente circunscritos pela regência e pelo imperativo da vida, especialmente na emergência hospitalar. Nossos resultados corroboram a compreensão de autores como Kovács (2013) e Carvalho (2014) de que o ato suicida subverte não apenas o *ethos* das instituições de saúde, mas também confronta a própria função do exercício profissional em seu saber e fazer. A tentativa de suicídio parece carregar uma carga ou grau de “escolha” no *status* da internação hospitalar, de modo a desencadear uma extinção do sentimento de empatia da equipe, de credibilidade e legitimidade, e, conseqüentemente, a ausência de um atendimento apropriado ao sujeito em sofrimento psíquico.

Os eventos citados denunciam o impacto da moralidade nos modos de cuidado – identificado em pesquisas como as de Vidal e Gontijo (2013) e do Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes (2017). A primeira pesquisa, baseada em entrevistas com pacientes tentantes, denunciou, entre outras coisas, tratamentos hostis e desumanos por parte da equipe de saúde, especialmente nos casos em que não havia risco de morte.

O Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes (2017), por sua vez, realizou entrevistas com profissionais da saúde, tentantes e familiares de tentantes. Detectou-se a violação dos direitos: de não ser discriminado, não ser submetido à tratamento degradante, à saúde, à informação, à vida, à privacidade e à liberdade. Abalizaram-se discursos acusatórios, julgamentos morais e religiosos, priorização dos atendimentos às pessoas que “querem viver”, incitação ao suicídio, provocação ou agudização de dor como forma de punição à tentativa de suicídio etc. A razão fundante da internação autorizou os profissionais a demorar ou negar atendimento. Houve fissuras no sigilo; provisão de informação inadequada, especialmente no que tange ao registro no prontuário, com redução das possibilidades de acesso às alternativas terapêuticas e, conseqüentemente, modos de potencialização da vida e do viver. Observou-se ainda o impedimento de visita e comunicação com o meio externo, bem como contenções físicas e químicas durante internações – um cenário de negligência e reprodução da violência, com possíveis efeitos de agravamento dos quadros de sofrimento dos pacientes tentantes.

Outra operacionalização da discriminação detectada nos discursos diz respeito às sanções. Os profissionais relataram exemplos cujo protagonismo se aproxima da função de juiz ou justiceiro, possível vestígio do suicídio vinculado ao crime e, portanto, digno de castigo: “Você não quer morrer? Eu vou mostrar que, já que você resolveu viver, já que não teve jeito, então, não vai ser fácil pra você não. Pra você sofrer um pouquinho” (TECA1).

A punição compulsória foi também narrada por uma enfermeira em relação à postura de um colega.

Eu já recebi um paciente, por exemplo, que tentou suicídio por asfixia, enforcamento e foi entubado e eu via que tinha... O tubo do paciente não tava bem posicionado. Ele tava... “Ah, deixa ele, ele não quer morrer?” (ENFA8).

O signo de condenação atravessa distintas formas de discriminação durante o curso da internação, ora se apresentando pela via da agressividade, ora pelo discurso religioso ou pedagógico empregado com a finalidade de que esses pacientes aprendam com a experiência e não tentem se matar novamente. Ele pode surgir também como discurso munido de ânimo e incentivo, acalentador mais para o enunciador que para o destinatário, reduzindo e simplificando a complexidade do sofrimento, sem qualquer chance de ressonância positiva para quem escuta.

Por que você está querendo se suicidar? Olhe que céu bonito, que dia lindo! A gente tenta motivar ela a enxergar a vida dela. [...] Cadê seu

filho, sua filha? Você se lembra de quando você engravidou, que era a coisa mais linda? Ele olhando pra você, você olhando pra ele? O momento da amamentação, o momento do carinho, de chamar de mamãe (ENFO1).

Os nossos resultados confirmam a perspectivas de estudos como o de Marquetti (2011), demonstrando como a dinâmica dos serviços está impregnada por uma moralidade estigmatizante, de modo que a questão é, na prática, ignorada e esses pacientes são, em sua própria inclusão, excluídos. Essa exclusão se desdobra em problemas diversos: preenchimento incompleto nas fichas de notificação, especialmente via invisibilidade das interseccionalidades de raça, gênero e orientação sexual; condenações morais; violências institucionais; violação dos direitos humanos dos pacientes; medicalização do ato; fragilidade dos modos de cuidado e das políticas de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio (Lima, 2024).

Alguns profissionais, entretanto, pareceram também compreender essa dimensão de negligência frequente no cuidado a esses pacientes, mas, tanto em nosso estudo como na literatura em geral, eles têm representado uma minoria. Um exemplo foi o da última enfermeira entrevistada.

Não sei o que acontece, as pessoas negligenciam esse respeito que tem que se ter. E é um paciente que requer muito cuidado. Porque, se você não tem respeito, cuidado principalmente, ele vai voltar e talvez ele volte sem condições de a gente conseguir salvá-lo (ENFA8).

Por fim, outros trabalhos empíricos e de revisão de literatura apontam para a correlação entre o estigma do suicídio e as violações, o estresse e o sofrimento causados aos tentantes (Silva; Sougey; Silva, 2015). Em outras palavras, o estigma é um fenômeno que fere a autonomia, a proteção à pessoa, a adesão ao tratamento, o cuidado, podendo culminar em outras comorbidades, dificuldade em novas buscas de ajuda, intensificando o risco de novas tentativas. Dito isso, demarca-se a urgência de proposições formativas aos profissionais de saúde que ultrapassem a perspectiva cognitivo-procedimental, utilizando estratégias sensibilizadoras, de mobilização emocional associada ao acesso a novas informações e abordagens.

Processos de acolhimento e procedimentos na internação do paciente com tentativa de suicídio na unidade de urgência e emergência

O imperativo de salvar vidas regula com tamanha intensidade o trabalho na emergência em que os entrevistados operam a supressão de outras dimensões, designadamente a psíquica.

A função toda da emergência é pra disponibilizar o recurso clínico, recurso assistencial. Médico atender, enfermagem medicar, a vaga de UTI, a lavagem, a cirurgia, se for o caso, o recurso. Então, o foco nosso é no recurso, o recurso clínico para aquele paciente, entendeu?! (ENFA7).

A literatura respalda o foco e conhecimento no recurso clínico em detrimento de uma assistência globalizada. Rocha, Araújo Filho e Ávila (2020) analisaram as falas de alunos do primeiro ano de Medicina, estagiários e formados, com a finalidade de compreender o manejo e a interação profissional com os pacientes tentantes. Entre os resultados encontrados, detectou-se a boa instrução no que diz respeito à administração de urgência e emergência, ao passo que foi identificado desconhecimento parcial e/ou integral em relação à notificação compulsória. A inconsistência diante da temática, segundo os médicos entrevistados, reflete o despreparo durante a graduação.

Por mais que a regra seja o trabalho focado em retirar o paciente do risco iminente de morte, alguns profissionais identificam a necessidade de pensar em uma práxis mais integrada, que dê conta do suporte ao paciente.

Eu acho que a gente tem ainda muita dificuldade de lidar no pós. Eu acho que a gente focou muito no aspecto meramente, digamos, médico da coisa assim, entubar, da intoxicação, dar o suporte de vida, essa coisa toda, mas depois a gente tem ainda uma dificuldade pra lidar com o indivíduo (MEDO3).

A tendência de a objetivação da clínica moderna seguir os moldes epistêmicos das ciências da natureza e o processo de hiperespecialização das ciências da saúde provocaram uma dissociação cartesiana das dimensões corporais e psíquicas na compreensão do fenômeno e na atuação profissional, fragmentando o saber do clínico e fazendo-o desconhecer tudo aquilo que não tenha uma representação objetiva exigida por sua disciplina científica (Lorenzo, 2006).

Todas as três unidades de emergência envolvidas na pesquisa possuíam serviços hospitalares de psiquiatria e de psicologia, os quais foram reconhecidos nos discursos, especificamente dos médicos, como oferecendo atuações importantes para a

internação dos tentantes após o atendimento na emergência. As demais categorias profissionais participantes não se alinham com eles. Alguns demonstraram um total desconhecimento sobre essas equipes e a viabilidade de solicitar interconsultas. Esses achados também podem apontar para uma possível baixa divulgação pelos hospitais desses serviços.

Alguns participantes sublinharam a indispensabilidade da vigília, em especial pelo risco de uma nova tentativa de suicídio: “Um paciente desse não pode ficar, nem um segundo, na minha opinião, sozinho” (MEDO2).

Outros destacam a necessidade de proteção à equipe e a outros pacientes, amparados no mito estigmatizante do tentante-transtornado-perigoso.

Ele pode chegar aqui, a gente estar atendendo qualquer outro paciente, ver uma seringa, pegar e tentar agredir um profissional nosso. Às vezes por um surto que ele está no momento. [...] A gente deixa ele isolado de uma certa forma (ENFO1).

Um procedimento suplementar descrito pelos entrevistados corresponde à convocação da família e à aliança com ela. A busca pelo apoio, bem como a demanda de cuidado durante e após a internação, representa uma intervenção idealizada. A família, se firmada com vínculos saudáveis, apresenta-se como fator de proteção do suicídio.

Geralmente esse é um paciente que a gente não dá alta sem ter a família envolvida nesse processo. [...] Sair acompanhado, chamar a atenção do risco aumentado de novas tentativas, né?! E também, de certo modo, oferecer um apoio ao paciente, né?! (MEDO3).

No que tange aos encaminhamentos aos serviços especializados em saúde mental pós-internação, alguns profissionais reiteraram a relevância e o cuidado com esse procedimento, outros sinalizaram partilhar informações de serviços, enquanto outros indicaram que o atendimento emergencial é pontual, sem compromisso, trabalho de rede ou atenção com as etapas posteriores: “Pronto, fiz o antídoto, tirei o paciente do risco iminente naquele momento, e essa parte desse acompanhamento posterior, que ele vai fazer depois, não é mais comigo” (ENFA2).

A falta de consenso na prática se aproxima de resultados de estudos que apontam uma tendência de não encaminhamento para os serviços especializados, oportunidades perdidas para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento (Vidal; Gontijo, 2013; Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes, 2017). Apresentam-se, portanto, como demanda, proposições relacionadas às políticas públicas e/ou aos

programas para a organização de redes de atenção e diretrizes institucionais de acolhimento, tratamento e encaminhamento.

Depois da análise do cenário e das moralidades correntes nas narrativas dos profissionais de saúde, pode-se afirmar que a bioética se enquadra em pelo menos duas de suas dimensões: clínica, com seus conflitos e dilemas éticos estabelecidos nas ações e condutas condenatórias que comprometem o cuidado destinado às pessoas em sofrimento; e social, a partir dos elementos sociopolíticos que roubam os sentidos e a dignidade da existência, sobretudo por via da desesperança que acomete com força as populações vulnerabilizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos profissionais de saúde acerca das razões e motivações do suicídio aponta para um paradoxo discursivo registrado pela literatura. Os entrevistados reconhecem a existência de múltiplos fatores envolvidos, mas são categóricos quanto ao fundamento psicopatológico. As representações do fenômeno são amplamente associadas a princípios nocivos, desde a tentativa como manipulação, fruto de uma tentativa radical de “chamar a atenção”, até o retrato atualizado do histórico estigmatizante que vincula o ato a transtorno mental, pecado e crime. Por carregar intencionalidade e algum grau de escolha, os tentantes são enquadrados pela equipe como pacientes malquistos, sob suspeição e sem o acolhimento adequado. Por afirmarem o agenciamento da vida, os tentantes deslocam e confrontam o poder e saber das instituições e profissionais, de modo a desencadear a sensação de desapropriação ocupacional, continência do cuidado ao nível mínimo, omissão, mensagens pedagógicas ou de incentivo, ações de desprezo, exclusão, provocação, punição etc.

Dois quesitos são circunscritos por desencontros discursivos: a tessitura de trabalho com os psiquiatras e psicólogos durante a internação, bem como os encaminhamentos aos serviços especializados. Profissionais, equipes e serviços especializados existem em todos os hospitais da pesquisa, mas o aceno e/ou a troca com esses agentes não se apresentaram de modo orgânico: o recurso existe e é utilizado por uns, menosprezados por alguns e desconhecido por outros. Quanto aos encaminhamentos, alguns profissionais incorporam ao seu trabalho a responsabilidade ou sinalização dessa estratégia, enquanto alguns indicam abrir mão do procedimento por entenderem que o atendimento na emergência é pontual e sem compromisso com as fases posteriores. Os resultados apontam para uma discussão que não é apenas cognitiva, mas também abalizam questões culturais, morais, religiosas etc.

A análise bioética – realizada no presente trabalho – das moralidades correntes capturadas nas narrativas dos profissionais de saúde responsáveis pelo primeiro atendimento após uma tentativa de suicídio aponta para um espectro de reflexões e

proposições de ação em suas duas dimensões: na bioética clínica, a partir dos desvios éticos refletidos nas condutas reducionistas, condenatórias, negligentes e sem fundamentação; na bioética social, nos elementos sociopolíticos que sequestram sentidos da existência, causando frustrações quanto à eficiência e produtividade, assim como desesperança, sobretudo nos indivíduos e grupos vulnerabilizados.

A resignação e os tabus perante o tema e seus dilemas, que manifestam a moralidade como orientadora das condutas, apontam para a necessidade de aprofundamento na interface do suicídio com a bioética e a saúde pública brasileira. A bioética como área de saber tem pouco comprometimento e aprofundamento com a temática do suicídio e precisa começar a dar uma atenção mais especial ao fenômeno, que se encontra velado pelo tradicional tema da eutanásia. Especialmente as correntes que se propõem a servir a uma realidade latino-americana precisam dilatar o conceito e princípio da autonomia, dar visibilidade às interseccionalidades, às desigualdades, aos processos de medicalização, às inconsistências das políticas públicas, assim como aos projetos de morte que determinam os modos de viver, morrer e matar-se. Caso contrário, a bioética pode se tornar mais uma fonte de reprodução de violências e violações.

Os estigmas presentes nos discursos dos profissionais refletem uma colonização das subjetividades dos profissionais pelo trinômio pecado-crime-loucura e apontam para a necessidade de que os processos formativos elaborados para alterar as condutas não se centrem apenas em pedagogias cognitivas de apresentação de direitos e protocolos de ação, mas sejam capazes de fornecer uma formação mais ampla, que envolvam processos emocionais compreensivistas e resgatem as humanidades, seja para os cursos de graduação e pós-graduação, seja para os programas de educação continuada e capacitação.

A presente pesquisa teve como limitações o fato de ter sido realizada exclusivamente em serviços de emergência hospitalares e, portanto, em nível secundário de atenção, sem envolver profissionais da atenção primária ou dos níveis terciários, como UTI. No mesmo sentido, por ter sido realizada em apenas uma capital, pode não refletir, necessariamente, a realidade da formação profissional e o funcionamento da rede de atenção em outras cidades. Entretanto, o fato de tratarmos de processos de subjetivação moral de profissionais, influenciados por uma tradição histórica de abordagem do fenômeno a partir da tríade pecado-crime-loucura, em diversos estudos teóricos e empíricos, e em um país que apresenta incidência crescente do fenômeno, parece razoável supor que os resultados de estudos mais amplos seriam semelhantes. Além disso, como vimos, as deficiências da formação de profissionais de saúde para um atendimento integral aos tentantes são apontadas mesmo em estudos internacionais que envolvem sistemas de saúde que estão entre os melhores do mundo.

Pela constatação de que o suicídio se estabelece entre os processos de subjetivação e as conjunções sociopolíticas concedidas ao sujeito em sofrimento, o contributo deste trabalho refere-se à necessidade de desconstrução de saberes e práticas hegemônicos, levando a atuações mais eticamente comprometidas que superem: 1. a lógica da saúde biologicista; 2. um consumo acrítico do discurso da medicalização, que tende a invisibilizar e silenciar narrativas e sujeitos; 3. a adoção de posturas salvacionistas, morais, tutelares, vigilantes ou com soluções universais, que tendem a reproduzir violências e minimizar o cuidado.

Por fim, a relevância de entrevistar profissionais da saúde relaciona-se à constatação do tabu e das bases morais e religiosas que alicerçam as práticas em saúde. A validação do suicídio como um grave problema de saúde pública aponta para a necessidade de processos de sensibilização, capacitação e treinamento dos profissionais, de modo a ampliar e humanizar os seus repertórios e as intervenções clínicas, que contemplem, igualmente, a politização do ato.

REFERÊNCIAS

- ARNON, S.; SHAHAR, G.; KLOMEK, A. Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Frontiers in Public Health*, [s. l.], v. 8, n. 11, p. 1266717, 2024.
- BAÉRE, F.; ZANELLO, V. Sexualidade e os dispositivos de gênero no comportamento suicida. In: LIMA, L.; NAVASCONI, P. V. P. (org.). *(Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos*. Salvador: EDUFBA, 2022. p. 173-202.
- BARBAGLI, M. *O suicídio no Ocidente e no Oriente*. Tradução Federico Carotti. Petrópolis: Vozes, 2019.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologia*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 6-8, 2002.
- BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTECA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [s. l.], v. 32, p. 87-95, out. 2010.
- BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- BLOSS, T. Suicídio, política e sociedade: elementos para uma suicidologia crítica. In: LIMA, L.; NAVASCONI, P. V. P. (org.). *[Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos*. Salvador: EDUFBA, 2022. p. 67-93.
- BOTECA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, [s. l.], v. 52, 2021.

- BRASIL. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, [s. l.], v. 55, 2024.
- BROWN, W. *Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente*. Tradução Mario A. Marino e Eduardo Altheman C. Santos. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.
- CABRERA, J. *A ética e suas negações: não nascer, suicídio e pequenos assassinatos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2011.
- CAMPBELL, C. Mortal responsibilities: bioethics and medical-assisted dying. *Yale Journal of Biology and Medicine*, [s. l.], v. 92, n. 4, p. 733-739, Dec. 2019.
- CARVALHO, S. *A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.
- DADALTO, L.; SANTOS, S. C.; PEREIRA, J. C. Suicídio racional: uma nova perspectiva acerca do direito de morrer. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, [s. l.], v. 17, n. 34, p. 1-12, jul./dez. 2020.
- DARDOT, P.; GUÉGUEN, H.; LAVAL, C.; SAUVÊTRE, P. *A escolha da guerra civil: uma outra história do neoliberalismo*. Tradução Márcia Pereira Cunha. São Paulo: Elefante, 2021.
- DELLA CROCE, Y. Against commercial-assisted suicide. *Bioethics*, [s. l.], v. 37, n. 7, p. 617-623, 2023.
- DUNKER, C. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017.
- GUILLON, C.; LE BONNIEC, Y. *Suicídio: modo de usar*. Tradução Maria Ângela Villas. São Paulo: ENW, 1984.
- HAIL-JARES, K. et al. Self-harm and suicide attempts among incarcerated lesbian, gay and bisexual people in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 57, p. 562-571, 2023.
- HOGAN, M.; GRUMET, J. Suicide prevention: an emerging priority for health care. *Health Affairs*, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 1084-1090, 2016.
- ILLOUZ, E. *O amor nos tempos do capitalismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicologia: Teoria e Prática*, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013.

- LIMA, L. *Deverei velar pelo outro? Suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Belo Horizonte: Dialética, 2020.
- LIMA, L. *Suicídio, bioética e neoliberalismo: entre as éticas da vida e as políticas de morte*. Salvador: EDUFBA, 2024.
- LIMA, L.; NASCIMENTO, W. F. do. Del suicidio: entre éticas de la vida y políticas de muerte. *Reflexiones desde el Brasil. Redbioetica – UNESCO*, [s. l.], v. 2, p. 91-100, 2020.
- LIMA, L.; NASCIMENTO, W. F. do. Produções bioéticas brasileiras acerca do suicídio: revisão sistemática. *Revista Bioética*, Brasília, v. 31, 2023.
- LORENZO, C. A Modernidade e a agonia da clínica. *Revista Pré-Textos*, [s. l.], v. 7, p. 33-41, 2006.
- MARQUETTI, F. *O suicídio como espetáculo da metrópole: cenas, cenários e espectadores*. São Paulo: FAP, Unifesp, 2011.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTREUIL, M. et al. Everyday ethics of suicide care: survey of mental health care providers perspectives and support needs. *PLoS One*, [s. l.], v. 16, n. 4, p. e0249048, 2021.
- MORETTO, M. L. T. et al. O suicídio e a morte do narrador. *Psicologia USP*, [s. l.], v. 2, n. 28, p. 159-164, 2017.
- NAVASCONI, P. *Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTQI+*. Belo Horizonte: Letramento, 2019.
- OBSERVATÓRIO DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES. *Relatório sobre direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio no Brasil*. Brasília: OBDHP, 2017.
- PICÓN-JAÍMES, Y. et al. Euthanasia and assisted suicide: an in-depth review of relevant historical aspects. *Annals of Medicine and Surgery*, [s. l.], v. 11, n. 75, p. 103380, 2022.
- ROCHA, G.; ARAÚJO FILHO, G.; ÁVILA, L. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 344-355, abr./jun. 2020.
- SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 13-43.
- SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- SAIGLE, V.; RACINE, E. Ethical challenges faced by healthcare professionals who care for suicidal patients: a scoping review. *Monash Bioethics Review*, v. 35, n. 1-4, p. 50-79, 2018.

- SILVA, T. de P.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015.
- TAVARES, M. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP, 2013. p. 45-58.
- THE COMMONWEALTH FUND. Health care system performance rankings. The Commonwealth Fund, 2021. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/202107/PDF_Schneider_Mirror_Mirror_2021_exhibits.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.
- VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 108-114, jul./dez. 2013.
- WALLAUER, A.; MALISKA, M. *Suicídio: um desafio para profissionais de saúde*. Florianópolis: Pandion, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide in the world*. Global health estimates. Geneva: WHO, 2024.

Recebido em: 25/02/2025

Aprovado em: 10/06/2025

CONFLITOS GERADORES DE SOFRIMENTO MORAL VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS ONCOLOGISTAS

MORAL CONFLICTS EXPERIENCED BY ONCOLOGY NURSES AS GENERATORS OF MORAL DISTRESS

Cristiane Maria Amorim Costa

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Docente do Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS/Uerj). Professora associada da Faculdade de Enfermagem da Uerj. Líder do Grupo de Pesquisa em Formação e Atuação em Conflitos Éticos na Saúde (Faces).

E-mail: cmacosta1964@gmail.com

Mariana Vieira Vilar

Mestra em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Enfermeira especialista em Oncologia Clínica. Membro do Grupo de Pesquisa em Formação e Atuação em Conflitos Éticos na Saúde (Faces).

E-mail: marianavieiravilar@gmail.com

Resumo: São poucos os profissionais preparados para lidar com a complexidade de um paciente oncológico, e a assistência a esse paciente demanda uma atuação ética e comprometida dos profissionais de saúde. O enfermeiro oncologista possui responsabilidade ética e legal de fornecer cuidados seguros e de qualidade. Entretanto, existem situações em que o profissional pode enfrentar limitações morais de executar seus conhecimentos técnicos científicos, o que desencadeia o sofrimento moral e gera sintomas emocionais e físicos. Este estudo teve como objetivo analisar os conflitos geradores de sofrimento moral no cotidiano dos enfermeiros oncologistas. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, em que se entrevistaram 20 enfermeiros oncologistas, selecionados a partir da técnica de *snowball*. A análise de conteúdo de Laurence Bardin foi utilizada para avaliar os depoimentos. Foram encontradas três categorias: “A instituição promovendo injustiça”, “Os conflitos morais enfrentados pelo profissional no cotidiano do cuidado” e “As relações no ambiente laboral como fonte de conflito moral”. Os conflitos morais destacam a complexidade do trabalho dos enfermeiros oncologistas que precisam navegar entre as diretrizes e os regulamentos, as necessidades imediatas dos pacientes e os conflitos geradores de sofrimento moral. Reconhecê-los e enfrentá-los é essencial para que os enfermeiros possam prestar cuidados éticos de qualidade e que promovam satisfação, e não sofrimento.

Palavras-chave: Oncologia. Ética. Ética em enfermagem. Angústia psicológica. Esgotamento profissional.

Abstract: Few professionals are prepared to deal with the complexity of an oncology patient and the care of this patient demands ethical and committed performance from health professionals. The oncology nurse has the ethical and legal responsibility to provide quality and safe care to his/her patients, there are situations in which the professional may face ethical limitations in executing his/her scientific technical knowledge. As moral conflicts are inadequately managed, they can trigger moral suffering that can generate emotional and physical symptoms. This study aimed to analyze the moral conflicts in the daily lives of oncology nurses that generate moral suffering. This is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, in which 20 oncology nurses were interviewed, selected from the snowball technique. Laurence Bardin's content analysis was used to analyze the statements. Three categories were found: "The institution promoting injustice", "The moral conflicts faced by the professional in the daily care", and "Relationships in the work environment as a source of moral conflict". Moral conflicts highlight the complexity of the work of oncology nurses, who need to navigate between guidelines and regulations, the immediate needs of patients, and ethical concerns. Recognizing and addressing these dilemmas is essential for nurses to be able to provide quality care while respecting fundamental ethical principles.

