

APRENDENDO A DELIBERAR



FUNDAMENTOS E MÉTODO APLICADOS NA DISCIPLINA DE BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE

Mirelle Finkler



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DISCIPLINA DE BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE

**APRENDENDO A DELIBERAR:
FUNDAMENTOS E MÉTODO APLICADO NA
DISCIPLINA DE BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE**

MIRELLE FINLER (org.)

2ª Edição

FLORIANÓPOLIS

2022

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da Universidade Federal de Santa Catarina

A654 Apendendo a deliberar [recurso eletrônico] : fundamentos e método aplicados na disciplina de bioética da responsabilidade / organizadora Mirelle Finkler. – 2. ed. – Florianópolis : UFSC, 2022.
116 p.: il., gráfs.

E-book (PDF)

Atividades desenvolvidas na disciplina de Bioética da Responsabilidade, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

ISBN 978-85-8328-131-3

1. Bioética. 2. Processo decisório – Aspectos morais e éticos. I. Finkler, Mirelle, org.

CDU: 614.253

SUMÁRIO

APRENDENDO A DELIBERAR

Apresentação	7
A Deliberação Moral: método para uma Bioética da Responsabilidade.....	9
Plano de ensino da disciplina Bioética da Responsabilidade	27

DELIBERANDO

Violência Baseada em Gênero à Refugiada no Campo de Sheder	33
Eliane Ricardo Charneski e Daymée Taggesell de Córdova	
Parto Natural de Alto Risco.....	39
Juliana Praxedes Campagnoni e Vanessa Maria Vieira	
Maus tratos infantil	45
Scheila da Rocha Alexandrino Priess e Patrícia Pereira de Souza da Rosa	
Adolescente adotiva em situação de rua.....	53
Janaína Carneiro de Camargo e Maiara Suelen Mazera	
Saúde mental e as lacunas da reforma psiquiátrica.....	577
Jaqueline Marcos dos Santos e Simone Conradi	
Autonomia de adolescente em final de vida	65
Maikon Leiria	
Demissão por interesse político.....	71
Fernanda Denise Satler, Paulo Renato Aquino e Tania Nodari	
Recusa ao tratamento de fisioterapia por paciente em fim de vida.....	79
Lilian Suelen de Oliveira Cunha e Tatiana Leite Muller	
Testemunho de violência doméstica em apartamento vizinho.....	87
Tadeu Zomer Locatelli e Gisélida Garcia da Silva Vieira	
Violência de Estado frente ao direito de mulheres em vulnerabilidade psicossocial exercerem a maternidade.....	91
Carolina Eidelwein, Cristiana Menezes e Gilsenei Tavares	
Vulneração social e serviço de atenção domiciliar.....	101
Christine Sodré Fortes, Letícia Rios Dias e Maria Esther Souza Baibich	
AVALIANDO O ENSINO-APRENDIZADO	
Fatos e valores da experiência, deveres para novas ofertas	115

Apresentação

O presente material é fruto das atividades realizadas nas primeiras duas ofertas da disciplina de Bioética da Responsabilidade, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. A disciplina foi desenvolvida no segundo semestre de 2020 e no primeiro de 2022, com média de 13 estudantes – mestrandos e doutorandos - que compuseram turmas interprofissionais, havendo graduados em Enfermagem, Medicina, Psicologia, Ciências Sociais, Educação Física, Naturologia entre outros.

A disciplina tem como objetivo educar para a gestão autônoma dos valores morais e para a deliberação de decisões éticas, buscando o desenvolvimento de profissionais de saúde, docentes e cidadãos eticamente competentes e responsáveis. Para tanto, vale-se de momentos de ensino aprendizagem-teórica, onde os fundamentos de ética são inicialmente apresentados e discutidos, para então se conhecer e compreender a Bioética da Responsabilidade. Posteriormente, por meio da Bioética Narrativa, o Método da Deliberação Moral é primeiramente experimentado, passando-se à parte mais prática da disciplina, onde a cada aula, um grupo de estudantes apresenta um caso a ser deliberado por toda a turma. Alguns deles provém do cotidiano profissional dos estudantes, outros, são inspirados em fatos noticiados pela imprensa. Os casos são planejados com antecedência sob orientação da professora da disciplina, e conduzidos ao longo da sessão de deliberação também em parceria com a docente, a fim de aprenderem não apenas a deliberar, mas também a conduzir uma deliberação moral.

O registro das deliberações realizadas está compilado neste material didático. Espera-se que possa ser útil a outros estudantes, bem como a colegas que queiram desenvolver o método em sua atuação profissional, seja na assistência ou na gestão em saúde, seja na docência. Cabe, no entanto alertar que essa utilidade deve estar restrita ao aprendizado do próprio método e de seu embasamento, uma vez que cada caso é singular, assim como é cada sessão deliberativa. O resultado do processo – o curso ótimo de ação definido - não deve, portanto, ser tomado como recomendação para outros casos, por mais semelhantes que sejam, pois isso iria contra os próprios pressupostos da Bioética da Responsabilidade.

Além das sessões deliberativas, este documento contém uma parte introdutória onde se apresentam os fundamentos teórico-metodológicos empregados, bem como o plano de ensino da disciplina. Ao final, encontra-se ainda, uma avaliação do processo de ensino-aprendizagem, levantando recomendações para a continuidade e ampliação do ensino da Bioética da Responsabilidade e de seu método de Deliberação Moral.

A Deliberação Moral: método para uma Bioética da Responsabilidade¹

...a bioética se deve à necessidade que a sociedade civil sente de refletir e deliberar sobre os problemas relativos à gestão do meio ambiente, do corpo e da vida dos seres humanos presentes, e de nossos deveres para com as futuras gerações. Já não podem ser os médicos, nem os políticos, nem os economistas, nem tampouco os sacerdotes ou os teólogos quem detenham o monopólio da decisão neste tipo de questões. Há que ser a sociedade inteira a deliberar e decidir sobre elas. Somente deste modo se conseguirá o que, ademais, todos consideramos imprescindível, o vislumbramento de um novo mundo mais humano; ou seja, de uma nova cultura (GRACIA, 2002, p.39, tradução nossa).

Somos participantes da democracia e, portanto, corresponsáveis por ela: esse é o fundamento para uma educação ética. Tal participação requer compreensão dos valores humanos e competência deliberativa para a tomada de decisões em sociedades pluralistas como as nossas. Daí que a educação é crucial para uma cidadania democrática, devendo nutrir o discurso público e o engajamento da sociedade civil no bem comum. Para tanto, requer, além de conhecimentos, consciência ética, reflexão crítica e compromisso com a ação (PRESIDENTIAL..., 2016).

Dados os desafios do avanço da ciência e da tecnologia, da persistência de problemas humanitários históricos e, ainda, a atual ascensão do autoritarismo em vários países do mundo, a deliberação se apresenta como um importante instrumento para a tomada de decisões responsáveis em sociedades que se pretendam democráticas e que primam por uma ética civil e cidadã.

No Brasil, ao longo das primeiras décadas do Sistema Único de Saúde, ampliaram-se as possibilidades de participação profissional, como por exemplo, nos conselhos de saúde e nos comitês de ética em pesquisa. A deliberação ética coletiva passou a ser requerida como uma nova excelência profissional, necessária ao melhoramento ético das práticas em saúde (GOMES; PARISI, 2017).

Neste contexto, pode-se afirmar que “a deliberação é uma escola de vida (...) e (que) os cursos de bioética deveriam ser verdadeiras escolas de deliberação” (GRACIA, 2016a, p.13). Mas a que deliberação precisamente nos referimos?

Pose (2009, p.88, tradução nossa) nos alerta que “o habitual é identificar a deliberação como um simples diálogo, ou crer que se trata de ajudar a tomar decisões por consenso. Isto é um grande erro”. De fato, a palavra “deliberação” é descrita no dicionário da língua portuguesa como “ação ou efeito de deliberar ou deliberar-se”; como “argumentação sobre um assunto polêmico”, sinônimo de “debate”; “discussão cujo propósito consiste na resolução de um problema”; e ainda, “ato executado ou resolução tomada após

¹Texto originalmente publicado em capítulo de livro: FINKLER, M. A deliberação moral: método para a Bioética da Responsabilidade. In: Dulcinéia Ghizoni Schneider; Flávia Regina Souza Ramos. (Org.). Ensino Simulado e deliberação moral: contribuições para a formação profissional em saúde. 1ed.Porto Alegre: Moriá, 2019, p. 63-84.

reflexão” (DICIO, 2019). Desta forma, trata-se de um termo amplamente empregado e possuidor de variados sentidos no senso comum, no âmbito político, no jurídico e no filosófico.

Em uma perspectiva filológica, deliberação provém do latim *deliberativo*, que deriva da raiz *liber*. *Libertas* significava um estado de ausência de coação. Disto se depreende que a deliberação depende da liberdade para tomar decisões, seja esta uma liberdade externa (ausência de coação), seja interna (ausência de ignorância, incontinência ou inautenticidade). Delibera-se, portanto, para se atuar autonomamente. *Liber* também formava a expressão *liberum arbitrium*, significando peso, ou seja, medida que se põe na balança para contrastar com outros elementos. Um termo que sugere, então, a ponderação entre diferentes fatores e a eleição da opção que surge entre eles (POSE, 2009).

Na bioética, a deliberação ocupa evidentemente um espaço central, mas também nesta área é necessário identificar a que tipo de deliberação se refere. A U.S. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, por exemplo, propõe uma “deliberação democrática” como um método de tomada de decisão no qual os participantes discutem e debatem uma questão de preocupação coletiva, com o objetivo de alcançar uma decisão acionável por política ou lei. Para tanto, propõem como etapas do processo deliberativo democrático: começar com uma pergunta política aberta; dedicar um tempo para a deliberação com máximo impacto; convidar à participação especialistas no tema e público em geral; promover discussão aberta e debate; e desenvolver recomendações de ações detalhadas (PRESIDENTIAL..., 2016).

Na literatura bioética, a deliberação moral revela-se como meio e instrumento de sistematização do manejo de problemas éticos. Promove a educação permanente dos profissionais, através do desenvolvimento da competência ética que envolve conhecimentos, sensibilidade e habilidades críticas e dialógicas para a análise e resolução prudente dos conflitos morais em saúde. Seu conceito tem sido ancorado em diferentes autores, assim como também são variados os métodos para a estruturação do processo deliberativo (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Independentemente da afiliação, à deliberação têm sido atribuída uma série de contribuições para o trabalho em saúde. Individualmente são mencionadas uma abordagem abrangente e aprofundada dos usuários e das situações éticas; consciência, reconhecimento, discernimento e reflexão crítica sobre problemas éticos; diminuição da frustração e angústia com alívio de sofrimento moral; segurança para manejar problemas éticos; auxílio na busca de respostas aos mesmos; bem como desenvolvimento da competência moral. Já na perspectiva das equipes de saúde multidisciplinares são mencionadas como contribuições do método, compreensão e cooperação entre profissionais; fortalecimento do diálogo; favorecimento do processo educativo e do aprendizado interprofissional; criação de ambiente de reciprocidade, solidariedade e empatia com espaço para o compartilhamento de experiências; motivação no trabalho; sentimento de pertencimento à equipe; utilidade no cotidiano; e melhoria na qualidade do

atendimento. Trata-se, destarte, de um método capaz de promover a humanização da atenção à saúde (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Neste texto, abordamos a deliberação moral a partir da concepção teórico-filosófica e proposta metódica de Diego Gracia, que a resgata de Sócrates² e, especialmente, de Aristóteles, que foi quem a introduziu e sistematizou³ (GRACIA, 2016a). Apesar da origem clássica⁴, trata-se de uma abordagem em Ética que apenas no século XX, após a crise da razão pura e da revalorização dos sentimentos na vida moral, passou a chamar a atenção dos filósofos por seu alcance, agora, muito distinto do tradicional (POSE, 2009).

Tal opção se ancora na ampla difusão do método que tem sido empregado com sucesso em comitês de ética institucionais, clínico-assistenciais e de pesquisa há cerca de quatro décadas (GOMES; FINKLER; SIRUANA, 2017) (1); em nossas experiências formativas e de pedagogia deliberativa na educação superior em saúde (FINKLER; NEGREIROS, 2018) (2); no reconhecimento do seu valor prático-instrumental e na apreciação de sua fundamentação teórica (3) que, distintamente de outros referenciais bioéticos - deontológicos ou utilitaristas - não está afeita a determinadas morais, abrindo assim espaço ao diálogo realmente plural.

A Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia

A história da ética do século XX é de descobrimento de um novo critério de ação moral: a da responsabilidade pelo futuro. Nunca até agora a história da ética havia entregado ao ser humano esta ideia de responsabilidade. Trata-se de responsabilidade em direção ao futuro; a outra, a responsabilidade pelo passado e pelo presente já vinha formando parte, de uma ou outra maneira, da consciência moral. A novidade agora é que a responsabilidade é fundamentalmente do futuro, do que sendo tecnicamente possível não sabemos se deveria ser eticamente (POSE, 2011, p. 172, tradução nossa).

Diego Gracia Guillén - filósofo, médico, psicólogo clínico, psiquiatra e educador - é o maior expoente da bioética na Espanha, e um dos bioeticistas de maior influência no mundo, graças a sua bagagem filosófica e clínica, e, aos seus conhecimentos em História da Medicina e Antropologia Médica. Reconhecido por seu

² Em Sócrates a deliberação tinha estrutura de diálogo, consistindo em um método de avaliação de ideias e crenças próprias com a ajuda de outros (a chamada “maieutica”), para descobrir os limites da sabedoria (POSE, 2011).

³ Deve-se a Aristóteles “o reconhecimento de que existem distintas classes de ciências (teóricas, práticas e produtivas), distintos tipos de conhecimentos (científico ou demonstrativo e opinativo ou probabilístico), distintos tipos de linguagens argumentativas (apodítica, dialética, retórica e sofística) e, conseqüentemente, distintos métodos (dedutivo e deliberativo) e distintos graus de verdade (certeza e prudência)” (POSE, 2011, p.74).

⁴ Sob uma perspectiva histórica, a origem da deliberação era política. O termo grego para deliberação era *boúlesis*, um substantivo ligado a outro nome – *Boulé* - que era o Conselho de Anciões na Grécia antiga: uma instância de ponderação e aconselhamento de caráter público, formada por homens de sabedoria conquistada à base de experiência, os chamados “prudentes” (*phronimoi*) (POSE, 2009, p.65).

rigoroso trabalho intelectual, seus estudos filosóficos e a fundamentação de sua bioética estão estreitamente ligados à filosofia de Xavier Zubiri e ao pensamento de Pedro Laín Entralgo, dos quais foi discípulo (CORTINA, 2011).

A maturação de sua obra na bioética passou por diferentes fases, das quais se destaca a versão mais atual, que justifica a insuficiência da linguagem dos princípios e consequências – típica do mundo anglo-saxão - e a inadequação da linguagem dos deveres e direitos – típicas do mundo germânico - como linguagens próprias da ética. Substituindo a linguagem clássica das virtudes pela mais moderna dos valores, sua “Bioética Deliberativa” (ZOBOLI, 2016) tem, como eixo central, a axiologia⁵ da vida - a bioética como construção e realização de valores (GRACIA, 2011), como fundamento dos juízes morais, uma ética de responsabilidade⁶, e como método, a deliberação moral (POSE, 2011).

A “Bioética de Responsabilidade” de Diego Gracia possui três características fundamentais: 1. A globalidade, porque considera a dignidade uma qualidade moral de todos; porque toma a bioética como primeira tentativa de se pensar a ética em modo global; e porque advoga por uma bioética ecológica; 2. A autonomia em relação às religiões, às leis e à técnica, e 3. Seu caráter prudencial e deliberativo. Desta forma, sua produção - de uma bioética clínica a uma bioética global - vem estruturando um referencial teórico-prático que tem contribuído significativamente para a tomada de decisões no campo da vida, pretendendo colaborar com um novo modelo de democracia – uma democracia deliberativa (POSE, 2011). Entendendo que a bioética é em essência deliberação, considera que poderá guiar tal transformação (GRACIA, 2002), a partir de juízos morais fundamentados uma perspectiva secular, plural, autônoma, razoável e responsável (POSE, 2011).

Conforme nos explica o autor, a moralidade é constitutiva do ser humano, porque é uma necessidade natural, um fenômeno biológico do qual depende nossa sobrevivência. E isto porque, diferentemente dos animais submetidos à lei da “seleção natural”, o ser humano não se adapta ao meio, mas estima valor a tudo e todos que o rodeiam, projetando ações em direção ao seu futuro. A partir desta capacidade de estimação ou valoração, vai transformando o mundo natural em um mundo cultural, ao lhe agregar valores. Vive,

⁵ Ao leitor interessado em desenvolver o método da deliberação moral recomenda-se fortemente a leitura de “GRACIA, D. La cuestión del valor. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 203p. Em especial, a segunda parte do livro, onde o autor trata do mundo dos valores morais, da relação dos valores com a ética e dos programas de educação moral ou de formação ética.

⁶ A ética da responsabilidade nasceu em princípios do século XX no contexto do existencialismo. Tratou de responder à pergunta propriamente moral (o que devemos fazer?) considerando que já não cabia mais olhar para trás, em direção a princípios universais ou deveres *a priori*, mas sim adiante, em direção a nossos projetos, ao futuro, já que a essência do ser humano há que ser construída, que é liberdade. Deste modo, o ser humano deve resolver seu problema moral autonomamente e arcar com as consequências de sua própria decisão. Daí tratar-se de uma ética da responsabilidade, e a bioética - que surgiu na terceira parte deste século como um movimento concreto dentro do movimento mais geral da ética da responsabilidade - ser uma bioética da responsabilidade (POSE, 2009, p. 103-104).

portanto, sob a lei da “escolha moral”. É justamente por sua capacidade e necessidade de projetar tudo aquilo a que atribui valor, que é, necessariamente, um ser moral. Mais que realizar projetos ou ações, o ser humano precisa justificá-las, fundamentá-las, para si e para os demais, porque seus projetos e ações lhe pedem contas, antes mesmo de serem realizados. Este pedir contas costuma-se chamar de responsabilidade ou justificação. Precisamos justificar o que queremos fazer ou o que fazemos frente nossa consciência moral (GRACIA, 2016b).

De nossos vínculos com os demais e com a realidade decorrem nossas obrigações, e delas derivam nossos deveres e responsabilidades. Essa é a base da experiência do dever que é a nossa experiência moral (GRACIA, 2007). Os valores demandam sua realização. Em outras palavras, demandam se tornar realidade, ganhar corpo e encarnar-se. Por isso, sentimos que nos obrigam a fazer certas coisas e a não fazer outras. E por isso, promover os melhores valores é o nosso dever ético (GRACIA, 2007; ZOBOLI, 2016). A ética trata de descobrir quais são nossos deveres morais e o faz analisando os fatos e os valores presentes nos conflitos morais.

Um conflito é uma coisa muito determinada. Não é o mesmo, por exemplo, um conflito que um problema. O termo problema procede do grego *próblema*, que por sua vez deriva do verbo *pró-bállo*, que significa lançar adiante, pró-pôr. A vida é um problema, porque temos que estar “pró-jetando” continuamente, escolhendo entre as distintas alternativas que se apresentam em cada situação. Eleger sempre é um problema (...) um problema não é um conflito. O problema surge pela necessidade que temos de eleger entre distintos cursos de ação possíveis. O conflito, pelo contrário, consiste no choque entre duas ou mais coisas (GRACIA, 2014, p.231-232, tradução nossa).

Existem conflitos de fatos, conflitos de valores e conflitos de deveres. E os chamados “conflitos morais”. Os fatos são dados de percepção. São contundentes e definitivos, de tal forma que na linguagem comum, usamos esta palavra para expressar o sentido de algo indiscutível. Fatos são percebidos direta ou indiretamente, de forma imediata ou mediante instrumentos. Mas há coisas na vida que não são dados de percepção ou fatos: são os valores. Diferentemente dos fatos, os valores não são percebidos, mas estimados, apreciados, valorados. Trata-se de uma importante distinção entre percepção e valoração: percebendo o mesmo, podemos valorar diferentemente. Outra questão importante é que sem fatos não há valores. Os valores são distintos dos fatos, mas dependem deles. Significa dizer que os fatos são suportes dos valores ou que os valores são suportados por fatos (GRACIA, 2007).

O mundo dos valores é riquíssimo, mas nele somos quase analfabetos. Apesar dos valores serem o que há de mais importante em nossas vidas, e de que valorar seja uma função imprescindível, não sabemos falar sobre eles e ainda menos, manejá-los nas situações de conflitos de valores. A incompatibilidade entre valores se apresenta quando, na tentativa de realizá-los, a promoção de um impede a realização total ou parcial de outro (GRACIA, 2011; 2014).

No ser humano, além do mundo dos fatos e o dos valores, há também um mundo dos deveres. Divergimos sobre o conteúdo de nossos deveres, mas a experiência do dever é praticamente universal. E como dito anteriormente, o que devemos é realizar valores – a paz, a justiça, a liberdade, o amor, a solidariedade, a beleza, a verdade e tantos mais. Esses ideais se impõem ao real, fazendo com que nos sintamos obrigados a realizá-los. Da mesma forma que valores se montam sobre fatos, os deveres se montam sobre os valores. Ou seja, os valores suportam, fundamentam e justificam nossos deveres (GRACIA, 2011; 2014).

Nossos valores só entram em conflito quando passamos do segundo ao terceiro mundo, ou seja, quando passamos da Axiologia para a Ética. Significa dizer que um conflito de valores é, na realidade, um conflito na realização de valores. E em sendo assim, são, no rigor dos termos, conflitos de deveres. Estes conflitos podem ser de dois níveis, momentos ou dimensões. O primeiro deles se refere ao nível do ideal, em que as circunstâncias não são consideradas. Seria, portanto, o momento do “deveria”, ou seja, da realização dos valores puros, ideais. O segundo nível é o da realização do valor em casos concretos, onde as circunstâncias são próprias e conhecidas. Seria, neste caso, o momento do “devo”, da realização dos valores na realidade em análise. Essa diferença entre o que se deveria (deveres *primos facie*) e o que se deve (deveres reais) é o que se chama de conflito de deveres. Conflitos morais, portanto, são conflitos de valores assim como conflitos de deveres (GRACIA, 2011; 2014).