Keywords: Oncology. Ethics. Nursing ethics. Psychological distress. Burnout professional.

INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as principais causas de morte. No Brasil, a estimativa mais recente, referente ao triênio 2023-2025, aponta para a ocorrência de aproximadamente 705 mil novos casos da doença (Instituto Nacional do Câncer, 2022, p. 29-30).

A oncologia é frequentemente considerada uma especialidade desafiadora em razão do perfil dos pacientes, que enfrentam uma doença muitas vezes agressiva e de surgimento inesperado. Por essa razão, o trabalho da enfermagem se destaca pela necessidade de uma atenção especial e cuidadosa (Celich *et al.*, 2022, p. 147). São poucos os profissionais preparados para trabalhar com a complexidade de um paciente com doença avançada e em progressão, porque o modelo de atenção à saúde está baseado em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças (Lima *et al.*, 2017, p. 2), o que nem sempre acontece com pacientes oncológicos.

Luz *et al.* (2016, p. 70) evidenciaram em sua pesquisa que o saber do enfermeiro é resultado não só de conhecimentos teóricos e técnicos adquiridos na formação formal, mas também de saberes práticos adquiridos com a experiência e com as relações que estabelece com os pacientes. Ao ingressar em uma unidade oncológica, o enfermeiro possui uma vivência intensa na qual a vinculação com a área se dá pela compreensão de

que o cuidado vai além do biológico. Os autores destacam que é necessário um preparo contínuo para administrar seus sentimentos, desenvolvendo mecanismos de proteção, pois o ambiente hospitalar traz consigo a ideia de sofrimento e a rotina de trabalho da equipe de enfermagem gera momentos de grande vulnerabilidade emocional.

Durante grande parte de sua história, a enfermagem foi considerada uma profissão de sacrifício, dever e servidão, em que a principal responsabilidade era seguir as orientações do médico. Nas últimas décadas, o reconhecimento da responsabilidade e dos desafios envolvidos na prática da enfermagem cresceu, e surgiram os códigos de ética que tornaram os instrumentos éticos e legais, determinaram as obrigações profissionais do enfermeiro e garantiram que cada um tenha competência necessária para o cuidado que presta (Carnevale, 2013, p. 35)

Os enfermeiros possuem capacidade técnica e científica para a realização do seu trabalho, entretanto, por diversas vezes, eles se veem diante de conflitos que vão além da questão técnica – são os chamados conflitos morais: uma situação em que o enfermeiro é confrontado com duas ou mais escolhas e se vê forçado a refletir sobre o tema; esses conflitos envolvem princípios éticos, morais e valores para uma difícil tomada de decisão (Nora, 2021, p. 14). De acordo com Ferraz *et al.* (2022, p. 1), os conflitos morais são considerados em situações nas quais os princípios morais, os valores e os deveres das pessoas concorrem e levam às incertezas sobre a ação a ser tomada, e podem ser percebidos como dilemas ou problemas éticos.

Conviver com o conflito moral pode ser desafiador, pois envolve avaliar e equilibrar diferentes valores e crenças pessoais para tomar uma decisão que possa ser considerada justa, do ponto de vista legal e moral, e correta. Esse tipo de situação é bem comum para os enfermeiros oncoelogistas, uma vez que eles estabelecem relações com os pacientes, seus familiares, seus colegas de trabalho e a equipe multidisciplinar. São relações contínuas com outras pessoas, em um contexto exigente como a oncologia, marcado por situações de fim de vida, cuidados paliativos, decisão sobre tratamento, entre outros geradores de conflitos morais, e no qual é necessário tomar decisões. Nora (2021, p. 14) comenta que os conflitos entre princípios éticos e diretrizes médicas ou protocolos institucionais podem causar sofrimento moral na equipe multiprofissional.

Quando o enfermeiro se sente impedido de agir conforme seus conhecimentos ou aquilo que considera eticamente correto, instala-se o sofrimento moral. É a discordância de uma ação a ser realizada e o seu confronto com a situação, o que resulta na incapacidade de enfrentar com sucesso os obstáculos ou resolver os conflitos (Amorim *et al.*, 2021, p. 141).

O conceito de sofrimento moral foi originalmente proposto por Andrew Jameton (2017), filósofo e professor, que, durante as discussões em sala de aula com alunos de

graduação em Enfermagem, a respeito dos dilemas bioéticos, considerou importante abordar o lado emocional dos problemas morais. Ele introduziu o sofrimento moral como a experiência de saber a coisa certa a fazer, enquanto se está em uma situação em que é quase impossível fazê-lo. Esse sofrimento pode indicar problemas nos ambientes de atuação dos enfermeiros e levar esses profissionais a desenvolver sintomas físicos e psicológicos como consequência (Carnevale, 2013, p. 35). É um fenômeno que não deve ser negligenciado, e, por isso, é importante que os gestores reconheçam que pode afetar seus trabalhadores e não devem hesitar em questionar quais são as fontes desse sofrimento (Schaefer; Zoboli; Vieira, 2018, p. 2).

Apesar de sua relevância, ainda há pouca literatura publicada sobre o tema, e muitos dos trabalhos existentes abordam o sofrimento moral de forma ampla e genérica, sem aprofundar suas manifestações em contextos específicos. No caso da enfermagem oncológica, por exemplo, os estudos são escassos, mesmo diante das complexas situações de cuidado e tomada de decisão, e parte do sofrimento moral está relacionada à deficiência na formação profissional, que frequentemente não prepara adequadamente os enfermeiros para lidar com dilemas éticos e conflitos de valores no cotidiano da prática clínica.

A literatura evidencia que a vivência de conflitos morais e o sofrimento estão fortemente associados à fragilidade da formação ética dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere à preparação para lidar com dilemas morais no cotidiano clínico. O sofrimento moral surge, muitas vezes, não apenas por limitações estruturais ou institucionais, mas também pela ausência de competências éticas sólidas que possibilitem reconhecer e enfrentar situações moralmente complexas. É importante que sejam inseridas na formação acadêmica disciplinas voltadas para o cotidiano profissional, que promovam o debate crítico sobre dilemas reais e desenvolvam a capacidade de tomada de decisão fundamentada em princípios éticos. As universidades têm o papel de não apenas transmitir conteúdos normativos, mas também promover a capacidade de reflexão e discussão dos futuros profissionais.

Identificar quais são os conflitos morais no cotidiano do trabalho vivenciados pelos enfermeiros, de modo a auxiliá-los na prevenção e na construção de estratégias de enfrentamento, favorecerá a saúde desses profissionais e a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O objetivo deste estudo foi analisar os conflitos morais – reconhecidos como potenciais geradores de sofrimento moral – no cotidiano do trabalho dos enfermeiros oncologistas.

Para a análise dos conflitos morais e do sofrimento moral relatado pelos enfermeiros oncologistas, este estudo adota como referencial teórico a abordagem principialista da bioética, proposta por Tom Beauchamp e James Childress. Essa teoria é amplamente

utilizada na área da saúde por oferecer uma estrutura prática e acessível para a tomada de decisões éticas. O princípalismo se fundamenta em quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, valores que orientam o agir profissional diante de dilemas morais. Essa teoria se mostra adequada à análise dos conflitos morais enfrentados na oncologia, pois permite compreender as tensões entre os deveres éticos do profissional, as limitações institucionais e os direitos dos pacientes. Adotou-se essa abordagem teórica por causa de sua aplicabilidade direta ao cotidiano da prática em saúde, contribuindo para interpretar os relatos à luz de uma bioética prática e sensível às situações vividas pelos profissionais.

A pesquisa se justifica em razão de a vivência do sofrimento moral comprometer a saúde do trabalhador e diminuir a qualidade no atendimento ao paciente. O reconhecimento dos conflitos morais no cotidiano pode favorecer a construção coletiva de soluções ou propostas, e da troca de argumentos para a tomada de decisão, impactando positivamente a saúde dos enfermeiros e o cuidado prestado ao usuário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, que realizou 20 entrevistas semiestruturadas com enfermeiros oncologistas. Aplicou-se a técnica *snowball* para selecionar os profissionais enfermeiros. Adotou-se o seguinte critério de inclusão: mínimo de três anos de experiência em oncologia. Excluíram-se os enfermeiros afastados por licença e férias ou que estavam indisponíveis para as entrevistas.

O roteiro da entrevista foi elaborado com base em uma revisão integrativa da literatura, estruturado em dois tópicos. O primeiro abordou a identificação e a atividade socioeconômica dos participantes. O segundo tópico foi constituído de perguntas abertas relacionadas ao tema da pesquisa.

Incluíram-se os enfermeiros que atuavam na oncologia há pelo menos três anos, nas seguintes áreas: ambulatório, quimioterapia, radioterapia, transplante e enfermaria. Excluíram-se os enfermeiros que estavam de licença médica ou férias no período das entrevistas, ou que não puderam ser contatados.

Adotaram-se os critérios da Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ): CAAE nº 55233922.7.000.5260.

A análise de conteúdo de Laurence Bardin identificou 184 unidades de registro, sendo 72 relacionadas aos conflitos morais causadores de sofrimento moral no cotidiano dos enfermeiros oncologistas, que foram organizadas em três categorias.

OS CONFLITOS MORAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Entre os geradores de conflito moral no ambiente de trabalho do enfermeiro oncológico, foram identificadas três categorias: “A instituição promovendo injustiça”, “Os conflitos morais enfrentados pelo profissional no cotidiano do cuidado” e “As relações no ambiente laboral como fonte de conflito moral”.

A instituição promovendo injustiça

Nessa categoria foram mencionados os conflitos morais gerados pela injustiça social, pela precarização do trabalho e pela escassez de recursos materiais e humanos. Destacaram-se as dificuldades impostas por protocolos rígidos e burocracias institucionais, que muitas vezes dificultam o cuidado e geram impactos na qualidade da assistência.

Desde 1990 a Lei Federal nº 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, fundamentado nos princípios: universalização (acesso para todos), equidade (tratamento conforme a necessidade de cada paciente), integralidade (atenção ao indivíduo como um todo) (Brasil, 1990). Complementando, a Lei Federal nº 1.273/2012 estabelece prazo de até 60 dias para o início do tratamento oncológico no SUS, e a Lei Federal nº 13.896/2019 determina 30 dias para a realização de exames após o diagnóstico (Brasil, 2012, 2019).

Apesar da garantia constitucional do direito à saúde, o SUS enfrenta desafios significativos, como a desigualdade no acesso e a necessidade de judicialização para garantir o atendimento. Na prática, as condições financeiras favorecem melhores tratamentos, gerando conflito moral para os enfermeiros por conta da injustiça social:

Eu trabalhei em uma clínica que trabalhava com SUS e convênio. Chegava o mesmo paciente, com o mesmo perfil, mesma doença, e um tinha acesso, por exemplo, à imunoterapia, e o outro somente à platina, e a gente sabe que seria melhor o acesso igual. [...] mas quando a gente vê a paciente, principalmente no SUS, que fica esperando dias, meses na fila para um tratamento e não tem acesso ao tratamento (E12).

A demora no atendimento, presente tanto no setor público quanto no privado, é outro fator gerador de conflito moral. No público, os processos são lentos, e, no privado, a espera é vista como inaceitável por causa do custo dos planos de saúde. Ressalta-se que ambos os casos prejudicam o tratamento e a recuperação do paciente oncológico.

Eu trabalhava numa clínica particular, que não era legal a questão de agendamento dos pacientes, era consulta vinculada ao tratamento e, às vezes, o paciente esperava de duas a três horas para fazer a quimioterapia, numa clínica particular, então, aí me incomodava (E11).

As etapas do tratamento oncológico que a gente, muitas das vezes a gente conhece, quais são as etapas que têm que ser feitas, mas por questões organizacionais das instituições, essas etapas acabam demandando muito tempo. São processos morosos, vamos dizer assim. No meio privado o fluxo acontece e é bem menos lento do que na rede pública, né? (E19).

O conflito moral enfrentado pelos enfermeiros surge da desigualdade no acesso à saúde. Embora possam atender às necessidades dos pacientes, muitas vezes são impedidos de oferecer cuidados adequados, seja pela escassez de recursos no SUS ou pelas limitações dos planos de saúde.

No sistema privado, os serviços variam conforme o plano contratado. No público, a falta de recursos intensifica as desigualdades. Essa disparidade de acesso a tecnologias e medicamentos, vinculada ao poder aquisitivo, coloca os profissionais diante do desafio de equilibrar o cumprimento de seu dever de cuidado qualificado com as necessidades de lidar com as diferenças sociais e de advogar pelos pacientes. A pesquisa feita por Luz *et al.* (2016, p. 68-70) revelou que os enfermeiros sofrem moralmente por conta das limitações de acesso dos pacientes ao sistema de saúde.

A enfermagem também sofre com a precarização do trabalho e com as condições laborais inadequadas em diversos serviços de saúde. Trata-se de um problema grave e complexo que afeta a qualidade de vida e o desempenho profissional. Essa problemática resulta em sobrecarga de trabalho, falta de segurança no ambiente de trabalho, esforço físico em excesso, carga horária de trabalho excessiva e dupla jornada. Esses fatores levam à fadiga, ao estresse, à insatisfação e à intenção de abandonar a profissão (Fernandez *et al.*, 2021, p. 2-3), pois os enfermeiros se sentem impotentes perante as situações que não podem controlar (Rocha *et al.*, 2018, p. 5).

Durante a contratação dos profissionais de saúde, é definida para cada função a carga horária, entretanto o cumprimento nem sempre acontece. Os profissionais se sentem esgotados física e emocionalmente, e reconhecem a interferência dessa questão na qualidade do cuidado prestado:

[...] quando eu era da consulta da quimioterapia, eu me sentia um pouquinho mais pesada, porque, dependendo do paciente, ele chegava

mais é... mais... abalado emocionalmente [...]. Era uma hora de consulta e não tinha intervalo. Por exemplo, tinha paciente 9h, 10h, 11h, 12h, intervalo para almoçar tal e voltar. Tinha uns dias mais leves, tinha dias que eu pegava pacientes mais pesado. Eu ficava assim no final do dia, assim... um pouquinho sobrecarregado emocionalmente (E11).

[...] a gente está passando por uma precarização, um aumento de carga horária, onde a gente não consegue parar para estudar um pouco, para descansar a mente. [...] Consequentemente, a qualidade da nossa assistência acaba caindo, a humanização da nossa assistência acaba ficando em segundo plano, porque você tem um milhão de carga horária. [...] as pessoas procuram ter minimamente descanso, dignidade (E14).

[...] é por conta da carga horária pesada, você acaba não conseguindo cuidar muito bem da sua saúde. Perco noite de sono, é... não consigo ter uma vida social como eu deveria, como eu gostaria (E15).

Equilibrar rapidez e qualidade no atendimento oncológico é complexo. A demora no atendimento ao paciente oncológico é uma questão crítica, pois atrasos podem resultar em diagnósticos errados ou tardios, levar à progressão da doença, à redução da eficácia do tratamento, o paciente pode perder a oportunidade da cura.

Por um lado, estão os enfermeiros oncologistas, que possuem a responsabilidade de fornecer um cuidado especializado com qualidade e segurança ao paciente, seguindo os protocolos de segurança e padrões éticos. Por outro lado, eles precisam lidar com as exigências de produção, associadas a condições precárias do serviço, como carga horária de trabalho extensa e cansativa, e cansaço físico e mental, que podem levá-los a um conflito: priorizar o atendimento ao paciente com qualidade, atender às demandas institucionais e à produção do previsto diariamente, independentemente da qualidade, ou cuidar de si mesmo.

Segundo Ayala, Felício e Pachão (2017, p. 106), é possível sugerir que as condições de trabalho na oncologia são frequentemente inadequadas, com falta de recursos humanos e materiais, o que eleva o sofrimento físico e moral dos profissionais. Cabe a eles adaptar o processo de trabalho em cenários precários e lidar com a carga emocional de apoiar os pacientes e suas famílias.

Luz *et al.* (2016, p. 68-70) ressaltam que, sem infraestrutura adequada, muitas vezes não conseguem oferecer o cuidado mínimo necessário, e o ato de improvisar ou “dar um jeitinho” agrava esse sofrimento, ao evidenciar falhas nas leis que deveriam garantir atendimento de qualidade.

Fatores como a infraestrutura precária, a falta de materiais e equipamentos, a escassez de profissionais, o aumento da carga laboral e a forma de organização do trabalho geram descontentamento nos enfermeiros, comprometendo a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes (Ramos *et al.*, 2017, p. 1068; Santos; Garros; Carnevale, 2018, p. 226-227).

Para além, ainda existe uma carência de profissionais e, principalmente, de profissionais qualificados. O déficit estrutural de recursos humanos foi apontado, nesta pesquisa, como um desafio que agrava o desgaste profissional, limitando a capacidade de oferecer um cuidado integral e uma escuta ativa aos pacientes.

Assim, a gente hoje está com falta de profissional, tanto da enfermagem quanto médico, tá faltando muita gente. Falta concurso, vai entrar é terceirizado, profissional não capacitado, não vai dar tempo de treinar. O especialista fica sobrecarregado (E05).

[...] o serviço privado, ele não trabalha com apoio, com a margem de segurança técnica profissional [...] faltou gente, você que vai ter que cobrir e depois você se vira para abater essas horas, pra sair mais cedo e aí você, saindo mais cedo, vai deixar serviço por fazer, que aí acumula em outro momento (E14).

O sofrimento moral do enfermeiro surge na falta de tempo para oferecer um cuidado individualizado e de qualidade, agravado pela carga excessiva de trabalho que pode levar à exaustão, à insatisfação profissional e a problemas físicos e emocionais.

Segundo Schaefer, Zoboli e Vieira (2018, p. 7), esse tipo de sobrecarga pode criar um desajuste no cuidado do paciente, dificultando as atividades consideradas pelos profissionais de qualidade. A falta de tempo adequado e a alta carga de trabalho podem comprometer a qualidade e a segurança dos pacientes. É desafiador ao enfermeiro encontrar o equilíbrio entre cuidar do paciente e atender às demandas das exigências do cargo.

Luz *et al.* (2016, p. 70) e Rocha *et al.* (2018, p. 5) reconhecem a precariedade da infraestrutura na oncologia como uma fonte de problemas éticos, visto que o profissional se vê impotente diante das dificuldades impostas pelos gestores e pelo não atendimento das suas necessidades laborais, e isso o impede de fazer corretamente o seu trabalho:

Chegando lá, eu me deparei com uma situação muito desconfortável, a gente pegava uma planilha e a gente olhava lá, o farmacêutico vinha e falava: “Não tenho medicação do paciente”. Cabia a nós, enfermeiros,

chegar e chamar o paciente e falar: “Sua medicação não tem”. Aquilo ali me deixava chateada, porque o paciente está ali com aquele fio de esperança, se agarrando naquilo ali, muitos deles não têm muito entendimento da doença, e aí você dá uma notícia de que não tem a medicação. [...] alguns pacientes saíam tristes dali e outros queriam vir para cima: “Como não tem?”. É muito chato sair dali com uma sensação de impotência (E04).

[...] a gente como enfermeiro pode dar o cuidado, a assistência, mas, quando falta material, alguma coisa no hospital, a gente sofre muito de não dar ao paciente a assistência total do que ele precisa (E05).

Já tive algumas situações de, por exemplo, de repente não dar assistência de qualidade que deveria por falta de profissionais suficientes. Poderia ter realizado aquele curativo, por exemplo, de uma maneira melhor, me dedicar mais ao curativo, acabei fazendo um pouco, correndo por demanda de trabalho, de ter outras pessoas já me esperando (E09).

Em uma pesquisa feita no Brasil por Rocha *et al.* (2018, p. 6), a estrutura física precária das unidades de saúde como fonte de insatisfação é um reflexo da má gestão e da falta de investimento. Garantir uma infraestrutura mínima para atendimento de qualidade segue sendo um desafio de responsabilidade do governo em todas as esferas.

Quando os enfermeiros são obrigados a conviver com as situações de improviso, aumenta o sofrimento moral deles, que, sobrecarregados, enfrentam dilemas éticos ao terem que escolher diferentes princípios para sustentar eticamente seu cuidado, como a beneficência, a não maleficência, a justiça e a própria autonomia do paciente.

No que se refere ainda a questões institucionais, Avellar, Iglesias e Valverde (2007, p. 480), em sua pesquisa destacam que os entrevistados mencionaram repetidamente a rotina acelerada e as inúmeras demandas do trabalho na oncologia como fatores que tornam o ambiente desgastante e estressante, levando à perda da identidade do profissional ao longo do tempo. Além disso, destacaram a burocracia, os protocolos rígidos e os processos morosos.

Um dos tratamentos utilizados na oncologia é a quimioterapia antineoplásica, que pode ser usada de forma isolada ou combinada com outras modalidades de tratamento. A quimioterapia é classificada como medicamento potencialmente perigoso, de alta vigilância, que exige cuidados rigorosos da equipe multidisciplinar nas etapas de prescrição, preparo, dispensação e administração, e requer um gerenciamento e uma padronização rigorosos dos processos da medicação (Nassar *et al.*, 2022, p. 2).

Ribeiro e Santos (2015, p. 148) consideram que, por esse motivo, existe a real necessidade de que sejam elaborados e utilizados protocolos para dar uniformidade às condutas e aos procedimentos, com o objetivo de prestar um cuidado seguro e eficaz.

Alguns enfermeiros se sentem mais seguros trabalhando com protocolos e processos institucionais bem definidos. Isso fica notório quando alguns profissionais ressaltam que os protocolos institucionais auxiliam no trabalho, principalmente em instituições acreditadas, pois seguem protocolos rígidos de segurança do paciente, mas que podem ser flexibilizados e discutidos, trazendo ao profissional rotinas, organização do trabalho e segurança de que está realizando seu trabalho de forma correta e com qualidade: “O processo de trabalho da empresa facilita e me traz confiança de trabalhar respaldada na norma, faz com que eu faça meu trabalho mais tranquila, de forma mais organizada e otimize o tempo do meu serviço” (E06).

Entretanto, a burocracia excessiva que esse tipo de atendimento gera na rotina de trabalho do enfermeiro afasta-o do cuidado singular destinado ao usuário:

A gente trabalha muito com protocolos e esses processos, a gente acaba de alguma forma tendo todo o trabalho amarrado dentro de protocolos, são protocolos bastante rígidos. São pouco flexíveis, até porque, dentro da unidade, a gente precisa seguir protocolos, que são internacionais. [...] A questão é que os processos burocráticos afastam um pouco a gente da assistência, que é o foco principal, com o paciente [...] às vezes as demandas burocráticas me tiravam muito da assistência, *tête-à-tête* com o paciente (E08).

Um pouco tumultuado, são muitas demandas de trabalho, de processos, de burocracia, de papel, que às vezes nos afasta um pouco daquilo que a gente aprendeu que é a vida, o ser humano. Então esses processos de trabalho me afastam daquilo que eu realmente acredito, que é cuidar do paciente. É um processo de trabalho muito engessado (E16).

A gente encontra muitas barreiras, né? Institucionais e de burocracias, como enfermeiros, a gente fica muito preso à burocracia, à papelada, e a gente acaba deixando de prestar uma assistência à beira-leito melhor, porque a gente está sempre preso na burocracia, que tem que preencher um milhão de papéis. E isso prende muito, é, às vezes chega a ser desumano. [...] até mesmo nós, profissionais, que temos algum conhecimento científico, e a gente acaba tendo que tomar algumas decisões, ou ir por alguns caminhos que a gente sabe que não seria o ideal para tal

situação, ou para aquele momento, porque a gente bate em alguma barreira (E20).

Os protocolos internacionais de segurança do paciente e os protocolos institucionais de saúde podem minimizar o sofrimento moral do enfermeiro por meio das regras que garantem a segurança e uma alta qualidade do atendimento ao paciente. O enfermeiro se sente seguro e confiante no seu trabalho. Salari *et al.* (2022, p. 14) destacam a importância de políticas adequadas com o envolvimento de gestores para promover decisões éticas, treinamentos e habilidades que capacitem os enfermeiros a lidar com questões éticas de forma eficaz.

Para enfrentar esses conflitos, os enfermeiros devem ser guiados pelos princípios éticos, como o respeito à autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência. Resolvê-los exige uma reflexão cuidadosa, considerando os princípios éticos envolvidos, o bem-estar do paciente e a ética profissional. Se necessário, pode-se buscar apoio de colegas de equipe, da chefia e até mesmo de comitês de ética.

Os conflitos morais no ambiente de trabalho

Nessa categoria, abordaram-se os dilemas enfrentados na prática profissional, especialmente os conflitos de permanecer no emprego ou lidar com o desemprego, a influência do princípio da beneficência e o risco da maleficência, o equilíbrio entre cuidar do paciente e superar o medo de perdê-lo para a morte, além de conciliar a assistência com o cumprimento das decisões judiciais que os profissionais consideram excessivas ou incompatíveis com o quadro clínico.

O conflito entre o desejo de abandonar o emprego desgastante e o medo do desemprego reflete a tensão entre a segurança financeira e o bem-estar emocional, agravada por condições precárias, desvalorização profissional, jornadas extensas e desafios gerais da enfermagem.

É uma profissão que hoje não vale mais a pena ninguém enfrentar. Eu acho que quem tem oportunidade hoje de não ser enfermeiro não seja, inclusive muitos colegas e eu também já pensamos muitas vezes em procurar outras coisas para fazer, porque não vale mais a pena ser enfermeiro no Brasil, a gente não é valorizado, a gente cada vez mais com carga horária estressante (E14).

A minha desmotivação maior, atualmente, com a enfermagem é a desvalorização por conta das instituições, gestores, empregadores. Não pelo meu trabalho, acho um trabalho muito bonito, a oncologia é uma área

muito sublime. Eu já pensei, sim, em desistir da oncologia, não pelo paciente, mas é pela desvalorização da categoria. Isso daí é um plano futuro, é um futuro breve, vamos dizer assim, de sair da... do meio da saúde, né? Da enfermagem, e eu estou batalhando aí por isso (E19).

A falta de reconhecimento do profissional pode ser extremamente frustrante e impacta negativamente a motivação em continuar o seu trabalho, em querer se aperfeiçoar e melhorar profissionalmente. Os enfermeiros oncologistas estudam e trabalham muito para que possam fornecer um cuidado de alta qualidade aos pacientes, mas enfrentam a falta de salário digno e a alta carga horária de trabalho. Essa desvalorização compromete a motivação deles para aprimorar as habilidades, o que pode afetar negativamente a sua capacidade de fornecer cuidados de qualidade aos pacientes.

De acordo com Dalmolin *et al.* (2012, p. 206), é necessária a manutenção da realização profissional para que os enfermeiros se sintam respeitados, valorizados e estimulados em seus ambientes de trabalho, de modo que consigam evitar ou enfrentar o esgotamento para que possam influenciar positivamente a vida de seus pacientes.

Schaefer, Zoboli e Vieira (2018, p. 7) ressaltam que é importante pensar que, apesar de possuírem a intenção de sair, permanecem em suas posições por causa de outros fatores, como a escassez de empregos. Uma política de melhorias do ambiente deve ser promovida para que se possa reter o profissional na instituição, mas também a satisfação do trabalho na enfermagem, o que é também corroborado por Dalmolin *et al.* (2012, p. 206).

No que se refere ao princípio ético que orientará o enfermeiro na sua ação técnica do cuidado, Silva *et al.* (2019, p. 141) enfatizam que são cuidados tão importantes quanto os curativos. O equilíbrio entre custos e benefícios é essencial para a prática da enfermagem. Andersson *et al.* (2010, p. 3) complementam que, com base em Beauchamp e Childress, todo tratamento envolve algum dano ao paciente, mesmo que mínimo, mas esse dano não deve ser desproporcional aos benefícios do tratamento (princípio da não maleficência); o enfermeiro deve agir de forma que beneficie o paciente, equilibrando os riscos e benefícios (princípio da beneficência).

Uma das entrevistadas responde ao questionamento do filho, a respeito da relação beneficência-não maleficência:

Um dia meu filho perguntou pra mim: “Oh, mãe, mas você não tem pena de furar eles?”. Eu falei: “Eu sei que dói, que é difícil, mas alguém não tem que fazer?”. Então eu vou fazer, com amor e com carinho, e é isso que vou fazer (E02).

O conflito moral entre causar dano e trazer benefício ao paciente é muito comum no cotidiano dos enfermeiros, e ocorre quando é necessário infligir um dano ao paciente para trazer um benefício. Ponderar sobre o dever de ajudar o paciente e a responsabilidade de não causar danos desnecessários é parte do trabalho do enfermeiro e quase sempre inevitável, podendo gerar um sofrimento moral ao profissional.

Os enfermeiros oncologistas possuem o dever moral de prestar os cuidados de saúde com base nos princípios éticos, e isso inclui a defesa dos interesses dos pacientes e da sua autonomia; em alguns casos, pode surgir um dilema ético quando o enfermeiro é obrigado, por uma determinação judicial, a fornecer um tratamento que ele considera desnecessário ao paciente. O enfermeiro deve respeitar os interesses do paciente, mesmo que considere um tratamento desnecessário, e buscar uma orientação para enfrentar essas situações éticas desafiadoras de forma equilibrada.

Outra questão mencionada como geradora de conflito moral refere-se às decisões judiciais que podem causar risco de danos maiores. Com o sistema de saúde que temos atualmente, falho e precário, isso faz com que, em várias ocasiões, os pacientes busquem na justiça a garantia de acesso aos tratamentos que eles não estavam conseguindo ter ou julgavam necessário passar. Algumas vezes o profissional passa por situações em que é obrigado a submeter o paciente a um tratamento que considera desnecessário ou não eficiente por causa de uma decisão judicial, e o ato de apenas cumprir uma ordem judicial o leva a entrar em sofrimento.

Paciente com a questão judicial de obrigatoriedade de fazer o transplante, mas era paciente não indicado para o transplante pela condição clínica. [...] Então você tem que cumprir uma ordem judicial e implementar um tratamento que você sabe que só vai gerar sofrimento e que não vai melhorar. E como ainda esse enfrentamento com o paciente, com a família, que foi a família que buscou a justiça. Como vou dizer a ele que o que estamos fazendo aqui não é uma coisa boa para ele? Que não vai melhorar? Ao mesmo tempo, a gente tem que empregar o tratamento melhor possível, mesmo sem acreditar que ele vai dar certo. [...] a gente sabe que não vai ter resultado nenhum (E08).

Com a progressão tecnológica na área da saúde, a equipe multidisciplinar frequentemente é envolvida em discussões éticas acerca do melhor uso de intervenções ao paciente. Conflitos entre os princípios éticos e as diretrizes médicas, ou protocolos institucionais, podem ocasionar sofrimento moral da equipe que cuida de pessoas com câncer.

O enfermeiro é obrigado a cumprir a lei, mas também tem o dever ético de fornecer cuidados que respeitem os princípios, como o do não malefício, e tal situação faz com que o enfermeiro entre em sofrimento moral, pois fica no conflito entre a ética profissional e a legalidade. Respeitar a autonomia do paciente é um princípio ético fundamental. O enfermeiro deve apoiar as escolhas do paciente, assim como fornecer informações objetivas e claras, explicando os riscos, os benefícios e as alternativas disponíveis.

O medo da perda de um paciente oncológico também pode gerar conflitos morais para o enfermeiro. O profissional sente realização ao ajudar o paciente, especialmente quando isso está associado ao dever cumprido, o que promove satisfação. Contudo, o medo da perda relacionado à morte do paciente gera sentimentos negativos, como tristeza e impotência:

Eu tenho sentimento de amor, amor ao próximo, porque são pacientes que estão ali e que podem, de uma hora para outra, não estar (E04).

Quando algum paciente que eu criei vínculo morre, me deixa entristecida, com sentimentos, muitas vezes, de impotência (E18).

Não, eu sei que em qualquer lugar que você vá estabelecer na enfermagem você vai ter sofrimento, não adianta, a gente trabalha com o sofrimento [...]. Acho que trabalhando com a oncologia isso é maior, a gente lida com pessoas, e o câncer é uma doença crônica, e alguns pacientes sofrem mais, outros menos, às vezes tratamos adolescentes e adultos jovens (E03).

A morte representa um desafio para o profissional, exigindo um esforço cognitivo e emocional, já que a temática não é abordada adequadamente durante a formação. Falta investimento suficiente no preparo, tanto no nível médio quanto no superior, para lidar com os sentimentos únicos que emergem nesse momento, que é singular na vida de alguém (Lima *et al.*, 2017, p. 2).

Os enfermeiros assumem o compromisso de aliviar o sofrimento, proporcionar conforto e apoiar os pacientes na luta contra o câncer, tornando-se aliados nessa jornada. No entanto, convivem com o constante medo da perda, testemunhando tanto a batalha dos pacientes quanto a progressão da doença, e, em alguns casos, a morte. Para lidar com esse desafio, é essencial que reconheçam seus limites, busquem apoio emocional e contem com formação contínua e o suporte da equipe multidisciplinar para fortalecer sua resiliência.

Relações no ambiente laboral como fonte de conflito moral

Nessa categoria, os entrevistados apontaram a heteronomia profissional como fator gerador de conflito moral no cotidiano da enfermagem, especialmente quando não participam da decisão compartilhada, apesar da responsabilidade direta que eles possuem no cuidado ao paciente. Também destacaram os desafios da autonomia profissional, evidenciando as dificuldades e limitações na prática para tomar decisões éticas seguras dentro do exercício da profissão.

A heteronomia é a autonomia do indivíduo que, com independência moral e intelectual, tem a capacidade de se organizar e tomar as decisões de forma livre, permitindo assim definir sua prática, seja individual ou coletiva, e fazer escolhas conscientes dentro das possibilidades disponíveis. É um direito do enfermeiro reconhecido no Brasil por meio de legislação própria, a Lei nº 7.498, de 23 de junho de 1986 (Costa; Santos; Costa, 2021, p. 3).

A autonomia do enfermeiro resulta de sua competência e confiança, permitindo decisões e interações profissionais que promovem planos de cuidados eficazes e a saúde dos pacientes (Rouhi-Balasi *et al.*, 2020, p. 274).

Segundo Menezes, Priel e Pereira (2011, p. 954), o princípio da autonomia deve guiar a relação que existe entre os profissionais de saúde e os pacientes, e contribuir para uma relação harmoniosa, na qual cada um ocupa seu espaço em uma interação entre sentir, pensar e agir.

O tratamento oncológico apresenta diferentes possibilidades terapêuticas, o que demanda, em determinados momentos, a realização de decisões compartilhadas. Nessas situações, os profissionais de saúde oferecem suas avaliações técnicas sobre a doença e suas opções de tratamento, orientando com base em evidências científicas e respeitando a autonomia do paciente (Forte, 2022, p. 2).

Amorim *et al.* (2021, p. 147) ressaltam que o paciente é de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar, mas que a enfermagem é a que está mais próxima dele, e assim acaba exercendo o papel de advocacia e orientação dos direitos.

Silva *et al.* (2019, p. 143) afirmam que muitas vezes o enfermeiro oncologista não só faz parte da tomada de decisão, como também exerce o papel de advogado dos pacientes, levando em conta seus desejos, dando voz a eles. Os autores ressaltam que uma melhor qualidade de atendimento poderia ser realizada se o conhecimento do enfermeiro e suas decisões fossem ouvidos e respeitados, o que é validado pelas falas dos entrevistados:

Uma criança precisava entrar de emergência no centro cirúrgico, foi um transtorno para a gente arrumar uma ressonância, o médico falou que não ia, mandou esperar o próximo cirurgião, que seria dali a 24 horas,

podendo a garota vir a óbito por infecção. Sabe... algumas coisas que a gente fica de mãos atadas, que a gente não pode fazer nada (E05).

Eu me sinto muito limitada. Às vezes eu imagino que eu podia fazer algo a mais e não posso fazer. É sempre ter que pedir, reportar para outra pessoa, para que outra pessoa decida o que pode ser feito ou não, mesmo que, às vezes, a gente saiba que está sendo feito (E10).

[...] eu tive uma experiência que eu vi uma radiodermite [alterações na pele após a radioterapia] e achei que talvez a paciente estivesse precisando de uma outra pomada. E além disso, eu também achei que ela estava precisando de uma suspensão de tratamento. [...] Eu comuniquei, mas, pela visão médica, isso não era radiodermite. [...] Uma semana após, a paciente estava também com a boca sangrando, fazendo *laser*, com uma mucosite, sangrando, com a radiodermite grau 3 para 4. E estava ficando pior. [...] Mesmo que a gente tenha dez anos, 15 anos de experiência, algumas coisas a gente continua presa a uma atitude do médico que decide qual é a conduta que ele vai passar (E13).

É corriqueiro, onde a gente, como profissional, que estudou, que procura se atualizar, a nossa opinião como profissional diante dos profissionais médicos, em sua grande maioria, que eles não dão ouvidos ao que a gente tem para falar. Muitos pacientes poderiam ter tido um desfecho diferente, com relação a acesso, com relação a cuidados em casa... (E14).

O conflito moral existente enfrentado pelos enfermeiros está em não fazer parte da decisão compartilhada e a responsabilidade que possuem em cuidar dos pacientes, mas ao mesmo tempo não ter voz na decisão sobre o tratamento e os cuidados que serão oferecidos aos pacientes, considerando que houve um cuidado desqualificado. Muitas vezes os enfermeiros são excluídos do processo e não têm a oportunidade de compartilhar suas perspectivas e seu conhecimento na tomada de decisão, mesmo sendo eles os responsáveis pelos cuidados diários dos pacientes.

Esses conflitos morais se tornam sofrimento moral, porque não são resolvidos. No tocante a isso, Dalmolin *et al.* (2012, p. 205) comentam que o sofrimento moral está fortemente relacionado à falta de poder dos enfermeiros nas tomadas de decisão; muitas vezes, negam suas próprias crenças e seus próprios valores, negam seus conhecimentos científicos, e, por isso, desenvolvem sentimentos de frustração, impotência e culpa, o que pode levar à síndrome de *burnout*.

A não participação imposta na tomada de decisão em relação ao cuidado do paciente chega a levar o enfermeiro a questionar a qualidade de sua própria conduta e, em consequência, a qualidade do cuidado, de que é um profissional que possui conhecimentos técnico-científicos para opinar e decidir em conjunto com a equipe multiprofissional.

É dessa questão mesmo, de como a gente tem muitos enfrentamentos de questões que a gente está sempre na dúvida: se o que está fazendo é o melhor mesmo [...] (E08).

E atrapalha no trabalho, porque você fica.... você quer a melhor conduta para os seus pacientes. E você às vezes duvida do que está sendo feito, será que isso que o médico está passando é certo? Isso atrapalha também o jeito como você vê aquele profissional ali. Será que fui só eu? Será que eu estou errada mesmo? Será que o que eu estou fazendo está certo? Será que o que eu aprendi é o certo? Duvido de mim, às vezes, quando eu acho que tô certa, eu começo a duvidar do outro também (E13).

A enfermagem, por acompanhar os pacientes por longos períodos, frequentemente estabelece vínculos. Contudo, os enfermeiros muitas vezes administram tratamentos agressivos com os quais não concordam, gerando sentimento de violação à relação construída ao infligir sofrimentos julgados desnecessários (Kernkraut; Fagundes Netto, 2019, p. 94-95):

[...] hoje é de passar de fato por essas contradições, de que nós temos que oferecer um serviço de saúde, temos que oferecer um tratamento especializado, mas que é um tratamento que, enfim, de muitos sofrimentos, além da doença que o indivíduo já tem, e que por muitas vezes a gente tem também a noção de que esse sofrimento que está sendo imposto pelo tratamento não vai trazer benefício à vida dele, a gente imagina pelo menos que não vai trazer benefício. E a gente ficando sempre nesse sofrimento, acredito que é minha obrigação oferecer, mas também seria minha obrigação ajudá-lo a escolher se é isso mesmo que ele quer, não é? Mas nem sempre é tão simples assim, é tão fácil fazer isso (E08).

O conflito está em fornecer um tratamento prescrito no qual o enfermeiro não participou da tomada de decisão, seja por decisão judicial ou por exclusão por parte da

equipe médica, com o qual ele não concorda que seja o ideal para o paciente. Isso gera o sentimento de falha no dever ético de atuar em benefício do paciente. Para amenizar o sofrimento moral, o enfermeiro orienta os pacientes sobre riscos, benefícios e possíveis efeitos colaterais do tratamento.

A ausência de uma abordagem holística no cuidado destinado ao paciente oncológico compromete a qualidade da assistência prestada. O tratamento do câncer deve considerar o paciente como um todo, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. A atuação do enfermeiro oncologista na equipe multidisciplinar é essencial para promover o bem-estar integral do paciente, favorecendo uma jornada de tratamento mais positiva e participativa.

Aí eu acho que quando o profissional também olha assim o paciente, como um pedaço de carne, tratando só isso, por parte. Eu acho que não é legal, não vê a dor do paciente. Ah, tá tratando região de cabeça e pescoço, não vê a questão da constipação que está tomando opioide, porque ele é atendido por mais de um profissional e cada um olha de um jeito, acaba que não integra. Eles não se comunicam (E11).

A autonomia profissional do enfermeiro pode variar de forma significativa entre os setores público e privado. Em teoria, na rede pública a prática da enfermagem está condicionada a normas rígidas, hierarquias institucionais e recursos limitados, o que pode restringir a tomada de decisão do enfermeiro. Na rede privada, embora existam protocolos e regulamentações, o enfermeiro pode ter uma maior autonomia nas execuções de suas atividades, no entanto essa autonomia pode ser influenciada por interesses administrativos e exigências do setor privado, que muitas vezes priorizam a satisfação do cliente e a otimização de custos.

Nas entrevistas, identificou-se que existe diferença entre o trabalho do enfermeiro no hospital público e no privado. Duas entrevistadas relataram que no hospital público possuem maior autonomia do que no privado e podem tomar as decisões que acham necessárias para melhor atender o paciente.

No hospital público, eu sou sozinha como enfermeira, então tenho como administrar, eu tenho mais autonomia. Os técnicos, eu tenho como dominar, já conheço as características de cada um, eu consigo mexer, para o serviço fluir. [...] o trabalho é mais em conjunto, mais em equipe. Eu sou a única enfermeira, os técnicos são todos minha responsabilidade, maqueiros e meninas da higiene. Vêm tudo a mim. É tudo centralizado. No particular, como tem a chefia [...]. Como se eu não tivesse autonomia

para mexer. [...] Você até vê que o atendimento não está certo, mas você não se mete porque a pessoa está ali, é tudo centralizado na supervisão (E07).

Inúmeras foram as situações em que a gente sabia que era o correto a fazer, mas... não conseguimos realizar por conta de que éramos enfermeiros. Mas no hospital público a gente tem uma autonomia diferenciada, ali a gente consegue fazer algumas coisas. A equipe, ela consegue ser um pouquinho mais coesa, então você consegue dar um pouco da sua opinião e contribuir para o paciente com isso (E17).

A autonomia profissional é um elemento-chave para a prática da enfermagem, é visível que a extensão dessa autonomia pode variar entre hospitais públicos e privados, em razão das diferentes estruturas organizacionais, de política e de gestão. Diante disso, sugere-se a realização de novas pesquisas que aprofundem a discussão acerca da diferença de autonomia entre os hospitais públicos e privados.

O enfermeiro como profissional de saúde possui a responsabilidade ética e legal de fornecer cuidados de qualidade e seguros a seus pacientes, no entanto existem situações em que o enfermeiro pode enfrentar limitações éticas para executar seus conhecimentos técnicos científicos.

Silva *et al.* (2019, p. 143) comentam que todos deveriam trabalhar por um bem comum: o paciente e sua família. A troca de conhecimento entre os profissionais traz um maior conhecimento, os pacientes são avaliados de forma mais eficiente e o tratamento é conduzido de forma adequada. Os autores sugerem uma formação de profissionais de forma integrada, aliando educação e prática interprofissional, contribuindo para que os profissionais de saúde sejam mais bem preparados para uma atuação integral em equipe, em que a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominem ante a competição e a fragmentação do serviço de saúde.

Wachholz *et al.* (2019, p. 6) perceberam que é necessário estimular a equipe de enfermagem a interagir com os demais profissionais da saúde, no sentido de fortalecer o exercício da autonomia, a interação, para que o diálogo com a equipe e os gestores seja favorecido a fim de que as tomadas de decisões sejam compartilhadas, de modo a aumentar a satisfação profissional do enfermeiro e evitar o sofrimento moral.

É importante destacar que muitos conflitos morais citados pelos enfermeiros oncologistas também são vivenciados por enfermeiros de outras especialidades. No entanto, por causa da complexidade do tratamento do câncer, que frequentemente envolve decisões difíceis, a rapidez e a qualidade são extremamente necessárias para o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

Os conflitos morais destacam a complexidade do trabalho dos enfermeiros onco-logistas que, muitas vezes, precisam navegar entre as diretrizes e os regulamentos, as necessidades imediatas dos pacientes e as preocupações éticas.

O manejo eficaz dos conflitos morais permite não apenas um atendimento mais ético e centrado no paciente, mas também melhora o bem-estar dos profissionais, o que promove um ambiente de trabalho mais coeso e colaborativo, diminui o estresse e proporciona a satisfação do enfermeiro oncologista, sem que entrem em sofrimen-to moral.

Reconhecer e enfrentar esses conflitos é essencial para que os enfermeiros pos-sam prestar cuidados de qualidade enquanto respeitam princípios éticos fundamen-tais, sem que entrem em sofrimento moral.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, N. C. *et al.* Sofrimento moral de enfermeiros de clínicas cirúrgicas e as estra-tégias de enfrentamento. *In: SOARES, S. S. S. (org.). Enfermagem: processos, práticas e recursos.* Ponta Grossa: Atena, 2021.
- ANDERSSON, G. B. J. *et al.* Do no harm: the balance of “beneficence” and “non-malefi-cence”. *Spine*, [s. l.], v. 35, n. 9S, p. 2-8, 2010.
- AVELLAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007.
- AYALA, A. L. M.; FELÍCIO, A. C. R.; PACHÃO, J. Sofrimento dos profissionais que atuam no setor de oncologia em um hospital público de Joinville, SC. *Revista de Atenção à Saúde*, [s. l.], v. 15, n. 51, p. 106-117, 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do SUS. *Diário Oficial da União*, 1990.
- BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*, 2012.
- BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna se-jam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. *Diário Oficial da União*, 2019.
- CARNEVALE, F. A. Confronting moral distress in nursing: recognizing nurses as moral agents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 66, n. esp., p. 33-38, 2013.
- CELICH, K. L. S. *et al.* Por trás dos sorrisos: sofrimento moral na oferta do cuidado onco-lógico. *Cultura de los Cuidados*, [s. l.], p. 137-157, 2022.

- COSTA, R. L. M.; SANTOS, R. M. dos; COSTA, L. de M. C. A autonomia profissional do enfermeiro em tempos de pandemia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l.], v. 42, p. 1-13, 2021.
- DALMOLIN, G. de L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. *Texto & Contexto – Enfermagem*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 200-208, 2012.
- FERNANDEZ, M. et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 30, p. 1-7, 2021.
- FERRAZ, M. O. A. et al. Conflitos morais vivenciados por enfermeiras dos serviços de emergência: estudo transversal. *Revista Enfermagem UERJ*, [s. l.], v. 30, p. 1-7, 2022.
- FORTE, D. N. Decisão compartilhada: por que, para quem e como? *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 38, n. 9, p. 1-4, 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2022.
- JAMETON, A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA Journal of Ethics*, [s. l.], v. 19, n. 6, 2017.
- KERNKRAUT, A. M.; FAGUNDES NETTO, M. V. R. *Psicologia na oncologia*. São Paulo: Atheneu, 2019.
- LIMA, R. de et al. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *Revista Mineira de Enfermagem*, [s. l.], v. 21, p. 1-4, 2017.
- LUZ, K. R. da et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 69, p. 67-71, 2016.
- MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, p. 953-958, 2011.
- NASSAR, P. R. B. et al. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e gestão dos riscos: protocolo de revisão de escopo. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 11, n. 15, p. 1-10, 2022.
- NORA, C. R. D. Conflitos bioéticos sobre distanciamento social em tempos de pandemia. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 29, p. 10-20, 2021.
- RAMOS, A. M. et al. Adaptação cultural e validação da *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 70, p. 1063-1070, 2017.
- RIBEIRO, T. dos S.; SANTOS, V. O. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 2, p. 145-153, 2015.

- ROCHA, G. S. de A. *et al.* Recursos organizacionais como fator de sofrimento psíquico do enfermeiro à luz da psicodinâmica do trabalho. *In: COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA*, 16., 2018, Havana. *Anais [...]*. Havana: SOCUENF, 2018.
- ROUHI-BALASI, L. *et al.* Professional autonomy of nurses: a qualitative meta-synthesis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 273-281, 2020.
- SALARI, N. *et al.* The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1-14, 2022.
- SANTOS, R. P. dos; GARROS, D.; CARNEVALE, F. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 30, p. 226-232, 2018.
- SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 27, p. 1-10, 2018.
- SILVA, R. M. da *et al.* Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem no Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 135-145, 2019.
- WACHHOLZ, A. *et al.* Sofrimento moral e satisfação profissional: qual a sua relação no trabalho do enfermeiro? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s. l.], v. 53, p. 1-9, 2019.