Para resolvê-los é preciso primeiramente compreender sua lógica. Diferentemente dos problemas matemáticos que costumam ter solução e, além disso, ter solução única e demonstrável como verdadeira, quase todos os demais problemas do mundo possuem outra lógica. Os juízos morais são racionais, mas não são apodíticos. São dialéticos, ou seja, tratam da lógica da opinião⁷. Opiniões são juízos racionais que envolvem também elementos não racionais como crenças, sentimentos e valores. Nossas opiniões não esgotam a análise de problemas, permitindo julgamentos distintos e até mesmo opostos que podem também ser verdadeiros. Deste modo, trata-se da lógica polivalente da probabilidade, e não da lógica do tipo verdadeiro/falso (GRACIA, 2001b; 2014).

As decisões em saúde costumam ser problemáticas justamente porque carregam em si algum grau de incerteza. Ser um profissional de saúde competente inclui saber manejar adequadamente essa incerteza, conscientes de que podemos atuar prudentemente ainda que nossas decisões sejam apenas provavelmente certas. No âmbito dos fatos clínicos, estamos acostumados a usar métodos típicos da clínica para definir diagnósticos, prognósticos e tratamentos, diminuindo a incerteza e a insegurança a limites razoáveis. Isto é

⁷A lógica apodítica é a derivada do raciocínio teórico. É demonstrativa, convincente e não admite contradição. Demonstra a conclusão a partir das premissas, assegurando a verdade da mesma, sem que haja possibilidade de uma alternativa ou um resultado distinto. Já a lógica dialética é a do raciocínio prático, onde ao menos uma das premissas é uma opinião. É a lógica própria do âmbito moral (GRACIA, 2016, p.136).

muito importante, pois a insegurança fomenta decisões irracionais e insensatas, além de provocar algum grau de sofrimento. Ocorre que no âmbito da clínica, como em qualquer outro, não existem fatos puros, pois como dito, sobre os fatos sempre se montam os valores das pessoas que os analisam. E pelo mundo dos valores ainda transitamos com dificuldade, especialmente nas situações de conflitos morais (GRACIA, 2016b).

Nessas situações somos tomados por angústia, a qual dispara mecanismos de defesa como a *negação* – a não escuta ou consideração do outro como interlocutor; a *agressão* – a imposição de próprio ponto de vista por coação ou coerção; a *projeção*, que tenta acabar com a angústia buscando um culpado; e a *racionalização*, que localiza razões irreais ou incorretas para justificar ou impor pontos de vista próprios, ou para excluir os demais da tomada de decisão (GRACIA, 2016b). Todas, formas de atuação que reforçam o modelo de relação clínica paternalista, na contramão do modelo emancipatório (POSE, 2009).

Nossas emoções nos levam a posturas extremas, de total aceitação ou total rechaço, e convertem os conflitos morais em dilemas, ou seja, reduzem-nos a questões com apenas duas possíveis saídas - extremas, incompatíveis e irreduzíveis. A dilematização de um conflito moral costuma ser fruto da angústia (GRACIA 2014). Mas conflitos morais não precisam ser entendidos como dilemas. Esta é apenas uma das posturas possíveis, e não por acaso, justamente a que conta como maior bibliografia na literatura médica e que está mais presente nas mídias de massa. Frente a essa postura dilemática ou mentalidade decisionista ou ainda tecnocrática, o objetivo da ética seria dar argumentos que inclinam a balança do juízo moral mais para um lado ou outro, com base na probabilidade e nas preferências ou valores⁸. A postura dilemática parte do pressuposto de que haveria uma decisão correta a ser seguida e apenas uma (GRACIA, 2001b). Na discussão bioética, esta redução das possibilidades de ação a apenas duas posições antagônicas tem sido chamada de “falácia dilemática”⁹ (JUNGES, 2019).

Uma tomada de decisão sobre um conflito moral só é ótima quando todos os valores em choque conseguem ser salvos, ao menos em alguma medida. Isso requer a busca de soluções intermediárias, que não costumam ser facilmente percebidas, porque nossa tendência natural é discutir impondo nosso ponto de vista e tentar convencer os demais de nossos argumentos. É da natureza humana querer ter razão. Mais

⁸ Fundamentada na Teoria da Utilidade, cuja versão ética é o Utilitarismo, assume a ideia de maximização de resultados preferenciais, tomando a utilidade como principal critério ético. Esta mentalidade dilemática está hoje presente também em muitos deontologistas convictos, devido ao fato de pensarem que as questões morais podem ser resolvidas com exatidão e que há apenas uma resposta correta que seria universal e absoluta, que se descobriria pela aplicação direta e dedutiva de princípios e normas.

⁹ A falácia dilemática também está presente nos debates da sociedade civil. Pode ser observada quando os participantes defendem posições ideológicas que polarizam o diálogo, dificultando a busca por soluções consensuais, que acabam sendo definidas a base de voto ou reduzidas à perspectiva jurídica, entregue a alguém que tem expertise no assunto. Este é o núcleo da falácia dilemática, caracterizada como retórica, porque engoda a argumentação e impossibilita a discussão (JUNGES, 2019, p.198).

que isso: querer ter toda a razão (GRACIA, 2016b). Para lidar com a incerteza controlando a angústia devemos seguir um método que nos indica como analisar uma questão e tomar uma decisão: o método da deliberação (GRACIA, 2001).

Esta deliberação requer a problematização dos conflitos morais e não sua dilematização. Problemas são questões abertas que não sabemos se podemos resolver. Suas soluções não estão dadas de antemão, mas precisam ser criadas. A problematização toma como pressuposto que a realidade é sempre mais complexa do que qualquer teoria ou ideia possível ou, dito de outro modo, que existe uma inevitável inadequação entre a realidade e nosso raciocínio. Tal descompasso é evidente na prática, em questões políticas, éticas e técnicas. Nessas questões a certeza é impossível e apenas a probabilidade pode ser alcançada. Desta forma, o raciocínio ético não seria o da episteme/ciência, mas da doxa/opinião. Significa dizer que as opiniões são incertas, mas não irracionais (GRACIA, 2001). Compreender essa diferenciação entre mentalidade decisionista (que foca na tomada de decisão) e mentalidade problemática (que foca no comprometimento com o processo deliberativo) é essencial na proposta de Diego Gracia (ZOBOLI, 2012).

A deliberação coletiva não é algo natural, mas moral, algo que podemos aprender. No entanto, consiste em um processo de difícil aprendizagem que exige como ponto de partida a assunção de que ninguém possui toda a verdade e de que o outro, pensando diferentemente, pode enriquecer nossa perspectiva de análise. De tal forma, a deliberação só é possível mediante um autocontrole psicológico e emocional que se revela na forma de comportamentos práticos facilitadores da deliberação, a saber: disposição a dialogar; capacidade de escuta e desejo de compreender os pontos de vistas dos demais; e certa dose de humildade (GRACIA, 2001a; 2014). Por tudo isso, a deliberação é um sinal de maturidade psicológica. Apenas quem é capaz de controlar os sentimentos de medo e angústia pode estar inteiro e ter a presença de espírito que o método exige (GRACIA, 2014).

Todos deliberamos individualmente antes de tomarmos uma decisão, para que esta seja prudente, responsável. Não se delibera sobre o que é óbvio ou sobre o que é demonstrável, pois o que é demonstrável se demonstra, se comprova, dispensando deliberação. Enquanto a demonstração dá certezas absolutas, a deliberação dá prudência para as decisões sobre as quais não cabe falar de certezas (GRACIA, 2016b).

A deliberação moral é desta forma o procedimento técnico que nos auxilia a encontrar os cursos de ação intermediários que costumam ser os mais prudentes. Pode ser individual, mas como a realidade concreta é sempre mais rica que nossos esquemas intelectuais, há que se acrescentar outros pontos de vista ao nosso, especialmente quando os problemas são complexos e/ou afetam muitas pessoas (GRACIA, 2001a). Todos os afetados pelas consequências das decisões são agentes morais válidos (GRACIA, 2003) e deveriam, idealmente, participar de seu processo deliberativo. Quando isto não é possível, é preciso levá-los em consideração, para que a decisão possa lhes ser moralmente aceitável (GRACIA, 2016b).

O resultado da deliberação está sempre na diferença entre o ponto de partida e o de chegada, com relação à ampliação de nossas perspectivas sobre o problema ético deliberado. Um processo deliberativo adequado é aquele que nos permite ver melhor a solução do problema - a solução ótima - apenas ao seu final. Em alguns casos, os membros de um grupo de deliberação não obterão consenso quanto à solução final do caso deliberado, mas a articulação de suas razões modificará a percepção do problema de todos. Este é o seu grande aprendizado. Daí que o processo deliberativo é, acima de tudo, uma poderosa ferramenta de educação ética para uma sociedade global e democrática (GRACIA, 2001a; 2003).

O método da deliberação moral proposto por Diego Gracia

Conforme visto anteriormente, o encadeamento entre fatos, valores e deveres é fundamental na construção dos juízos morais que ocorre na deliberação. Disso decorre que o procedimento deliberativo se dá em três níveis: deliberação sobre fatos, deliberação sobre valores e deliberação sobre deveres (GRACIA, 2001a). Seu itinerário pode ser observado no quadro 1.

Deliberação sobre os fatos

1. *Apresentação do caso*
2. *Esclarecimentos dos fatos*

Deliberação sobre valores

3. *Identificação de problemas éticos*
4. *Eleição do problema ético a deliberar*
5. *Identificação dos valores em conflito*

Deliberação sobre os deveres

6. *Identificação dos cursos de ação possíveis*
 - a. *Identificação dos cursos de ação extremos*
 - b. *Identificação dos cursos de ação intermediários*
 - c. *Identificação do curso de ação ótimo*
7. *Provas de consistência da decisão*
 - a. *Prova de legalidade*
 - b. *Prova de publicidade*
 - c. *Prova de temporalidade*
8. *Tomada de decisão*

Quadro 1 – Etapas do método de deliberação moral
Fonte: GRACIA (2014)

A demanda pelo processo deliberativo surge da necessidade de uma pessoa tomar uma decisão sobre o que deve fazer em relação a um determinado problema ético. Desta forma, a **apresentação do caso** deve ser realizada por quem está com o problema (GRACIA, 2014). Essa apresentação deve ser planejada

previamente, de modo que todas as informações relevantes para a apreciação do caso sejam incluídas. Se o caso está relacionado a um paciente ou a uma doença, por exemplo, há que se apresentar a situação clínica, seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. É importante que tal planejamento se faça por escrito e detalhadamente, buscando reduzir ao máximo todas as incertezas. Aspectos relativos às condições sociais, familiares, culturais, educacionais e religiosas costumam ser necessárias para a compreensão dos aspectos morais do problema (ZOBOLI, 2012) e devem ser detalhadas tanto quanto possível.

Terminada a apresentação do caso, os participantes da sessão deliberativa devem perguntar à pessoa que apresentou o caso tudo aquilo que ainda consideram necessário saber para melhor compreendê-lo. Os **esclarecimentos dos fatos** devem esgotar as dúvidas dos participantes, abrangendo todos os aspectos correlacionados. Muitos dos erros nos juízos morais se devem a uma má análise dos fatos. Deste modo, uma boa deliberação sobre os fatos é fundamental para uma boa deliberação moral. Daí ser função do moderador estimular as perguntas dos participantes e conceder tempo suficiente a esta etapa. O melhor modo de saber a hora de finalizá-la é estar atento às redundâncias, ou seja, aos argumentos que começam a se repetir sem introduzir novas perspectivas de análise (GRACIA, 2014). Eventualmente pode acontecer do apresentador não conseguir dirimir dúvidas importantes sobre os fatos, sendo aconselhável o adiamento da deliberação para que tais respostas sejam primeiramente obtidas.

Nossa experiência no ensino-aprendizado da deliberação moral mostra que a falta de experiência com o método e/ou de maturidade dos participantes faz emergir perguntas nesta etapa que não se restringem aos fatos, como se estivessem tentando antecipar possíveis soluções. Frente a esta situação, cabe ao moderador-docente explicar a importância de cada nível deliberativo ser realizado no seu devido momento e por completo. Pode ser pedagogicamente interessante aproveitar também tal oportunidade para esclarecer o que são os fatos (distinguindo-os de cursos de ação, por exemplo) e identificar os sentimentos que o método desperta, alertando para a importância do desenvolvimento emocional para seu sucesso.

Finalizada a deliberação sobre os fatos, passa-se à deliberação dos valores. O moderador deve então estimular os participantes para a **identificação dos problemas éticos** relacionados ao caso. Aqui o termo “problema” é intencionalmente utilizado com toda sua ambiguidade. Problema ético será tudo aquilo que para alguém, de maneira intuitiva, seja problema ético. Busca-se assim, romper o receio inicial dos participantes em se manifestar. O importante é que todos que acreditam ter identificado algum problema ético, o digam. A maior dificuldade nesta etapa, no entanto, não está na dificuldade de identificá-los, mas de comunicá-los. Conseguimos nos expressar com precisão nas coisas que sucedem no mundo dos fatos, mas temos dificuldade de fazê-lo no âmbito dos valores. Isto faz com que as pessoas tentem verbalizar os problemas identificados com explicações longas e pouco precisas. O ideal é que, ao contrário, sejam

comunicados da forma mais precisa e sucinta possível. Como se trata de problemas é adequado formulá-los como perguntas. E como se trata de problemas éticos, o verbo da frase há de ser, preferencialmente, o verbo “dever” (GRACIA, 2014).

Nessa etapa, o moderador deve ir listando, em um quadro visível a todos, os problemas éticos que vão sendo comunicados na forma de perguntas (Figura 1). Em se tratando do ensino-aprendizagem do método, pode ser importante que o moderador-professor encoraje os membros a expressar os problemas que identificaram e, inclusive, que lhes ajude reformulando a elaboração de perguntas mais imprecisas. Embora o método não preveja um número determinado de problemas a ser elencados em cada caso, a experiência demonstra que este não deveria ser nunca inferior a sete. Da mesma forma que na etapa de esclarecimento dos fatos, uma estratégia para saber se é o momento de passar a etapa seguinte é prestar atenção ao surgimento de problemas redundantes.

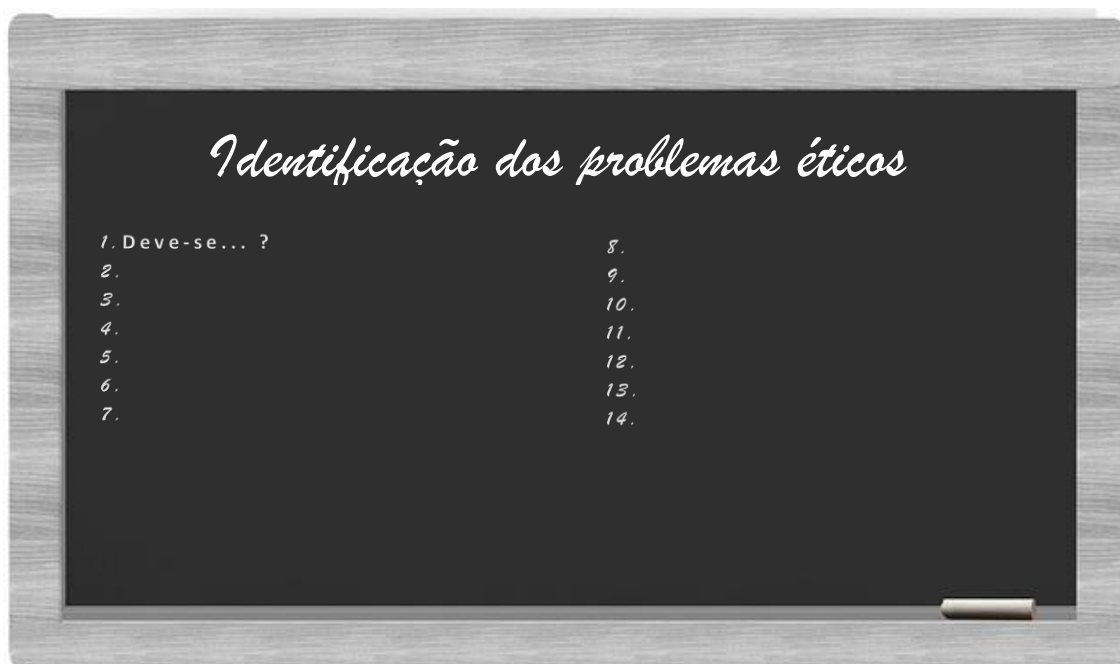


Figura 1 – Lista para identificação dos problemas éticos na 3ª. etapa do método deliberativo.

Identificar e comunicar problemas éticos são habilidades a serem treinadas. Ao fazê-lo, vamos aumentando a sensibilidade ética, melhorando a capacidade de compreender e expressar problemas morais, e enriquecendo nossa perspectiva a partir da escuta atenta dos demais. Tais ações, além de contribuir com a educação moral de cada participante, são importantes para os passos ulteriores do método. Se não se faz desta forma, na continuação da análise cada um poderá estar se referindo a um problema ético diferente, tornando-se impossível chegar a uma solução. Portanto, há que se **eleger o problema ético a deliberar**.

Essa escolha deve ser feita pela pessoa que apresentou o caso, ou seja, por quem propôs a deliberação por precisar de um assessoramento para resolver um problema específico. Ela não deve

participar ativamente da etapa anterior, mas sim os distintos membros do grupo deliberativo. Finalizada a lista de problemas éticos, deve-se perguntar a ela se entre os problemas identificados está o que lhe preocupa. Em caso positivo deve indicá-lo, e em caso negativo, deve-se acrescentar à lista o seu problema ético, que será, a partir de então, objeto da análise deliberativa. A experiência no método demonstra que a análise adequada de apenas um problema leva não menos do que duas horas e que, portanto, uma sessão de deliberação só consegue dar conta da análise de um único problema (GRACIA, 2014).

Na última etapa da deliberação de valores há que se **identificar os valores em conflito**, ou seja, transformar o problema ético em conflito moral, passando da linguagem concreta dos problemas para a linguagem abstrata dos valores (GRACIA 2014). Para tanto, é útil apagar a listagem dos problemas identificados na etapa 3, deixando-se registrado apenas o problema ético que será deliberado. Busca-se então, coletivamente, identificar quais são os valores que no caso concreto estão se chocando (Figura 2).

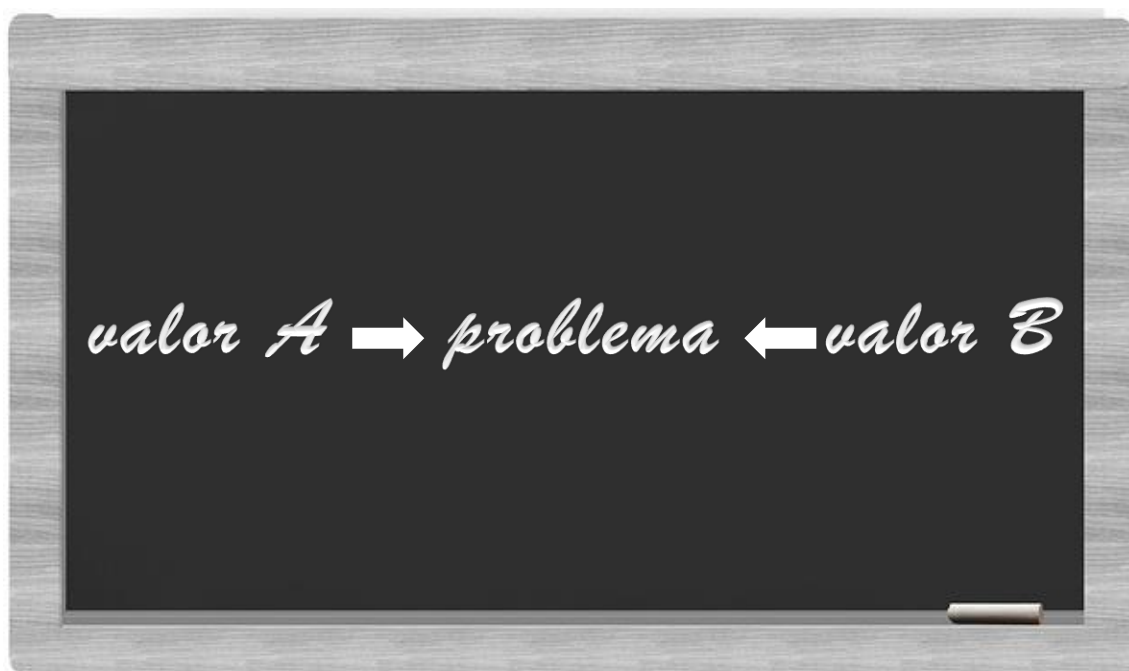


Figura 2 - Identificação dos valores em conflitos na 5ª etapa do método deliberativo.

“Um conflito de valores mal definido compromete o restante do processo deliberativo, pois se perde a essência do caso (...) [portanto] requer atenção dobrada” (ZOBOLI, 2012, p.56). Esta é uma das etapas que resultam mais difíceis às pessoas pouco experientes no método, mas à medida que vão deliberando os valores começam a ficar mais facilmente identificáveis. Um erro frequente é a indicação de um valor positivo e de seu oposto - um valor negativo, porque neste caso não haveria um conflito e uma deliberação seria desnecessária. Em sala de aula, esta etapa pode ser importante também para aumentar a compreensão sobre o que são e quais são os valores morais, distinguindo-os, por exemplo, de princípios éticos.

A deliberação dos deveres se inicia, então, com a **identificação sobre os cursos de ação possíveis**. Os cursos de ação são as saídas possíveis em uma situação dada. A mente humana tende a reduzir os cursos de ação a dois, opostos entre si, como se víssemos o branco e o preto, mas não todos os tons de cinza intermediários a eles. Dada essa propensão, começamos identificando os **cursos de ação extremos** (Figura 3). Já sabemos de antemão que costumam ser drasticamente lesivos aos valores, mas convém identificá-los. Os cursos verdadeiramente extremos consistem sempre no mesmo: optando por um dos valores, aniquila-se o outro. Por isso são trágicos, imprudentes e devem ser evitados. Não devem ser escolhidos como decisão final a não ser que todos os cursos intermediários tenham falhado (GRACIA, 2014). Desta forma, devem ser considerados sempre como soluções extraordinárias, de exceção” (ZOBOLI, 2012, p.56).