Recebido em: 19/03/2025

Aprovado em: 11/06/2025

ÉTICA NA PESQUISA SOCIAL E OS DESAFIOS CONFERIDOS PELO MODELO COLONIAL DA CIÊNCIA

ETHICS IN SOCIAL RESEARCH AND THE CHALLENGES CONFERRED BY THE COLONIAL SCIENCE MODEL

Jhonathan Raphael Andrade

Mestre em Alimentação e Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Psicólogo e nutricionista. Docente do Centro Universitário Santa Cruz e da Gran Faculdade, em Curitiba.

E-mail: jhonathandrade@gmail.com

Ricardo de Amorim Cini

Doutor em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Docente da PUCPR. Tecnólogo em Gastronomia pela PUCPR.

E-mail: ricardo.cini@pucpr.br

Thiago Rocha da Cunha

Doutor e mestre em Bioética, com concentração em Saúde Pública, pela Universidade de Brasília (UnB). Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética e dos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Ciências Biológicas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: rocha.thiago@pucpr.br

Resumo: A pesquisa social desempenha papel-chave na análise de problemas contemporâneos relacionados à economia, à cultura e à sociedade. Este estudo busca discutir a relação entre a ética e a epistemologia da pesquisa social, principalmente ante o domínio da ciência hegemônica, que se apoia em modelos positivos. A pesquisa propõe uma abordagem crítica à visão eurocêntrica e colonial da ciência, apontando para o reconhecimento de saberes locais e o comprometimento com a transformação da realidade social. Para tanto, são analisados desafios éticos práticos, como a adequação das práticas sociais ao modelo de revisão ética da pesquisa biomédica, os efeitos da colonialidade na produção científica e a desobediência epistêmica como meio de transformar o conhecimento dominante. Ao concluir, aponta a necessidade de a pesquisa social incluir os saberes e as especificidades

das regiões e dos grupos historicamente excluídos, garantindo uma produção de conhecimento mais justa, representativa e acurada das diferentes realidades sociais.

Palavras-chave: Colonialismo. Epistemologia crítica. Estudos decoloniais. Práticas de pesquisa. Responsabilidade social.

Abstract: Social research plays a key role in analyzing contemporary problems related to the economy, culture, and society. This study aims to discuss the relationship between ethics and the epistemology of social research, especially in the face of the dominance of hegemonic science, which relies on positivist models. The research proposes a critical approach to the Eurocentric and colonial view of science, pointing to the recognition of local knowledge and commitment to transforming social reality. To this end, practical ethical challenges are analyzed, such as the adequacy of social practices to the biomedical research ethics review model, the effects of coloniality on scientific production, and epistemic disobedience as a means of transforming dominant knowledge. In conclusion, it points out the need for social research to include the knowledge and specificities of historically excluded regions and groups, ensuring a more just, representative, and accurate production of knowledge about different social realities.

Keywords: Colonialism. Critical epistemology. Decolonial studies. Research practices. Social Responsibility.

INTRODUÇÃO

A pesquisa social tem papel fundamental na compreensão dos grandes problemas contemporâneos que envolvem temas variados, como a economia, a cultura, o ambiente, a sociedade, além do próprio processo de saúde e doença. Em sua abordagem epistemológica mais ampla, crítica e inclusiva, a pesquisa social se apresenta como um campo não apenas de conhecimento das diferentes realidades, mas também de incorporação de métodos e saberes de diferentes contextos para a compreensão e transformação dos fenômenos sociais historicamente marcados por injustiças.

No entanto, esse necessário processo de pluralidade metodológico segue marginalizado, especialmente pela manutenção do modelo hegemônico de ciência, fundamentado na racionalidade moderna e colonial de bases eurocêntricas. Historicamente, esse processo tem gerado um verdadeiro epistemicídio global por meio da desconsideração, da desvalorização ou do ocultamento de formas de saberes não eurocentrados (Nascimento, 2009; Souza; Nascimento, 2018; Delfino, 2022).

Assim, cientistas, técnicos, docentes, intelectuais e outros profissionais de países historicamente colonizados, sobretudo quando são pessoas não brancas, só passam a

ser reconhecidos como detentores de conhecimento válido quando abandonam suas próprias formas culturais de se portar, pensar e saber. A esse processo de dominação colonial, soma-se o estabelecimento de modelos organizacionais que atendam a uma lógica produtivista, reproduzindo uma racionalidade puramente instrumental e econômica (Carlotto; Garcia, 2018).

A abordagem crítica da pesquisa social, ao se afastar do reducionismo à lógica hegemônica e supostamente neutra das ciências naturais – marcadas pela quantificação, reprodução e generalização –, visa destacar fenômenos e problemas sociais a partir de abordagens qualitativas, que, mesmo quando faz uso complementar de métodos e dados quantitativos, busca valorizar as singularidades dos processos sociais, enfatizando aspectos fenomenológicos, históricos, culturais, bem com seus impactos na realidade concreta (Demo, 2008).

Tal abordagem possui importante potencial para desafiar e romper com a racionalidade colonial, que ainda influencia instituições, práticas científicas e políticas em diversas regiões (Rosa, 2022). Tal como indicam diferentes autores e autoras, esse rompimento é passo fundamental para a descolonização de práticas acadêmicas, permitindo que as ciências sociais valorizem saberes locais e promovam uma produção de conhecimento que não dependa apenas da perspectiva eurocêntrica (Mignolo, 2010; Smith; Tuck; Yang, 2019; Kumar *et al.*, 2022).

A prática de uma “desobediência epistêmica”, proposta por Mignolo (2010), é central no projeto de descolonização dos saberes, incentivando a reestruturação das formas de conhecimento que deem espaço a epistemologias e saberes que emergem das vivências e cosmovisões de comunidades historicamente hierarquizadas pela persistente gestão colonial do mundo.

Ao posicionarem a pesquisa social como uma prática reflexiva e crítica nesse projeto de descolonização, tais esforços ampliam o reconhecimento de saberes locais, fortalecem a legitimidade de perspectivas diversas dentro da ciência e levam, potencialmente, a uma compreensão mais adequada e acurada das próprias realidades estudadas.

Alguns autores analisam como a colonialidade do saber impacta diretamente o modo de a pesquisa social se relacionar com o campo da saúde (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023), destacando que as metodologias científicas dominantes nesses estudos tendem a reforçar hierarquias de conhecimento que privilegiam abordagens biomédicas em detrimento de perspectivas interdisciplinares.

No entanto, tal como na pesquisa social em geral, a pesquisa em saúde não pode ser dissociada das condições socioculturais e históricas em que os sujeitos estão inseridos, pois esses fatores influenciam diretamente tanto a produção do conhecimento quanto a aplicabilidade das intervenções. Dessa forma, é necessário adotar um olhar

crítico sobre os processos de investigação interdisciplinar, reconhecendo que a saúde não é apenas uma questão biológica, mas também social e política.

Nesse sentido, a articulação entre bioética e sociologia da ciência oferece contribuições para uma análise crítica dos problemas globais em saúde, indo além da tradicional ética aplicada.

De acordo com Lorenzo e Neves (2023), a articulação entre essas áreas permite aprofundar a investigação sobre a integridade epistemológica das ciências da saúde, as implicações ético-políticas no acesso e na segurança das novas tecnologias, e os desafios ético-filosóficos que envolvem a conduta da comunidade científica e dos profissionais de saúde. Dessa forma, quando se consideram os impactos sociotécnicos no desenvolvimento e na regulação das inovações biomédicas, amplia-se a perspectiva bioética para além de sua construção epistemológica tradicional, de modo a promover uma abordagem mais crítica e plural.

Com base nessas perspectivas, este estudo problematiza as abordagens hegemônicas das ciências sociais, marcando uma crítica à abordagem colonial do conhecimento que segue gerando – ou no mínimo ocultando – as dinâmicas de opressão, exclusão e vulneração presentes nas diferentes realidades sociais. Para tanto, o trabalho relaciona algumas implicações específicas desse modo hegemônico na prática de pesquisa social em saúde, bem como nos desafios para sua regulação ética.

CIÊNCIA, COLONIALIDADE E OS DESAFIOS PARA A PESQUISA SOCIAL

Quando se discutem os parâmetros de desenvolvimento da pesquisa social aplicada em saúde, surgem questionamentos que refletem parâmetros estabelecidos pelas ciências naturais. Esse padrão, baseado em critérios instrumentais e com uma estrutura lógica voltada para uma suposta objetividade, busca se apresentar como um modelo universal, considerado o único legítimo para a produção de conhecimento. Tal modelo seria caracterizado por uma busca por replicabilidade e pela adesão a padrões estritos de verificabilidade. Nesse contexto, visaria garantir que os resultados sejam generalizáveis e passíveis de replicação, o que conferiria a essa forma de conhecimento um caráter de neutralidade.

No entanto, tal abordagem ignora a complexidade e as particularidades dos fenômenos sociais, além de tentar silenciar modelos alternativos de conhecimento, como os que surgem nas ciências sociais, que se baseiam na reflexão crítica e na exploração de novas metodologias não necessariamente quantificáveis.

A construção dos modelos de ciência pode ser examinada a partir das análises de Thomas Kuhn (1978) que, em *A estrutura das revoluções científicas*, introduz a ideia de que a ciência não se desenvolve de maneira linear e cumulativa, mas passa por “rupturas paradigmáticas” que substituem antigos modelos científicos por novos, mais

adequados à explicação dos fenômenos observados. Para Kuhn (1978), a ciência tradicional, baseada no paradigma positivista, funciona dentro de um conjunto de regras que definem o que é ciência legítima: a busca pela objetividade, pela quantificação e pela replicabilidade. Essas características são, de acordo com Kuhn (1978), essenciais para garantir a validade e a precisão dos dados científicos.

Autores vinculados aos estudos decoloniais, especialmente Mignolo (2010), explicam que tais processos de construção e legitimação das ciências hegemônicas – e, na verdade, de toda a racionalidade moderna – não são de ordem endógena, isto é, não tratam de rupturas paradigmáticas que ocorrem apenas no interior do desenvolvimento das próprias ciências, mas são, antes de tudo, resultados de processos históricos bem definidos, relacionados à necessidade de criação de métodos, processos e discursos necessários ao projeto de colonização da Europa.

De fato, o paradigma hegemônico da ciência moderna – que estrutura tanto as ciências naturais quanto as ciências sociais – foi fundamental não apenas para a manutenção de todo o projeto de colonização, mas para sua continuidade na forma de diferentes colonialidades (Nascimento, 2009). A própria ciência social positivista, que surgiu com figuras como Auguste Comte e Émile Durkheim, sustenta a ideia de que o mundo social pode ser estudado de maneira objetiva, como se fosse um fenômeno natural, utilizando métodos semelhantes aos das ciências físicas. Dessa forma, ela busca identificar leis gerais, por meio de observação e experimentação, que permitam a previsão e o controle de fenômenos sociais, incluindo a gestão de todo o aparato do projeto colonial.

No entanto, ao adotar uma postura metodológica rígida e reduzir a complexidade do comportamento humano a números e estatísticas, a ciência positivista acaba por desconsiderar as subjetividades e os contextos culturais que influenciam os fenômenos sociais. É nesse ponto que surge, especialmente no contexto subalterno do sistema mundo moderno/colonial, a crítica de cientistas sociais que buscam novas formas de produção de conhecimento, mais abertas às influências contextuais e capazes de refletir as realidades locais e as particularidades de grupos marginalizados.

Nessa perspectiva crítica e situada, a pesquisa social, com suas possibilidades de compreensão qualitativa, fenomenológica e ético-política, coloca-se como uma alternativa à ciência hegemônica (González, 2000; Minayo, 2008). Essa abordagem crítica à ciência positivista hegemônica é uma das bases da proposta de transformação epistemológica nas ciências sociais, que busca incorporar outras formas de saber e novas metodologias que questionem as práticas dominantes, promovendo uma ciência que é também uma *práxis social*.

Como Minayo (2008) discute em *O desafio do conhecimento*, a natureza da pesquisa social está intrinsecamente ligada à relação entre o pesquisador e o objeto de estudo, em que os valores sociais, políticos e culturais do pesquisador não são neutros,

mas moldam as escolhas metodológicas e interpretativas. A pesquisa, portanto, não pode ser vista apenas como uma ferramenta técnica; ela é também um processo ético e político que envolve sujeitos com suas subjetividades, crenças e contextos.

González (2000) reforça essa ideia ao afirmar que, quando a pesquisa envolve seres humanos, o pesquisador, como ser social, traz consigo uma compreensão única sobre o ser humano, influenciada por suas próprias vivências, valores e visões de mundo. Isso destaca a importância de refletir sobre o papel do pesquisador na construção do conhecimento científico. Muitas vezes, os estudos científicos não são isentos de influências, e suas escolhas metodológicas podem refletir decisões políticas e orçamentárias que impactam diretamente as práticas de pesquisa e as agendas científicas. Nesse sentido, a crítica à hegemonia da pesquisa quantitativa e universalista, que ignora a diversidade das experiências humanas e o papel da própria racionalidade moderna na manutenção das colonialidades, é fundamental para a construção de uma ciência que busque compreender e transformar os problemas reais que afetam as realidades situadas.

E quando aplicamos essa problemática ao tema das pesquisas sociais em saúde, surgem outras questões relacionadas ao modo de regulação ética das pesquisas envolvendo seres humanos, o que traz desafios de ordem epistemológica, política e normativa. Na próxima seção, abordamos a partir do caso brasileiro algumas tensões relacionadas ao processo de regulação ética das ciências sociais por paradigmas presentes não apenas nas ciências biomédicas, mas também nas próprias ciências sociais.

PESQUISA SOCIAL EM SAÚDE, REGULAÇÃO ÉTICA E OS DESAFIOS DO PARADIGMA CIENTÍFICO HEGEMÔNICO

No Brasil, ao questionarem os parâmetros estabelecidos pelo modelo biomédico, as ciências humanas e sociais suscitam o enfrentamento e uma releitura de conceitos éticos em projetos de pesquisa social na área da saúde. No Brasil, o órgão regulador que reforça tais parâmetros é o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que defende que cada instituição está sob a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) por meio da Resolução nº 196/1996, posteriormente revogada e alterada para Resolução nº 466/2012 (Mello, 2016).

A revogação da versão inicial da Resolução CNS nº 196/1996, embora tenha gerado preocupação quanto a retrocessos relacionados a aspectos como *double-standard* moral, flexibilização de avaliação de pesquisas patrocinadas pelo governo e pagamentos a sujeitos de pesquisa (Porto; Cunha; Martins, 2013), também trouxe avanços potencialmente protetivos, como a criação de uma resolução ética específica para as pesquisas nas ciências sociais, consolidada na Resolução nº 510/2016.

Apesar dessas mudanças significativas, a ética em pesquisa não pode ser reduzida às formalidades dos sistemas de avaliação ética, como defendem Silva, Mendes e

Nakamura (2012). A ética deve ser um princípio essencial e indissociável de qualquer pesquisa, exigindo uma reflexão constante do pesquisador sobre suas intenções e sobre o impacto que suas escolhas têm sobre os sujeitos envolvidos e sobre o propósito da pesquisa.

A crítica à normatização ética da pesquisa social por parâmetros biomédicos é uma forma de desconstruir a ideia de objetividade absoluta, comum nas ciências positivistas, que não considera as particularidades sociais e culturais dos grupos estudados (González, 2000). De acordo com Diniz (2010, p. 183), a “pesquisa social” é compreendida em contraste à “pesquisa biomédica”, isto é, uma investigação com seres humanos “usando métodos de pesquisas qualitativos que contam com concepções analíticas das ciências sociais e humanas”.

Com o intuito de corroborar o impedimento desse quesito no estudo etnográfico, apresenta-se uma diferenciação entre “pesquisa em seres humanos” e “pesquisa com seres humanos”. No que concerne à pesquisa em seres humanos, a relação entre sujeito e objeto da pesquisa tem como arquétipo uma situação de intervenção, no qual os participantes são colocados em uma posição que exclui a subjetividade deles. Nesse cenário, a concessão se forma de uma obrigatoriedade não só legítima, como também de maior importância. Na hipótese de pesquisa com seres humanos (que se difere da pesquisa em seres humanos), o sujeito passa de uma condição de “estudado” ou de objeto de intervenção a um papel de ator, sujeito participativo da pesquisa (Oliveira, 2004).

A pesquisa social, portanto, deve caminhar para uma abordagem que reconheça e respeite a diversidade e as especificidades dos saberes e sujeitos, promovendo um conhecimento mais inclusivo, e que tenha, de fato, um impacto positivo nas comunidades envolvidas. Como aponta Peixoto (2017), a ética nas ciências sociais deve ser entendida como um processo de relação contínua entre os pesquisadores e as populações, respeitando suas vozes e conhecimentos, e não como um conjunto rígido de regras.

Complementando essa perspectiva, pode ser resgatado o trabalho de Minayo e Guerriero (2014), no qual destacam três pontos essenciais sobre a ética na pesquisa social: o envolvimento do pesquisador com o campo, a análise do material coletado e o relato do conhecimento empírico. Quanto ao primeiro ponto, a auto-observação do pesquisador é crucial, pois a proximidade com o participante pode alterar a percepção de ambos, gerando intimidade que, por vezes, pode comprometer a imparcialidade do estudo. A análise do material, por sua vez, deve evitar superficialidades, buscando uma compreensão mais profunda, que vá além do que é dito verbalmente e que inclua outros contextos e ferramentas. Por fim, o relato do conhecimento deve ser sensível à reflexividade do pesquisador, que deve estar ciente de sua presença e influência durante o processo de coleta e construção do material.

De todo modo, deve-se pontuar que a pesquisa social de uma forma geral não é o contraponto do positivismo da ciência biomédica. Em geral, ainda persistem na pesquisa social tendências que aderem à perspectiva mais positivista de Durkheim e outras que seguem uma perspectiva mais compreensiva fundada por Max Weber. Recentemente, tem havido um movimento em direção à integração dessas abordagens, em um processo cuja síntese pode permitir que os pesquisadores abordem questões complexas, como a interseção de classe, raça e gênero, de maneira mais holística.

Nessa perspectiva, o contraponto da pesquisa social eticamente orientada, crítica e distante da instrumentalização colonial das ciências hegemônicas não se reduz apenas a aspectos epistemológicos e metodológicos, mas sobretudo recai sobre as dimensões éticas e políticas, em que os pesquisadores passam a compreender suas responsabilidades como agentes ativos de transformação da realidade social, especialmente em contextos em que as hierarquias coloniais (classe, raça, gênero e outros) persistem de modo estruturante.

Assim, no contexto da pesquisa social, o envolvimento do pesquisador eticamente comprometido com as transformações – e não apenas com as descrições – no campo é um aspecto fundamental, pois a proximidade com os participantes pode gerar tanto enriquecimento quanto desafios. O desafio ético na pesquisa social vai além das questões burocráticas dos comitês de ética e está intimamente relacionado à vulnerabilidade e ao acesso desigual ao conhecimento, especialmente quando se trata de populações marginalizadas. Este é um dos maiores dilemas éticos enfrentados pela ciência: como superar as desigualdades estruturais e dar voz aos silenciados?

A pesquisa social, em especial as de abordagens qualitativas e participativas, tem o potencial de transformar essa realidade, pois permite uma abordagem mais sensível às realidades locais, em que o participante deixa de ser visto como um simples objeto de estudo e se torna um colaborador ativo no processo de produção de conhecimento.

Contudo, a efetivação desse potencial frequentemente é limitada por obstáculos relacionados aos valores predominantes no campo científico, como a manutenção de uma visão de ciência suposta neutra, a falta de financiamento adequado e o escopo restrito das agendas editoriais, que priorizam a produção de dados quantificáveis e padronizados. Esses desafios, como apontado por Silva, Mendes e Nakamura (2012), podem comprometer a capacidade da pesquisa social de produzir conhecimentos que questionem as estruturas de poder e que, em vez de beneficiarem a pesquisa hegemônica, visem dar visibilidade e autonomia aos sujeitos pesquisados. Os paradigmas da ciência ocidental cartesiana, que priorizam a objetividade e a busca por dados quantificáveis, minimizam a complexidade dos fenômenos sociais e as especificidades das realidades vividas pelos sujeitos.

Essa é uma forma institucionalizada de colonialidade do saber denunciada por Walter Mignolo que, conforme discutido por diferentes autores, como Smith, Tuck e Yang (2019) e Kumar *et al.* (2022), manifesta-se na imposição do modelo universalista e normativo eurocêntrico sobre práticas científicas, desconsiderando epistemologias locais e metodologias que divergem da tradição hegemônica.

Tal processo gera desafios para os pesquisadores que buscam compreender fenômenos sociais complexos, como os impactos das tecnologias de saúde ou os dilemas ético-políticos do acesso a tratamentos. A ausência de diretrizes específicas para a pesquisa qualitativa e a sub-representação de pesquisadores dessa área nos espaços decisórios sobre ética em pesquisa reforçam essa assimetria epistemológica, dificultando avanços na regulação da pesquisa social em saúde.

Além disso, para garantir uma pesquisa verdadeiramente plural, contextualizada conforme argumentam Lorenzo e Neves (2023), é necessário superar a exclusividade da abordagem normativa e burocrática, incorporando contribuições da sociologia da ciência e dos estudos sociais da ciência e tecnologia. Essa integração permitiria uma análise mais profunda das relações de poder envolvidas na produção do conhecimento, promovendo um modelo regulatório que não apenas equilibra a proteção dos sujeitos com o reconhecimento das especificidades metodológicas da pesquisa social, mas que também torna a pesquisa social uma práxis de transformação social e mesmo de descolonização dos saberes.

CONCLUSÃO

Para situar a abordagem de aspectos éticos e metodológicos da pesquisa social, é necessário questionar a instrumentalização da ciência para o aprofundamento e a perpetuação das diferentes formas de colonialidade, incluindo desigualdades e explorações, que podem ocorrer desde a delimitação dos objetivos de pesquisa até sua divulgação e aplicação. Sustentada em suposições de objetividade e universalidade, a lógica hegemônica da ciência não se permite ver a si mesma como influenciada por interesses e valores, reforçando a manutenção de paradigmas científicos convencionais no desenvolvimento de um paradigma clínico centrado em vendas de medicamentos.

Contudo, ao considerar as especificidades, os saberes e as necessidades das populações hierarquizadas no contexto do sistema mundo moderno/colonial, a pesquisa social tem o potencial de oferecer alternativas ao modelo hegemônico de produção de conhecimento, permitindo a criação de saberes mais representativos e transformadores.

Nesse contexto, a definição do que é ciência na pesquisa social é desafiada, uma vez que ela envolve uma abordagem que reflete sobre as desigualdades e as dinâmicas de poder, especialmente aquelas relacionadas à colonialidade. Isso leva a pesquisa

social a enfrentar desafios éticos, como a adequação metodológica aos padrões exigidos pelos comitês de ética, como o CEP e a Conep, que muitas vezes se baseiam em uma lógica centrada em modelos de pesquisa hegemônica.

Nas práticas de pesquisa social, reconhecer e incorporar o saber do outro estabelecido na diferença colonial é dar um acento de legitimidade ao seu discurso e à sua existência, e para isso alguns pressupostos impostos pela ciência hegemônica, como objetividade e neutralidade, tentam desvalorizar a pesquisa social eticamente comprometida, buscando, de forma concreta, silenciar as vozes, os processos e os produtos daqueles pesquisadores e pesquisadoras, especialmente do Sul Global, que, longe de se renderem como instrumentos dos processos coloniais, buscam denunciá-los e superá-los.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, P. A.; CAVALCANTI, P.; MOURA, L. B. de A. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, p. e330103, 2023.
- BRASIL. Resolução nº 196/1996, versão 2012. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver-sao_final_196_encep2012.pdf. Acesso em: 6 jul. 2018.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2018.
- CARLOTTO, M. C.; GARCIA, S. G. Novos saberes, novas hierarquias: disputas contemporâneas em torno da profissão acadêmica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 33, n. 96, p. 1-19, set. 2018.
- DELFINO, M. S. de L. A colonialidade do saber: uma herança epistemológica colonial? *Revista Philologus*, Rio de Janeiro, ano 28, n. 83, p. 12-27, jun./ago. 2022.
- DEMO, P. Pesquisa social. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 17, n. 1, p. 11-36, 2008.
- DINIZ, D. A pesquisa social e os comitês de ética no Brasil. In: FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres, Editora UnB, 2010. p. 183-192.
- GONZÁLEZ, A. M. *En busca de la naturaleza perdida*. Estudios de bioética fundamental. Pamplona: Eunsa, 2000.

- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- KUMAR, M. et al. Decolonising global health research: shifting power for transformative change. *PLOS Global Public Health*, v. 2, n. 9, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/globalpublichealth/>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- LORENZO, C.; NEVES, F. Bioethics and sociology: the place of social studies of science and technology. *Interface*, Botucatu, v. 27, p. e220046, 2023.
- MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.
- MIGNOLO, W. D. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. In: MIGNOLO, W. D. *Desobediência epistêmica: retórica da modernidade, lógica da colonialidade e gramática da descolonialidade*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2010. p. 159-190.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINAYO, M. C. de S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.
- NASCIMENTO, W. F. do. A modernidade vista desde o Sul: perspectivas a partir das investigações acerca da colonialidade. *Padê: Estudos em Filosofia, Raça, Gênero e Direitos Humanos*, [s. l.], v. 1, n. 1-2, p. 1-19, 2009. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pade/article/view/1071>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- OLIVEIRA, C. L. R. Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C. et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: Eduff, 2004. p. 33-43.
- PEIXOTO, P. Ética e regulação da pesquisa nas Ciências Sociais na sociedade do consentimento. *Educação: Revista Quadrimestral*, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 150-159, maio/ago. 2017.
- PORTO, D.; CUNHA, T.; MARTINS, G. Z. *Resolução CNS 466/12: uma crítica necessária*. Brasília: CFM, 2013.
- ROSA, M. C. Por uma ética da ontoformatividade: reflexões e proposições sobre a relação ontológica entre teoria e pesquisa na sociologia contemporânea do Sul Global. *Sociedade e Estado*, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 885-906, set. 2022.
- SILVA, C. R. de C. e; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012.
- SMITH, L. T.; TUCK, E.; YANG, W. Indigenous and decolonizing studies in education: mapping the long view. *Educational Studies*, 2019. Disponível em: <https://www.taylorandfrancis.com/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SOUZA, N. C. S. de; NASCIMENTO, A. M. do. Apontamentos críticos sobre a colonialidade do saber: em defesa da pluralidade na construção do conhecimento. *Articulando e Construindo Saberes*, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 247-272, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/racs/article/view/55383>. Acesso em: 11 nov. 2024.

Recebido em: 31/03/2025

Aprovado em: 11/06/2025

A CONSTRUÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NO ÂMBITO DA SAÚDE

THE CONSTRUCTION OF THE FREE AND INFORMED CONSENT FORM IN THE HEALTH SCOPE

Simoni Maria Teixeira Ricetti

Doutora em Teologia e mestra em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Graduanda em Teologia pelo Centro Universitário Internacional Uninter. Pedagoga na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

E-mail: simoniricetti@gmail.com

Bruno de Paula Checchia Liporaci

Mestrando pelo Programa de Planejamento e Análise de Políticas Públicas (PAPP) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

E-mail: bliporaci@yahoo.com.br

Ipojucan Calixto Fraiz

Doutor e mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médico.

E-mail: fraiz@uol.com.br

Waldir Souza

Doutor em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Professor nos Programas de Pós-Graduação em Bioética e Teologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: waldir.souza@pucpr.br

Resumo: Este artigo explora a mais eficiente nomenclatura para a construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no âmbito da saúde, assim como um olhar sobre particularidades que culminem na anuência do documento. O TCLE é um documento que tem a finalidade de esclarecer o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos dos tratamentos recomendados aos pacientes. Busca promover a participação informada ativa e autônoma dos pacientes, fornecendo informações adequadas, como benefícios, riscos, consequências e alternativas de tratamento. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que tem como principal objetivo fornecer um panorama do ponto de vista dos médicos da rede pública (Programa Saúde da Família) de um município do interior de São Paulo

sobre as características construtivas do consentimento livre e esclarecido, como sua conceitualização, o direito ao consentimento informado e as limitações dos procedimentos clínicos para os quais o consentimento deve ser obtido. Os encontros ocorreram de forma presencial, e a coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontaram que, dos 26 médicos entrevistados, 57,7% responderam que a categoria TCLE é a melhor forma para denominar o documento. Já 19,2% acreditam que a categoria consentimento informado é a mais adequada, e 15,4% afirmam que a designação mais apropriada é a categoria consentimento esclarecido. Para além da nomenclatura apropriada, ressalta-se a importância do agir comunicativo do médico para com seu paciente, lembrando que o respeito à autonomia deste é mais do que uma assinatura, é um princípio bioético fundamental no processo de consentimento.

Palavras-chave: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Autonomia. Direitos dos Pacientes. Agir comunicativo. Bioética.

Abstract: This article explores the most efficient nomenclature for the construction of the Free and Informed Consent Form (TCLE) in the healthcare field, as well as an analysis of particularities that lead to the approval of the document. The TCLE aims to clarify the diagnosis, prognosis, risks, and objectives of the recommended treatments for patients. It seeks to promote active and autonomous informed participation by providing adequate information on benefits, risks, consequences, and treatment alternatives. This is a qualitative descriptive study whose main objective is to provide an overview from the perspective of physicians working in the public health system (Family Health Program) of a city in the interior of São Paulo state regarding the structural characteristics of the free and informed consent process, including its conceptualization, the right to informed consent, and the limitations of clinical procedures requiring consent. The data collection took place through in-person meetings and semi-structured interviews. The results showed that, among the 26 physicians interviewed, 57.7% stated that TCLE is the best term to designate the document, while 19.2% believe that informed consent is the most appropriate term, and 15.4% prefer the designation clarified consent. Beyond the appropriate nomenclature, the importance of the physician's communicative approach with the patient is highlighted, emphasizing that respect for patient autonomy is more than just a signature it is a fundamental bioethical principle in the consent process.

Keywords: Free and Informed Consent Form. Autonomy. Patient Rights. Communicative action. Bioethics.

INTRODUÇÃO

O *télos* deste estudo é equiparar a nomenclatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de chamar a atenção para uma possível padronização do referido documento nos mais diversos centros de saúde brasileiros, bem como em rever particularidades para anuência dele. Como não corroboraram artigos com os mesmos objetivos no momento da construção da pesquisa, este trabalho apresenta-se como uma inovação para o meio científico.

Ao analisarmos o TCLE na literatura, identificamos duas perspectivas teóricas. Uma relaciona-se a questões da saúde, e a outra refere-se às escolhas autônomas dos pacientes no caso de intervenções diagnósticas ou terapêuticas na assistência à saúde. Neste estudo será dado um enfoque às questões que envolvem as escolhas dos pacientes, lembrando que a outra perspectiva está presente em pesquisas que envolvem seres humanos que participam de pesquisas científicas.

No caso da assistência à saúde, o TCLE é um instrumento que possui peso jurídico, tendo por finalidade explicar de forma estrutural e detalhada o procedimento terapêutico que será realizado no paciente, enfatizando as possíveis complicações que possam vir a ocorrer no percurso do tratamento, ou seja, seus riscos e benefícios. O TCLE é responsável, em larga medida, por legitimar a atuação do profissional de medicina e salvaguardar a dignidade humana do paciente em sua autonomia, integridade física e liberdade de escolha de anuir ou não ao conteúdo do instrumento. Recomenda-se que ele deve ser aplicado antes da realização de todo e qualquer procedimento terapêutico, para que o paciente possa, caso as tenha, sanar suas dúvidas (Dall'Acqua, 2022).

Inicialmente o TCLE era uma expressão de colaboração entre terapeuta e paciente, sem referência à liberdade ou autonomia. Esse modelo de documento foi respaldado pelo povo hebreu, que aceitou como lei essa relação de colaboração. Contudo, foi por meio do filósofo Immanuel Kant (1724-1804) que se enfatizou a discussão sobre a liberdade humana e a mudança de paradigma da humanidade de um paciente submetido ao poder profissional para um paciente que conhece as suas próprias escolhas (Slawka, 2005).

Houve relatos na Inglaterra sobre a condenação de um cirurgião por não ter recebido o consentimento do seu paciente para a realização de um processo cirúrgico. Trata-se do caso *Slater v Backer e Stapleton*, que resultou na amputação do membro do paciente, isso em 1767. Logo após esse fato, na literatura não se encontram evidências significativas sobre a importância de TCLE. Somente em 1830 é que esse tema reaparece com a publicação de um trabalho sobre o uso do termo de consentimento na área médica (Lopes Jr., 2018).

A urgência de explorar essa temática ganhou maior proporção após o conhecimento dos casos de experimentação e ante as atrocidades que envolviam as pesquisas

com seres humanos na Segunda Guerra Mundial. Como resposta a essas atrocidades, houve a necessidade da criação do Código de Nuremberg. Esse código foi criado como uma resposta ética diante das desumanidades ocorridas nessas pesquisas que envolviam seres humanos sem qualquer tipo de consentimento. Nesse documento, enfatizava-se a necessidade de consentimento voluntário e informado dos participantes de pesquisas científicas, marcando um importante avanço na ética em pesquisa. Embora não se referisse diretamente ao TCLE, estabeleceu-se uma base para a prática de consentimento informado (Slawka, 2005).

Outras documentações surgiram ao longo do tempo: o Relatório Belmont, de 1978, buscou elencar os princípios éticos de proteção aos participantes de pesquisas científicas. A Declaração de Lisboa em 1981, sobre os direitos dos doentes. Todo esse movimento em busca de fixar documentos que respeitassem a autonomia do participante da pesquisa ou do enfermo nos seus respectivos cenários colocava em evidência a necessidade da manutenção da dignidade humana como um imperativo ético. Contudo, “só com a evolução da bioética é que este conceito fundamentado no princípio da autonomia foi verdadeiramente definido com os deveres e direitos clarificados na prática clínica” (Almeida, 2007, p. 40). A Declaração de Bioética de Gijón, elaborada pelo Comitê Científico da Sociedade Internacional de Bioética, inclui na sétima recomendação que o paciente e o seu médico devem estabelecer conjuntamente os termos do tratamento (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2002).

No Brasil ainda não há leis específicas que abordem o TCLE. Em lugar disso, o artigo 22 do Código de Ética Médica (CEM) estabelece que o profissional de saúde deve sempre obter o consentimento ou fornecer uma explicação sobre o procedimento que será realizado, salvo em situações em que há risco de morte. O artigo 34 do CEM exige que se faça um relato do diagnóstico, dos objetivos do tratamento, dos riscos e do prognóstico. No entanto, uma exceção é que a comunicação deve ser direcionada a um representante legal se essas informações forem bastante delicadas (Conselho Federal de Medicina, 2018).

O TCLE é um elemento central da bioética e dos seus princípios, incluindo o direito do paciente à liberdade, à autonomia, à privacidade e à autodeterminação. Reforça-se que, ao garantir autonomia do paciente perante uma patologia, ninguém pode tomar decisões por ele, e, se ele não puder, esse direito passa para um familiar ou representante legal, mas não para os médicos (Castro *et al.*, 2020).

Esse documento de saúde tem como objetivo esclarecer o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos dos tratamentos recomendados aos pacientes para promover a participação informada, ativa e autônoma e o empoderamento deles, fornecendo informações adequadas, como benefícios, riscos, consequências e alternativas

de tratamento. Em qualquer caso, existe um processo para consentimento do paciente, e não uma simples assinatura. Após a assinatura, o paciente concede a sua anuência, e, portanto, o termo de consentimento deve ser integralmente respeitado, mesmo que essa decisão seja diferente da posição da equipe médica (Silva, 2017).

A base documental do TCLE é o princípio bioético da autonomia. Para a área da saúde, sua aplicabilidade é preventiva, uma vez que o uso dele está atrelado à proteção jurídica dos profissionais. Contudo, essa visão é errônea. O documento tem como fator primordial promover a autonomia do paciente pelo ato de consentir (Lefevre; Cavalcanti Lefevre; Cavalcanti, 2015).

O consentimento é um ato ou procedimento de aceitação. A autorização é um termo com diferentes significados, independentemente dos diferentes pontos de conexão na estrutura do “mundo normativo”, mas também do “mundo da história”, ideias, princípios, normas e modelos interpretativos – formação de consenso verbal, o qual possui várias direções, cada qual com suas formas de expressão e compreensão (Fernandes; Goldim, 2021).

Assim, este estudo visa promover discussões acerca do ponto de vista dos médicos sobre os elementos da construção do TCLE, perfazendo passo a passo os elementos construtivos desse registro documental, tendo como elemento o direito à informação, e a forma da condução para obtenção do aval com assinatura do paciente no referido documento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que tem como principal objetivo fornecer um panorama do ponto de vista dos médicos da rede pública de uma cidade da região metropolitana de Ribeirão Preto, em São Paulo, da Alta Mogiana, com cerca de 42 mil habitantes e com clima tropical de altitude, sobre as características construtivas do consentimento livre e esclarecido, como sua conceituação, o direito ao consentimento informado e as limitações dos procedimentos clínicos para os quais o consentimento deve ser obtido.

Para isso, realizaram-se entrevistas semiestruturadas. As chamadas para participação no estudo foram realizadas por meio de carta-convite (Anexo A) enviada para a diretora do Programa Saúde da Família (PSF) do município. A diretora, por sua vez, fez o convite para todos os membros de sua equipe. O convite foi repassado para 41 profissionais, recebendo respostas de 26. Os profissionais do município encontram-se divididos em nove unidades básicas de saúde da família e um centro de saúde (especialidades), tendo idade variada entre 25 e 65 anos. Quinze dos profissionais são do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Com relação às especialidades médicas: nove clínicos gerais, três psiquiatras, dois infectologistas, um pneumologista, um cardiologista, dois ginecologistas

e obstetras, um urologista, um ortopedista, um dermatologista, um oftalmologista, dois pediatras, um otorrinolaringologista e um cirurgião gastroenterologista.

Como abordagem para a entrevista, inicialmente foi realizado um contato verbal com os gestores do PSF. Esse contato teve como propósitos apresentar o objetivo da pesquisa e construir uma ponte entre os profissionais de saúde. O contato com os médicos só foi realizado após o consentimento efetivo da parte deles; a partir disso, foi possível estruturar as questões de planejamento e agendamento da entrevista. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2019 a março de 2020. Alterações se fizeram necessárias no agendamento das entrevistas, atendendo às necessidades dos médicos participantes, sendo algumas pelos motivos a seguir: não puderam participar no horário e data combinada, encontravam-se afastados por atestado médico, por usufruírem de direito a benefícios e outros fatores.

No primeiro momento, realizou-se a leitura no TCLE. Em seguida, o médico assinou e deu sua anuência. Em seguida, começou a entrevista, que foi gravada ao vivo por meio do aplicativo disponível no *Google Play*. O tempo da entrevista não foi determinado, ficando a critério dos médicos participantes. As perguntas foram de cunho aberto, o que permitiu que o entrevistado refletisse e perguntasse caso houvesse alguma dúvida, tendo liberdade para responder aos questionamentos de acordo com a realidade experienciada. A duração da entrevista foi de 10 a 20 minutos.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica análise de conteúdo, que vem a ser um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados para o desvendar crítico. A partir disso, torna-se possível inferir categorias como agrupamento interpretativo do discurso, desvendando assim fenômenos, temas ou questões (Bardin, 2016).

As inferências feitas na análise de conteúdo são aplicações potenciais para proporcionar a categorização, implicada da própria análise (Bardin, 2016). Elas fornecem uma descrição analítica que permite a classificação dos componentes. Bardin (2011) aponta que o maior interesse desse instrumento de pesquisa se dá pela obrigatoriedade que reside na observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa. A análise do conteúdo pode ser traduzida como uma “hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (Bardin, 2011, p. 15). Por sua vez, “a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados”, não se fixando a mostrar apenas o lado quantificável das pesquisas, mas explorando detalhes da realidade de um meio (Minayo; Deslandes; Gomes, 2012, p. 22). Dessa forma, por meio das inferências realizadas, há a possibilidade de realizar as interpretações das mensagens transmitidas (Bardin, 2016).

Os resultados foram transcritos e referenciados no banco de dados do *Statistical Program of Social Science* (SPSS) v. 19 para Windows. Para facilitar a análise comparativa e a identificação de lacunas no conhecimento atual, organizaram-se as informações compiladas em seções temáticas.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a diretriz estabelecida pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) e recebeu o CAAE nº 96321318.5.0000.5393.

A MELHOR NOMENCLATURA CONCEITUAL DO DOCUMENTO NA VISÃO DOS MÉDICOS

No âmbito da saúde, o TCLE também é conhecido como consentimento informado. Essa variação de nomenclatura conceitual causa certa discrepância no que concerne à distinção entre o TCLE no campo da assistência à saúde e o TCLE na área da pesquisa médica. É importante salientar que ambos estão direcionados ao direito de informar, bem como fortalecer o exercício da autonomia do paciente e/ou do participante da pesquisa. Em termos de assistência à saúde, trata-se de autonomia voltada para o cuidado do indivíduo no seu bem-estar dentro das terapêuticas ofertadas no cuidado da pessoa enferma. Já no campo da pesquisa médica, trata-se de autonomia destinada à proteção dos participantes de pesquisa.

Sobre o TCLE no campo da saúde, convém retomar as expressões utilizadas por Fernandes e Goldim (2021) e já mencionadas anteriormente: o procedimento de aceitação não se refere apenas ao “mundo normativo”, mas também ao “mundo da história” dos pacientes/usuários. Ao referir-se ao mundo da “história de uma pessoa”, há de se levar em consideração seus princípios, valores e a sua própria cosmovisão. A coleta do consentimento do paciente/usuário após uma explanação detalhada sobre as terapêuticas a serem realizadas, antes de ser um procedimento legal, é um procedimento ético. É ético pelo fato de lidar com identidades humanas e por estar intimamente ligado à manutenção do exercício da autonomia de um ser humano.

Nedy Neves e José Eduardo de Siqueira (2010, p. 443) entendem a autonomia como “a capacidade de tomar decisões segundo os valores próprios de cada indivíduo livre de quaisquer coações externas”. Pontuam a partir de Kant a autonomia como autodeterminação, sendo um atributo da vontade humana. No que concerne a esse atributo, segundo Foucault (1979), os enfermos perdem o direito em relação aos tratamentos que envolvem o próprio corpo e, por isso, não têm a possibilidade de exercer a sua autonomia (Foucault *apud* Neves; Siqueira, 2010, p. 443). Quando se consideram as duas premissas, a “autonomia é aqui entendida no sentido de assumir a decisão sobre si, de corpo e alma, no respeito à convicção de cada um” (Neves; Siqueira, 2010, p. 443).

Respeitar a autonomia da pessoa enferma torna-se um ditame ético. Contudo, cabe ressaltar que, como consequência, isso também asseguraria o profissional da

saúde de questões referentes a processos judiciais. Torna-se importante esclarecer que quem assume o protagonismo nas tomadas de decisões sobre o seu corpo e sobre as terapêuticas que serão realizadas nele é o paciente. Entretanto, uma boa construção desse documento também traria benefícios para os profissionais, pois, além de informar os pacientes/usuários acerca dos danos e benefícios do tratamento orientados por condutas éticas, evitaria desgastes desnecessários no que tange a processos judiciais.

Diante das particularidades explanadas com respeito ao TCLE, este artigo propõe a seguinte reflexão:

- Qual é a mais eficiente nomenclatura conceitual para o documento?

Os resultados auferiram as seguintes categorias: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentimento informado, consentimento esclarecido, consentimento pós-informado.

Para a manutenção do sigilo e da confidencialidade da identidade dos participantes da pesquisa, foram estabelecidos códigos de acordo com a ordem da realização das entrevistas: do Méd 1 até o Méd 26.

Dos 26 médicos entrevistados, 57,7% responderam que a categoria Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é a melhor forma para denominar o documento, o que pode ser testemunhado nas falas dos médicos apresentadas a seguir:

Acho o nome termo de consentimento livre e esclarecido melhor do que os outros, porque é mais amplo e aumenta a abrangência do nome e ponto. Termo de consentimento informado, agora livre e esclarecido, mostra que você teve esclarecimento sobre aquela situação ponto, então eu ficaria com o termo de consentimento livre e esclarecido mesmo, acho que é o melhor (Méd 1).

De todas as denominações que eu já presenciei, creio que termo de consentimento livre e esclarecido seria a forma mais adequada, pois ele expressa que o termo é um documento, só de ser termo tem que ser entre ambas as partes, esclarecido é que a pessoa foi esclarecida. E livre que ela deu a sua anuência sem imposição (Méd 9).

Creio que a mais correta é termo de consentimento livre e esclarecido. Esta própria nomenclatura é mais ampla do que as outras, prevalecendo então que ela abarca todas as outras formas (Méd 20).

Vale esclarecer que o TCLE é uma tradução do francês *Consentement Libre et Éclairé*. No mundo, cada língua utiliza a expressão que mais lhe convém. Em outras línguas latinas, há, por exemplo, a expressão consento informado. Na língua portuguesa, há uma gama de variações para a conceituação do TCLE, como consentimento pós-informado, consentimento esclarecido, consentimento informado e consentimento consciente (Clotet, 2009).

Entre os profissionais analisados, 19,2% acreditam que a categoria consentimento informado é a mais adequada:

Eu acho consentimento informado, porque é o que eu estou acostumado e creio que a grande maioria dos colegas (Méd 12).

O consentimento informado, seja, são dois verbos, o de consentir e o de informar (Méd 4).

Enquanto 15,4% afirmam que a designação mais apropriada é a categoria consentimento esclarecido: “Consentimento esclarecido, para a pessoa assinar, tem que ser bem esclarecido. A pessoa tem que entender o que foi explicado para ela poder assinar e concordar” (Méd 3).

Na sequência das análises, 7,7% acreditam que o mais apropriado é utilizar a categoria consentimento pós-informado.

Eu acho que consentimento pós-informado, que é uma oportunidade da gente de esclarecer para o paciente o que está envolvido nisso. Entender se realmente ele compreendeu do que se trata, o quem está envolvido nisso. Então, ele tomar a decisão do que ele quer fazer, né? (Méd 21).

A gama de denominações para o TCLE é tão extensa que Constantino, Barros e Hirschheimer (2009), em um estudo, advertem para os desdobramentos das terminologias ao se referirem ao consentimento informado: ciência e consentimento, consentimento após informação, consentimento livre e esclarecido, consentimento pós-informação, formulário de autorização de tratamento, termo de aceitação do tratamento médico-cirúrgico ambulatorial, termo de consentimento esclarecido, termo de consentimento informado, termo de esclarecimento e consentimento, termo de esclarecimentos.

A vasta nomenclatura atribuída ao TCLE, ou seus desdobramentos, conforme já discorrido, torna-se um convite à reflexão sobre uma padronização do nome do documento para um melhor entendimento de quem recebe a informação, ou seja, do paciente, o qual é o protagonista do cuidado.

A partir dos dados obtidos na pesquisa, é possível perceber uma discrepância quanto ao nome dado ao documento, isso devido à variedade de nomes que o próprio documento recebe. Se essa discrepância está presente entre os profissionais médicos, que dirá para os pacientes que recebem as informações, ou seja, que deveriam receber essas informações da forma mais clara possível. Essa dissonância com relação ao nome do documento poderá confundir ainda mais o paciente. Pode ocorrer que, se um paciente não tiver discernimento para entender o conteúdo do documento, ele também não terá discernimento para saber qual documento está assinando. Tal situação poderia comprometer o seu tratamento em saúde e, como consequência, o exercício de sua autonomia.

Como assinar um documento que não entendo? Como assinar um documento a respeito do qual tenho muitas dúvidas? Cairíamos aqui em um paternalismo médico? Ou seja, o médico decide qual o melhor tratamento e ponto final. E como ficam as vontades, os juízos e os valores dos pacientes? Irrompe aqui um entrave bioético: se a pessoa assina algo sem entender, ela realmente está exercitando a sua autonomia?

Autonomia “significa autogoverno, autodeterminação da pessoa tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais” (Muñoz; Fortes, 1998, p. 57). É pela autonomia que a pessoa tem a capacidade de escolher o que é melhor para si, tendo liberdade de pensamento para tomar decisões que envolvam o seu bem-estar perante as alternativas que lhes são apresentadas.

Uma escolha autônoma acontece quando se criam e se apresentam alternativas de possíveis ações. Nos cuidados em saúde, é incontestável o respeito à autonomia da pessoa que está em cuidados médicos. E é nesse cenário que o agir bioético busca amparar as discussões que envolvem médicos e pacientes. Marculino Camargo (2010, p. 14) depreende que a bioética não acontece por um decreto autoritário, mas a partir da reflexão filosófica, pois “é um empenho total de constante construção e reconstrução de dados na mente da pessoa”. A bioética considera juízos, valores e ideias do senso comum, e assim constrói atitudes conscientes e sólidas no que diz respeito ao humano e ao que está em seu entorno. Para tanto, a bioética exerce um papel central na condução da ação comunicativa, devendo considerar a biografia do paciente que concomitantemente acontece no seu “mundo da história”, como bem expressaram Fernandes e Goldim (2021).

A INFORMAÇÃO COMO DIREITO E PONTE PARA ORIENTAR A AÇÃO COMUNICATIVA

O direito à informação é premissa primordial do TCLE. É por meio da revelação da informação que se deve iniciar uma comunicação esclarecedora. Esta deve ser feita de forma pautada não somente no diagnóstico, mas também na ponderação das

alternativas terapêuticas. Sendo assim, nessa linha de comunicação é que deve ser construído o documento, considerando os riscos, os benefícios e a qualidade de vida do paciente. O processo de troca de informações entre as partes deve considerar o respeito à autonomia da pessoa enferma, como também suprimir qualquer tipo de coerção. Para tanto, o diálogo deve acontecer de forma leve e clara, para que não reste qualquer tipo de dúvida para o paciente (Moser, 2004).

O método *tech bach* mencionado por Matthew White *et al.* (2013) é inspirado no agir comunicativo de Habermas e tem por finalidade pontuar questões que cooperem no processo de esclarecimento entre o profissional da saúde e o paciente. Para tal intuito, White *et al.* (2013) listam quatro condicionantes essenciais para uma efetiva comunicação:

- 1) deliberação sem deformações internas ou externas;
- 2) livre expressão dos argumentos;
- 3) acolhimento de argumentações discordantes;
- 4) busca por soluções razoáveis e prudentes.

Assim, todo o processo de esclarecimento deveria ser conduzido por meio de uma conversa, dando à pessoa adoecida a capacidade de tomar decisões completamente independentes a partir do que lhe foi comunicado. Tal prática fortaleceria o estabelecimento de vínculo na relação médico-paciente e evitaria constrangimentos futuros. A exemplo disso, caso os pacientes alegassem que não foram totalmente informados sobre as terapêuticas que constituíam o seu tratamento em saúde.

O método *tech bach* possibilita verificar se o paciente compreendeu a informação que lhe foi transmitida, sendo um possível caminho para assegurar que se realize uma comunicação além de clara, consistente. A dinâmica do referido método compreende pedir ao paciente que explique tudo o que ele entendeu do que lhe foi comunicado. Ao permitir que o paciente repasse ao médico o que assimilou, o próprio médico poderá detectar tanto o que o paciente compreendeu quanto o que não compreendeu. Dessa forma, o médico poderá aclarar as dúvidas existentes e evitar a escuta de respostas rasas, como sim e não, permitindo que haja uma avaliação do grau de entendimento do que realmente o paciente entendeu (White *et al.*, 2013).

Esse processo é necessário porque a revelação das informações é fundamental para a anuência do paciente no TCLE. A pesquisa atestou que 16 dos profissionais entrevistados, ou seja, 61,5% dos participantes concordam que a revelação de informações é a chave para que o paciente assine o TCLE. Já 34,6% acreditam que a revelação da informação não serve como base para a assinatura do TCLE. E apenas 3,8% pontuaram que depende se a revelação da informação serve de base ou não para a assinatura do documento.

Tabela 1: Aspectos éticos relacionados com a revelação da informação para a assinatura no documento

Quanto ao fato de a revelação da informação servir como base para a assinatura do TCLE				
Respostas	Sim	Não	Depende	Uníverson total
Participantes	16	9	1	26
%	61,5 %	34,6%	3,8%	99,9%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tendo em vista que receber uma comunicação clara e bem fundamentada é direito do paciente e que 61,5% dos profissionais entrevistados concordam que a forma de revelar as informações é o segredo para aquiescência do documento, o desafio que se apresenta é como criar uma ponte que oriente a ação comunicativa.

Pontes têm a finalidade de transpor obstáculos, interligando pontos segregados e de difícil acesso. O mesmo ocorre na comunicação – cada paciente é um ser humano singular. Em sua irrepetibilidade, o paciente se encontra imerso no mundo de sua história, do qual fazem parte seus princípios, seus valores e a forma como se conecta com o mundo. Quando se pensa em uma ação comunicativa, ela deve estar pautada na diversidade humana e nunca ser considerada como uma linha de produção em massa. Nesse ínterim, a bioética como “ciência da sobrevivência”, expressão cunhada por Van Rensselaer Potter em 1970, poderá servir de ponte para guiar a ação comunicativa, pois promove o diálogo entre as ciências e a reflexão ética.

A humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o “conhecimento de como usar o conhecimento” para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida. Esse conhecimento de sabedoria como um guia para a ação – o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social – poderia ser chamado de *ciência da sobrevivência*, seguramente o pré-requisito para a melhoria da qualidade de vida (Potter, 2016, p. 27, grifo no original).

Potter (2016) enaltece a sabedoria como um guia para realizar uma ação, pois esta, além de trazer o conhecimento, possibilita também gerenciá-lo em prol do bem social.

No mesmo segmento, Habermas, em sua teoria do agir comunicativo, procura migrar os fundamentos da razão subjetiva para o entendimento intersubjetivo, buscando revelar, por meio de uma reflexão crítica, uma estrutura para os processos comunicativos. Procura recuperar o esquecido exercício da reflexão e aponta a necessidade de realizar a análise pragmática por intermédio das interações sociais, para, então, tentar revelar “as estruturas gerais da comunicação linguística, que são universais e, sobretudo,

a possibilidade de uma reflexão crítica”. Habermas, ao cunhar o conceito do agir comunicativo, traz “uma concepção de razão situada historicamente – como algo concretizado na história, sociedade, corpo e linguagem” (Menezes Junior; Brzezinski, 2018, p. 446).

Uma comunicação objetivada na história de vida do paciente, a qual considera o meio em que ele está inserido, levando em conta “as implicações ético-morais e os processos argumentativos”, para Habermas, é o tipo de comunicação que procura um “acordo consensuado” (Menezes Junior; Brzezinski, 2018, p. 446). Pode-se depreender que uma comunicação que atinja “um acordo consensuado” ou que pelo menos tenha a intenção de buscá-lo seria o caminho mais prudente para se obter a assinatura do paciente no TCLE. Prudente pelo fato de o profissional médico considerar a biografia do paciente para então buscar a melhor forma de comunicá-lo sobre o seu tratamento. E, mais uma vez, prudente porque somente por meio de uma comunicação clara e efetiva é que o paciente poderá fazer o exercício de sua autonomia e proceder com a sua anuência no TCLE.

Com as informações explicitadas e a realização da descrição dos procedimentos, o próximo passo é realizar as discussões acerca dos métodos alternativos, informando os seus riscos e benefícios para o tratamento. Informações como tempo de recuperação, dieta, cuidados específicos durante o tratamento e sua adesão ou não ao tratamento deverão estar bem claras no documento.

Como se pode perceber, o TCLE não é só um documento exposto para satisfazer os princípios bioéticos ou meramente um documento para cumprir tabelas administrativas, e sim um termo que mexe com a dignidade humana. É por meio do TCLE e de uma comunicação humanizada que os pacientes poderão buscar um bem-estar maior durante o seu período de tratamento, como também alívio e conforto nos processos de despedida da vida.

A CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO: DO PROCESSO AO CONSENTIMENTO

O processo para construir o TCLE até chegar à sua assinatura deve vir em concordância de ambas as partes, satisfazendo ambos os lados. Caso sinta necessidade, o paciente deve ter tempo para consultar seus familiares e mesmo outros profissionais. Só depois de esclarecido, o paciente deve anuir ao consentimento por meio de uma assinatura.

Todo documento é construído a partir de uma realidade que se apresenta. A construção de um documento tem por finalidade atingir um propósito, trazer uma mensagem e esclarecer algo de fácil ou difícil compreensão. No caso do TCLE no âmbito da saúde, que tem como intenção explicar ao paciente as terapêuticas que serão realizadas no seu tratamento, sua construção deverá ser realizada à luz dos princípios que buscam salvaguardar a dignidade humana. Quando se considera que o paciente tem autonomia

para a recusa dos tratamentos propostos ou a adesão a eles, torna-se imperioso que o documento seja escrito em linguagem acessível e de fácil compreensão, e que os médicos busquem sanar todas as dúvidas que seus pacientes lhes comuniquem.

Para que ocorra um “acordo consensuado”, expressão utilizada por Habermas, as duas partes precisam refletir sobre os pontos apontados por uma das partes, escutar a outra parte, deliberar em conjunto sobre esses pontos, para então chegar ao consentimento. É um processo um tanto complexo, pois envolve as singularidades humanas. O ideal seria que o conteúdo do documento conseguisse satisfazer todas as partes envolvidas, mas nem sempre isso é possível. Nesse ínterim, a bioética, como um guia para orientar a ação, na falta de uma resposta ótima, busca uma resposta mais prudente para a adesão ou não ao tratamento em saúde, o que viria a culminar na assinatura ou não do documento. Cabe ressaltar que o papel do médico é fundamental para a assinatura do documento, pois um diálogo respeitoso, advindo de uma comunicação pautada nos princípios da humanização, é a chave para o assentimento nos tratamentos de saúde.

É importante considerar que talvez alguns pacientes não queiram decidir sozinho sobre qual conduta devem adotar. Nessa situação, se for da vontade do paciente, munido de todas as informações recebidas do médico, ele poderá partilhar suas dúvidas e angústias com seus familiares. É um procedimento eticamente aceitável, desde que a palavra e a decisão final sejam do paciente, e não da família. A construção do TCLE deve ser feita com calma, mas também é importante considerar a urgência a depender do quadro clínico do paciente. Mesmo assim, não se devem desconsiderar a história de vida e o mundo no qual o paciente se encontra imerso.

Isso vem ao encontro dos dados coletados na pesquisa, em que 15 dos entrevistados, correspondendo a 57,7%, consideram que o TCLE deve ser construído com calma. Para ser esclarecido, o paciente deve ter primeiramente suas dúvidas sanadas, para então decidir de acordo com seus valores sociais, familiares, culturais e religiosos (Lefevre; Cavalcanti Lefevre; Cavalcanti, 2015).

Tabela 2: Aspectos relacionados à anuência do TCLE [n (%)]

Quanto à assinatura do TCLE, dando aval para a decisão sobre este ou aquele tratamento ser construído com calma (tempo)				
Respostas	Sim	Não	Depende	Universo total
Participantes	15	8	3	26
%	57,7%	30,8%	11,5%	99,9%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto ao tempo, conforme exposto na Tabela 2 e corroborado pelos seguintes participantes da pesquisa:

Eu acho que necessita de um tempo maior (Méd 6).

Sim, eu acho que vale a pena a gente conversar sobre isso de uma forma bem esclarecedora e perder tempo mesmo conversando, talvez até esperando dias para resolver que conduta seja tomada (Méd 8).

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido, apresenta de forma detalhada o processo de obtenção desse consentimento. É fundamental que o indivíduo tenha autonomia ao tomar sua decisão, e a resolução destaca a importância de fornecer todas as informações de maneira clara e acessível, permitindo tempo suficiente para reflexão antes que ele conceda sua aprovação (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

De acordo com Márcio Melendo *et al.* (2016), é crucial que o consentimento seja dado de forma livre, sem pressão física ou temporal. Nesse sentido, é importante que o médico oriente o paciente para que ele possa compreender totalmente sua condição e tenha tempo suficiente para refletir antes de tomar uma decisão.

Três entrevistados, ou seja, 11,5% dos médicos participantes acreditam que a dependência da assinatura está relacionada, em suas respostas, principalmente com características ligadas à interpretação cognitiva do paciente ou ao nível de gravidade do diagnóstico, como pode ser observado:

Tá, eu acho que depende do diagnóstico. Por exemplo, se eu diagnosei uma colecistite ou uma apendicite aguda, eu vou ter que falar naquele momento para o paciente. Agora, em casos oncológicos, o diagnóstico é mais pesado, tem até alguns protocolos, como o Protocolo Spikes. Há várias regras, várias condutas que o médico tem que tomar. Vai por partes: primeiro dá a notícia, às vezes não fala de uma vez, vai devagar, explica para o paciente, deixa o paciente ir para casa conversar com a família. Então, para mim, varia do diagnóstico. Tem diagnóstico que é mais tranquilo, é só operar, mas tem diagnóstico que tem que conversar com o paciente (Méd 5).

Eu acho que sendo bem esclarecido... Depende do caso; eu acho que depende do tipo de cirurgia, é só a participação dela, a assinatura (Méd 12).

Contudo, oito médicos, em outros termos, 30,8% dos participantes do estudo, discordam, acreditam que o TCLE deve ser apresentado imediatamente após a divulgação da informação, sem dar tempo para o paciente processar as informações essenciais

para tomar uma decisão, já que ele está sob pressão por conta da gravidade de sua condição de saúde:

Quem sabe a estruturação morfológica da doença é o médico, como ele detém o conhecimento, através de sua especialidade, creio que não há necessidade de espera para assinatura (Méd 3).

É, não precisa de várias avaliações para assinar, até porque na maioria das situações que a gente usa são para quadros imediatos, né? Então é uma decisão que o paciente tem de tomar naquele momento, com o nosso respaldo no prontuário e o respaldo do paciente também (Méd 25).

A postura explicitada pelo médico 3 volta-se para uma medicina biologicista, como bem citou: “Quem sabe a estruturação morfológica da doença é o médico”. Ter o conhecimento científico sobre sua especialidade é algo que se espera de um médico comprometido com os seus pacientes e a sua profissão. Contudo, a professora Rosana Alves (2018), em seu discurso no Fórum Nacional de Ensino Médico de 2017, traz um pontual alerta quanto à formação médica no Brasil. Sugere que os médicos não se fixem apenas na dimensão física do paciente:

O desafio que é formar um médico com todas as competências, habilidades e atitudes esperadas e a dificuldade desta formação quando o docente/preceptor, como “espelho”, atua de forma restrita, em consultório, tão somente atendendo doentes e tratando doenças (Alves, 2018, p. 24).

Cabe-nos lembrar que, na relação médico-paciente, o paciente não pode ser enxergado apenas pela doença que tem ou que está tratando. O paciente é uma pessoa e, como pessoa, tem suas características que o tornam portador de direitos e desejos. Entre seus direitos, o respeito à sua autonomia. Para tanto, ressalta-se a importância de o paciente ser acolhido em sua integralidade, melhor explicitando, nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

O processo de acolhimento também deve acontecer no TCLE, pois trata-se de um documento direcionado a uma pessoa. E, quando se pensa em pessoa e em saúde integral, é necessário buscar compreender “o que é ser pessoa”. O conceito de pessoa sempre esteve no centro dos debates acadêmicos, e, a cada mudança de época, esses conceitos foram se modificando. Contudo, não se é possível fechar um conceito para pessoa, mas é possível pensar em características que a descrevem. Segundo Evaldo D’Assumpção (2010, p. 33), “uma ‘pessoa’ é o ser humano em toda a sua

individualidade” e tem características que lhes são próprias: é um ser em evolução, não é objeto, tem individualidade, é sociável, é amável, é livre (tem livre-arbítrio), é racional e é transcendente.

Tendo em vista que a pessoa tem sua individualidade e não é um objeto, conclui-se que ela não pode ser reconhecida apenas no âmbito de sua dimensão física e muito menos ser confundida com a doença que a acomete. Pelo fato de ter livre-arbítrio, ela tem a capacidade de decidir sobre os eventos que se apresentam em seu viver, inclusive em aderir ou não aos tratamentos propostos pela equipe médica. Vale enfatizar que em casos de emergência, em que os médicos precisam agir com rapidez para salvar a vida de seu paciente, o papel da bioética é fundamental, pois ela ampara as tomadas de decisões à luz dos valores e princípios morais.

A própria doutrina afirma que o consentimento só tem efetividade se feito com liberdade, sem coações físicas, morais ou tempo limitado para reflexão, o que não significa que o médico não possa aconselhar o paciente para que ele entenda melhor sua situação (Castro *et al.*, 2020).

Assim, no Quadro 1, elencam-se os elementos pontuais que devem compor um TCLE no âmbito da saúde.

Quadro 1: Proposta dos autores: elementos necessários na construção do TCLE

Componente	Objetivo	Descrição
Título do documento	Nomear a documentação	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Título da cirurgia	Nomear o tratamento	Descrever nominalmente o procedimento cirúrgico ou o procedimento invasivo
Descrição procedimental	Prever o procedimento	Relatar de forma simples qual é o procedimento
Objetivo	Demonstrar o propósito	Elencar o propósito, descrevendo-o ('para que' e 'o porquê' da realização)
Descrição do procedimento	Especificar	Comunicar de forma detalhada o que será feito em cada etapa do procedimento, incluindo as drogas que serão utilizadas desde o pré-anestésico até o pós-operatório
Métodos alternativos	Oferecer	Especificar se há métodos alternativos além da escolha da cirurgia ou do tratamento invasivo e descrever o motivo pelo qual se escolheu uma determinada cirurgia ou um tratamento invasivo
Riscos e benefícios	Elencar	Demonstrar quais os riscos potenciais descrevendo 12 e as suas possíveis complicações tanto comuns como raras, exemplificar os benefícios que determinado procedimento trará, elencando desde a circunstância específica de saúde até a geral
Tempo de recuperação	Informar	Esclarecer o paciente a respeito do período para recuperação e informar os aspectos a que ele deve ficar atento nesse período

(continua)

Quadro 1: Proposta dos autores: elementos necessários na construção do TCLE (continuação)

Componente	Objetivo	Descrição
Cuidados necessários	Transmitir	Transmitir para os pacientes a forma de cuidado e informar como ele deve ser realizados após o procedimento cirúrgico ou procedimento invasivo. Elencar restrições alimentares, de locomoção e outras mudanças de vida que se fizerem necessárias para a recuperação do paciente
Sigilo dos dados (ética)	Esclarecer	Explicitar que as informações dos pacientes serão mantidas em sigilo pelos profissionais. Elas servirão somente para manter os dados cadastrais sobre a evolução e o tratamento do paciente
Voluntariedade	Garantir direito de decisão	Esclarecer que a decisão de realizar a cirurgia ou o procedimento invasivo é totalmente voluntária, e, caso o paciente não queira seguir com o tratamento, esse é um direito que pode ser exercido a qualquer momento
Contatos e dúvidas		Indicar e-mail ou contato telefônico da equipe caso haja dúvida ou qualquer preocupação
Consentimento (assinatura)	Aprovar	Inserir o espaço para que o paciente possa assinar declarando que compreendeu todas as informações e que ele consente em prosseguir. O médico também deve assinar e colocar a data correspondente

Fonte: Elaborado pelos autores.

Recomenda-se que cada TCLE seja preenchido em duas cópias, e uma deve ser entregue ao paciente.

Pelo quadro proposto, é possível observar a importância de uma comunicação efetiva, pois o cuidado para que o receptor compreenda a mensagem transmitida é um ato de humanização. A humanização torna-se um componente crucial no caminho trilhado até se chegar à assinatura do TCLE. O cuidado em saber transmitir, de acordo com Habermas, é o caminho para se chegar a um entendimento mútuo. Na construção do TCLE, torna-se imprescindível pensar em uma comunicação que considere três mundos percorridos por Habermas: o objetivo, o social e o subjetivo:

No “mundo objetivo” acontece a representação ou pressuposição de estados e acontecimentos, com base na construção de saberes e conhecimentos. Desse mundo os participantes da comunicação extraem suas interpretações (cultura). O “mundo social” é o lugar de acontecimento da produção ou renovação de relações interpessoais; nele incluem-se as ordens legítimas e a regulamentação da participação dos atores sociais em grupos distintos (sociedade). O “mundo subjetivo” é o *locus* de manifestação de vivências e da autorrepresentação. Nele são configuradas as competências de participação no processo comunicativo

e a afirmação da identidade dos atores sociais (personalidade) (Menezes Junior; Brzezinski, 2018, p. 446-447).

Destaca-se aqui a necessidade de considerar o entrosamento entre os “três mundos” propostos por Habermas – objetivo, social e subjetivo – na construção do TCLE, pois, antes de ser um documento legal, é um documento com teor ético. É um documento que diz sobre os procedimentos que deverão ser realizados em uma pessoa e que deve considerar as escolhas que fazem sentido para “essa pessoa”.

Para Habermas, a comunicação é um processo em movimento, e esse dinamismo é o que leva ao processo de entendimento no “mundo da vida”, o qual é dialogante e necessita de interpretação. Não é um mundo fechado, pois está vinculado aos componentes que formam sua estrutura, como “a cultura, a sociedade e a personalidade”. Sendo assim, “ele é entendido a partir de uma conjuntura de sentido não conhecida e, portanto, com possibilidade de abertura a outros horizontes de entendimento” (Menezes Junior; Brzezinski, 2018, p. 447).

Diante do “mundo da vida” de uma pessoa, com tudo perante aquilo que está em seu ser, como seus sonhos, projetos, desejos, valores e até mesmo seus receios e medos, é imprescindível que o “agir comunicativo” oriente a relação médico-paciente e favoreça a construção de um TCLE, considerando as singularidades humanas. O “agir comunicativo”, proposto por Habermas, possibilita uma comunicação de fato, e não simplesmente a transmissão de uma informação ou um mero conteúdo.

O cuidado da comunicação na apresentação do TCLE não pode ocorrer de forma rasa e aparente, pois o ser humano é “único e irrepetível”, não podendo ser entendido por meio de um conceito fechado e estático. Gilberto Safra (2004) alerta que, quando se tenta compreender o ser humano por meio de um conceito universal, cria-se equivocadamente o conceito de hiper-realidades. Esses conceitos criam falsas realidades, acreditando que o viver humano pode ser determinado de forma coletiva ou por uma única lente. Conceitos que se fixam no falso e aparente acabam “levando o ser humano a um desenraizamento de seu *ethos*” (Safra, 2004, p. 35).

Seja por meio do documento (TCLE), seja pela forma de comunicar, o profissional da medicina precisa compreender que, quando ele se depara com um paciente, ele se depara com o inédito e singular. Para que o médico desenvolva uma comunicação ética com o seu paciente, ele deve acolher a sua história. Estar disposto a escutar seus princípios e valores para então buscar a melhor forma de comunicar. Portanto, para que ocorra um “agir comunicativo” efetivo, torna-se imperioso que a comunicação ocorra de forma clara, respeitosa e em linguagem acessível, considerando aprofundar uma comunicação que favoreça o enraizamento do *ethos*, e nunca o seu

desenraizamento. Para tanto, esses apontamentos precisam ser observados desde a construção do documento (TCLE).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo problematiza o que poderia ser entendido como um ato simples: a assinatura de um paciente em um documento que se chama de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ocorre que, para que seja livre e esclarecido, há um caminho a ser trilhado entre a apresentação do documento ao paciente e a sua assinatura. Dar tempo para o paciente entender a situação e refletir com calma foi uma orientação aceita por 57,7% dos entrevistados. Por sua vez, os pacientes precisam de explicações detalhadas a respeito do procedimento a ser realizado e de suas consequências, e nesse sentido 61,5% dos médicos entrevistados concordam com a revelação de informações. Com base nesses percentuais, nota-se uma fragilidade em parte dos profissionais em reconhecer a autonomia dos pacientes, se entendermos que essa autonomia precisa de liberdade, tempo e esclarecimento.

Michel Foucault buscou demonstrar a forma como podemos ser sujeitos e objetos de práticas e discursos legais, políticos e sociais (Horrocks; Jevtic, 2013). Este artigo nos coloca a questão se entendemos os pacientes como sujeitos nesse processo ou como objetos.

O artigo propõe a utilização do método *tech bach*, adotando-se as seguintes posturas metodológicas: 1. deliberação sem deformações internas ou externas, 2. livre expressão dos argumentos, 3. acolhimento de argumentações discordantes e 4. busca de soluções razoáveis e prudentes. Aqui se evoca a ação comunicativa que exige um entendimento entre as partes, e somente após um entendimento geral é que as decisões tomadas por consenso podem ser validadas e fazer parte da realidade. Se para Kant a razão prática é orientada pela vontade e liberdade dos seres humanos, para Habermas essa liberdade só acontece na interação, na razão comunicativa. Nesse sentido, reforça-se a posição de boa parte dos entrevistados em: 1. escolher como expressão mais apropriada Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 2. considerar o fator tempo como um direito do paciente, permitindo que o processo se dê com calma, quando possível e 3. considerar adequado o processo de revelação de informações.

O formulário para obter o consentimento informado não deve ser apenas um documento assinado sem fornecer informações claras ao paciente sobre o que está sendo proposto. Este artigo destaca a importância do direito à informação precisa que o paciente possui e do tempo necessário para compreender essa informação, antes de concordar ou não com o tratamento.

Alguns cuidados podem ser tomados para garantir a qualidade do documento escrito, com um guia passo a passo dos elementos que devem ser incluídos para validar

o consentimento. Uma proposta para melhoria na compreensão dos enfermos sobre seu quadro clínico e possíveis terapêuticas se dá pela educação em saúde, que pode facilitar o processo de tomada de decisão na assistência, especialmente em situações em que é necessário explicar detalhadamente, em razão do nível de conhecimento do enfermo.