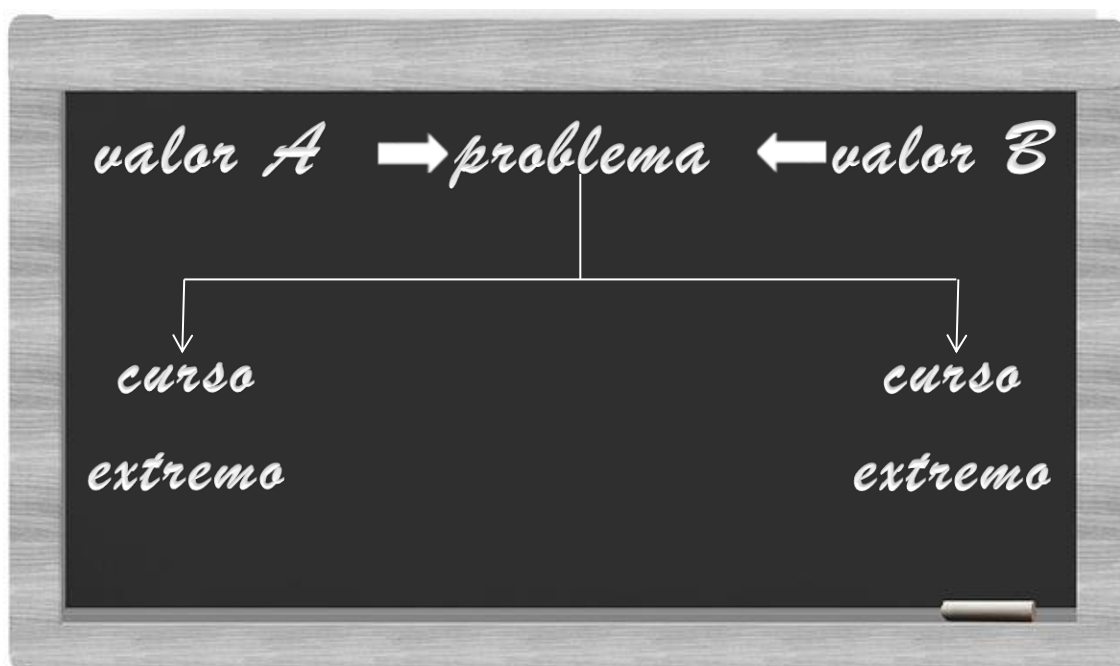


Figura 3 - Identificação dos cursos de ação extremos na 6ª etapa do método deliberativo.

O passo seguinte consiste em identificar **cursos de ação intermediários** (Figura 4), que partem dos extremos rumo ao centro, onde costumam estar a solução mais prudente, evidenciando assim a racionalidade problemática que fundamenta a deliberação (ZOBOLI, 2012). Esta tarefa depende de tempo e imaginação, sendo otimizada pela presença de membros no grupo com formações e experiências diversas, que enriquecem a análise e ampliam o número e a qualidade de saídas. Pode-se tomar como norma que os cursos possíveis são sempre cinco ou mais e que se foram identificados menos, o processo de análise foi falho (GRACIA, 2014).

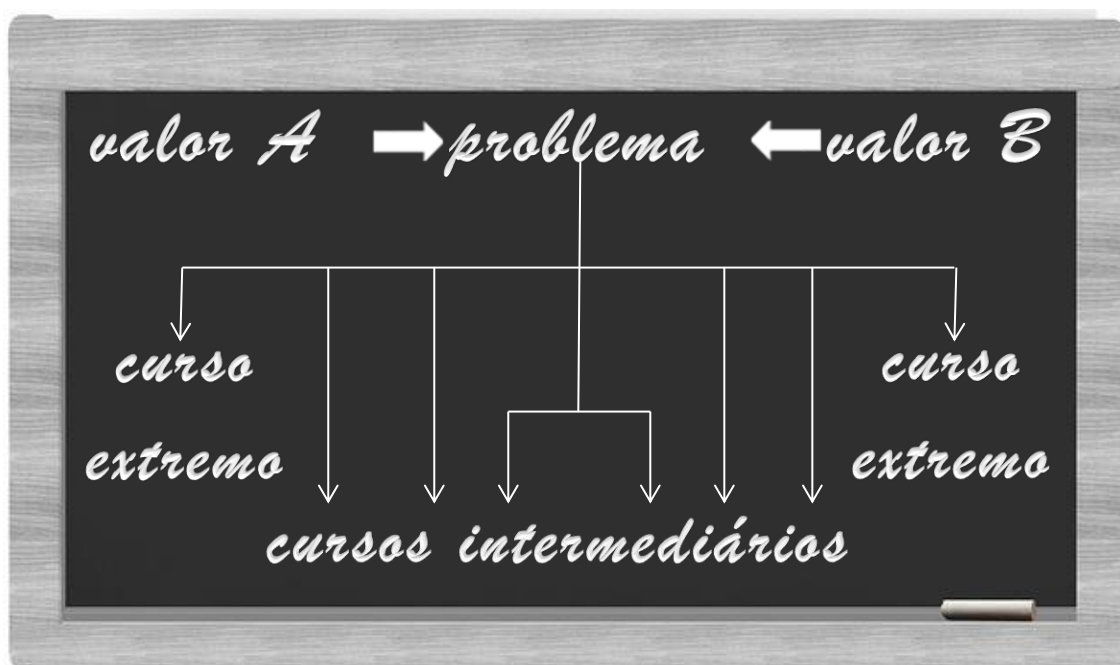


Figura 4 - Identificação dos cursos de intermediários na 6ª etapa do método deliberativo.

Identificados os cursos de ação extremos e intermediários, faz-se necessário deliberar sobre o **curso de ação ótimo**, aquele que realiza ao máximo cada um dos valores em conflito ou os prejudica o menos possível. É a busca pela decisão mais prudente e responsável, que só pode ser definida após a ponderação de todas as circunstâncias (GRACIA, 2014). Frequentemente o curso ótimo é composto por mais de um curso de ação intermediário, como um conjunto de medidas que podem ser adotadas no caso. Também é frequente que haja um consenso acerca do curso ótimo, ainda que este não seja o objetivo do método.

Embora neste momento do procedimento um curso ótimo já tenha sido definido, a prudência nos exige testá-lo. Para tanto, deve-se submetê-lo a certas **provas de consistência da decisão**. As mais importantes são: a prova de legalidade – a decisão é legal?; a prova de publicidade – estaria disposto a tomar a mesma decisão caso se tornasse pública?; e a prova de temporalidade – tomaria a mesma decisão se tivesse mais tempo para decidir? (GRACIA, 2014).

A **prova de legalidade** objetiva assegurar que a decisão não é ilegal. Ética e Direito são coisas distintas, de modo que uma decisão pode ser moral e ilegal, ou o contrário, imoral e legal. O método não leva as leis em consideração até o final do processo justamente para não confundir a análise ética com a jurídica. Mas neste ponto da análise é importante considerar o que dizem as leis sobre o curso ótimo. Primeiramente, porque não é prudente dar conselhos contrários às leis, e segundo, porque se a decisão ótima é ilegal, convém que a pessoa que está sendo aconselhada esteja ciente. A **prova de publicidade** é importante porque não se pode ter certeza de que a decisão não se tornará pública ou que não chegará a tribunais. Desse modo, se alguém não se sente capaz de justificar a decisão publicamente, também deve

repensá-la. E por fim, a **prova de temporalidade**, que se baseia no fato de que decisões acaloradas, tomadas sob fortes emoções, costumam ser imprudentes. A passagem do tempo reduz nossas emoções, aumentando a prudência de nossos juízos morais. Por isso, esta prova trata de refletirmos se estamos tomando a decisão movidos por emoções, ou se tomaríamos a mesma decisão caso pudéssemos esperar algumas horas ou dias (GRACIA, 2014).

Se uma decisão resiste a estas provas, podemos considerá-la prudente e aconselhá-la como **decisão final** à pessoa que apresentou o caso. Caberá a ela tomar a decisão, já que o processo deliberativo não tem caráter executivo nem decisório, mas apenas consultivo, e que as sessões de deliberação não exoneram as pessoas de suas responsabilidades (GRACIA, 2001a; 2014).

Ao coordenador da sessão de deliberação recomenda-se estar atento ao tempo que cada uma das etapas demandará. Uma adequada distribuição de tempo entre as etapas de uma sessão deliberativa com duas horas de duração é apresentada no Quadro 2.

Tempo (min)	Atividades relacionadas às etapas do método
10	Apresentação dos participantes
10	Apresentação do caso
25	Esclarecimento dos fatos
20	Identificação de problemas éticos
5	Identificação dos valores em conflito
5	Identificação dos cursos extremos
30	Identificação dos cursos intermediários
5	Eleição do curso ótimo
5	Provas de consistência da decisão
5	Tomada de decisão

Quadro 2 - Distribuição de tempo entre as atividades relacionadas às etapas do método.
Adaptado de Gracia (2016, p.49).

Outras recomendações ao coordenador da sessão, provenientes dos anos de experiência na condução de sessões deliberativas do proponente do método, podem ser encontradas no Quadro 3.

O coordenador da sessão de deliberação:

- Deve ser experiente no método, pois é necessário dominar essa habilidade para a condução proveitosa do processo;
- Deve ter formação adequada ao caso e conhecimentos técnicos suficientes sobre os fatos;
- Deve realizar as sessões com grupos de tamanho adequado (idealmente com 12 pessoas), porque em grupos maiores o tempo para a participação de todos será insuficiente, e porque em grupos menores, a diversidade/riqueza de perspectivas poderá ser ameaçada;
- Deve controlar o tempo e conceder a palavra a todos, evitando conversas cruzadas ou falas muito longas;
- Deve fomentar a participação inicial, momento em que os participantes, usualmente, ainda estão acanhados, aproveitando a fala de quem iniciar (há que cuidar para não permitir o monopólio do debate por parte das pessoas mais participativas, especialmente das que se sintam gratificadas pelo coordenador quando de sua primeira intervenção);
- Deve considerar um assunto esgotado e passar a outro quando as falas começam a se repetir sem acrescentar argumentos novos, sempre justificando o porquê de se dar por finalizado tal ponto e passar ao próximo;
- Deve resgatar o propósito da sessão sempre que as opiniões forem muito dispersas ou o debate se desvie, ressaltando a necessidade de foco de atenção em um ponto;
- Deve justificar o porquê de não se voltar a etapas anteriores do processo, quando algum participante faz uma colocação pertinente a uma daquelas etapas;
- Deve estar muito atento para exigir respeito quando houver qualquer tipo de conflito entre os participantes;
- Deve estar ciente de que sua função é a de coordenar, sem manipular ou dirigir, o que se torna mais fácil quando não expõe seu ponto de vista;
- Deve se esforçar ao máximo para não se impor;
- Deve rodiziar a condução das sessões entre os participantes uma que vez que estejam bastante treinados em sua dinâmica, para que tenham a possibilidade de desenvolver tal habilidade;
- Pode se valer de um observador entre os participantes que tenha a função de se isentar da deliberação para fazer uma análise crítica da sessão ao seu final.

**Quadro 3 - Orientações para o coordenador da sessão de deliberação moral.
Adaptado de GRACIA et al. (2016, p.50).**

É certo que se aprende a deliberar deliberando, mas é igualmente certo que a qualidade da deliberação dependerá do conhecimento e da experiência do coordenador da sessão. Nesse sentido, recomenda-se a leitura direta dos materiais referenciados neste texto, particularmente os do professor Diego Gracia, para uma melhor compreensão de sua Bioética da Responsabilidade. Ademais, sugere-se

consultar os “casos clínicos comentados” que compõem uma sessão específica da revista *Bioética Complutense*¹⁰, que desde 2010 publica relatos de sessões de deliberação moral, sendo uma importante fonte de casos reais, especialmente úteis para o ensino-aprendizagem do método.

Para finalizar, retomamos as palavras de Gracia (2014, p.259), para quem...

... aprender a deliberar leva a conhecer um pouco melhor a si mesmo e a respeitar mais aos outros. A grande tragédia de nosso tempo está, ao meu modo de ver, nisto, na escassíssima capacidade para a deliberação. Em vez de ensinarmos a deliberar já na escola primária, nos formam no contrário, em impor nosso próprio ponto de vista, em dogmatizar nossas afirmações, em optar pelos cursos extremos. Daí que a bioética tenha hoje, no começo do século XXI, uma função social de primeira ordem, promover a deliberação, no apenas no âmbito sanitário, mas em toda a sociedade.

Referências

CORTINA, A. Discurso de contestación. In: GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Real Academia de Ciencias Morales y políticas: Madrid, 2011. 186-203p.

DICIO. **Dicionário online de português**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/deliberacao/>. Acesso em: 11 ago. 2019.

FINKLER, M.; NEGREIROS, D.P. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Rev. ABENO**, v.18, n.2, p.37-44, 2018.

GOMES, D.; FINKLER, M.; SIRUANA, J.C. Melhoramento ético das práticas em saúde: comitês de Bioética em Espanha e Brasil. **RIB**, n.4, p.1-17, 2017.

GOMES, D.; PARISI, S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v.15, n.2, p.347-371, 2017.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clin.*, v.117, n.1, p.18-23, 2001a.

_____. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. **Med Health Care Philos.**, v.4, n.3, p.223-32, 2001b.

_____. De la bioética clínica a bioética global: treinta años de evolución. **Acta Bioethica**, v.8, n.1, p. 27-39, 2002.

_____. Prólogo a la segunda edición. IN: GRACIA, D. **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Triacastela: Madrid, 2007. p.1-8.

_____. **La cuestión del valor**. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas: Madrid, 2011. 203p.

_____. La deliberación como método da bioética. IN: PORTO et al (org.). **Bioética: saúde, pesquisa, educação**. CFM/SBB: Brasília, 2014. v.2, p.223-259.

_____. The mission of ethics teaching for the future. **Int. J. Ethics Educ.**, v.1, p..7-13, 2016a.

GRACIA, D. (coord.) **Ética y ciudadanía: construyendo la ética**. PPC: Madrid, 2016b. 307p.

¹⁰ Disponível em: <https://www.ucm.es/hc/bioetica-complutense>.

JUNGES, J.R. Falácia dilemática nas discussões da bioética. **Bioética**, v.27, n.2, p.196-203, 2019.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Bioética**, v.23, n.15, p.142-23, 2015.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. Triacastela: Madrid, 2011. 178p.

POSE, C. **Lo bueno y lo mejor**: introducción a la bioética médica. Triacastela: Madrid, 2009. 133p.

PRESIDENTIAL COMMISSION FOR THE STUDY OF BIOETHICAL ISSUES. 2016. Bioethics for every generation. **Deliberation and education in health, science, and technology**. Washington, D.C., 2016.

ZOBOLI, E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Bioethikos**, v.6, n.1, p.49-57, 2012.

_____. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **RIB**, n.2, p.1-19, 2016.

Plano de ensino da disciplina de Bioética da Responsabilidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



I. IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA

CódigoSPB510027

Nome da disciplina: Bioética da Responsabilidade

No. horas-aula semanais: 45h/a

Número de créditos: 3 créditos

Sala de aula síncronas: webconferências UFSC

II. PROFESSORA

Mirelle Finkler

III. CURSO(S) PARA O QUAL(IS) A DISCIPLINA É OFERECIDA

Mestrado em Saúde Coletiva

Doutorado em Saúde Coletiva

IV. EMENTA

A experiência moral. A construção da moralidade. Éticas de responsabilidade. Características fundamentais da Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia. Deliberação Moral. Bioética narrativa: da narração à deliberação.

V. OBJETIVOS

Educar para a gestão autônoma dos valores morais e para a deliberação de decisões éticas, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais de saúde, futuros docentes e cidadãos eticamente competentes e responsáveis.

VI. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Unidade 1: Fundamentos de ética: a experiência da moralidade; fatos, valores, deveres perfeitos e imperfeitos; educação moral; sistemas morais; éticas deontológicas, teológicas e de responsabilidade.

Unidade 2: A Bioética da Responsabilidade de Diego Gracia: pressupostos, características fundamentais e seu método.

Unidade 3: Bioética Narrativa: hermenêutica e narratividade; potencialidade para o aprendizado do método deliberativo.

Unidade 4: Práticas deliberativas: construção de casos para deliberação; deliberação de problemas éticos; condução da sessão deliberativa.

VII. METODOLOGIA

- Aulas expositivas dialogadas;
- Leituras e análise de textos;
- Emprego de audiovisuais para deliberação
- Sessões deliberativas

VIII. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

Frequência: acesso às sessões presenciais e aos materiais disponibilizados - 2

Interesse e participação qualificada – peso 3

Organização e condução de uma sessão deliberativa - peso 3

Entrega do relatório da sessão deliberativa - 2

IX. METODOLOGIA DE RECUPERAÇÃO

Elaboração de um trabalho escrito sobre o conteúdo da disciplina.

X. CRONOGRAMA

SEMANA	CH	Conteúdo
1	3h/a	Apresentação da disciplina/ Experiência moral
2	3h/a	Fundamentos de ética
3	3h/a	O mundo dos valores
4	3h/a	Bioética da Responsabilidade
5	3h/a	Dilematização x Problematização
6	3h/a	Deliberação Moral
7	3h/a	Bioética Narrativa
8	3h/a	Sessão deliberativa: experimentação
---	7h/a	Leituras complementares e elaboração do caso para a sessão deliberativa
10	2h/a	Sessão deliberativa 1

11	2h/a	Sessão deliberativa 2
12	2h/a	Sessão deliberativa 3
13	2h/a	Sessão deliberativa 4
14	2h/a	Sessão deliberativa 5
15	3h/a	Sessão deliberativa 6/ Avaliação da disciplina

XI. REFERÊNCIAS

BÁSICAS

FINKLER, M. A deliberação moral: método para a Bioética da Responsabilidade. In: SCHNEIDER, D.G; RAMOS, F.R.S. **Ensino Simulado e deliberação moral**: contribuições para a formação profissional em saúde. Porto Alegre: Moriá, 2019, p. 63-84.

FINKLER, M. (org.) **Aprendendo a deliberar** [recurso eletrônico]: fundamentos e método aplicados na disciplina de Bioética da Responsabilidade. Florianópolis : UFSC, 2021. 78 p.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales, 2011.

_____. **Construyendo valores**. Madrid: Triacastela, 2013.

_____. La deliberación como método da bioética. IN: PORTO et al (org.). **Bioética**: saúde, pesquisa, educação. CFM/SBB: Brasília, 2014. v.2, p.223-259.

_____. **Ética y ciudadanía**: construyendo la ética. v.1. Madrid: PPC, 2016.

_____. **Ética y ciudadanía**: deliberando sobre valores. v.2. Madrid: PPC, 2016.

MORATELLA, T.D. **Bioética y cine**: de la narración a la deliberación. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2010.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. Madrid: Triacastela, 2011.

_____. **Lo bueno y lo mejor**: introducción a la bioética médica. Madrid: Triacastela, 2009.

ZOBOLI, E.L. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Bioethikós**, v.6, n.1, p.49-57, 2012.

COMPLEMENTARES

CAMPS, V. **Breve história de la ética**. Barcelona: RBA, 2013

CORTINA, A. **O fazer ético**: guia para educação moral. São Paulo: Moderna, 2003. 119p.

_____. **El mundo de los valores**: ética y educación. Bogotá: El Buho, 1997.

GOMES, D.; PARISI, S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v.15, n.2, p.347-371, 2017.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clin.*, v.117, n.1, p.18-23, 2001a.

_____. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. **Med Health Care Philos.**, v.4, n.3, p.223-32, 2001b.

_____. De la bioética clínica a bioética global: treinta anos de evolução. **Acta Bioethica**, v.8, n.1, p. 27-39, 2002.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Bioética**, v.23, n.15, p.142-23, 2015.

MORATELLA, T.D.; GRANDE, L.F. **Bioética narrativa**. Madrid: Escolar y Mayo, 2013.

PUIG, J.M. A construção da personalidade moral. São Paulo: Ática, 1998. 253p.

ZOBOLI, E.L. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Rev. Iberoam. Bioética**, n.2, p.1-19.

DELIBERANDO

Violência Baseada em Gênero à Refugiada no Campo de Sheder¹¹

Eliane Ricardo Charneski

Daymée Taggesell de Córdova

Apresentação do caso

Na Etiópia, os campos de refugiados (Kebribeyah, Aw Barre e Sheder) no distrito de Adis Abeba, até 2012, acomodavam aproximadamente um total de 41.500 refugiados. Um estudo sobre violência baseada em gênero foi feito nos referidos campos, onde foi levantado que mulheres e meninas sofrem violência de gênero, variando do nível individual ao estrutural. Existem evidências de danos físicos, psicológicos, reprodutivos e sociais imediatos e a longo prazo. O maior dano é devido ao estigma que mulheres e meninas sofrem, por se tratar de estrutura que pune a mulher que engravidar antes do casamento. Se isso ocorrer, ela será banida da comunidade.

Se a mulher ou a menina tiver namorado e tiver parente, e ela engravidar sem casamento, vai ser excomungada da comunidade dela, ninguém pode falar com ela, ninguém pode apertar sua mão, ninguém pode fornecer qualquer ajuda para ela, como se ela estivesse morta para eles¹².

Todos os tipos de violências ocorrem, inclusive violência doméstica e sexual. Elas chegam às unidades de saúde com sinais de violências, porém quase nunca denunciam por medo das consequências.

Nesses campos de refugiados a tarefa de buscar a água, cabe às mulheres e os poços de água ficam fora dos campos. Nesses momentos as violências sexuais ou raptos de mulheres acontecem. Muitas delas são forçadas a se casarem com seu agressor devido a estrutura social que está implícita em torno da violência contra a mulher. Em se tratando de mulheres solteiras, se a violência for divulgada/denunciada, a comunidade a exclui por tabu, além de ficar configurado o risco de elas estarem contaminadas pelo HIV. Por isso elas se calam e, mesmo que os profissionais de saúde e responsáveis pelos campos saibam da existência da violência, a ocorrência fica velada e ela não recebe cuidados.

Os organismos da ONU e do Estado acolhedor não têm controle das situações dentro dos campos devido a subnotificação e falta de trato para trabalhar com culturas diversificadas.

¹¹ Caso fictício, mas baseado em dados reais.

¹² Wirtz AL, Glass N, Pham K, Aberra A, Rubenstein LS, Singh S. et al. Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting: qualitative evidence from research 69 among refugees in Ethiopia. **Conflict and Health**, v.7, n.13, p.1-4, 2013.

Profissionais de saúde sabem que muitas das mulheres violentadas podem estar infectadas pelo vírus HIV, já que a taxa é muito alta dentro das comunidades mais vulneráveis. Sendo assim, as mulheres preferem não denunciar para não correrem o risco de serem banidas pela comunidade. Isso as deixaria isoladas, sozinhas e sem tratamento para as possíveis infecções sexualmente transmissíveis decorrentes da agressão.

Para as que já convivem com HIV e aceitam o tratamento, os profissionais de saúde precisam ofertar oficina de culinária e, com isso, às escondidas administrarem as medicações. Muitas são casadas e seus companheiros estão infectados, porém o assunto fica velado mesmo entre o casal.

Se a mulher ou menina contar aos profissionais de saúde e autoridades sobre a violência, uma ocorrência será aberta e começarão as investigações, o que demandará da própria vítima, pagamento de intérprete para contar o caso. Todo esse movimento fará com que a comunidade fique sabendo do caso e ela ficará isolada devido ao estigma criado socialmente para as vítimas de violências. Isso a deixará ainda mais vulnerável para sofrer outras violências. É neste contexto que se apresenta o caso a ser deliberado, como segue.

Durante uma das entrevistas com refugiados no Campo de Sheder, Distrito de Adil, uma pesquisadora esbarra num problema ético: uma das jovens participantes da pesquisa, sabendo que tudo que diz na entrevista teve garantia por parte da pesquisadora sobre ficar em sigilo, acaba revelando que está desesperada porque engravidou em decorrência de um estupro. Conta que a violência aconteceu há cerca de 2 meses atrás, quando estava fora do campo buscando água. Fala que anda se sentindo triste, com vontade de morrer e que não pode procurar ajuda médica por ter medo de que todos saibam, a isolem e a excluam. Pede à pesquisadora que a ajude a abortar porque está determinada a fazê-lo e confia ainda que se não conseguir, pensa em se matar. A jovem tem 22 anos e vive em Sheder com os pais e o irmão mais novo. Ela não contou a situação que vive para mais ninguém.

Ao refletir, a pesquisadora se encontra diante de um dilema, pois se não prestar ajuda à jovem, ela pode tentar resolver a situação sozinha e, com isso, correr risco de vida por aborto inseguro. Por outro lado, se não a ajudar, pode se suicidar. Sabendo que dilemas nunca tem boas saídas, a pesquisadora pede a um grupo de pessoas para deliberar sobre o que deve fazer.

Esclarecimentos dos fatos

- A jovem já entrou em contato com a equipe de saúde quando chegou ao Campo? Sim.
- A jovem buscou atendimento profissional? Para essa situação não.
- A equipe profissional ofertaria um aborto de forma legal? Sim.
- A comunidade sabe que os profissionais ofertam o aborto de forma legal? Sim.

- A pesquisadora poderia procurar de forma anônima a unidade de saúde? Sim, podendo buscar informações sobre a oferta de ajuda, sem identificar a vítima.
- A pesquisadora tem contato com a equipe de saúde? Sim.
- A informação sobre a situação, caso a jovem fale aos profissionais, é divulgada por uma política da instituição de saúde? Não, por conta da abertura de uma investigação.
- Fora desse Campo há uma instituição que presta serviço de intérprete gratuito? Não se sabe.
- O aborto só é realizado em caso de estupro? Não se sabe.
- A equipe de saúde é obrigada a relatar a violência às autoridades? Possivelmente sim, tanto que as mulheres não abrem tal situação devido investigações.
- Qual é a religião da jovem e comunidade, a equipe de saúde são profissionais internacionais, eles têm alguma vinculação moral-religiosa? A maioria dos refugiados é de muçumanos, os profissionais de vários países.
- Existe algum tipo de punição para esses agressores? De forma muito branda, trata-se de grupos armados e violentos.
- Violência sexual e doméstica é comum? Sim, principalmente pela cultura.
- Não teria nenhum grupo de mulheres que poderiam oferecer apoio para essa jovem? Não.
- Tem algum trabalho de prevenção? Não, inclusive as agências têm buscado alternativas.
- Quem são as pessoas que trabalham em nome da ONU nos Campos de refugiados? Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, advogados,
- Qual é o trabalho dos advogados no Campo? Questões consultivas do Campo e da relação deste com o Estado acolhedor.
- Esses profissionais têm liberdade para iniciar algum trabalho preventivo, vontade, iniciativa? Sim, mas é difícil vencer a violência estrutural perpetrada por grupos armados.
- Ela mora numa barraca com os pais e irmão? Sim. Há quanto tempo? Não se sabe. Qual é a perspectiva de sair do Campo? Nenhuma, por não existirem mais Estados acolhedores interessados em receber os refugiados.

Identificação dos problemas éticos

- Até que ponto as condutas locais em relação à falta de sigilo na assistência aos pacientes prejudicam a terapêutica?
- Cabe aos profissionais de saúde a fiscalização/policiamento?
- Não interferir legalmente não seria negligência?

- O silenciamento diante das violências é uma forma de fortalecer o patriarcado?
- Deveria haver um protocolo de abortamento para as situações de violência nos Campos?
- Há limites aceitáveis para a cultura?
- Como o aborto mudaria a vida da vítima diante a exposição contínua às violências?
- De quem deve ser a responsabilidade pela vida dessas pessoas que estão nos Campos de refugiados?
- Como os profissionais que trabalham no Campo lidam com seus sofrimentos morais?
- Até que ponto a violência sexual deve ser silenciada em prol da cultura machista?
- Deveria haver interesse das autoridades locais para com essa situação?
- Qual a importância é dada para um ser em formação quando não é dada importância para um ser que já participa da sociedade?
- Qual o dever de um pesquisador com a jovem?
- Até que ponto o pesquisador pode interferir em questões morais dentro dos Campos e nas pesquisas?
- Como se posicionar dentro de uma comunidade silenciada?
- Como se relacionar com culturas distintas diante de um dilema ético?
- É possível acolher e criar vínculo quando o diálogo é quase impossível?
- Como possibilitar um espaço de fala sigiloso para a vítima?
- Como promover mecanismos de proteção, justiça e dignidade da mulher nesses espaços?
- Qual a implicação do gênero dos profissionais no Campo no atendimento às vítimas de violência?
- Até que ponto nações membro da ONU podem não seguir suas metas (igualdade de gênero, saúde, bem-estar de seus povos, entre outras)?
- Deve existir um interesse coletivo da sociedade local para mudanças?
- Qual o dever dos Governos nessas situações de crise humanitária?
- Como reivindicar os direitos humanos nessas situações?

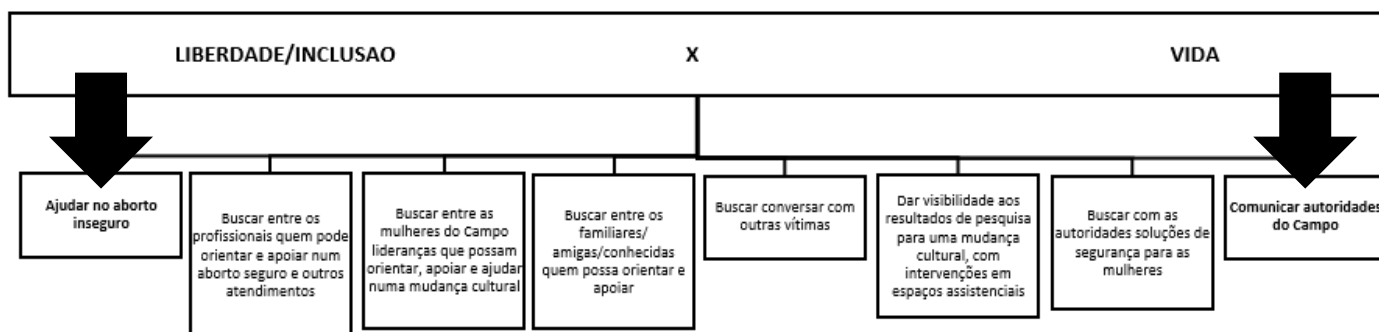
Identificação da questão a ser deliberada

Se a pesquisadora não prestar ajuda à jovem ela pode tentar resolver a situação sozinha e, com isso, corre risco de vida por aborto inseguro ou suicídio, mas por outro lado, se ajudar ela pode ser discriminada e excluída de sua comunidade, deixando-a ainda mais vulnerável. Ajudo ou não ajudo?

Identificação dos valores em conflito

Inclusão/Liberdade X Vida

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Buscar entre os profissionais quem pode orientar e apoiar num aborto seguro e outros atendimentos;
- Falar com o serviço social para discutir o caso sem identificar a vítima, investigar como outros casos semelhantes foram tratados e quais os protocolos para essa situação;
- Buscar entre as mulheres do Campo lideranças que possam orientar, apoiar e ajudar numa mudança cultural;
- Buscar entre os familiares/amigas/conhecidas quem possam orientar e apoiar.
- Buscar conversar com outras vítimas;
- Saber se as autoridades sabem sobre a violência e quais são os protocolos de atendimento;
- Dar visibilidade aos resultados de pesquisa para uma mudança cultural, com intervenções em espaços assistenciais;
- Buscar com as autoridades soluções de segurança para as mulheres.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

A parca proteção do país acolhedor, associado a pouca autonomia do ACNUR, torna o estigma de algumas culturas, um fator que gera muitos problemas às mulheres e meninas que vivem em comunidades dentro dos campos de refúgio.

O caso trazido para a deliberação vem dessa realidade. Os pontos levantados ao analisar o problema da pesquisadora, torna-se um dilema ético, pois a questão em si não se trata em ajudar ou não, a jovem

fazer o aborto, mas sim a responsabilidade em se envolver em uma situação em que a estrutura social e as condições legais enquanto cidadãs estão comprometidas por questões morais conservadoras, que neste sentido pode agudizar o problema, além de ser um assunto diplomático, já que envolve uma jovem refugiada e a pesquisadora que está atuando dentro do campo de refúgio e ambas estão fora de seus respectivos países.

A deliberação feita está em torno de um problema trazido por uma mulher, entretanto, são problemas frequentes que atingem diretamente as mulheres que têm vivência dentro dos campos, visto a falta de apoio legal e social para que se consiga maior autonomia dentro dos campos e do país receptor.

São aspectos que pesam muito devido as questões diplomáticas e o estigma que elas carregam, situação que não é de fácil solução, pois é possível perceber que o aborto talvez não fosse o maior dos problemas dessa jovem, mas sim a questão de que ela e outras mulheres sempre correrão os mesmos riscos, já que as autoridades que são responsáveis pela segurança de refugiados não se empenham em resolver os problemas, restringem-se às ações isoladas e pontuais.

Ao se buscar ações intermediárias que venha ajudar a situação da jovem de forma mais reservada, é necessário a colaboração de trabalhadores interprofissionais e apoio comunitário.

São propostas difíceis de serem concretizadas, porém, deve-se ter a responsabilidade em buscar soluções mesmo que pontuais, como o caso dessa jovem, entretanto, os resultados podem servir de parâmetro para casos semelhantes de forma a proteger mulheres que vivem em campos de refúgio, presas a problemas socioculturais de estruturais misóginas, sem expectativa de onde buscar seus direitos.

A deliberação proporcionou pensar o caso numa ótica interprofissional em que os participantes trouxeram conhecimentos, experiências, vivências e valores diferenciados para uma construção conjunta que tenta preservar os valores em conflito. Sem sombra de dúvida muitos casos que são trazidos estão repletos de angústia e frustração profissional e não foi diferente com esse caso, em que está em risco a vida e a nítida violação dos direitos humanos.

O método em deliberar se torna um processo de enfrentamento desses sentimentos através da discussão conjunta, mas sem sombra de dúvida, a atuação profissional exige um exercício individual na construção de parcerias, corresponsabilização, relações horizontais e competência cultural, sem as quais nem a prática profissional nem a deliberação são possíveis.

Por fim, o caso proposto, embora não totalmente fidedigno, tem enorme relevância visto a situação de violência às mulheres refugiadas, seus direitos, e a necessidade de visibilidade.

Parto Natural de Alto Risco¹³

Juliana Praxedes Campagnoni

Vanessa Maria Vieira

Apresentação do caso

Carolina é uma paciente natural de Saragoza, 38 anos, 36 semanas de gravidez, que vem pela primeira vez à nossa consulta fazendo uso do direito de livre escolha do centro de saúde existente na Comunidade de Madrid. No início da entrevista clínica, refere que vem a este hospital porque quer tentar o parto normal e que o hospital de referência lhe negou essa possibilidade.

História familiar e pessoal sem relevância clínica. Como história obstétrica, refere-se a uma gravidez em 2013, com cesárea a termo por apresentação pélvica, sem complicações, com nascimento de uma menina pesando 3.2 Kg, e outra gravidez em 2015 de curso normal e cesárea intraparto na semana 40 +1, pelo risco de perda do bem-estar fetal, com nascimento de um menino com peso de 3.5 Kg, sem complicações adicionais. Em ambos os casos, refere-se à amamentação por 13 e 15 meses, respectivamente.

Esta é a sua terceira gravidez, concebida espontaneamente, planejada, com seguimento normal em Saragoça. Fornece a última análise do terceiro trimestre, realizada na 34ª semana, e uma ultrassonografia na 35ª semana de feto feminino, com biometria de acordo com a idade gestacional e percentual de peso adequado, com placenta posterior no fundo uterino e líquido normal.

Ao longo da gestação, a paciente manifestou o desejo de tentar o parto vaginal nesta gestação, mas desde o início foi informada que nos casos de mulheres com duas cesáreas anteriores, o protocolo do centro é realizar um parto eletivo de cesárea na semana 38. Na última visita ao obstetra em Saragoça, voltou a manifestar a sua vontade de parto normal, comunicando novamente o protocolo do centro hospitalar e avisando-a que em caso de parto nesse hospital, ela iria prosseguir para realizar uma cesariana. Diante dessa situação, a paciente decide mudar de comunidade autônoma e, por meio de um parente residente em Madrid, solicita uma consulta em nosso centro.

Após fazer a anamnese e a história obstétrica atual na primeira consulta, uma ultrassonografia, com autorização prévia da paciente, mostrou um feto em apresentação cefálica, com biometria de acordo com a idade gestacional e um peso estimado de 2.8 Kg, uma placenta posterior e líquido normal. É explicado à paciente que em nosso hospital também recomendamos uma cesariana eletiva a partir da semana 39 em mulheres com duas cesáreas anteriores, pelo risco de complicações associadas ao trabalho de parto, sendo o principal risco deiscência da cicatriz anterior e ruptura uterina. A paciente diz que conhece os riscos, mas

¹³ Caso retirado de: LOPEZ, S.M. Parto natural de alto riesgo. EIDON, n. 50, p. 95-98, 2018.

expressa o desejo de tentar o parto vaginal apesar deles, e comparece sozinha a essa primeira consulta. Os seus filhos estão em Saragoça com o seu companheiro a quem a paciente refere concordar com ela. Aqui ele mora com um parente, esperando nossa resposta. Antes de vir ao nosso hospital, fez uma consulta sobre a possibilidade de parto normal em outro hospital de Bilbao, com resposta negativa do centro. Ela está convicta do que quer e procura experimentar a todo custo, afirmando que se não encontrar o centro que o permitir, o fará fora deles.

Esclarecimentos dos fatos

- História do número de cesáreas? Cesárea-1 porque o feto estava em apresentação pélvica e Cesárea-2 intraparto pelo risco de perda do bem-estar fetal.
- O Pré-natal foi adequado? Sim.
- Tem outra indicação para o procedimento, além do número de cesárea? Não.
- A paciente foi informada sobre riscos? Sim.
- Qual o percentual de chance de ocorrer a deiscência? Aproximadamente 1 caso em cada 100.
- Tem algum problema de saúde? História familiar e pessoal sem relevância clínica.
- Quando foi realizada a última cesárea? Em 2015.
- A equipe tem conhecimento dos valores e crenças da gestante? Não é informado.
- A recomendação de cesáreas é conforme protocolo do OMS? Não. É rotina da instituição hospitalar.
- Qual sua etnia? Natural de Saragoça.
- Fora dessa instituição a gestante receberia o acompanhamento de profissionais de saúde? Não é informado. Presume-se que faria em domicílio.
- Qual é o risco para o bebê? Lesão de hipóxia grave e morte intraparto.
- Os familiares estão cientes do seu desejo? Sim, conforme relato da paciente o marido concorda com a decisão.
- Ela tem capacidade de reconhecer os riscos da sua decisão? Sim, ela afirma reconhecer todos os riscos.
- Procurou outras instituições para fazer o parto natural? Sim, procurou mais 02 instituições além dessa.
- A instituição é pública? Não é informado. Porém, sabe-se que o sistema de saúde da Espanha é parecido com o do Brasil.
- A paciente corre o risco de vida? Caso haja complicações no intraparto, sim.
- A deiscência pode ocorrer por quais circunstâncias? Este risco está presente em todas as parturientes após a primeira gestação, porém após 02 cesáreas, a taxa de partos vaginais é de 70% com aumento de 1,3 a 2%.

- Há condições para realizar um parto normal de forma segura? É o que estamos tentando pensar.
- Há um plano de parto para gestante? Não é informado.
- Há um acompanhamento de equipe especializada caso queira parto domiciliar? Não é informado.
- Qual o percentual de complicações para o bebê? Risco de 1/1000 de complicações graves para o recém-nascido.
- Há outro tipo de recomendação, de posicionamento a ser considerado nesse caso? É o que estamos tentando pensar.

Identificação dos problemas éticos

- A que ponto a vontade da mãe pode colocar a vida do feto/bebê em risco?
- O quanto deve-se valorização/respeito à autonomia da gestante?
- O desejo de realizar um parto normal está acima da vida da mãe e do feto, quando estas correm risco?
- Até que ponto o serviço de saúde pode decidir a forma de concepção da vida?
- É correto uma equipe de profissionais de saúde realizar o parto domiciliar, mesmo sabendo que para o caso não é o tipo de parto indicado pelas autoridades de saúde daquele país?
- Até onde os profissionais devem intervir na decisão, quando estão em jogo duas vidas?
- Todas as gestações devem seguir os protocolos institucionais (não considerando o histórico de saúde das gestantes)?
- Até que ponto o serviço de saúde deve aplicar o protocolo sem antes avaliar/conduzir o início do trabalho de parto?
- Protocolos existem para promover/resguardar boas práticas que almejam a saúde das pessoas ou para facilitar o trabalho das equipes?
- Os profissionais de saúde podem negar um trabalho de parto normal assistido a gestante por não seguir os protocolos institucionais?
- O que significa para esta mãe a realização de um parto normal? E o quanto pesa para ela a decisão de não o realizar?
- Até que ponto pode existir conflitos de interesse nesses protocolos? O interesse financeiro em realizar cesarianas estaria prevalecendo nas práticas hospitalares?
- Os riscos são compreendidos/valorizados da mesma forma por todas as pessoas?
- Boas práticas em saúde devem considerar as singularidades de cada paciente/família?
- Qual decisão tem maior "peso", da família ou da equipe, considerando que os desfechos são probabilidades?

- O negacionismo científico que incentiva comportamentos que ignoram os conhecimentos baseados em evidências científicas podem colocar vidas em risco?
- Enquanto profissionais de saúde, estamos preparados para lidar com pacientes que demandam ações diferentes das preconizadas?
- Profissionais de saúde estão preparados para contextualizar cada caso? Tem interesse?

Identificação da questão a ser deliberada

Deve-se acompanhar essa paciente na vontade de tentar o parto normal, apesar dos riscos, e ir contra as recomendações do protocolo?

Identificação dos valores em conflito

Bem-estar/Saúde/Vida X Liberdade (autonomia)

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Conhecer as motivações da paciente para realização do parto natural;
- Garantir que a gestante está ciente dos riscos e solicitar uma consulta com sua parceria para que sejam esclarecidos da situação;
- Fazer o monitoramento da paciente e do bebê e organizar como a equipe vai conduzir o parto;
- Orientar a buscar um hospital/profissionais privados, se possível, para suporte e monitoramento ininterruptos intraparto, sem necessitar limitar o tempo da gestação;
- Informá-la que se atingir as 41 semanas há indicação de cesárea;
- Deixar acordado a tentativa do parto normal, caso seja necessário intervir para condução de uma cesárea;
- Esperar o início do trabalho de parto para fazer nova avaliação da paciente.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

Com a realização de uma “nova” sessão deliberativa a partir de um caso verídico publicado em uma revista, percebemos que o curso ideal a ser seguido foi um pouco diferente: aqui os cursos intermediários foram mais detalhados em relação ao contexto social, já na publicação, as observações detalhadas foram em relação ao procedimento ambulatorial durante o trabalho de parto. Ao final da sessão foram observadas algumas reflexões pertinentes:

- A possibilidade da instituição de um comitê de bioética em todos os hospitais seria importante para facilitar a deliberação de casos excepcionais;

- As equipes médicas deveriam conhecer as crenças e valores de suas pacientes, que devem ser respeitados e levados em conta nas decisões, ainda que os fatos não estejam de acordo com as normas institucionais;

- O atendimento humanizado às gestantes estabelece a criação do vínculo e melhora qualidade das relações entre as equipes de saúde e a paciente;

Além disso, o relato de uma colega de turma mostrou que a atuação humanizada das equipes de saúde, pode mudar positivamente a condução da assistência, caso contrário, pode causar danos físicos e/ou psicológicos.

Por fim, concluímos que o método da deliberação ética é um instrumento muito interessante na resolução de conflitos morais, pois nos faz refletir sobre outros conflitos morais que podem existir no caso, nos faz enxergar e denominar os valores implicados nos problemas, nos faz visualizar caminhos intermediários a serem seguidos para salvar e respeitar todos/maioria dos valores presentes, nos faz dialogar com diferentes perspectivas e, assim, além de estar contribuindo em uma deliberação prudente, também está contribuindo para a evolução moral e educativa dos próprios participantes do processo deliberativo.

Maus tratos infantil¹⁴

Scheila da Rocha Alexandrino Priess

Patrícia Pereira de Souza da Rosa

Apresentação do caso

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Estes centros fornecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional, que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. Por se tratar de instituições brasileiras, visa a substituição dos hospitais psiquiátricos e de seus métodos de tratamentos.

O CAPS I de Araranguá (SC) atende aproximadamente 950 pacientes com inúmeras propostas de tratamento conforme plano terapêutico do paciente. Araranguá dispõe de apenas um CAPS, por isso atende crianças, adolescentes e adultos com os mais variáveis transtornos mentais. A equipe é composta por dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma artesã e dois trabalhadores de serviços gerais para alimentação e cuidados de higiene.

O acolhimento aos pacientes que procuram o serviço pode ser realizado por qualquer profissional que estiver disponível no momento. Geralmente ocorre após encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, mas também acolhemos egressos de internação psiquiátrica, oriundos de outros CAPS, assim como demanda livre e espontânea.