O consentimento informado genuíno, que envolve os pacientes e compartilha responsabilidades, é essencial para uma medicina de qualidade e para proteger os direitos tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. M. de O. *O consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem*. 2007. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2007. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.
- ALVES, R. Cenários de prática, diante das diretrizes curriculares vigentes. In: FÓRUM NACIONAL DE ENSINO MÉDICO, 8., 2017, Brasília. *Anais* [...]. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. p. 24-30.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- CAMARGO, M. *Bioética: o agir da vida*. Brasília: Ser, 2010.
- CASTRO, C. F. de; QUINTANA, A. M.; OLESIAK, L. da R.; MÜNCHEN, M. A. B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*, v. 28, n. 3, p. 522-530, 2020. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2213/2423. Acesso em: 10 jul. 2024.
- CLOTET, J. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 1-7, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/430. Acesso em: 13 fev. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em 5 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da]*

- República Federativa do Brasil*, Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Declaração de Bioética de Gijón. São Paulo: Cremesp, 2002. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=3>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- CONSTANTINO, C. F.; BARROS, J. C. R.; HIRSCHHEIMER, M. R. Prontuário do paciente. In: CONSTANTINO, C. F.; BARROS, J. C. R.; HIRSCHHEIMER, M. R. H. (ed.). *Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da ética e da bioética*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 203-213.
- D'ASSUMPÇÃO, E. A. *Sobre o viver e o morrer: manual de tanatologia e biotanatologia para os que partem e os que ficam*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- DALL'ACQUA, J. G. *O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua importância*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2022.
- FERNANDES, M. S.; GOLDIM, J. R. Os diferentes processos de consentimento na assistência à saúde e na LGPD – Parte II. Portal Migalhas, 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-protecao-de-dados/356793/diferentes-processos-de-consentimento-na-assistencia-a-saude-e-na-lgpd>. Acesso em: 9 jan. 2025.
- HORROCKS, C.; JEVTIC, Z. *Entendendo Foucault: um guia ilustrado*. São Paulo: Leya, 2013.
- LEFEVRE, F.; CAVALCANTI LEFEVRE, A. M.; CAVALCANTI, C. C. T. J. A educação democrática e sua aplicação ao campo da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 176-183, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rLcHbWMR-DDq55nCKMYpmbPH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.
- LOPES JR., D. *Consentimento informado na relação médico-paciente*. Belo Horizonte: D'Plácido, 2018.
- MELENDO, M. P. et al. Termo de consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 3, p. 291-297, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/DrhRxXLWSLs4KC6NdTtkqjk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 set. 2024.
- MENEZES JUNIOR, A. da S.; BRZEZINSKI, I. A teoria do agir comunicativo e a formação médica: análise crítica das competências curriculares e da relação médico-paciente. *EccoS – Revista Científica*, São Paulo, n. 47, p. 441-456. set/dez. 2018. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1983-92782018000300441&script=sci_arttext. Acesso em: 25 fev. 2025.
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012.

- MOSER, A. *Biotecnologia e bioética: para onde vamos?* 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: FERREIRA, S. I.; COSTA, G. O.; GARRAFA, V. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.
- NEVES, N. M. B. C.; SIQUEIRA, J. E. de. A bioética no atual Código de Ética Médica. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 439-450, 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/575. Acesso em: 3 mar. 2025.
- POTTER, V. R. *Bioética: ponte para o futuro*. Tradução Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.
- SAFRA, G. *A poética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.
- SILVA, M. F. Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar. *Revista Bioética*, v. 25, p. 30-38, 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1317. Acesso em: 27 maio 2024.
- SLAWKA, S. *O termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa em seres humanos na área da saúde: uma revisão crítica*. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde15092005120212/publico/SergioSlawka.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.
- WHITE, M.; GARBEZ, R.; CARROLL, M.; BRINKER, E.; HOWIE-ESQUIVEL, J. Is “teach-back” associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? *Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 28, n. 2, p. 137-46, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824987bd>.

Recebido em: 31/03/2025

Aprovado em: 12/06/2025

ANEXO A

CARTA-CONVITE

Prezado(a) médico(a) que trabalha no Programa Saúde da Família (PSF) do município de XXXXXXXX, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na visão dos médicos da rede pública municipal de saúde de um município paulista”.

O objetivo desta pesquisa é identificar e avaliar a opinião da utilização do TCLE na prática médica por profissionais médicos que atuam em uma rede pública municipal de saúde.

Caso tenha interesse em fazer parte do estudo, você precisará participar de uma única entrevista individual nas dependências do seu local de trabalho, previamente autorizada pela coordenação da instituição. O tempo estimado para a entrevista ficará em torno de 20 a 30 minutos. A entrevista será gravada, contendo perguntas referentes a sexo, idade, nível acadêmico, religião, função, tempo de atuação na saúde e perguntas sobre as nomenclaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você decidir NÃO participar da pesquisa, não tem problema nenhum. Se no decorrer da pesquisa, você resolver NÃO fazer mais parte do estudo, você poderá interromper a sua participação, sem que isso lhe cause qualquer tipo de prejuízo.

Cabe salientar que a sua participação na pesquisa é voluntária.

Agradeço o seu tempo e atenção.

Bruno de Paula Checchia Liporaci – Pesquisador Principal

E-mail: bliporaci@yahoo.com.br

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0093340739024671>

DE QUEM É O MEU DNA?

WHO OWNS MY DNA?

Pedro Jardim Poli

Graduando em Ciências Biológicas no Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo (IB-USP). Desde 2022 é integrante do Laboratório de Ciclo Celular do Instituto Butantan.

E-mail: pjpoli.sci@gmail.com

Michel Satya Naslavsky

Biólogo, doutor em genética humana, docente do Departamento de Genética e Biologia Evolutiva do Instituto de Biociências da USP (IB-USP) e pesquisador do Centro de Estudos do Genoma Humano (IB-USP) e do Hospital Israelita Albert Einstein.

E-mail: mnaslavsky@gmail.com

João F. N. B. Cortese

Doutor em Filosofia pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Departamento de Genética e Biologia Evolutiva do Instituto de Biociências da USP (IB-USP) e pesquisador associado do Núcleo de Bioética da Fundação José Luiz Setúbal.

E-mail: joao.cortese@usp.br

Resumo: Nos últimos anos, os testes genéticos diretos ao consumidor (DTC-GT) têm ganhado popularidade, consolidando-se como um mercado em expansão e cada vez mais acessível. Esse crescimento intensifica preocupações com a privacidade dos dados genéticos e os riscos associados ao seu uso indevido por empresas ou terceiros. Nesse contexto, surge a questão: “De quem é o meu DNA?”. Neste artigo, questiona-se a noção, implícita nessa pergunta, de que o DNA pode ser entendido como propriedade privada. Em referência a uma concepção de propriedade inspirada na teoria clássica de John Locke, argumenta-se que essa concepção é inadequada e que os direitos de propriedade não são suficientes para proteger os usuários. Além disso, discute-se como a informação genética extrapola o indivíduo, sendo inevitavelmente compartilhada com a humanidade e, especialmente, com parentes biológicos. Nesse sentido, pode-se enxergar o DNA tanto como um bem “comum” quanto como um bem “coletivo” – sendo este último particularmente problemático em suas consequências, já que implica que a utilização da informação genética de um indivíduo pode expor seus familiares, que não necessariamente consentiram com isso. Essa análise revela que a noção de propriedade da informação genética é mais frágil do que se

supõe, pois seu caráter compartilhado desafia classificações tradicionais de propriedade. Por fim, destaca-se como os riscos associados ao uso comercial da informação genética tornam o modelo de consentimento adotado por empresas de DTC-GT particularmente problemático, evidenciando a necessidade de regulamentação mais robusta para proteger direitos individuais e coletivos e mitigar possíveis danos éticos e jurídicos.

Palavras-chave: Bioética. Teste genético direto ao consumidor. Genética. Autonomia. Propriedade.

Abstract: In recent years, direct-to-consumer genetic tests (DTC-GT) have gained popularity, establishing itself as a growing and increasingly accessible market. This growth has intensified concerns about genetic data privacy and the risks of its potential misuse by companies or third parties. This raises an important question: “Who owns my DNA?”. This article challenges the underlying assumption that DNA can be understood as private property. Drawing on a conception of property inspired in John Locke’s classical theory, we argue that this conception is flawed and that property rights alone are insufficient to protect users. Furthermore, our discussion highlights how genetic information extends beyond the individual, being inherently shared with humanity and, more specifically, with their relatives. From this perspective, DNA can be viewed both as a “common” good and as a “collective” good – the latter being particularly problematic in its consequences, as it means that the use of one person’s genetic information may expose their relatives, who may not have consented to such disclosure. This analysis reveals that the idea of genetic information ownership is more complex than it may seem, as its shared nature challenges traditional classifications of property. Finally, the article highlights how the risks associated with the commercial use of genetic information make the consent model adopted by DTC-GT companies debatable, reinforcing the need for stronger regulations to protect both individual and collective rights and mitigate ethical and legal harms.

Keywords: Bioethics. Direct-to-consumer genetic test. Genetics. Autonomy. Property.

INTRODUÇÃO

Os testes genéticos diretos ao consumidor (direct-to-consumer genetic tests – DTC-GT) têm ganhado popularidade nos últimos anos.¹ De acordo com um relatório da Vision Research Reports (2024), o mercado para esse tipo de serviço foi avaliado em US\$ 1,95 bilhão em 2023, com previsão de crescimento para US\$ 17,35 bilhões até 2033.

¹ Agradecemos a Flavio Loque e a Lucas Petroni pela discussão sobre os conceitos de propriedade apresentados neste artigo. Evidentemente, os eventuais equívocos restantes são de nossa responsabilidade.

Esses testes oferecem serviços cuja entrega são análises de ancestralidade e curiosidades pessoais, a identificação de “primos distantes” e até de variantes genéticas com potencial interesse médico, de saúde e de bem-estar. Tudo a preços cada vez mais acessíveis e realizado no conforto do lar. No Brasil, diversas empresas disponibilizam esses testes: a meuDNA, por exemplo, oferece um teste completo a partir de R\$ 599, e o teste pela Genera custa a partir de R\$ 299.²

Com o barateamento das técnicas genômicas e a melhoria na qualidade dos resultados (Wetterstrand, 2023), é provável que um número crescente de pessoas procure por esses serviços. O resultado direto disso será a geração em larga escala de dados pessoais sensíveis. No cenário brasileiro, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) entende por dado pessoal sensível aquele dado que é vinculado a uma pessoa, como o dado genético ou biométrico – mas também o dado sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, entre outros (ver artigo 5º, inciso II, da Lei nº 13.709/2018). Nesse contexto, inevitavelmente a questão da privacidade e do uso de dados torna-se central no debate, inclusive como objeto de estudo da bioética no contexto genético. De fato, em um mundo onde parte significativa da vida das pessoas está na internet, especialmente em domínios privados como as redes sociais, a preocupação dos indivíduos com a privacidade de seus dados é muito presente (até mesmo formalmente nos termos de serviços). Ainda assim, muitos se sentem confusos sobre o que as empresas podem fazer com seus dados (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2024; McClain *et al.*, 2023).

No caso dos testes genéticos diretos ao consumidor, que são realizados por empresas com interesses comerciais, o receio é (ou deveria ser) ainda maior. Trata-se de informações potencialmente mais delicadas do que dados de navegação ou informações pessoais de contato: o DNA dos titulares.³

Seguindo essa lógica, podemos fazer as seguintes perguntas:

- De quem é o meu DNA?
- Tenho o direito de compartilhá-lo com (gratuitamente ou mesmo vendê-lo para) essas empresas, e isso lhes concede direitos e/ou propriedade sobre essa informação?
- As empresas podem usar tal informação sem deter a propriedade dela?
- Quais são as potenciais consequências dessa ação para mim, para as pessoas ao meu redor e para a própria empresa?

2 O custo varia de acordo com a quantidade de análises. Informações obtidas nas páginas oficiais das empresas. Disponíveis em: <https://meudna.com/> e <https://www.genera.com.br/pacotes/>. Acesso em 23 mar. 2025.

3 Titular é definido pelo artigo 5º, inciso V, da LGPD como a “pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento” (Brasil, 2018).

Neste artigo, questiona-se a noção de que uma sequência específica de DNA seja simplesmente uma “propriedade privada” do seu portador. Argumenta-se que essa concepção é inadequada e insuficiente para garantir a proteção dos usuários desses serviços. Além disso, a própria natureza compartilhada do DNA pode tornar essa visão incoerente, pois os impactos se estendem a familiares e outros indivíduos geneticamente relacionados ao titular. Por fim, destaca-se como essa questão é especialmente preocupante diante de possíveis usos eticamente questionáveis da informação genética por empresas de DTC-GT.

“MEU DNA?”

Para investigar a questão “De quem é o meu DNA?”, é preciso primeiramente detalhar conceitualmente “DNA”. Biologicamente, DNA é a molécula presente em todas as células nucleadas de um organismo e que carrega as informações genéticas para o seu desenvolvimento e funcionamento. O DNA é a base molecular da hereditariedade, ou seja, é a molécula que explica a passagem de características dos progenitores para seus descendentes. Toda molécula de DNA é formada por blocos menores, os nucleotídeos, que são de quatro tipos (bases nitrogenadas). Uma série de nucleotídeos encadeados forma uma sequência de DNA. A informação genética está contida na molécula de DNA, codificada pela sequência específica de nucleotídeos. Por meio do sequenciamento, é possível revelar a sequência específica de uma molécula de DNA. Com a análise desse dado, inúmeras novas informações podem ser derivadas: desde atributos relacionados a distribuição geográfica de populações e características físicas até relações de parentesco e predição de doenças. Portanto, ao longo do texto usaremos o termo “DNA” ou a expressão “material genético” para nos referirmos à molécula e “dado genético” ou “informação genética” para nos referirmos aos dados pessoais do titular que podem ser extraídos do sequenciamento e da análise de seu DNA.

Voltando à questão “De quem é o meu DNA?”, um olhar atencioso deve reparar que ela parte do pressuposto de que o DNA é *meu*, ou seja, que uma determinada sequência de nucleotídeos de um indivíduo constitui uma propriedade privada (e possivelmente uma das mais valiosas) dele, podendo eventualmente ser transferida. Essa ideia pode parecer intuitiva para muitos de nós, pois está enraizada na tradição liberal amplamente difundida no Ocidente. Essa tradição defende a autonomia individual e dá uma importância constitutiva à noção de propriedade privada (ver, por exemplo, Locke, 1998). Seguindo essa corrente, alguns autores, inclusive, enfatizam a noção de que somos “donos de nosso próprio corpo”. Contudo, tal afirmação não pode ser considerada um princípio irrefutável, por razões detalhadas nos parágrafos seguintes. Além disso, outras justificações de propriedade aparecem dentro da própria tradição liberal. Portanto, é necessário questionar se a noção de propriedade realmente se aplica ao

nosso DNA (material genético físico) e, de modo mais geral, à *informação genética derivada de uma amostra* (o dado propriamente dito).

O conceito de propriedade foi tratado com relevância em diferentes momentos da história. Os direitos de propriedade desempenharam um papel fundamental na formação da sociedade civil ocidental em que vivemos, e suas normativas constituem uma das bases das interações no mundo globalizado (Werner, 2011). Por isso, faz sentido analisar o problema à luz de teorias de propriedade.

Um primeiro ponto a considerar é que existem pelo menos três tipos de propriedade (Werner, 2011; cf. Waldron, 2023):

- Comum: é disponível a todos, podendo ser utilizada por qualquer pessoa desde que seu uso não impeça os outros de também se beneficiarem.
- Coletiva: é compartilhada entre um grupo de pessoas que decidem usá-la em conjunto.
- Privada: é associada a um único indivíduo.

A proposição “meu DNA” sugere, portanto, a condição de *propriedade privada*.

Nesse contexto, uma das mais clássicas teorias foi proposta por John Locke. Para ele, o direito legítimo de propriedade de um indivíduo decorre da aquisição de algo que é comum ou sem dono, desde que isso não comprometa a quantidade e a qualidade do recurso disponível para os demais. Locke argumenta que, ao combinar o trabalho do seu corpo, que é uma propriedade legítima sua,⁴ com o objeto adquirido, o indivíduo passa a ter direitos de propriedade sobre este.

Entretanto, esse conceito de propriedade privada não se aplica facilmente ao DNA e à informação genética (Nielsen; Kongsholm; Schovsbo, 2019). Diferentemente da visão lockiana sobre a propriedade, não combinamos trabalho nosso com a apropriação de genes para adquirir “propriedade” sobre eles. Tampouco nossa composição genética é consequência de nosso trabalho: apenas existimos com (e também devido a) ela. Entretanto, mesmo que tal caracterização de propriedade fosse aceita, não é claro em que sentido se poderia “vender” seu DNA.

No que concerne à informação genética, pode-se argumentar que a empresa que analisou a amostra trabalhou sobre ela e, portanto, teria direitos de propriedade sobre os dados gerados, o que surgiria num contexto de consentimento do indivíduo sobre a exploração de seus dados (afinal, não se trata aqui da exploração de uma matéria-prima

4 Segundo Locke (1998, II, § 27, grifo do autor): “cada homem tem uma *propriedade* em sua própria *pessoa*. A esta ninguém tem direito algum além dele mesmo. O *trabalho* de seu corpo e a *obra* de suas mãos, pode-se dizer, são propriamente dele”.

bruta dissociada de qualquer pessoa). Mas surge aqui um conflito provocado pelo fato de que, embora seja tecnicamente possível “ceder” uma amostra de DNA, a informação genética nela contida permanece ligada à identidade biológica do indivíduo. Nesse caso, mesmo que aceitemos que a noção de propriedade se aplique aqui, é impossível desassociar completamente a propriedade do proprietário. A “doação” de DNA, portanto, difere da doação de um órgão ou de um bem material, pois, enquanto esses últimos implicam a perda definitiva da posse por parte do doador, o DNA permanece vinculado à identidade genética do indivíduo. Assim, mesmo que a amostra não lhe pertença mais, qualquer informação derivada dela pode continuar afetando o titular, já que seu material genético segue presente em suas células.

O ponto central é que a distinção entre a propriedade privada do DNA e aquela da informação genética se torna nebulosa, de modo que os direitos de propriedade não são suficientes para proteger os usuários. Pode-se considerar, por exemplo (Werner, 2011; cf. Honoré, 1987), que um direito fundamental de propriedade na tradição liberal é a garantia de que o indivíduo possa impedir que outros tenham controle sobre sua propriedade. No entanto, ao consentir com os termos de uso do serviço, o titular perde efetivamente o controle sobre essa informação, ainda que ela permaneça sempre vinculada a ele – logo, se não há transferência de propriedade, há uma violação de direito. Contudo, como já dito, nesse caso não é possível dissociar totalmente a propriedade do proprietário, o que deveria impedir a transferência integral do controle da informação genética para a empresa.

Outro direito prevê que o indivíduo tenha o poder para decidir quem pode usar sua propriedade e de que maneira. Essa questão é particularmente relevante no cenário de DTC-GT, já que o consentimento do cliente muitas vezes permite que essas empresas compartilhem ou até vendam os dados a terceiros em novos acordos, de forma que não é possível prever com antecedência a quem esses dados serão fornecidos, nem há por parte da empresa a obrigação de notificar o usuário. Existe, portanto, uma *fragilidade teórica na premissa de que DNA e informação genética constituem uma propriedade privada*.

Uma pesquisa com empresas de DTC-GT nos Estados Unidos (Hazel; Slobogin, 2018) revelou que apenas 18% (dez de 55) indicam claramente que retêm os direitos de comercializar a informação e que o cliente não receberá nenhum benefício pessoal com essa comercialização; por sua vez, 42% (23 de 55) afirmam somente compartilhar dados com terceiros, enquanto cinco empresas não esclarecem suas políticas de compartilhamento. Esse problema também está exposto nos termos das maiores empresas de DTC-GT, como a 23andMe, que informa que pode compartilhar dados com terceiros, e, caso esses dados resultem em alguma descoberta significativa, o doador não receberá qualquer benefício (23andMe, 2024a). A AncestryDNA mantinha um

serviço de DTC-GT com fins de saúde (AncestryHealth, descontinuado no fim de 2020) cuja política de privacidade indicava que a empresa não era obrigada a atender às solicitações de restrição de compartilhamento de dados dos usuários e não garantia a exclusão completa dos dados (por exemplo, dados fornecidos a terceiros) em caso de solicitação de remoção (Magistro, 2021). Ainda vale notar que, talvez se esquivando dessas questões, a maioria (73%; 40 de 55) das empresas investigadas não abordava a questão de propriedade da informação genética nem a sua comercialização até o momento da pesquisa (Hazel; Slobogin, 2018). Isso também representa um grande (e possivelmente maior) problema.

Em suma, afirmar que as empresas de DTC-GT exploram uma suposta propriedade privada do cliente parece teoricamente insustentável, visto que a noção de propriedade privada no contexto genético se torna confusa e, portanto, incapaz de assegurar satisfatoriamente os direitos do cliente. No entanto, as empresas parecem cientes dessa fragilidade teórica, podendo usá-la a seu favor. Se os direitos fundamentais de propriedade privada são inaplicáveis para o titular e para a empresa de DTC-GT no contexto de dados genéticos, algum contrato deve ser elaborado para assegurar os direitos de ambas as partes. Essa é uma das funções do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (tópico que será retomado na próxima seção). Como vimos, porém, o termo de consentimento é muitas vezes usado para que os titulares entreguem, com apenas um clique, a informação genética derivada de uma amostra de seus dados. Há um desbalanço que favorece os interesses da empresa.

Outro argumento seria o de que a informação genética é propriedade privada de um indivíduo simplesmente por estar associada ao seu corpo, o qual, por sua vez, seria sua propriedade – ideia que pode ser inferida de certo modo em Locke e aparece, de forma distinta, em autores como Immanuel Kant e Robert Nozick (Nielsen; Kongsholm; Schovsbo, 2019). Entretanto, ainda que a noção de propriedade sobre o próprio corpo seja apelativa, sua aplicação nesse contexto não é evidente. Primeiro, porque, como já discutido, a informação genética “cedida” não deixa de estar com o titular – ao contrário de um rim, por exemplo, ela não é algo transferível no sentido convencional. Além disso, é preciso questionar o que significa afirmar que essa “propriedade”, que seria o meu corpo, pertence exclusivamente a mim no caso do DNA. Como veremos adiante, não é nada claro que a dimensão do DNA seja estritamente privada.

“MEU E DE QUEM MAIS?” – A HERANÇA COMPARTILHADA DO DNA

Mas se o DNA não é propriedade *privada* como se pressupõe, a quem mais poderia pertencer? Um dos argumentos que tentam assegurar a propriedade privada do DNA ao doador é a ideia de que o material genético em *meu* corpo é meu porque é único e mais ninguém no planeta possui a mesma sequência. De fato, o que nos faz

geneticamente únicos pode ser identificado em variações na sequência do DNA. No entanto, essas variações, principalmente aquelas conhecidas como *single-nucleotide polymorphisms* (SNP),⁵ somam no genoma humano entre 4,1 e 5 milhões de bases (The 1000 Genomes Project Consortium, 2015). Isso representa menos de 0,1% de todo o DNA humano, que tem um tamanho de 3,1 bilhões de bases. Outra forma de enxergar a semelhança genética entre os seres humanos seria comparar dois indivíduos amostrados ao acaso: em média, a cada mil bases analisadas, 999 são idênticas entre as duas sequências de DNA (Winther, 2022). Sabendo desses dados, a pergunta vem naturalmente:

• “Como pode o DNA ser considerado *meu se eu compartilho a maior parte dele com os outros seres humanos neste planeta?*”

Essa ideia pode alterar a interpretação de propriedade da informação genética, colocando-a como *propriedade comum*. É justamente partindo dessa ideia que a Unesco, em 1997, na “Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos”, reconheceu o genoma humano como *patrimônio comum da humanidade*. Na verdade, essa declaração surge no contexto do Projeto Genoma Humano, que tinha um braço muito forte da iniciativa privada. Nesse cenário, declarações e medidas – inclusive na legislação brasileira⁶ – surgem para impedir a detenção do genoma humano por patentes e/ou direitos de propriedade intelectual, mantendo-o assim acessível ao público (Angrist; Cook-Deegan, 2006; Kabata; Thaldar, 2023). Porém, mesmo dentro dessa noção, a questão da privacidade continua sendo relevante (“The next 20 years of human genomics must be more equitable and more open”, 2021); afinal, os dados genéticos obtidos para montagem dos genomas são derivados de pessoas reais e podem, portanto, revelar características típicas de dados pessoais sensíveis.