A criança S.Y., 8 anos, comparece ao CAPS de Araranguá, acompanhada pela mãe, por demanda espontânea, para avaliação inicial, com diagnóstico prévio de Síndrome de Turner e Deficiência Intelectual com alteração comportamental. Inicialmente, é acolhida pela psicóloga do programa para levantamento das queixas atuais e contextualização.

A Síndrome de Turner é causada por um distúrbio cromossômico em que uma mulher nasce com apenas um cromossomo X (um cromossomo sexual ausente ou incompleto). Os sintomas incluem baixa estatura, puberdade tardia, infertilidade, malformações cardíacas e certas dificuldades de aprendizagem. Não há cura para doença, mas existe tratamento. A reposição hormonal é a principal forma de controlar os sinais e sintomas desta síndrome.

A mãe discursa sobre sua queixa principal, referente aos sintomas que sua filha tem apresentado: irritabilidade, agressividade, inquietação e insônia. Já estava em tratamento com psicofármacos, embora

¹⁴ Caso real.

sem resolutividade. Durante o acolhimento a criança gritava muito, apresentava estereotípias e queixava-se de dor: “dor, tia”.

A criança reside somente com a mãe e uma irmã de 21 anos, que também já realizou tratamento psiquiátrico em função de risco de suicídio e que, atualmente, encontra-se em união estável.

Além das queixas, a mãe conta que S.Y., ao nascer, apresentou supostamente dois derrames, porém esses derrames são relatos da mãe e não constam em nenhum prontuário da paciente. S.Y. foi acompanhada por inúmeros neurologistas, mas sem mudanças do quadro. Sempre foi “preparada” pelos profissionais que o prognóstico da síndrome é ruim e a sobrevida não costuma ultrapassar a pré-adolescência.

S.Y. conhece seu pai, mas não mantém um vínculo com ele. O pai assumiu a paternidade, paga pensão, mas em função de conflitos com a mãe decidiu ter o mínimo de relação possível com a criança.

Após contato com a APAE, tomamos conhecimento que mãe não aderiu aos tratamentos propostos e se tornava agressiva quando contrariada, motivo da quebra do vínculo com a instituição. Em vários momentos disponibilizaram consultas com a equipe, mas a mãe não conduzia a criança para as avaliações, não comparecendo.

Durante todo o acolhimento com a equipe do CAPS, a criança se queixa com dor de cabeça e apresenta comportamento de autoflagelo. Possibilitamos consulta com o psiquiatra no mesmo dia do acolhimento, que também orientou que a criança fosse conduzida ao serviço de emergência em função do quadro de dor, pois se tratava de algo clínico. Após, em contato com a emergência, ficamos sabendo que a mãe evadiu com a criança, sem avaliação. Ainda fomos informados que houve outros momentos em que a mãe procurou a unidade de atendimento e apresentou o mesmo comportamento, e por vezes, agrediu fisicamente profissionais, além de falar coisas sem sentido, possivelmente um discurso delirante de cunho persecutório. Propomos tratamento para a mãe, que com autocrítica prejudicada não viu necessidade.

Buscamos órgãos competentes para apoio, como por exemplo, Conselho Tutelar e Assistência Social (CREAS). Era visível o sofrimento da criança, com queixas constantes quanto à dor. A criança, mesmo com consultas regulares, não apresentava melhora, tanto na saúde mental, quanto física. Seu comportamento se mantinha irritadiço, insone, autoagressivo e hetero agressivo, principalmente na relação com a mãe. A dor persistia, pois mãe não administrava o tratamento correto.

Realizamos visitas domiciliares semanais e era fato que a mãe não medicava a criança da forma correta. Em uma das visitas, a mãe mencionou ter administrado nove comprimidos de clonazepam e mencionado que desejava a morte da criança. Referia sobrecarga e que o pai deveria ser responsabilizado.

Em junho de 2020, S.Y. entrou em agitação psicomotora e comprometimentos clínicos importantes. Foi internada no Hospital Materno infantil Jessor, em Joinville (SC). Este hospital é referência em internação

psiquiátrica pelo SUS de crianças e adolescentes. A mãe não pode ficar junto durante a internação, pois perceberam que ela interferia negativamente no tratamento da criança.

Com alta hospitalar, a criança estabilizada retorna para casa. O Ministério Público foi acionado, e a mãe foi obrigada judicialmente a realizar tratamento no CAPS I. Com autocrítica pobre, a mãe foi avaliada novamente pela psicóloga, enfermeira e pelo psiquiatra, mas sem comprometimento com seu tratamento.

A criança entra em sofrimento psíquico novamente e volta ao CAPS, acompanhada pela mãe no início de 2021, pedindo para ser internada. Novamente a criança é internada no Hospital Materno infantil Jessor, em Joinville (SC). Permanece por 15 dias, estabiliza e tem alta do hospital.

Atualmente S.Y. está ainda em uso irregular da medicação. A mãe permanece com quadro psicótico e poliqueixosa com a sobrecarga do cuidado com a criança. As visitas ainda ocorrem semanalmente, de forma alternada entre os órgãos Conselho Tutelar, CREAS, CAPS e Ministério Público.

A equipe do CAPS se sente chamada a agir, mas tem dúvidas sobre o que fazer: se mantém a criança com a mãe, mesmo sabendo que ela provavelmente não receberá o tratamento diário e ainda corre algum risco de morte, ou retirar essa criança do convívio com a mãe, buscando garantir seu tratamento e sua vida.

Esclarecimentos dos fatos

- O que se sabe sobre o pai da criança? Foi um caso que a mãe teve, mas não tiveram um relacionamento oficial, como um namoro. Ele não mantém contato com a mãe da criança, pois sempre foi agredido por ela, inclusive possui medida protetiva contra a mãe. Apenas paga pensão.
- Existe algum outro familiar? Há uma irmã, casada, que mora junto, porém o marido está preso. Os avós foram investigados. A avó paterna é acamada e cuidada pelo pai da criança. Os avós maternos são divorciados, sendo que o avô materno é ausente e a avó materna também dá indícios de possuir transtorno mental.
- A menina possui outro benefício financeiro? Sim, recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada).
- A mãe possui doença psiquiátrica? É difícil o fechamento de diagnóstico, pois a mãe ameaça a equipe do CAPS, inclusive fisicamente. Tem possível transtorno bipolar ou transtorno delirante.
- Alguém da equipe já conseguiu formar vínculo com a mãe para ofertar tratamento? Sim, a psicóloga, mas já com quebra de vínculo. Após, com o técnico em enfermagem, mas também com possível quebra de vínculo. Está em consulta com a psiquiatra, mas aceita usar apenas clonazepam.
- O problema é apenas em relação à filha? Sim. Espera/quer a morte da filha.
- Em algum momento já foi ofertada oportunidade de institucionalização protetiva à criança? Não foi abordado. Não temos este tipo de recurso no município.

- Que idade tem a mãe, qual grau de escolaridade e se trabalha fora? A mãe tem 46 anos, possui ensino médio completo e não trabalha fora, pois a criança recebe auxílio financeiro e a mãe precisa cuidar dela.
- Na atenção básica o relacionamento com este caso é igual ou melhor? É limítrofe. A mãe apresenta conflitos com a equipe também.
- A criança se comunica verbalmente? Fala sobre a mãe? Se comunica. Fala frases soltas, palavras isoladas. Percebe-se a dor em sua comunicação e sua forma de agir.
- O Ministério Público sabe da administração da superdosagem medicamentosa? Sim, mas temos pouco respaldo do Ministério Público.
- Existe relato de violência física contra a criança? Não, mas a mãe apresenta marcas de agressões físicas, possivelmente é agredida pela menina quando esta sente dor.
- Quais os outros órgãos envolvidos no caso? CREAS, CRAS e Conselho Tutelar.
- Quem pede a internação é a criança, e não a mãe? Sim.
- Ela possui porte de armas? Não possui. No CAPS nunca a vimos com a arma, foi relatado pela APAE.
- Ela tem laudo médico psiquiátrico de transtorno mental? É difícil o fechamento de diagnóstico, pois a mãe ameaça a equipe do CAPS, inclusive fisicamente. Tem possível transtorno bipolar ou transtorno delirante.
- Com relação aos órgãos que foram acionados, qual a justificativa desses órgãos sobre o caso? Parecem estar passando responsabilidades. Solicitam avaliações, mas sem decisões finais, arrastando o caso.
- Qual o diagnóstico da equipe? Que há negligência e a criança precisa de proteção, mas precisamos de suporte dos demais órgãos.
- Existe ação conjunta com demais órgãos para este caso? Sim, temos reuniões sobre casos específicos, mas cada órgão acaba atuando de forma isolada. É o que percebemos.
- A equipe já pensou sobre a internação involuntária da mãe? Estamos rastreando os familiares para verificar este assunto. Descobrimos uma irmã, mas de difícil contato. Para a internação, algum familiar precisa assinar e autorizar.
- O pai pode ser envolvido? Seria uma relação obrigatória, pois o pai não quer.
- Já perguntaram para ela se ela gostaria que a filha fosse morar com o pai? Sim, mas ela não responde e foge do assunto quando questionada.
- A renda familiar vem da pensão da criança? Sim.
- Ainda que o pai não assuma a responsabilidade, o Ministério Público pode intervir e fazê-lo assumir? Estamos aguardando decisão do Ministério Público, que está atrasada devido à pandemia. Este órgão é alimentado semanalmente com informações sobre o caso, tanto pelo CAPS, quanto pelos demais órgãos envolvidos.

- Porque o CEPRED não está no caso? Não temos este órgão em Araranguá.
- Durante as visitas domiciliares, perceberam algo diferente na casa? O técnico em enfermagem tem bastante vínculo com a mãe. Pode verificar excesso de medicação, caixas fechadas que nunca foram administradas.
- É fácil administrar medicação para a criança? Sim.
- Há como a enfermagem fazer visitas frequentes? Já fazemos visitas semanais, porém não seria possível outra periodicidade devido à demanda do CAPS, que atende 950 pacientes.
- A socialização da criança é só na APAE? Sim, mas houve quebra de vínculo, e a criança também não vai à escola.
- Há suspeita de uso de drogas pela mãe? Não.
- A equipe da Unidade Básica de Saúde tem como fazer visitas mais frequentes? Sim, propomos isso à equipe.

Identificação dos problemas éticos

- Responsabilizamos menos os pais do que as mães pelos cuidados com filhos?
- Como prestar cuidado à criança se a mãe também necessita de cuidado?
- O pai pode se eximir da responsabilidade afetiva apenas com uma contribuição financeira?
- A rede pública de saúde mental está preparada para fornecer o tratamento em casos complexos como este?
- Como instrumentalizar tecnicamente o Ministério Público para a condução de um caso em que há violações de direitos por parte da família e dos serviços públicos para uma criança com deficiência?
- Como órgãos de saúde e justiça podem atuar na manutenção dos valores vida e saúde da criança e da mãe?
- A inexistência de internação psiquiátrica em casos como este poderia ser considerada uma falha da reforma psiquiátrica?
- Como produzir cuidado para uma mãe com sofrimento psíquico grave, ausência de rede de suporte, sobrecarga como cuidadora e reatividade?
- Como envolver a mãe, visto que ela também necessita de apoio/suporte psíquico?
- O não posicionamento efetivo também não é negligência?
- A demora do Estado (Ministério Público) corrobora o sofrimento mental e físico da criança?
- O caso que causa dor e sofrimento a uma criança pode aguardar uma resolução por parte do Ministério Público?

- A intersectorialidade da rede pode ser justificativa para um atendimento deficitário e ineficiente?
- Como pensar em acolhimento institucional protetivo em equipamento específico para isso - residência inclusiva, se a mãe depende da renda da filha deficiente?
- De que forma a equipe pode acessar outras redes necessárias para este caso que não estão disponíveis nesta cidade?
- Qual a autonomia da criança para saber o que é melhor para si?
- Como manter a ética do cuidado psicossocial com a fragilização dos vínculos entre família e serviço?
- De quem é o dever de cuidar desta criança, visto que ela está sendo negligenciada pelos pais?
- Como ofertar cuidado na perspectiva psicossocial para infância e juventude num CAPS I?
- Como os profissionais de saúde da rede podem contribuir de outras formas para construção do vínculo afetivo com o pai e familiares paternos?
- O fator de limitação de recursos (humano, por exemplo) influencia negativamente o manejo de caso complexo como esse? Seria conduzido ou até teria um desfecho diferente caso existisse mais recursos (humanos, serviços etc.)?
- Como o estigma da psiquiatria prejudica o trabalho da rede quanto ao cuidado?
- Como elaborar um projeto terapêutico intersectorial sem o estigma psiquiátrico, inclusive da periculosidade?

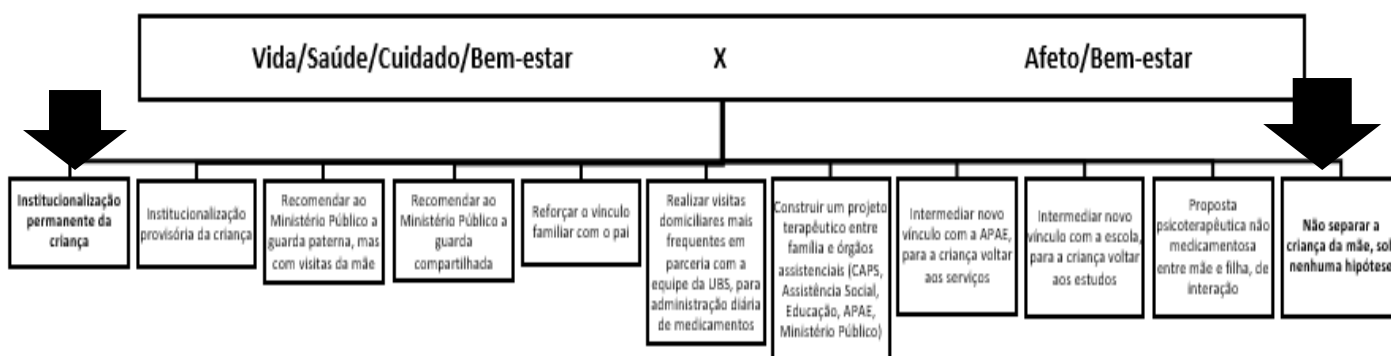
Identificação da questão a ser deliberada

Podemos manter o contato entre mãe e filha, mesmo que haja risco de vida para a criança?

Identificação dos valores em conflito

Vida/Saúde/Cuidado/Bem-estar X Afeto/Bem-estar

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Construir um projeto terapêutico entre família e órgãos assistenciais (CAPS, Assistência Social, Educação, APAE, MP); elaborar uma proposta psicoterapêutica não medicamentosa entre mãe e filha, de interação; intermediar novo vínculo com a escola, para a criança voltar aos estudos; intermediar novo vínculo com a APAE, para a criança voltar aos serviços; realizar visitas domiciliares mais frequentes em parceria com a equipe da UBS, para administração diária de medicamentos; e reforçar o vínculo familiar com o pai;
- Fazer a recomendação ao MP para a guarda compartilhada ou alternativamente, porém menos desejável, somente a guarda paterna;
- Institucionalização provisória da criança.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

Após a sessão de deliberação ética, podemos observar a imensidão de estratégias possíveis para determinado fim: neste caso em específico, a proteção da vida de uma criança com doença mental. Por se tratar de um caso real, o processo tornou-se primordial para traçar o caminho a seguir para a tomada de decisão, pois aprendemos na disciplina de Bioética da Responsabilidade que problemas éticos vivenciados diariamente pelas equipes de saúde, geralmente são casos de extrema complexidade, que envolvem valores, vidas humanas e decisões que podem ter profundo impacto nestas vidas. Por isso, tamanha é a responsabilidade dos profissionais na tomada de decisão e no método para se chegar a ela.

A sessão deliberativa proporcionou a organização sistemática dos fatos, identificação dos problemas éticos e dos valores em conflito envolvidos, assim como apresentação da questão a ser deliberada, definição das ações extremas e intermediárias, bem como o curso ótimo de ação. Com este método, foi possível definir estratégias para tomada de decisão responsável. O processo de deliberação deste caso será compartilhado com a equipe técnica de profissionais do CAPS de Araranguá (SC) para reavaliação do caso em questão, pois, com estes novos caminhos traçados para o problema, acreditamos que sua resolução esteja mais próxima. O método deliberativo aprendido na disciplina também será socializado com a equipe multidisciplinar do CAPS como sugestão de ferramenta a ser utilizada pela instituição.

Adolescente adotiva em situação de rua¹⁵

Janaína Carneiro de Camargo

Maiara Suelen Mazera

Apresentação do caso

Às 21h do dia 18 de março de 2021, em meio a pandemia de COVID-19, o Projeto de Resgate e Amparo Social (programa da prefeitura por meio da Secretaria da Assistência Social em parceria com uma ONG) recebe um chamado do instituto que fornece local de permanência a pessoas em situação de rua, afirmando que uma adolescente estava pernoitando na permanência, pois está tendo relacionamento amoroso com um dos moradores.

O projeto é constituído por quatro equipes compostas por enfermeiro, assistente social e psicólogo. Nesse dia o psicólogo estava ausente. O projeto, mesmo com a equipe reduzida, deslocou-se à permanência para conhecer e conversar com a adolescente. Ao chegar, os profissionais abordaram a adolescente que se apresentou como Ana Carolina, 15 anos de idade. Ao perguntar sobre o motivo de estar no local, tendo em vista que é um lugar violento e há uso indiscriminado de drogas, ela responde que está se relacionando com o Mosca, 28 anos, morador da permanência.

Os profissionais do projeto solicitaram deslocamento até uma sala mais reservada para conversar com Ana Carolina, e nesse momento Mosca ameaçou a equipe, pois não queria que ela sáísse do local. Dessa forma, os profissionais conversaram no local, mesmo com bastante barulho. Ana Carolina fala que é uma adolescente negra, filha adotiva de Fernando e Jussara, casal jovem 35 e 33 anos respectivamente, classe média alta, e que tem sua tutela há 3 anos. Ana Carolina refere que não consegue se sentir parte da família, e para se sentir melhor e ter seu próprio dinheiro, vende doces no semáforo. Diz que conheceu o Mosca na rua, encantou-se por ele e foi conhecer o lugar onde ele permanece. Não tinha noção da violência que ocorre no local, mas não quer ir embora pois se sente bem e fez amizades. A equipe solicitou o endereço de Ana Carolina que o informou. Mosca não a deixou ir embora, e ameaçou se vingar caso a equipe a levasse (sem especificar de que forma).

Os profissionais se deslocaram até a residência dos pais de Ana Carolina e lhes contaram onde ela estava. Não demonstraram espanto ao saber, afirmando que não é a primeira vez que ela “sumia” de casa. Os pais da adolescente moram em um bairro nobre da cidade, afirmam que “dão do bom e do melhor” para ela, mas que mesmo assim ela não segue as normas da casa. Falaram que dentro de casa tem uma biblioteca, piano, piscina no condomínio, mas Ana Carolina quer mesmo é vender doces nas ruas, e eles não sabem o que fazer – palavra dos pais.

¹⁵ Caso real, nomes fictícios.

Após a conversa com os pais, a equipe retorna para a matriz do projeto e se senta para conversar sobre o caso. A equipe se sente angustiada, preocupada e considera tomar alguma atitude frente a situação.

Esclarecimentos dos fatos

- A permanência é um local de abrigo oferecido pela prefeitura? Sim.
- Há quanto tempo ela foi adotada? 3 anos.
- A adolescente faz uso de drogas? Não tem histórico de uso de drogas nem problemas psicológicos? Não.
- Demonstrou dificuldade de relacionamento com pais adotantes? Sim, ela diz não se sentir parte desta família.
- Os pais possuem outros filhos além dela? Não, ela é filha única.
- Ela está matriculada na escola? Está, mas falta bastante.
- Ela tem amigos(as)? Tem amigos apenas na permanência/abrigo. Fora de lá não possui.
- Como são as regras do abrigo quanto a relacionamentos e abrigo de menores? Não tem espaço individualizados para meninos e meninas, o local não possui regras.
- É um processo de adoção finalizado? Sim, já possuem guarda definitiva.
- Será que eram parentes próximo? Não eram.
- O tribunal de adoção/assistência social faz acompanhamento após a adoção? Não sabemos neste caso.
- A menor faz alguma demanda, reclama para a equipe/projeto? Ela não, mas outros responsáveis que observaram o caso e solicitaram ajuda.
- Você sentiu que de alguma forma ele a intimidava para falar? Ele não queria que ela saísse de perto.
- Nesses casos de intimidação, se envolve a polícia? Neste caso a intenção era fazer uma abordagem sem intervenção policial.
- Vocês perceberam se ela sofre algum tipo de agressão por parte do namorado? Visivelmente não foi observado.
- Quais os profissionais que estavam atendendo este caso? Neste dia, enfermeira e profissional do Serviço Social.
- Qual a frequência dela nesta permanência? Ela passava o dia todo lá, voltava para casa e no outro dia voltava para lá. Alguns dias não ia para a escola e ia para a passarela.
- Você sentiu que os pais tinham vontade de fazer esse resgate/acolhimento? Não, eles pareceram bastante desanimados com essa situação.
- Ela conhece a mãe biológica? Não se sabe.
- Onde ela vivia antes da adoção? Em um lar de menores.

- Esse caso foi discutido no projeto? Não foi dado sequência ao caso.

Identificação dos problemas éticos

- Os pais podem se eximir da responsabilidade sobre a adolescente?
- Até onde vai o comprometimento dos pais adotivos em resgatar a filha adotiva?
- Qual o tamanho responsabilidade dos pais adotivos com a criação de toda a vida de uma criança?
- Deveria ser cobrado, judicialmente, mais envolvimento dos pais com a menina?
- Até onde vai a autonomia da adolescente em relação a essa situação considerando que é menor de idade?
- A adolescente está implicada com suas decisões?
- Até onde o aparelhamento do Estado pode interferir na escolha da adolescente?
- Os profissionais da saúde podem decidir o que é melhor ou pior para ela neste caso?
- O sentimento de (não) pertencimento influencia na construção identitária que fazemos de nós mesmos?
- Estamos preparados para aceitar diferentes formas de viver em sociedade?
- Qual a responsabilidade da prefeitura por oferecer um serviço de abrigo às pessoas em situação de rua e deixar adolescentes em contato com adultos, podendo serem vítimas de violências?
- Pode algum sentimento ser mais importante que o de aceitação quando se foi abandonada na vida?
- Qual o alcance das intervenções quando não há uma continuidade do cuidado, construção de vínculo e intersetorialidade?
- Como o Estado pode garantir a proteção de uma adolescente nesses casos?
- É papel do abrigo a função de reabilitação social de seus usuários?
- A atitude agressiva do companheiro pode ser aceita mesmo que a menor não veja problema nisso?
- Como proteger uma pessoa que não solicita proteção?

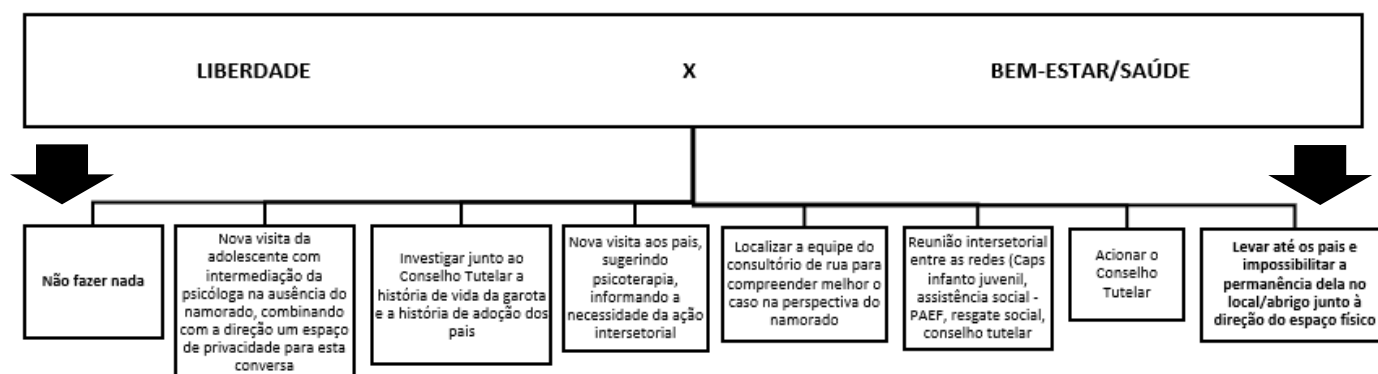
Identificação da questão a ser deliberada

Deve a equipe tomar alguma providência em nível institucional para retirar a adolescente desse lugar insalubre ou deve-se preservar a liberdade de escolha dela?

Identificação dos valores em conflito

Liberdade X Bem-estar/Saúde

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Localizar a equipe do consultório de rua para compreender melhor o caso na perspectiva do namorado; Nova visita da adolescente com a intermediação da psicóloga na ausência do namorado, combinando com a direção um espaço de privacidade para esta conversa; Nova visita aos pais, sugerindo psicoterapia e informando a necessidade da ação intersetorial; investigar junto ao Conselho Tutelar a história de vida da garota e a história de adoção dos pais;
- Reunião intersetorial entre as redes (Caps infante juvenil, assistência social - PAEF, resgate social e conselho tutelar);
- Acionar o Conselho Tutelar.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

Concluimos que o método da deliberação ética é um instrumento necessário e interessante na resolução de problemas morais, pois nos faz refletir, enxergar e denominar os valores implicados nos problemas, faz-nos visualizar caminhos intermediários para salvar e respeitar todos, ou a maioria dos valores presentes, faz-nos dialogar com diferentes perspectivas e, assim, além de estar contribuindo em uma deliberação prudente, também está contribuindo para a evolução moral e educativa dos próprios participantes.

Saúde mental e as lacunas da reforma psiquiátrica¹⁶

Jaqueline Marcos dos Santos

Simone Conradi

Apresentação do caso

Segundo a OMS a saúde mental pode ser entendida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do stress rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

A atenção à saúde mental no SUS é oferecida através da Rede de Atenção Psicossocial que prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais, estes espaços atendem pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool, crack e outras drogas.

A Reforma Psiquiátrica, que iniciou em 2001, tem como principal mudança o modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. E vêm substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas.

Os CAPS são serviços de caráter aberto e comunitário constituído por uma equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar, são divididos em 6 tipos de modalidades, conforme o total de habitantes do local, e conforme o tipo de população atendida, quando em cidades com mais de 150 mil habitantes tem uma modalidade que permite internação noturna e observação, mas no geral são serviços de atendimento no mesmo horário do Centro de Saúde.

Apresentação do caso clínico: homem, afrodescendente, 58 anos, usuário do CAPS há muitos anos, possui CID 10 (Esquizofrenia) e faz uso de medicações psiquiátricas. Apresenta quadro clínico de hipertensão sem complicações, asma, diabetes não insulino-dependente, cálculo renal, hérnia abdominal e abuso de tabaco e álcool.

Anos atrás, uma das filhas, gestante, faleceu ao realizar o parto. Usuário apresenta episódios de choro ao relatar tristeza por sua perda. Possui dificuldade fonatória devido uso da medicação e/ou estrutura bucal e reflexos lentificados. Quando as crises estão estabilizadas o paciente é calmo e bem-humorado.

Vive com sua família: irmão, irmã, sobrinho e sobrinha. Possui filhas e outros irmãos como rede de apoio, mas os que se responsabilizam pelo seu tratamento são na maioria das vezes, os que moram com o usuário. Alguns de seus familiares também apresentam transtornos psiquiátricos e alcoolismo, o que agrava

¹⁶ Caso real.

mais a situação por existirem conflitos recorrentes dentro de casa. A família sempre esteve disponível no acompanhamento do tratamento, mesmo que caracterize uma família sem muitas estruturas para lidar com a doença do paciente, ainda assim, sempre esteve presente em consultas e reuniões de família quando solicitada pela equipe multiprofissional.

Durante anos em acompanhamento no CAPS já apresentou diversas crises, sendo que no último ano elas foram mais frequentes, com breve tempo de estabilização, praticamente emendando uma crise na outra, com internações recorrentes em hospital psiquiátrico. Em suas crises apresenta comportamento agressivo, permanece sem medicação e faz uso de bebidas alcoólicas, ameaçando familiares e comunidade onde vive (heteroagressão). Em uma de suas crises anos atrás o usuário foi preso. Em conflito com outro detento, um colchão foi incendiado dentro da cela, o que ocasionou queimaduras graves em parte do corpo do usuário.

O usuário possui excelente vínculo com a equipe de profissionais do CAPS, no entanto, ela não está tendo sucesso com o manejo das crises após tentar diversas estratégias terapêuticas, acarretando sofrimento e desgaste ao usuário e familiares. Em reunião, parte da equipe sugere a institucionalização do usuário em um residencial para idosos. Como o usuário possuía certa autonomia em suas atividades de vida diária em períodos em que sua doença estava estabilizada, com capacidade mental para tal, os demais profissionais da equipe não concordam com esta indicação, levando também em consideração a vontade do usuário que é de não ser institucionalizado. Quando informada a possibilidade de institucionalização, os familiares não souberam opinar se concordavam ou não, mas estavam dispostos a aceitar a indicação que fosse melhor para seu familiar. A família se sente cansada e sem mais recursos para lidar com as frequentes crises.

A equipe precisa decidir entre, propor à família institucionalizar o usuário em residencial para idosos para que garantir maior segurança e eficácia das terapêuticas medicamentosas, embora tal decisão faça com que ele deixe seu lar e perca o convívio familiar e social ignorando questões que são significativas para o bem estar do usuário, ou, não institucionalizar, dando continuidade às terapêuticas já realizadas sem sucesso, que podem prolongar o sofrimento mental do usuário e da família, que já está desgastada sem saber mais como lidar com as crises do usuário, além de manter em risco a vida destes diante das crises de agressividade.

Esclarecimentos dos fatos

- O que acontece com ele quando tem crises?
- A equipe consegue identificar o que gera as crises nele?
- Quais são os familiares que moram com ele?

- Ele faz uso regular da medicação?
- Os outros familiares são atendidos pelo mesmo CAPS?
- Ele tem independência financeira?
- Este CAPS atende 24hs?
- Com que frequência as crises ocorrem?
- Do que ele gostava?
- Que tipo de música ele gostava?
- Você sabe com quantos anos ele teve a primeira crise?
- Você comentou que ele tem outras doenças e isso estava compensado? Ele era bem atendido pela unidade de saúde?
- Havia um cuidado compartilhado entre os familiares?
- Essa irmã não mora com ele?
- Os outros dois irmãos que moram junto têm aporte financeiro?
- A equipe de saúde percebeu o agravamento das crises depois da morte da filha?
- Você falou que ele fazia uso de álcool e outras substâncias?
- Tem um controle por parte do CAPS se ele tomava os medicamentos prescritos?
- Qual a opinião dos irmãos sobre a institucionalização?
- A irmã que conseguia auxiliar nas crises foi contatada para ver a possibilidade de ela cuidar dele de forma integral?
- Na questão social, a família tinha convívio religioso, contato com outras pessoas, relações para além da família?
- E quando ele estava agressivo era com as pessoas na rua também? Ou só com a família e os profissionais do CAPS
- Essas crises colocavam em risco a vida dos familiares?
- Há quanto tempo a família está levando esta situação?
- Ele tinha um relacionamento? Uma companheira?
- Ele tem mais de uma filha (além da que faleceu)?
- Qual a opinião do paciente sobre a internação?
- Ele tinha consciência destas agressões, destas situações que aconteciam quando estava em crise?
- Como o psiquiatra e o psicólogo consideram a autonomia dele?
- Na percepção da equipe, o convívio dele com as pessoas da família auxiliavam ou prejudicavam o tratamento?

- Ele estava em acompanhamento e a família também estava sendo acompanhada para saber como lidar com as crises? Era realizada alguma abordagem terapêutica com a família?
- Quais os gatilhos familiares que desencadeavam as crises nele?
- E esse asilo que os profissionais pensaram era na cidade mesmo? Já se tinha em vista como seria esse local?
- Ele é idoso?
- Ele tem algum comprometimento da funcionalidade que pode ser considerado como deficiente físico?
- Vocês perceberam nesse período de crise mais frequentes se os outros familiares também tinham crises mais frequentes?
- E essa indicação da equipe pela institucionalização veio por que se percebeu que se tinha esgotado todas as alternativas terapêuticas?
- Quando você falou sobre a opinião da família, eles se mostraram indiferentes, isso se estendeu às filhas que não moram com ele ou somente a família do convívio em casa?
- No caso de fazer essa institucionalização, seria algo involuntário/compulsório, ou se conseguiria que ele aceitasse por um período?
- Ele teria condições de sair depois de um período de institucionalização?
- O lar de idosos estaria preparado para receber este paciente?

Identificação dos problemas éticos

- Como prestar e manter assistência adequada para um paciente psiquiátrico, sendo que os demais membros da família, responsável pelo cuidado deste, também sofrem com doença mental?
- Até onde se deve respeitar a autonomia do paciente quando se percebe que seus atos estão prejudicando a ele mesmo e colocando a família em risco?
- A autonomia do paciente tem grande peso na tomada de decisão da equipe de saúde acerca do seu tratamento?
- Deveria o indivíduo psiquiátrico, com autonomia limitada, ser corresponsável pelas decisões do seu tratamento?
- Como pensar em uma institucionalização psiquiátrica à pessoa e ao mesmo tempo envolver a família, não perdendo o vínculo/convivência familiar?
- A decisão sobre os cuidados em saúde de uma pessoa não autônoma pode prescindir da opinião dos cuidadores?

- Até que ponto a institucionalização de um paciente psiquiátrico não se torna um padrão de cuidado do século passado?
- A equipe pode decidir o que é melhor ou pior para ele neste caso?
- A não existência de institucionalização psiquiátrica ajuda a saúde deste paciente e a de sua família?
- Como definir o que é melhor para o paciente psiquiátrico, quando a equipe está dividida com relação às terapêuticas?
- A equipe pode decidir por uma medida extrema (institucionalização) sem que se tenha esgotado todas as alternativas de intervenção no caso?
- Como definir um esgotamento extra-institucional sem antes tentar ações familiares e intersetoriais?
- Até onde os profissionais de saúde estão dispostos a buscar alternativas para ajudar a família?
- Até que ponto a convivência com os familiares que moram na mesma casa auxilia no tratamento e bem-estar do usuário?
- Como a equipe de saúde pode inserir a família nesse contexto para participar efetivamente da decisão junto ao paciente?
- Até que ponto as diretrizes, orientações da reforma psiquiátrica para internação são benéficas para pacientes psiquiátricos que possuem crises recorrentes?
- Outros espaços de institucionalização de pessoas podem ser adequados para tratamento de pessoas com problemas psiquiátricos?
- Será que o esgotamento do profissional de saúde mental não está atrapalhando a efetividade de condutas para com os seus pacientes?

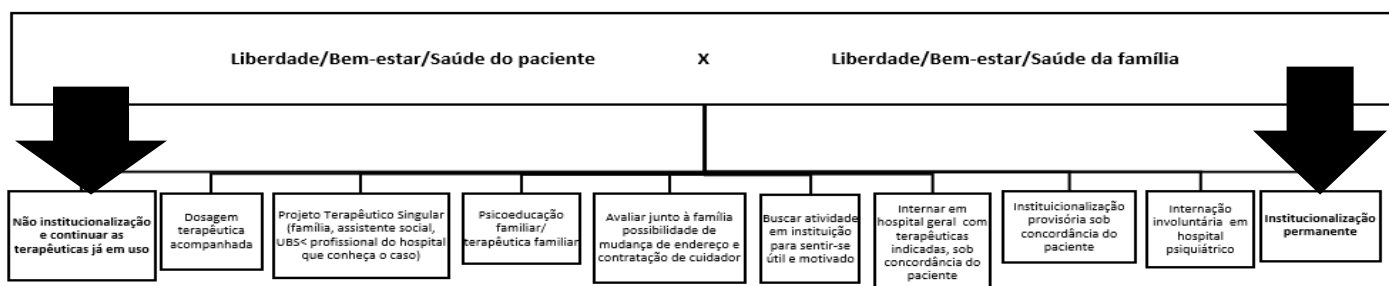
Identificação da questão a ser deliberada

A equipe multiprofissional do CAPS deve ou não sugerir a institucionalização do usuário em casa de repouso para idosos?

Identificação dos valores em conflito

Liberdade/Bem-estar/Saúde do paciente X Liberdade/Bem-estar/Saúde da família

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

Plano A: dosagem terapêutica acompanhada; psicoeducação familiar/terapêutica familiar; projeto terapêutico singular (família, assistência social, UBS, profissional do hospital psiquiátrico onde foi frequentemente internado); avaliar junto à família a possibilidade de mudança de endereço e acompanhamento de um cuidador; buscar alguma instituição que permite um espaço onde pudesse se sentir útil e mais motivado.

Plano B: Manter o plano A e propor ao paciente a internação em hospital geral quando ocorrem as crises, ou institucionalização provisória, com a concordância do paciente, garantindo que assim que melhorar voltasse ao convívio familiar, ou conforme a condição clínica a internação psiquiátrica em casos de crises mais intensas, mesmo que involuntário.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

A realização da sessão deliberativa permitiu visualizar novas condutas de encaminhamento para o referido caso. A discussão entre uma equipe multiprofissional que tem visões e valores diferentes envolvidos permite analisar a situação de diferentes ângulos e assim encontrar diferentes caminhos intermediários, para que não se siga um curso extremo de ação. O esclarecimento dos fatos envolvidos e a identificação dos problemas éticos foram essenciais para o desenvolvimento de ações intermediárias.

É relevante pensar que a reforma psiquiátrica, apesar de iniciada em 2001, ainda não está concretizada, fazendo com que a assistência ao paciente psiquiátrico perpassasse por muitas dificuldades. Mantém-se o modelo de assistência nos hospitais psiquiátricos, e ainda que existam leitos em hospitais gerais, estes, por vezes, não dispõem de profissionais capacitados e estrutura adequada para a assistência a

esses pacientes. Além disso, a falta de instituições ou espaços onde o paciente possa ser reinserido na sociedade, para terem suas habilidades estimuladas, interações sociais e novas motivações, não atende ao aspecto psicossocial preconizado pela reforma.

Por meio da sessão deliberativa percebeu-se diversas lacunas na condução do caso pela equipa multiprofissional do CAPS. A mudança dos profissionais da equipe que realizava o atendimento caracteriza uma perda na continuidade do cuidado, pois necessita de tempo para que os novos profissionais se adaptem ao local e criem vínculo com o paciente, podendo interferir na aceitação, por parte do paciente, das terapêuticas utilizadas. Contudo, a escolha por decisões extremas, sem esgotar todas as possibilidades de tratamento, terapêuticas ou intervenções, pode colocar o usuário em uma situação de agravamento da doença ou interferir na sua liberdade/saúde/bem-estar. Por isso, realizar esta deliberação é importante para que se encontre o curso de ação mais responsável para o caso, em cada momento.

Autonomia de adolescente em final de vida¹⁷

Maikon Leiria

Apresentação do caso

B.I.A é uma jovem de 15 anos de idade, portadora de osteossarcoma no terço proximal da tíbia direita, diagnosticado há mais de um ano. Naquela ocasião o tumor já era volumoso, com comprometimento dos tecidos moles adjacentes, causando dor e prejudicando, mas não impedindo, a deambulação. A investigação de metástases pulmonares e ósseas mostrou-se negativa. Submeteu-se ao primeiro esquema de quimioterapia, somente após três meses do diagnóstico, devido à dificuldade de vagas no serviço médico de referência para tratamento oncológico pediátrico. Recebeu alta hospitalar para continuar o tratamento ambulatorial. Nos exames controles ambulatoriais iniciais, as imagens mostraram pouca redução do volume tumoral e foi proposta uma cirurgia de amputação da perna direita para controle da lesão tumoral. A família recusou o procedimento e a partir desta data não mais retornou ao ambulatório.

Há uma semana a jovem regressa ao hospital, trazida pelos pais, com importante hemorragia no local do tumor, que mostra ulceração e necrose. Realizados os exames pré-operatórios, verifica-se a presença de múltiplos nódulos metastáticos em ambos os pulmões, e a paciente passa a apresentar desconforto respiratório. O oncologista indica a transfusão sanguínea e a amputação do membro, no intuito de controlar o sangramento e aliviar a dor, pois a quimioterapia não mais estava indicada, considerando o estágio avançado da doença; a família aceita o procedimento, mas a adolescente recusa veementemente a cirurgia. Os pais questionam se a jovem, sendo adolescente, pode tomar esta decisão. O médico oncologista solicita então um parecer do Comitê de Bioética da instituição.

Esclarecimentos dos fatos

- A família procurou outra equipe médica, uma segunda opinião? Não.
- Qual o motivo do abandono do tratamento? Falta de interesse em realizar o procedimento indicado na época.
- Quanto tempo que ela tem a doença? Pouco mais de um ano.
- Na primeira vez do fato, teve a consulta de opinião para a adolescente? Não foi escutada.
- A equipe médica, quando a família abandonou o tratamento, foi atrás para ver o caso? Supor: não teve busca ativa.
- A menina teve/tem acompanhamento psicológico? Não teve acompanhamento psicológico.

¹⁷ Caso retirado de: FREITAS, I.C.F. Bioética: um estudo de caso pediátrico. *Gaz. Med. Bahia*, v. 75, n.2, p.185-189, 2005.

- O oncologista chegou a conversar com a paciente? Ele só sabe da vontade pelos pais? Não conversou com a paciente.
- Essa decisão dos pais tem relação com crença? Não se sabe a religião da família.
- Ele tinha conhecimento dos riscos de abandonar o tratamento? Não tinham noção da piora, não queriam realizar o procedimento cirúrgico indicado.
- Sabe se alguém da família tinha histórico da doença? Não se sabe o histórico familiar.
- A vida dela corre risco se não amputar? Corre risco sim.
- Sabe a condição econômica da família? São economicamente desfavorecidos.
- Eles moram na mesma cidade do hospital? Moram na cidade vizinha.
- Qual a pessoa da família/responsável pelo contato com o hospital/tratamento? São os pais da garota.
- Eles têm outros filhos? Não, B.I.A é filha única.
- Qual o motivo a equipe não a escutou? Acreditar que os pais devem decidir pela filha.
- A equipe médica tem estimativa de sobrevida da adolescente? Não tem noção exata, mas sabem que é pouco tempo.
- A equipe sabe se a adolescente está ciente disso? Não conversaram com ela.
- Os pais justificaram por que da decisão deles? Sentimento de culpa pelo abandono do tratamento proposto na primeira ocasião.
- A única opção de tratamento passado era a amputação? Teve outras opções? A indicação do oncologista é amputação pelo quadro clínico, não foram apresentadas outras opções por tal profissional.
- Qual a situação clínica? Dores intensas? Uso de medicamentos? Tem dores intensas e está recebendo analgesia no momento.
- A equipe como um todo está convicta pela amputação? Foi indicada pelo médico oncologista, não foi discutido por uma equipe multidisciplinar.
- Mas com a necrose ela pode ter complicações e vir a morrer? Tanto com ou sem amputação ela tem grandes chances de vir a óbito.
- Mas ela tem dores intensas hoje? A analgesia alivia de certa forma.
- Tem algum medicamento que passe a dor sem precisar amputar? As dores são moderadas quando medicada.
- Ela está em casa ou o tempo todo no hospital? No momento está internada no hospital.
- Para ela receber o tratamento da dor, ela precisa ficar internada até falecer? Está recebendo analgesia, definição do tempo de internação depende de realizar o procedimento ou não.

- Ela está sendo acompanhada por alguma equipe de tratamento paliativo? Não, somente por um médico oncologista.

Identificação dos problemas éticos

- A opinião de um adolescente sobre sua própria situação de saúde/doença e o curso de sua vida não teria o direito de ser ouvida?
- Os pais podem decidir pelo curso do tratamento de seus filhos?
- Os pais podem decidir sobre o direito de escolha da adolescente?
- Como saber se a adolescente é capaz (lúcida e orientada) se a equipe médica mal conversou com ela?
- Neste caso, a equipe de saúde estaria tratando somente a doença, e não o paciente como um todo, principalmente observando seus sentimentos diante da situação?
- A equipe pode decidir pela família o que é melhor ou pior para ela neste caso?
- Qual o papel do serviço de saúde frente a situações de abandono de tratamento de menores de idade?
- O fato de uma pessoa ser menor de idade diminui a importância de seus desejos?
- Viver mais é melhor do que viver bem?
- O que é viver bem para cada pessoa?
- A família e paciente não deveria ser ouvida diante dos medos e anseios?
- Qual é o valor que se dá aos desejos do paciente nesta situação?
- A falta de um cuidado integral pode levar ao agravamento da doença de seus pacientes?
- A proximidade da morte pode amedrontar os pais ao ponto de não conseguir levar os desejos da filha em consideração?
- Estaria a família preparada para decidir sobre o tratamento da filha considerando o lado psicológico do medo da morte?
- De quem é a responsabilidade sobre definir o tratamento mais adequado para a adolescente? Família, equipe de saúde, Estado ou ela mesma?
- O Estado pode atrasar o tratamento de um paciente caso o início de assistência precoce tenha ganhos de saúde significativos?
- O abandono do tratamento pode ter se dado em respeito a vontade da adolescente e a busca agora por atendimento pode então representar o desespero/despreparo dos pais para lidar com o término da vida da filha?
- Qual o tempo necessário para a família e a adolescente compreenderem a gravidade da situação? Esse tempo, corresponde ao tempo estabelecido como seguro para o tratamento?