Outro ponto deve ainda ser levado em conta: a coletividade do DNA. Há um grupo de pessoas com as quais compartilhamos uma maior similaridade do nosso DNA; parte

5 Ou, em português, polimorfismos de nucleotídeo único. Trata-se de uma variação na sequência de DNA que afeta uma única base nitrogenada. Por exemplo, se em determinada posição do genoma humano a maioria dos indivíduos possui o nucleotídeo C (citosina), mas um grupo menor apresenta A (adenina), dizemos que há um SNP nessa posição – ou seja, uma variação entre C e A. A substituição de C por A não necessariamente causa um efeito no organismo. No entanto, dependendo da localização e do tipo de variação, um SNP pode estar associado ou ser a causa de um efeito deletério (patogênico).

6 Artigo 10, inciso IX, da Lei nº 9.279: “Não se considera invenção nem modelo de utilidade: o todo ou parte de seres vivos naturais e materiais biológicos encontrados na natureza, ou ainda que dela isolados, inclusive o genoma ou germoplasma de qualquer ser vivo natural e os processos biológicos naturais” (Brasil, 1996).

do material genético, nesse caso, é, por definição, *idêntico por descendência*.⁷ Nesse grupo estão nossos familiares mais próximos, como pais, irmãos e filhos, e até mesmo parentes mais distantes, que compartilham conosco segmentos inteiros de DNA. Sob essa perspectiva, a noção de propriedade torna-se mais uma vez incerta. Porém, as implicações bioéticas, considerando as particularidades e os interesses financeiros de empresas que oferecem DTC-GT, tornam-se ainda mais alarmantes, uma vez que os dados genéticos do titular podem, colateralmente, revelar dados genéticos de seus familiares. Se, por um lado, na percepção do DNA como propriedade privada questionamos a inaplicabilidade de direitos de propriedade para a proteção *do indivíduo que consentiu* com os termos da empresa, por outro, na percepção do DNA de um indivíduo como propriedade “coletiva”,⁸ a implicação direta é a preocupação com a privacidade *das outras pessoas* que compartilham, por descendência, parte considerável desse mesmo DNA, e que *possivelmente não consentiram* com essa busca e exposição (Magistro, 2021).

Esse cenário tem consequências muito evidentes em serviços de DTC-GT que fornecem informações médicas. (Essa categoria de teste já é problemática em si, tratando-se da acurácia dos resultados e da falta de suporte profissional para sua interpretação – ver Stoeklé *et al.*, 2016 e Panacer, 2023). Quando se realiza um desses testes, além das questões de privacidade dos dados do titular, surgem implicações associadas à propriedade “coletiva” do DNA, especialmente porque os resultados podem revelar informações sensíveis também sobre seus pais, irmãos ou filhos. Uma vez havendo compartilhamento de material genético por descendência, existe uma grande probabilidade de que essas pessoas apresentem as mesmas variações (potencialmente) patogênicas do titular. Nesse sentido, a divulgação dos resultados pelo indivíduo que realizou o teste pode afetar seus familiares, por exemplo, causando estresse psicológico por um resultado de um teste no qual sua *liberdade de escolha não foi respeitada*. Essa preocupação se intensifica quando consideramos que essas empresas podem compartilhar ou vender esses dados para terceiros com interesses diversos. Assim, *não é apenas a informação genética do cliente que está em risco, mas também a de seus familiares*.

7 Conceito biológico que indica que partes do material genético de um indivíduo são idênticas às de seus ancestrais porque foram transmitidas diretamente de geração em geração. Quanto mais aparentados forem os indivíduos comparados, maior será a quantidade de segmentos de DNA idênticos por descendência (por exemplo, entre pais e filhos ou entre irmãos).

8 Diferentemente da definição apresentada anteriormente, neste contexto, “coletiva” não implica um acordo entre as partes para o uso compartilhado do DNA. Em vez disso, refere-se a uma condição inevitável: a informação genética é, por natureza, inseparável entre os indivíduos biologicamente relacionados, afetando-os independentemente de sua vontade.

Outro caso, clássico no contexto genético das relações de parentesco, é a questão da paternidade. Imagine a seguinte situação: você decide fazer um teste genético de ancestralidade em uma empresa de DTC-GT, “só por diversão”, e convence seu irmão a fazê-lo também. O resultado é inesperado: seu irmão é, na verdade, meio-irmão. Sem compreender o resultado, você presenteia outras pessoas da sua família com kits de teste, “por diversão”, mantendo em silêncio o real motivo. Com apenas algumas amostras de saliva e clicando em alguns botões na internet, os testes são submetidos. Quando os resultados retornam, a resposta é incontestável: metade de seu DNA realmente vem da sua mãe, mas a outra parte não pode ter vindo do pai que você conhece. Um ano depois, você toma coragem para trazer o assunto à tona e abala toda a sua família com um segredo que apenas sua mãe guardava e que ela jurou levar para o túmulo. Essa exata situação aconteceu com Jenny, em Connecticut, nos Estados Unidos (Ash, 2018). Descobertas como essa são algumas das mais comuns em testes genéticos diretos ao consumidor – inclusive motivaram a criação de uma comunidade nos Estados Unidos chamada *Not Parent Expected (NPE) Friends Fellowship*. Em 2024, o canal de notícias canadense CTV News pediu aos leitores que compartilhassem relatos sobre esse tipo de descoberta e obteve mais de cem respostas. Entre elas, estava uma mulher de 67 anos que descobriu seu pai biológico por intermédio de um primo distante, do qual ela nunca tinha ouvido falar, revelado pelas plataformas de DTC-GT (Crowther, 2024).

Enquanto os testes de paternidade oferecidos por serviços de saúde autorizados geralmente incluem aconselhamento com profissionais e exigem o consentimento de todas as partes envolvidas,⁹ os testes genéticos diretos ao consumidor seguem uma lógica diferente. Nesses casos, basta fornecer algumas amostras de DNA e realizar alguns cliques para obter respostas que podem ter um impacto profundo e, muitas vezes, devastador para uma família inteira. Em algumas situações, como no caso de Jenny, esses testes são realizados sem o consentimento de todas as partes envolvidas, o que, aliado à ausência de suporte adequado, pode gerar consequências emocionais e jurídicas complexas.

O que essas situações têm em comum é que, a partir do teste genético de um indivíduo, a autonomia das outras partes – que compartilham com ele grande parte de seu DNA – é ignorada. Como ficou evidente, a informação genética de um indivíduo

9 No Brasil, a Lei nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992, regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. No Reino Unido, o Human Tissue Act 2004 (seção 45) não permite que análises de DNA humano sejam feitas sem o consentimento do “doador” da amostra, e o Family Law Reform Act 1969 (seção 21) exige o consentimento de todas as partes em um teste de paternidade. Nos Estados Unidos, não há leis federais para tanto; porém, regulações estaduais no geral exigem o consentimento de todas as partes em testes de paternidade oficiais (DNA Paternity Testing Centers, 2024; Ahluwalia, 2025).

não diz respeito apenas a ele de forma exclusiva, não sendo uma propriedade *privada*. Pelo contrário, sua natureza compartilhada sugere que o DNA, caso seja entendido como uma propriedade, pode ser classificado como uma propriedade comum, nos termos discutidos anteriormente, ou mesmo coletiva, considerando o impacto direto sobre familiares e parentes. Assim, novamente se conclui que classificar o DNA e a informação genética como propriedade privada não reflete adequadamente sua biologia.

DE QUEM A INFORMAÇÃO GENÉTICA NÃO PODERIA SER?

Como vimos, não fica dúvida de que o DNA – logo, também os dados genéticos que dele derivam – não é *meu*. Entretanto, como também deve ter ficado evidente, isso não significa que a informação genética de um indivíduo específico deva ser pública e, menos ainda, que ela possa ser *livremente apropriada* e utilizada pela empresa de DTC-GT responsável pela análise. Nesta seção, serão apresentadas duas potenciais ameaças que essas empresas podem representar à privacidade e ao bem-estar da população no cenário atual: o desrespeito aos princípios de autonomia e de não maleficência (Beauchamp; Childress, 2019; ver também Clotet, 1997 e Gracia, 2001).

Eticamente – e legalmente em alguns países, como no Brasil e nos Estados Unidos – a realização de testes genéticos em pessoas requer seu consentimento prévio, livre e *esclarecido*. O termo “esclarecido” (ou informado) implica que o sujeito – seja um paciente ou, nesse caso, um cliente que solicita um DTC-GT – esteja bem informado sobre os riscos e benefícios daquele procedimento (Shah *et al.*, 2023). Assim, ele pode exercer sua *autonomia*, isto é, sua capacidade de tomar decisões de acordo com seus próprios valores e crenças, sem nenhuma forma de pressão, coerção ou persuasão externas (Beauchamp; Childress, 2019). Embora antes de procederem aos testes as empresas de DTC-GT exijam que o cliente aceite um termo de consentimento, a forma como esses termos são apresentados coloca em dúvida a autonomia do cliente. Para consentir, é preciso somente clicar em “Eu aceito” (Hazel; Slobogin, 2018) – um formato de contrato digital conhecido como *clickwrap agreement*. Em outras palavras, não há garantias de que o cliente compreenda o que realmente poderá ser revelado pelo teste, a confiabilidade dos resultados e, particularmente, como a empresa pode, ou não, utilizar seus dados.

É claro que os termos estão disponíveis para leitura; porém, o acordo *clickwrap* não encoraja o usuário a fazê-lo, geralmente escondendo o texto em um botão de “Saiba mais” e/ou condensando as cláusulas com letras muito pequenas. Mesmo que o cliente opte por ler, o conteúdo satisfaz a questão do esclarecimento? Na maioria dos casos, a resposta é negativa. Uma pesquisa com 86 empresas que fornecem DTC-GT mostrou que 67% delas não fornecem informações suficientes sobre como os dados dos clientes podem ser utilizados (Christofides; O’Doherty, 2016). Quando essas informações são

disponibilizadas, frequentemente são apresentadas com frases chamativas em negrito, para persuadir o cliente, como “fazer novas descobertas” ou “você e outros podem se beneficiar no futuro”. Enquanto informações como “Em situações em que sua informação contribuir para a invenção de algum produto, você não receberá nenhum benefício financeiro” ficam camufladas (23andMe, 2024a).

Embora essa abordagem seja legal em alguns países, ela não é eticamente correta porque não informa adequadamente o cliente, comprometendo diretamente sua autonomia. O titular dos dados está *a um clique de conceder direitos de propriedade sobre a sua informação genética – e, conseqüentemente, a de seus familiares e parentes – ao serviço de DTC-GT e a terceiros* com interesses diversos. Dada a crescente preocupação dos indivíduos com a privacidade no mundo atual, é no mínimo curioso que mais de 15 milhões de clientes da 23andMe (mais de 80% do total) tenham consentido com o compartilhamento de seus dados (23andMe, 2024b). Será que esses clientes estavam realmente *esclarecidos* quando clicaram em um botão na internet? Caso estivessem, muitos provavelmente não teriam consentido (Magistro, 2021).¹⁰

Um contra-argumento comum em favor do compartilhamento desses dados é que eles são anonimizados¹¹ e que seu uso por terceiros resultaria em pesquisas para o avanço da humanidade. No entanto, várias investigações demonstraram que é possível identificar indivíduos em bancos de dados anonimizados e que mesmo aqueles que não realizaram testes genéticos podem ser localizados com base em suas relações de parentesco (Erlich *et al.*, 2018; Gymrek *et al.*, 2013). Além disso, muitas empresas não restringem o uso de dados por terceiros a pesquisas médicas. Nesse sentido, os riscos podem ir além do desrespeito à autonomia, ameaçando o princípio da não maleficência. Um exemplo disso é a *discriminação genética*, que se refere ao tratamento diferenciado de um indivíduo por parte de seu empregador ou seguradora em razão da presença de mutações que causam ou aumentam o risco de determinadas doenças (MedlinePlus, 2020). Ainda que diversos países possuam legislações contra a discriminação genética,

¹⁰ A questão ganha relevância no cenário atual, especialmente em relação à 23andMe, que declarou falência em março de 2025 (Zhuang, 2025). A empresa já vinha enfrentando perdas financeiras desde um grande vazamento de dados em 2023, quando um ataque hacker expôs na *dark web* informações sensíveis de quase 7 milhões de clientes – incluindo dados pessoais e genéticos (Alder, 2023; Newman, 2023). O *hacker* acusou a 23andMe de ocultar o incidente por meses para vender ativos antes da repercussão. A empresa, por sua vez, negou conhecimento prévio e atribuiu o problema a falhas de segurança dos usuários (Degeurin, 2024). Além dos danos já causados, a falência no capítulo 11 da lei norte-americana permite a reestruturação da empresa, levantando dúvidas sobre o destino dos dados dos clientes, apesar das garantias da empresa de que a privacidade será mantida, segundo carta aberta (23andMe, 2025).

¹¹ De acordo com o artigo 5º, inciso XI, da LGPD, define-se por anonimização a “utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo” (Brasil, 2018).

sejam elas específicas ou indiretas – no Brasil podemos mencionar a Lei nº 9.029/1995 e a LGPD –, questiona-se se essas leis se aplicam no contexto de serviços de DTC-GT, que *não se enquadram como serviços de saúde*. Nos Estados Unidos, por exemplo, o *Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008* e o *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* protegem os cidadãos contra essa prática discriminatória. Ambas as legislações, porém, são notavelmente limitadas no contexto de DTC-GT (Magistro, 2021). Já em alguns países, essa questão não é apenas uma ameaça: na Nova Zelândia, as seguradoras são legalmente permitidas a utilizar resultados de testes genéticos previamente realizados pelos seus clientes para determinar valores ou mesmo negar cobertura (Shelling et al., 2022). Nesse cenário, fica evidente como a “propriedade” dos dados genéticos dos clientes pelas empresas de DTC-GT – mais particularmente os direitos de compartilhamento e venda desses dados a terceiros – pode nitidamente causar mal não apenas aos indivíduos, mas também a seus familiares e parentes.

CONCLUSÃO

A lógica aparentemente óbvia de que meu DNA é (parte do) *meu corpo*, logo, é *minha* propriedade *privada*, ignora aspectos inerentes à dimensão biológica que colocam em xeque as noções tradicionais de propriedade. O primeiro deles se manifesta na natureza inseparável da amostra de DNA e do indivíduo da qual ela derivou, criando um conflito entre a propriedade privada do corpo de um indivíduo (se tal for considerado) e a propriedade privada da informação genética derivada dessa amostra. Esse conflito demonstra a incerteza na linha que separa essas duas propriedades, de modo que os direitos de propriedade não são satisfeitos e não são suficientes para proteger o indivíduo que “doou” a amostra.

O segundo aspecto contesta a noção de propriedade privada do DNA por um indivíduo simplesmente porque seu material genético é biologicamente compartilhado com outras pessoas, especialmente seus familiares e parentes mais próximos. Nesse sentido, é possível ainda entender o DNA como bem comum ou coletivo (cabendo notar que a categoria de “bem” é aqui mais ampla do que aquela de propriedade). No primeiro caso, a informação genética é compreendida como o genoma humano, ou seja, a totalidade da sequência nucleotídica que todos nós compartilhamos e que, logo, nos define como humanos. Nessa lógica, o DNA é um bem *comum* da humanidade (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1997). Mas podemos ainda enxergar o DNA em sua coletividade. Nesse último caso, trata-se da informação genética que é compartilhada entre indivíduos por relações de parentesco. Portanto, conhecer o dado genético de um indivíduo pode significar conhecer o dado genético de seus familiares, ou seja, de certo modo, a ligação sanguínea faz do DNA um bem *coletivo*. De uma perspectiva pragmática, esse aspecto da biologia pode ser muito danoso quan-

do se considera a facilidade com que essas pessoas podem ser expostas por meio de DTC-GT, sem terem dado necessariamente seu consentimento. Essa última implicação muitas vezes não é evidente no senso comum e geralmente não é abordada.

Essas considerações são fundamentais quando se ponderam os potenciais impactos negativos dos serviços de DTC-GT para a população, em termos de privacidade e de riscos ao bem-estar – ou, como discutido eticamente, ameaças aos princípios de autonomia e de não maleficência, respectivamente. No cenário atual, as empresas de DTC-GT parecem se apoiar nas fragilidades decorrentes da dificuldade em definir a propriedade do DNA e da informação genética, bem como nas lacunas legais existentes. Embora já existam regulações acerca de dados genéticos, muitas delas falham em enquadrar serviços de DTC-GT. Somam-se a isso a falta de transparência e o abuso de linguagem manipulatória nos termos de consentimento dessas empresas. Na conjuntura atual, as consequências são potencialmente devastadoras não somente à segurança dos dados pessoais sensíveis, mas ao próprio bem-estar social.

Diante desses obstáculos, em uma era genômica cada vez mais acessível ao consumidor, é hora de os governos repensarem a regulamentação dessas empresas para melhor proteger seus cidadãos. É fundamental que seja promovida na sociedade contemporânea uma maior reflexão ética sobre o tema, a fim de que questões bioéticas sejam levadas em conta tanto no desenvolvimento de tais iniciativas quanto na sua regulação.

REFERÊNCIAS

- 23andMe. Research Consent Document. Disponível em: <https://www.23andme.com/en-int/about/consent/>. Acesso em: 17 out. 2024a.
- 23andMe. Research Innovation Collaborations Program. Disponível em: <https://research.23andme.com/research-innovation-collaborations/>. Acesso em: 17 out. 2024b.
- 23andMe. An open letter to 23andMe Customerscustomers. Disponível em: <https://blog.23andme.com/articles/open-letter>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- AHLUWALIA, B. Can fathers get a paternity test without the mother knowing? FindLaw, 2025. Disponível em: <https://www.findlaw.com/family/paternity/can-fathers-get-a-paternity-test-without-the-mother-knowing-.html>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- ALDER, S. 23andMe user data stolen in credential stuffing attack. *The HIPAA Journal*, 10 Oct. 2023. Disponível em: <https://www.hipaajournal.com/23andme-user-data-stolen-credential-stuffing-campaign/>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- ANGRIST, M.; COOK-DEEGAN, R. M. Who owns the genome? *The New Atlantis*, v. 11, p. 87-96, 2006.
- ASH, L. The Christmas present that could tear your family apart. *BBC News*, 20 Dec. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/stories-46600325>. Acesso em: 17 out. 2024.

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992. Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 30 dez. 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8560.htm. Acesso em: 19 out. 2024.
- BRASIL. Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 abr. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm. Acesso em: 19 out. 2024.
- BRASIL. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. *Diário Oficial da União*, 14 maio 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm. Acesso em: 25 mar. 2024.
- BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*, 14 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 19 out. 2024.
- CHRISTOFIDES, E.; O'DOHERTY, K. Company disclosure and consumer perceptions of the privacy implications of direct-to-consumer genetic testing. *New Genetics and Society*, v. 35, n. 2, p. 101-123, 22 Mar. 2016.
- CLOTET, J. Bioética como ética aplicada e genética. *Revista Bioética*, v. 5, n. 2, 1997.
- COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. *Privacidade e proteção de dados pessoais 2023: perspectivas de indivíduos, empresas e organizações públicas no Brasil*. São Paulo: CGI.br, 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/publicacao/privacidade-e-protecao-de-dados-2023/>. Acesso em: 17 out. 2024.
- CROWTHER, H. "I was stunned": DNA tests reveal hidden family secret for B.C. woman. *CTVNews*, 16 Mar. 2024. Disponível em: <https://www.ctvnews.ca/canada/article/i-was-stunned-dna-tests-reveal-hidden-family-secret-for-bc-woman/>. Acesso em: 17 out. 2024.
- DEGEURIN, M. Hackers got nearly 7 million people's data from 23andMe. The firm blamed users in "very dumb" move. *The Guardian*, 15 Feb. 2024. Disponível em: <https://www.theguardian.com/technology/2024/feb/15/23andme-hack-data-genetic-data-selling-response>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- DNA PATERNITY TESTING CENTERS. DNA paternity testing laws across the states. Disponível em: <https://dnapaternitytestingcenters.com/dna-paternity-testing-laws-across-the-states/>. Acesso em: 19 out. 2024.
- ERLICH, Y. *et al.* Identity inference of genomic data using long-range familial searches. *Science*, v. 362, n. 6415, p. 690-694, 11 Oct. 2018.

- GENERA. Ancestralidade, saúde e bem-estar. Disponível em: <https://www.genera.com.br/>. Acesso em: 23 mar. 2025.
- GRACIA, D. Ethics, genetics, and human gene therapy. *In*: TEN HAVE, H.; GORDIJN, B. (ed.). *Bioethics in a European perspective*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2001. p. 309-338.
- GYMREK, M. *et al.* Identifying personal genomes by surname inference. *Science*, v. 339, n. 6117, p. 321-324, 17 Jan. 2013.
- HAZEL, J. W.; SLOBOGIN, C. Who knows what, and when?: a survey of the privacy policies proffered by U.S. direct-to-consumer genetic testing companies. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, v. 28, n. 1, p. 35-66, 2018.
- HONORÉ, T. *Making law bind: essays legal and philosophical*. Oxford: Clarendon Press, 1987.
- KABATA, F.; THALDAR, D. The human genome as the common heritage of humanity. *Frontiers in Genetics*, v. 14, 7 Nov. 2023.
- LOCKE, J. *Dois tratados sobre o governo*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- MAGISTRO, E. It's not just me, it's also you: how shared DNA complicates consent. *Princeton Legal Journal*, v. 1, n. 1, 16 May 2021.
- MCCLAIN, C. *et al.* How Americans view data privacy. Pew Research Center, 18 Oct. 2023. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/internet/2023/10/18/how-americans-view-data-privacy>. Acesso em: 17 out. 2024.
- MEDLINEPLUS. What is genetic discrimination? MedlinePlus, 2020. Disponível em: <https://medlineplus.gov/genetics/understanding/testing/discrimination/>. Acesso em: 20 out. 2024.
- MEUDNA. Descubra suas origens e cuide da sua saúde. Disponível em: <https://meudna.com/>. Acesso em: 23 mar. 2025.
- NEWMAN, L. H. 23andMe user data stolen in targeted attack on Ashkenazi Jews. *Wired*, 6 Oct. 2023. Disponível em: <https://www.wired.com/story/23andme-credential-stuffing-data-stolen/>. Acesso em: 31 mar. 2025.
- NIELSEN, M. E. J.; KONGSHOLM, N. C. H.; SCHOVSBO, J. Property and human genetic information. *Journal of Community Genetics*, v. 10, n. 1, p. 95-107, Jan. 2019.
- PANACER, K. S. Ethical issues associated with direct-to-consumer genetic testing. *Cureus*, v. 15, n. 6, 3 June 2023.
- SHAH, P. *et al.* Informed consent. 2023. *In*: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>. Acesso em: 19 out. 2024.
- SHELLING, A. N. *et al.* Genomic discrimination in New Zealand health and life insurance. AGenDA: Against Genomic Discrimination in Aotearoa. *The New Zealand Medical Journal*, v. 135, n. 1551, p. 7-12, Nov. 2022.

- STOEKLÉ, H.-C. *et al.* 23andMe: a new two-sided data-banking market model. *BMC Medical Ethics*, v. 17, n. 1, 31 Mar. 2016.
- THE 1000 GENOMES PROJECT CONSORTIUM. A global reference for human genetic variation. *Nature*, v. 526, n. 7571, p. 68-74, 30 Sept. 2015.
- THE NEXT 20 years of human genomics must be more equitable and more open. *Nature*, v. 590, n. 7845, p. 183-184, 10 Feb. 2021.
- UNITED KINGDOM. Family Law Reform Act 1969. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- UNITED KINGDOM. Human Tissue Act 2004. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights. Unesco, 1997. Disponível em: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-human-genome-and-human-rights>. Acesso em: 17 out. 2024.
- VISION RESEARCH REPORTS. Direct-to-consumer genetic testing market size to reach USD 17.35 bn by 2033. Disponível em: <https://www.visionresearchreports.com/direct-to-consumer-genetic-testing-market/40299>. Acesso em: 17 out. 2024.
- WALDRON, J. Property and ownership. Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive, 2023. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/property/>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- WERNER, M. H. Property rights. In: CHADWICK, R. (ed.). *Encyclopedia of applied ethics*. 2. ed. London: Academic Press, 2011. p. 624-631.
- WETTERSTRAND, K. A. *DNA Sequencing Costs: Data*. Bethesda, MD: National Human Genome Research Institute – NHGRI, 16 maio 2023. Disponível em: <https://www.genome.gov/sequencingcostsdata>. Acesso em: 17 out. 2024.
- WINTHER, R. G. Race and human genomic variation. In: SWARTZ, B.; MISHLER, B. D. (ed.). *Speciesism in biology and culture*. Cham: Springer Nature, 2022. p. 33-46.
- ZHUANG, Y. 23andMe files for bankruptcy amid concerns about security of customers' genetic data. *The New York Times*, 24 Mar. 2025. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2025/03/24/business/23andme-bankruptcy.html>. Acesso em: 31 mar. 2025.

Recebido em: 01/04/2025

Aprovado em: 11/06/2025