- As equipes de saúde sabem avaliar o grau de autonomia das pessoas? e dos menores de idade?
- As equipes de saúde estão sabendo conversar/orientar adequadamente os pacientes/família sobre os tratamentos e seus prognósticos?

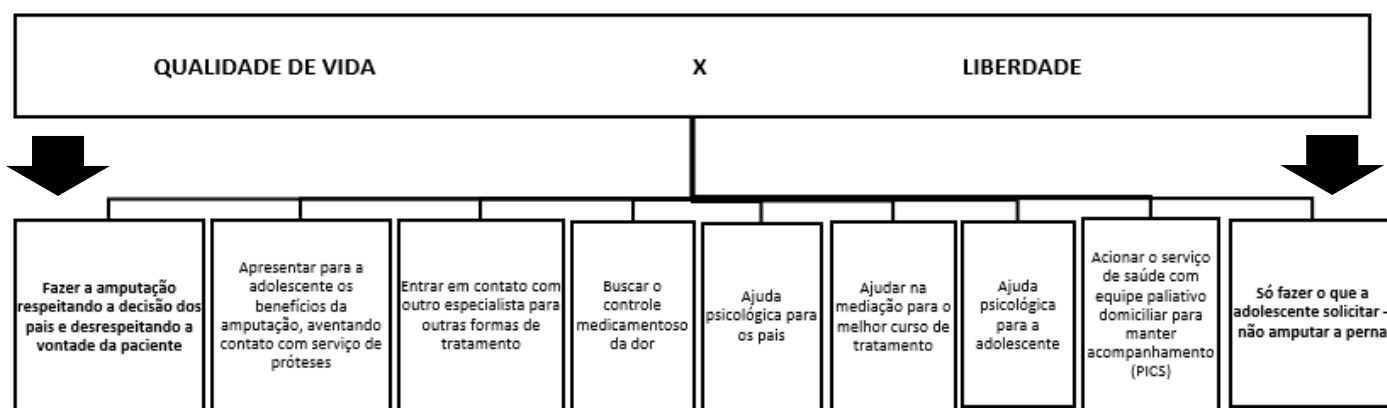
Identificação da questão a ser deliberada

Atender a indicação médica e vontade da família realizando o procedimento indicado ou respeitar a vontade da paciente?

Identificação dos valores em conflito

Qualidade de vida x Liberdade

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Buscar o controle medicamentoso da dor;
- Entrar em contato com outro especialista para outras formas de tratamento;
- Ajuda psicológica para os pais;
- Ajuda psicológica para o adolescente;
- Apresentar para a adolescente sobre os benefícios da amputação e entrar em contato com serviço de próteses, caso deseje da adolescente;
- Ajudar na mediação dos pais com a adolescente para o melhor curso de tratamento possível;
- Acionar o serviço de saúde do território com equipe de assistência paliativa domiciliar para manter acompanhamento (incluir tratamento com práticas integrativas e complementares).

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

O caso da paciente B.I.A é apresentado como um dilema ético pelo médico oncologista que a acompanha, pois o profissional se depara com dois cursos extremos: realizar ou não o procedimento cirúrgico? Respeitar a vontade da família ou a autonomia da adolescente? Assim, através do modo deliberativo, buscou-se cursos intermediários de ação e o considerado ótimo para o caso, permitindo um olhar amplo para a problemática apresentada após a sessão deliberativa. O caso já havia sido trabalhado em uma revista com alguns elementos interessantes do ponto de vista da bioética, no entanto, o método desenvolvido na deliberação deste caso foi para além do modelo prescritivo proposto na revista.

Demissão por interesse político

Fernanda Denise Satler

Paulo Renato Aquino

Tania Nodari

Introdução

A contratação de profissionais por tempo determinado para atender necessidades temporárias de interesse público é assegurada pela lei 8.745 de 9 de dezembro de 1993. Para atender essa demanda, os órgãos da Administração Federal direta, as autarquias e as fundações públicas podem efetuar contratação de pessoal por tempo determinado e por prazos previstos, de 6 meses a 4 anos, sendo o mais comum a contratação por 2 anos. O encerramento do contrato temporário pode ocorrer antes do período determinado devendo vir acompanhado de aviso prévio de 30 dias, bem como exposta a causa de encerramento.

Qual o contraponto entre interesse público e priorização do direito individual do profissional? As ações de interesse público não podem ferir o respeito à dignidade humana. Entende-se como interesse público as ações do governo, tanto Estado como administração, com relação às decisões sobre determinado fato. Todavia, o alto grau de abstração do termo “interesse público” termina por dificultar a verificação, na prática, de determinadas ações ou escolhas administrativas, colocando em efeito dúbio se ações praticadas foram realizadas pela coletividade. Ocorrem em determinados casos o ataque aos direitos fundamentais quando embutido em pretensões eleitorais, para prejudicar ou beneficiar pessoas ou ainda, por interesses pessoais¹⁸.

Os processos públicos são realmente transparentes e acessíveis? A transparência dos processos públicos é de extrema importância para garantir direitos individuais, diminuindo corrupções processuais e garantindo a democracia. A lei da transparência visa a disponibilização de informações por parte das organizações públicas, que devem atingir e ser entendidas por cidadãos comuns¹⁹.

Apresentação do caso

¹⁸ AMARAL, D.F. Curso de Direito Administrativo. v. II, 10ª reimpressão. Coimbra: Almedina, 2001.

RIVERO, J. Direito Administrativo. Tradução de Rogério Ehrhart Soares. Coimbra: Almedina, 1981.

¹⁹ ENGIEL, P. **Projetando o Entendimento de Modelos de Processos de Prestação de Serviços Públicos** [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

Esta é uma situação que aconteceu comigo em 2014, quando assumi o cargo comissionado de coordenador municipal de saúde mental (SM), em um município de aproximadamente 200 mil habitantes, no estado do Rio de Janeiro. Meu vínculo profissional era via contrato, designado pela secretaria de saúde, com registro no diário oficial do município. Antes dessa designação, eu trabalhava com 2 vínculos empregatícios como psicólogo com contratos de 30 horas cada: um no SUS (assistente técnico do programa municipal de saúde mental) e outro no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como psicólogo em serviço de garantia de direitos à população em uso problemático de álcool e outras drogas). Eu recebia R\$4000/mês líquido, no entanto, renunciei ao vínculo do SUAS para receber menos (R\$2500/mês líquido). Era prometida uma gratificação de R\$500, mas todo mês eu mesmo tinha que lidar com o setor de Recursos Humanos e com a Subsecretaria de Atenção Básica para que esta gratificação fosse paga, gerando desconforto.

O programa que eu coordenava estava diretamente ligado à referida subsecretaria e seu principal intermediário era a Superintendência. Em sua grade de serviços tínhamos um CAPS 2, um ambulatório especializado e um psicólogo para cada Unidade Básica de Saúde (UBS). A emergência do hospital geral contava com equipe volante do CAPS para avaliação dos casos de urgência em saúde mental. Evitava-se a internação em hospital psiquiátrico, mas quando necessária era feita pelo gestor via SER (Sistema Estadual de Regulação) em hospital de município vizinho. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), CAPS AD e CAPS-i ainda não existiam e as SRT seriam os próximos dispositivos a serem instituídos. Pessoas internadas por até 42 anos em hospital colônia de outro município da região eram acompanhadas quinzenalmente em trabalho de desinstitucionalização.

No caso dos psicólogos lotados nas UBS, o trabalho envolvia a realização de grupos de recepção, onde a porta de entrada se dava através do acolhimento de necessidades da população em dias e horários marcados. Por ordem de chegada, até 12 pessoas pegavam uma senha distribuída na fila. Os grupos de recepção ocorriam semanalmente por 4 vezes, com até 4 grupos ocorrendo concomitantemente. Ao final de cada grupo de recepção, o psicólogo dava destino às necessidades, podendo partilhar os casos com o CAPS 2, com o ambulatório, ou mesmo assumir o caos, atendendo regularmente na própria UBS, a depender das demandas e das condições de saúde do usuário.

Nas UBS, os psicólogos respondiam diretamente a mim, enquanto coordenador do programa, embora estivessem permanentemente cedidos às UBS. Desta forma, o ponto de frequência, relatórios técnicos e encaminhamento de dúvidas destes profissionais eram diretamente tratados por mim. Ademais, eu também orientava a equipe da UBS em toda demanda que envolvia a saúde mental, bem como os atendimentos a familiares de pessoas com transtornos mentais que a equipe atendia.

Destaca-se que todo profissional do programa de saúde mental daquele município possuía um vínculo empregatício que podia ser o de concursado ou o de contratado. Contudo, os concursados eram minoria no programa e geralmente trabalhavam no ambulatório especializado. Já os contratados possuíam contrato anual, que poderia ser renovado ou não. Em termos de rescisão, esta podia se dar por ambas as partes a qualquer momento. No entanto, caso o profissional quisesse se desligar, seria necessário um aviso prévio de 30 dias, acompanhado de um trabalho de transição do novo profissional que o substituiria. Caso a rescisão do contrato fosse decidida pelo RH da prefeitura, esta precisaria ser sustentada por algum motivo que envolvesse ao menos 3 situações: insubordinação; imperícia, negligência ou imprudência; ou ainda, faltas sem justificativa. Neste caso, não havia necessidade de aviso prévio e de transição de profissionais, o que comprometia o andamento das práticas do profissional e do serviço, trazendo prejuízos à atenção e ao cuidado prestados à população local.

Na qualidade de coordenador do programa, eu não era responsável pela demissão ou admissão de profissionais, mas caso algum deles não satisfizesse as necessidades do serviço, eu poderia "devolvê-lo" à Subsecretaria de SM, colocando-o à disposição para assumir demandas de outros serviços. No entanto, os motivos para rescisão de contrato citados anteriormente também se aplicavam, caso o profissional fosse "devolvido" à Subsecretaria.

Os vereadores deste município, ao invés de assumirem o dever de compor comissões fiscalizadoras do executivo, funcionam praticamente como cogestores das secretarias municipais. No caso da secretaria de saúde, as demandas de um determinado vereador eram sempre atendidas, pois havia o entendimento de que, caso ele fosse contrariado, o prefeito interviria e simplesmente mudaria o secretário municipal, até conseguir um que atendesse as demandas advindas do referido legislador.

Certo dia, a superintendência me procurou para trazer uma demanda irrevogável, feita oralmente, de forma imperativa, sem possibilidade de negociações: "Demita dois psicólogos quaisquer da sua equipe, porque o vereador quer indicar dois novos profissionais". Esta solicitação de substituição de profissionais tampouco foi oficializada por escrito através de memorando, mesmo com o meu pedido de formalização.

Compreendeu-se que estes dois profissionais a serem demitidos precisariam ser psicólogos de UBS, já que a demanda do vereador foi para duas vagas nos serviços de baixa complexidade, e que a Superintendência entendeu que mexer no CAPS ou Ambulatório seria pior do que mexer nas UBS. Contudo, não havia nenhum profissional que apresentasse insatisfação com o serviço prestado nas UBS ou algum motivo que justificasse o desligamento do programa e/ou a devolução à Subsecretaria e rescisão contratual. Tampouco se estava próximo do período de seleção simplificada, quando é possível realizar a finalização/renovação dos contratos anuais, ou seja, os contratos de todos os psicólogos se encontravam em plena vigência.

Ainda assim, eu solicitei ao superintendente que fossem encaminhados os currículos dos psicólogos indicados pelo vereador, para que eu os analisasse e, posteriormente, fizesse uma entrevista com eles. Os currículos foram enviados: eram dois recém-formados, sem experiência na área. Já as entrevistas de seleção nunca ocorreram, pois o vereador exigiu que não se aplicasse qualquer filtro técnico para a entrada delas no serviço, bastando sua indicação. Ademais, a demissão dos profissionais que seriam substituídos deveria recair como minha responsabilidade enquanto coordenador do programa, sendo que meu cargo/função de gestor se encontrava ameaçado caso não cumprisse essa ordem.

Esclarecimentos dos fatos

- Por que todos os concursados estavam no ambulatório especializado? Os concursados tinham preferência pelo trabalho em ambulatório, já que havia uma maior flexibilidade de horário e pela complexidade dos casos.
- Tinha plano de carreira para os estatutários? Sim.
- Como contratado o coordenador de SM se sentia fragilizado? Sim.
- Como se deu o contrato? Através de seleção simplificada
- A contratação era direta ou por Organizações Sociais (OS)? Direta, após o candidato à vaga realizar seleção simplificada, que acontecia anualmente.
- Por que esse vereador tinha tanto poder? Por acordos políticos.
- Você tinha outra pessoa da gestão que pudesse ajudar com a questão? Talvez sim, mas eu não sabia a quem recorrer.
- Havia muita rotatividade entre os contratados e os estatutários? Entre os contratados, sim, pela fragilidade dos vínculos.
- Você tinha contato com algum outro vereador? Não.
- As outras categorias também tinham o mesmo vínculo frágil? Sim, todas as categorias poderiam ter o contrato encerrado a qualquer momento.
- A equipe estava trabalhando bem? Sim, não havia reclamação em relação aos trabalhos realizados por estes profissionais nas UBS. Quando havia alguma insatisfação, os profissionais eram “devolvidos” à superintendência.
- Tinha Conselho Municipal de Saúde? Sim.
- Deram prazo para a demissão? Sim, a demissão deveria acontecer imediatamente, sem cumprimento de aviso prévio.
- Qual partido era da gestão? Partido dos Trabalhadores.

- Como o coordenador de SM se sentiu? Assediado moralmente e sem possibilidades de se opor ao que lhe foi incumbido em relação às demissões/contratações, entendendo que isso implicaria na sua própria demissão.

Identificação dos problemas éticos

- Qual o grau de sofrimento moral promovido por esse tipo de vínculo profissional?
- Qual o grau de autonomia de um gestor que não é concursado?
- Podem os cargos de trabalhadores de saúde serem utilizados em troca de moeda política?
- Podem os servidores/trabalhadores públicos serem utilizados como moeda de troca?
- Pode-se contratar trabalhadores públicos quando se tem pessoas aprovadas em concurso público vigente?
- Faz diferença os órgãos fiscalizatórios saberem de irregularidades em relação aos contratos?
- Os diferentes tipos de vínculo empregatícios podem comprometer as relações de trabalho?
- As contratações de trabalhadores desta forma podem comprometer a saúde da população?
- É possível haver justiça num contexto de gestão com cargos comissionados/contratados?
- A ABS é considerada de menor valor do que os demais níveis de atenção à saúde?
- A demanda que foi feita ao coordenador de forma verbal, não oficializada em memorando, é uma forma de assédio moral?
- A demanda que foi feita ao coordenador de forma verbal foi uma forma de desresponsabilizar seu superintendente?
- É possível trabalhar com motivação quando estas situações são usuais?
- A organização da categoria no contexto desta prefeitura poderia influenciar na ocorrência de situações como esta?
- Vale a pena assumir a gestão em saúde sem ter força política ou sem ser concursado?
- A atribuição de coordenação a trabalhadores não concursados é uma forma de manipulação de cargos/recursos públicos?
- Os interesses políticos partidários se preocupam com a real necessidade da população?
- A gestão do serviço está realmente preocupada com a saúde da população atendida?
- Qual deve ser o limite da interferência do legislativo sobre a execução da política pública?
- Quais consequências derivam da transformação de uma política pública para uma política de governo?
- Quais os efeitos na equipe de SM em função de trocas de profissionais de forma repentina por conta de interesses políticos ?
- Quais os prejuízos para a política de SM em função da troca de coordenação?

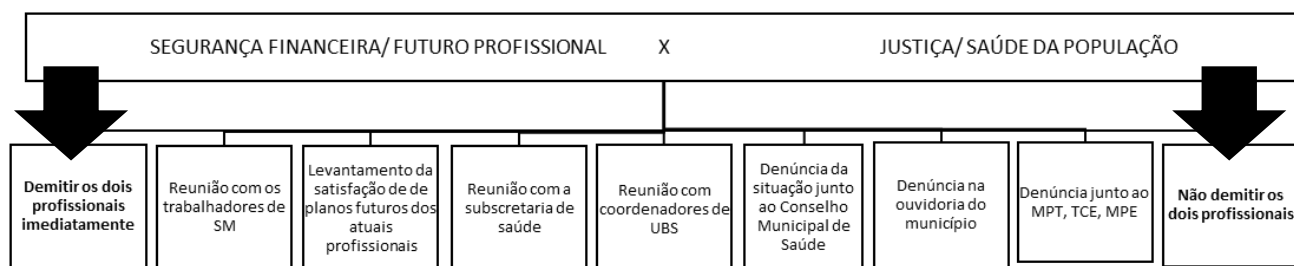
Identificação da questão a ser deliberada

Devo atender ao pedido da chefia e demitir dois psicólogos contratados, sabendo que a solicitação adveio da interferência de um vereador na gestão municipal de saúde e que minha recusa provavelmente implicaria em minha demissão?

Identificação dos valores em conflito

Segurança financeira/ Futuro profissional X Justiça/ Saúde da população

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Reuniões com intuito de dividir e discutir o problema e pensar coletivamente nas deliberações possíveis: com os trabalhadores de SM, com as coordenadoras da UBS, com a Subsecretaria de Atenção Básica
- Denúncia da situação ao Conselho Municipal de Saúde

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

A sessão deliberativa permitiu uma reflexão partilhada de dificuldades que a posição de gestão em saúde enfrenta. A apresentação de um caso real fez a diferença: o grupo se enxergou nos entraves da

realidade apresentada. Sem respostas imediatas ou protocolares, o coletivo participou ativamente em toda sessão ajudando desde os esclarecimentos dos fatos até a seleção do curso ótimo com reflexões que equivocam qualquer possibilidade de engessamento dilemático.

Ao deslocar o dilema para a deliberação de um problema, o método permitiu enxergarmos saídas intermediárias possíveis que envolviam sempre o poder do coletivo, seja em sala de aula, seja no campo da experiência do trabalho. Concordamos que ser gestor sem respaldo político e sem um vínculo de trabalho forte compromete imensamente a sua autonomia.

Ao elencarmos os problemas éticos, as perguntas carregavam em si uma retórica que denuncia os absurdos da influência política no SUS, o uso de profissionais para o exercício de um projeto de governo e os perigos pessoais e populacionais que essa interferência pode causar. Sofrimento e assédio moral, injustiça, desonestidade, escamoteamento da comunicação institucional, dentre outros fatores, foram identificados como verdadeiros entraves ao profissional da gestão.

A deliberação pelo coletivo abriu um campo de possibilidades que envolve principalmente a inseparabilidade entre atenção e gestão, princípio fundante da política nacional de humanização. Vimo-nos propondo articulações em rede com profissionais da saúde, com coordenadores de UBS, com o controle social e com gestores superiores ao coordenador de um programa.

Na época em que essa situação ocorreu, o gestor optou por não assinar a demissão/devolução dos dois profissionais à Subsecretaria de Atenção Básica. Sendo assim, quem assinou os memorandos foi o superior imediato (Superintendente). O coordenador do programa comunicou o ocorrido aos dois profissionais, dizendo que a situação já estava decidida e em curso, que era caso de influência política com ordem vinda de um vereador, e que ele mesmo não assinou a demissão que considerada antiética. Isso permitiu que os próprios profissionais fossem empáticos com o coordenador dizendo que sabiam que isso era possível de ocorrer, pois o município estava entregue ao jogo dos favores políticos. Pouco tempo depois, o coordenador foi demitido, mas sua decisão não corrompeu sua integridade e viu neste ocorrido a possibilidade de mudança de rumo profissional, atrás de outros planos futuros para sua vida e carreira.

Recusa ao tratamento de fisioterapia por paciente em fim de vida²⁰

Lilian Suelen de Oliveira Cunha

Tatiana Leite Muller

Apresentação do caso

O município de Florianópolis possui quatro policlínicas municipais, localizadas em pontos estratégicos de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e inseridas geograficamente nos quatro distritos sanitários: Sul, Centro, Norte e Continente. Estas unidades ofertam diversos tipos de atendimento tais como consultas médicas e odontológicas em diversas especialidades, consulta em fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, farmácia, além de realizar diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Estas consultas são todas reguladas e agendadas de acordo com avaliação realizada pela central de regulação a partir da verificação das necessidades clínicas dos usuários referenciados pela Atenção Primária em Saúde – APS. Com o intuito de desenvolver projetos que integrem e qualifiquem a interação da APS com a atenção especializada oferecida nas policlínicas, utiliza-se como estratégia o Apoio Matricial. Entre os principais objetivos para o uso do apoio matricial, pode-se citar a qualificação do acesso aos usuários encaminhados às especialidades e ampliação da resolutividade da APS.

A partir desse cenário, o presente caso relata a articulação entre atenção especializada e APS para um atendimento de fisioterapia. Por se tratar de um caso real, optamos por usar nomes fictícios no relato: Ana tem 62 anos, viúva, mora com sua filha Luiza, solteira e mãe de um filho de 8 anos e que assumiu o papel de cuidadora da mãe. Ana é acompanhada por uma médica de família devido a várias demandas de saúde, entre elas câncer do sistema nervoso central. A médica, depois de algumas intervenções, decidiu compartilhar o caso com a fisioterapeuta por meio de matriciamento. Na discussão sobre o caso, a médica compartilhou que Ana passou pelo tratamento de radioterapia e quimioterapia de tumor primário no pulmão e apresenta metástase em pelve e garganta. Alguns meses atrás, Ana sentiu muitas dores de cabeça, tontura e vômito, problemas de equilíbrio, sonolência, visão turva e convulsões que inicialmente foram considerados como sintomas de AVC. Por apresentar um histórico clínico de diagnóstico anteriores de neoplasia maligna de pulmão, câncer de esôfago e câncer de pelve realizou-se uma biópsia estereotáxica. Este tipo de biópsia é realizado quando os riscos de uma cirurgia são altos pela localização do tumor, mas uma amostra de tecido é necessária para definir o diagnóstico. Após análise do patologista Ana recebeu o diagnóstico de tumor cerebral com uma previsão de sobrevida de quatro a seis meses.

²⁰ Caso real.

A partir da avaliação clínica de Ana realizada pelo oncologista foi descartada a possibilidade de cirurgia e radioterapia, devido as suas condições clínicas. Deste modo, o plano de tratamento incluiu o uso de corticosteroides para aliviar as dores de cabeça e acompanhamento pela equipe de saúde da família.

A médica, preocupada com o caso de Ana, solicitou uma visita domiciliar com a participação da fisioterapeuta. O encaminhamento foi classificado como urgente com a justificativa da evolução do quadro. Relatou a ocorrência do aumento da pressão intracraniana e alguns problemas que passaram a ser recorrentes como: complicações para andar, perda do equilíbrio, dificuldade de memória e linguagem, perda parcial da visão e alguns momentos de confusão mental.

Estiveram presentes na visita domiciliar a Fisioterapeuta, a Agente Comunitária e a Enfermeira responsável pela área atendida. Ana, sua filha e seu neto, residem em uma área de difícil acesso no morro. No momento da visita, já esperavam na garagem quando os profissionais chegaram. Após a Enfermeira aferir a pressão de Ana, fez alguns questionamentos sobre como ela se sentia naquele momento, se estava com dor, se estava se alimentando bem e que lhe explicou que outra profissional iria fazer uma avaliação na sequência. Ana respondeu que sentia dores de cabeça, que ficava mais tempo sentada e às vezes sentia muita náusea.

A fisioterapeuta iniciou uma avaliação cinético-funcional para definição dos objetivos terapêuticos, bem como para o tratamento fisioterapêutico de Ana. Foi registrado em seu prontuário que deambulava, mas com um padrão de marcha rápida e desorientada, precisando de apoio. Que apresentava lesão ocular esquerda, quadro de disfagia e que, durante a avaliação, apresentava momentos de desorientação, tendo dito acreditar estar grávida. Foi registrado também que como o quadro de Ana é irreversível o foco da fisioterapia seria no sentido de manter uma boa qualidade de vida. Ainda, que apesar do quadro clínico da paciente, não há nenhuma ação judicial de interdição.

O plano de tratamento foi apresentado para Ana e Luiza que concordaram em comparecer na policlínica mais próxima da sua residência. A duração do tratamento era de até 10 (dez) atendimentos (sessões), de acordo com a evolução do paciente, prorrogáveis por mais 10 sessões. Luiza assumiu a responsabilidade pelo comparecimento da Ana aos atendimentos agendados na policlínica.

Para o atendimento fisioterapêutico foram definidos os seguintes objetivos: manter a capacidade funcional respiratória, melhora no equilíbrio e deambulação e uma maior independência funcional. Nas duas primeiras sessões Ana apresentava sinais vitais estáveis, estava lúcida, se mostrou colaborativa e disposta para os exercícios, sua queixa principal era cefaléia. O atendimento tem duração de aproximadamente quarenta minutos. Durante os atendimentos, Luiza acompanha ora incentivando, ora interferindo no andamento dos exercícios, ora chamando atenção da mãe para não parar a atividade e em alguns momentos, questionando a condução dos exercícios pela fisioterapeuta.

A fim de evitar conflitos interpessoais com Luiza, a fisioterapeuta solicitou que a mesma, aguardasse na sala de espera, enquanto a sessão era realizada. Assim, no início da terceira sessão Ana relatou forte cefaléia, possivelmente em decorrência do aumento da pressão intracraniana. Já havia ali uma boa comunicação entre Ana e a fisioterapeuta, o que possibilitou confiança para a paciente pudesse expressar o que sente e compartilhasse seu sofrimento. Durante o treino de equilíbrio, Ana informou que não queria mais comparecer nas sessões, que não se sentia bem, estava desconfortável e preferia ficar em casa.

Diante desse relato, a fisioterapeuta chamou Luiza para conversar sobre o pedido da mãe. Luiza afirmou que Ana já havia pedido para não ir para a clínica, no entanto, Luiza decidiu continuar trazendo a mãe para as sessões, pois ela não tinha ajuda de outro familiar para realizar um revezamento na hora de cuidar da mãe, comentando também que tem um filho para cuidar e que se Ana parar a fisioterapia não conseguirá mais realizar suas coisas sozinha e dependerá ainda mais dela.

O quadro clínico de Ana é preocupante, pois em decorrência da pressão intracraniana que aumenta a cada dia, a qualquer momento podem ocorrer crises convulsivas e diante disso, prefere não deixar a sua residência. A fisioterapeuta passou a refletir se Ana teria condições de autodeterminar-se, recusando-se ao tratamento. Estaria Ana apta a exercer sua autonomia existencial na relação fisioterapeuta-paciente? Segundo o Direito Civil a pessoa pode, e deve, autodeterminar-se, sempre que estiver em condições, acerca das questões que envolvem o seu corpo.

Frente a isso, comecei a pensar em relação à autonomia da paciente na tomada de decisão: devo respeitar a autonomia dela não querer ser atendida? Ou devo considerar que ela não possui autonomia e que a filha é que deve decidir por ela, mesmo sem a curatela, mas tirando assim o direito de Ana decidir sobre o próprio corpo?

Esclarecimentos dos fatos

- A maior parte do tempo Ana se mantinha lúcida? Sim, na maior parte do tempo e dos atendimentos.
- Houve estudo de caso entre outros profissionais sobre o caso? Não houve participação de psicólogo ou assistente social, apenas na Unidade de Saúde.
- Qual a composição da família nuclear e qual a família extensa que exista caso ela possa contar? Parentes que não convivem, e na casa reside os três.
- Qual condição socioeconômica da família? Não foi relatado dificuldades financeiras.
- Existiria a possibilidade de realizar as sessões de fisioterapia na residência da Ana? Teria, mas necessitaria de uma avaliação (encaminhamento) e iniciar um atendimento a partir da Unidade Básica. Poderia ter a possibilidade, mas não se iniciou esse processo ainda.

- A médica que cuida da Ana também trabalha na policlínica? Não, na Unidade de APS.
- Está claro os benefícios da fisioterapia no quadro dela e quais os efeitos no quadro dela? Será que Ana entende os benefícios apesar do desconforto ao realizar as sessões?
- Qual conflito que houve? A filha estava tentando intervir nas sessões.
- Alguém pensou em algum momento em interdição? Não foi discutido isso na equipe e nem partiu da filha essa hipótese.
- Ana fica sob responsabilidade do filho quando Luiza sai para trabalhar? Não se sabe.
- A Ana estava sendo cuidada pelos cuidados paliativos? Não, estava sendo atendida pela equipe de saúde da família. Não foi discutido encaminhamento para cuidados paliativos nem conversa com profissionais do CEPOM.
- Como se dá a comunicação da fisioterapeuta e da médica desse caso? Uma vez por semana se recebe os novos encaminhamentos e aí que se dá a conversa entre essas profissionais.
- As sessões da Ana eram semanais? Sim, 10 sessões que podem ser renovadas, uma vez por semana em policlínica mais próxima a sua residência.
- Nesse contato com a filha fica a impressão de que a filha esteja negando a possibilidade da morte da mãe em breve? Sim, parece que ela precisa de um apoio ou suporte psicólogo para ela.
- Existe serviço de saúde mental na policlínica? Não, na policlínica seria encaminhamento especializado na policlínica depois da solicitação.
- Por que a fisioterapia não era realizada em casa? Porque não foi solicitado atendimento domiciliar, apenas uma visita domiciliar.
- Era metástases todos esses episódios de diferentes cânceres?
- Por que a ideia da curatela? Em alguns momentos ela apresentava quadros de confusão mental, e pela possibilidade de Luiza poder definir o que seria melhor na condução do caso da mãe.
- Para além da radioterapia e quimioterapia se pensou em tratamentos alternativos? Não utiliza medicamentos alternativos.
- Parece que seria um caso de cuidados paliativos que não está claro? Sim
- Não teve acompanhamento de nutricionista nessa situação? Não
- Em algum momento foi dito para essa paciente que não será mais feito nenhum procedimento? Apesar de saber, não foi feita essa abordagem direta pela médica nem pela fisioterapeuta, enfermeira ou agente comunitária.
- A Ana não sabe que ela tem um prazo curto de vida? Ana sabe.
- Que esperança se depositou na fisioterapia para a filha?

- Qual impacto de não ser mais realizado o tratamento de fisioterapia? Ela poderia ter piora de deambulação, falta de equilíbrio, e mais rapidamente perderia autonomia de atividades diárias.
- Quanto tempo leva um processo de curatela?

Identificação dos problemas éticos

- A falta de uma avaliação ou acompanhamento multiprofissional pode prejudicar a qualidade de vida da paciente?
- Até que ponto em nome da autonomia física e da mobilidade da Ana a curatela seria justificável?
- Por que não respeitar a vontade da Ana de fazer a fisioterapia em casa já que isso é viável?
- Porque os profissionais não abordam terminalidade e cuidados paliativos com os pacientes?
- Até que ponto as expectativas da filha podem ser alcançadas com a fisioterapia?
- Se a médica da ESF tinha preparo e apoio para lidar com um caso desses e pensar o que seria melhor para essa paciente?
- Os profissionais da saúde estão preparados para lidar com a morte?
- Fazer a Ana estar presente nas sessões de fisioterapia é suficiente para atingir os resultados esperados do tratamento?
- Entendemos que o fim de vida sempre envolve os familiares além do paciente?
- O objetivo do tratamento de fisioterapia estava alinhado com os objetivos da paciente?
- Porque o oncologista considerou a ESF e não o serviço de cuidados paliativos diretamente?
- A “boa morte” sempre perpassam por tecnologias sobre o corpo?
- O plano de cuidados que foi designado para Ana considerou as necessidades dela ou as demandas do serviço de saúde?
- O encaminhamento para cuidados paliativos pode ser considerado uma “falha” do seu trabalho pelos profissionais de saúde?
- É mais comum a gente se negar a tratamentos propostos por profissionais não médicos?
- Consideramos a expressão emocional de sofrimento mesmo na ausência de uma lucidez completa dos nossos pacientes?
- O que se perde quando não se assiste também o familiar?
- Será que interesses financeiros e funcionais influenciam nas decisões da família no cuidado das pessoas em fim de vida?
- Sabemos que estratégias pessoais Ana cria para lidar com sua condição em seu cotidiano?

- Até que ponto a profissional fisioterapeuta deveria considerar a vontade da paciente ou a continuidade do tratamento?

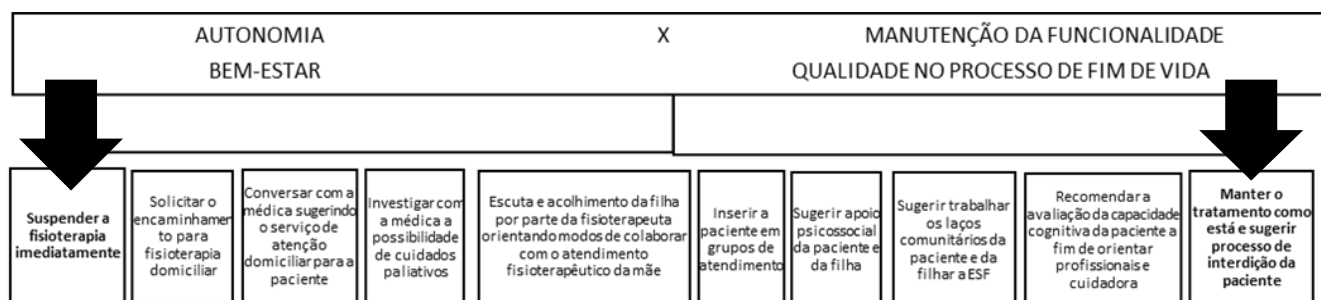
Identificação da questão a ser deliberada

Devo respeitar o pedido da paciente em não querer ser atendida na policlínica ou devo manter o atendimento mesmo contra o desejo da paciente?

Identificação dos valores em conflito

Autonomia/Bem-estar X Manutenção da funcionalidade/qualidade no processo de fim de vida

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Recomendar a avaliação da capacidade cognitiva da paciente a fim de orientar profissionais e cuidadora;
- Sugerir a ESF trabalhar os laços comunitários da paciente e da filha;
- Sugerir apoio psicossocial da paciente e da filha;
- Inserir a paciente em grupos de atendimento;
- Escuta e acolhimento da filha por parte da fisioterapeuta orientando modos de colaborar com o atendimento fisioterapêutico da mãe;
- Investigar com a médica a possibilidade de cuidados paliativos;
- Conversar com a médica sugerindo o serviço de atenção domiciliar para a paciente;
- Solicitar o encaminhamento para fisioterapia domiciliar.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok

- Temporalidade - ok

Considerações finais

Por se tratar de caso real e complexo, acreditamos ser necessário compartilhar o desfecho do caso. A partir das inquietações vivenciadas pela fisioterapeuta, foi possível estabelecer um novo olhar para a atenção e cuidado a Ana e sua filha. O caso passou por nova discussão entre os profissionais da APS com a participação da fisioterapeuta e se definiu o direcionamento para o atendimento domiciliar, bem como, o acompanhamento psicológico para Ana e sua filha. Outros profissionais como nutricionista e fonoaudióloga foram incluídos no atendimento de Ana. Fico clara para a equipe de saúde a importância do trabalho em equipe na atenção integral à saúde, e nesse caso específico, por se tratar de uma paciente em estado terminal, os cuidados direcionados à Ana caminham no sentido de promover o conforto e no auxílio para que se mantenha mais ativa possível até o término de sua vida.

Outra questão que esse caso suscita, refere-se ao papel da Atenção Básica no direcionamento do atendimento para cuidados paliativos, pois ainda que previsto em diretrizes e documentos do Ministério da Saúde, parece haver diversos entraves à incorporação dos cuidados paliativos na rede de serviços. Deste modo, entendemos ser necessário trazer para discussões a necessidade de se assegurar a oferta dos cuidados paliativos na APS.

Por fim, a experiência de conduzir uma sessão deliberativa nos fez refletir sobre outros olhares, mobilizar emoções e sentimentos durante a discussão e, principalmente por meio da deliberação moral de problemas éticos exercitar nossa reflexão crítica. A deliberação moral sobre o caso, pode jogar luz a problemas éticos não elucidados pelos profissionais de saúde envolvidos, percebendo-se algumas lacunas deixadas pela equipe de saúde ao conduzir o caso, o que demonstra que competências ético-morais ainda são negligenciadas no processo de formação dos profissionais de saúde.

Testemunho de violência doméstica em apartamento vizinho²¹

Tadeu Zomer Locatelli

Gisélida Garcia da Silva Vieira

Apresentação do caso

Estava em casa e mais uma vez comecei a ouvir a gritaria. Gritos de briga entre o marido e a mulher eram comuns vindo daquele apto em frente à minha sacada. Não havia dúvida de que se tratava de um caso de violência por parceiro íntimo com violência física e sem dúvida violência psicológica. Os gritos da vítima eram frequentes, mas neste dia foram ouvidos por todos os prédios ao redor. Na sequência, vizinhos chamaram a polícia, porém, não registraram boletim de ocorrência, por insegurança, pois ali residia um casal de médicos cirurgiões conhecidos na cidade. Vi que o homem estava na sacada, sentado e com um copo na mão com um líquido claro dentro, não tinha como saber se estava consumindo bebida alcoólica. Em um momento ele curvou-se rapidamente e realizou o movimento de puxar algo com extrema violência, parecia estar puxando o cabelo, em seguida ficou curvado e xingando. Poucos instantes depois, retornou sua posição na cadeira e largou o copo em uma pequena mesa próxima e continuavam os xingamentos, neste momento o homem começou a pisotear no chão. Comecei a filmar e quando aproximei a câmera, vi a mulher deitada, na porta da sacada, sendo pisoteada, agredida com socos e xingada por ele. Após o pisotear do homem, a mulher que estava no chão puxou suas pernas e se esquivou para dentro do apto. Foi possível ainda, ver os movimentos de agressão que o homem continuava contra a mulher, como chutes, empurrões e pontapés. Neste momento não era mais possível vê-la, pois estava mais para dentro do apartamento, mas era possível ainda ouvir os gritos e xingamentos. Muitos vizinhos acompanharam a discussão e chamaram a polícia. A polícia veio ao local, porém como não houve flagrante e o autor não foi preso. Eu gravei um vídeo com duração de três minutos e nas imagens o autor puxa o cabelo da vítima e a atinge com alguns chutes. O autor me flagrou filmando a cena. Foi quando fiquei com medo e parei de filmar.

Esclarecimentos dos fatos

- A polícia foi chamada? Sim
- A polícia registrou boletim de ocorrência? Não
- As imagens foram gravadas? Sim
- Por que a mulher que sofreu a violência não procurou os serviços de apoio? Não se sabe

²¹Caso retirado de Universa, em reportagem de 23/03/2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2022/03/23/vizinha-denuncia-caso-de-violencia-em-curitiba-e-agressor-e-identificado.htm> Acesso em: 15 jun 2022.

- Usava drogas? Não se sabe
- Consumia bebida alcoólica? Não se pode afirmar
- Por que filmou? Para ajudar a vítima
- Chegaram a falar com vizinho? Não por medo.
- Moram no mesmo condomínio? Sim, ocorreu no prédio em frente, mas no mesmo condomínio.
- Era costume o casal receber pessoas em casa, fazer festas etc.? Aparentemente não
- É um casal com filhos? Não.
- Por que ninguém fez nada? Porque os vizinhos parecem temer o homem que é bastante conhecido na cidade.
- Por que o homem não foi preso? Não se sabe
- Não foi a 1ª vez? Em várias outras ocasiões, muitos gritos e barulhos de objetos caindo já haviam sido ouvidos.
- Em alguma das vezes anteriores, alguma coisa foi feita por um vizinho ou pelo condomínio? Não
- Ela gritava por socorro? Não, pareciam gritos de discussão e de dor.

Identificação dos problemas éticos

- Por que as reclamações eram direcionadas à portaria?
- Qual a responsabilidade das pessoas que testemunham essa situação de violência?
- Qual o dever de quem tem uma prova de violência?
- Se os gritos do apto fossem de um homem sendo atacado, os vizinhos teriam denunciado?
- Se a mesma situação fosse na periferia da cidade, as pessoas também se calariam?
- O registro da cena seria suficiente para interromper ou evitar nova violência?
- Filmar a violência seria invadir privacidade?
- Por que valorizamos tanto a intimidade em um contexto de violência conjugal?
- Quão autônoma pode ser uma vítima de violência?
- O nível socioeconômico do casal/do condomínio influencia na denúncia/publicização da violência?
- Por que não costumamos interferir na conduta dos demais?
- Como construir espaços de convivência que possam fortalecer a solidariedade das pessoas que moram próximas?
- Qual a responsabilidade do condomínio em relação aos casos de violência doméstica?
- Por que a abordagem policial não costuma favorecer o acolhimento da vítima?
- As pessoas sabem denunciar violência doméstica?
- A violência contra crianças e adolescentes sensibiliza mais que a violência entre casal?

- Além dos serviços de segurança, quais outros poderiam assistir à vítima?
- Situações de violência doméstica reproduzem questões geracionais?
- Há naturalização da violência doméstica em nossa cultura?
- Por que existe tanta negligência em casos de notificação compulsória de violência?
- Não deveriam ser policiais mulheres a atender outras mulheres em casos de violência doméstica?
- Qual a responsabilidade de gravar um conteúdo que pode ser utilizado como prova de um crime?
- Sabemos a diferença entre pessoas vítimas e pessoas expostas à violência?

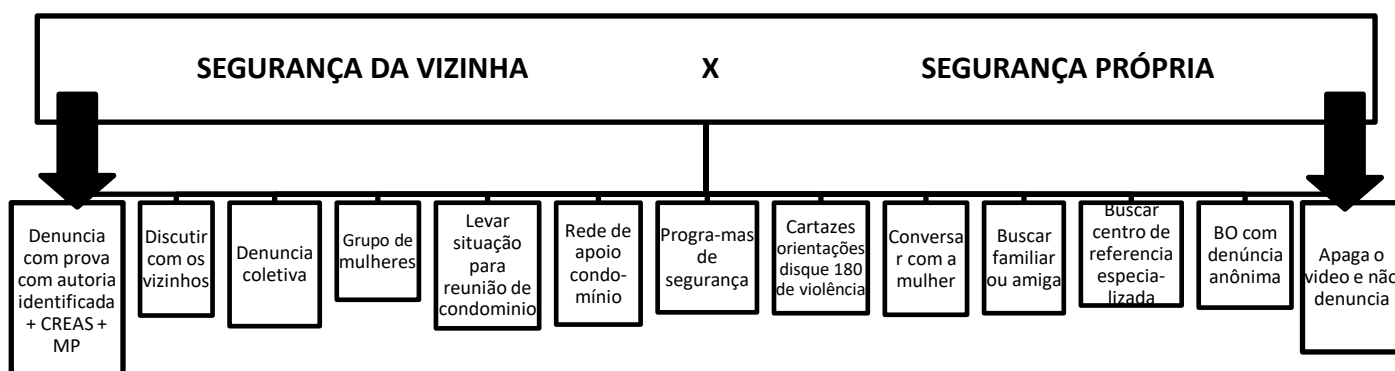
Identificação da questão a ser deliberada

Devo registrar o boletim de ocorrência por temer que a mulher venha a sofrer feminicídio, mesmo tendo medo por ter sido identificado filmando a cena e sabendo que o homem é poderoso?

Identificação dos valores em conflito

Segurança da vizinha (vida/saúde/bem-estar) X Segurança própria

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

- Falar com a mulher para saber como ajudá-la
- Discutir com os vizinhos sobre a importância de se falar sobre o tema e estar preparado para agir adequadamente nas próximas ocorrências, divulgando orientações por escrito (como o disque violência) como forma de coibir e prevenir novas situações
- Levar situação para reunião de condomínio avaliando possibilidade de denúncia coletiva em nome do condomínio
- Estimular criação de rede de apoio no condomínio e de grupo de vizinhas;
- Buscar com família/amigos se for uma possibilidade permitida por ela ou frente a sua não resposta

- Acionar a rede de serviços públicos para casos de violência doméstica
- Denunciar a violência com registro de boletim de ocorrência em nome do condomínio (preferencialmente) ou denunciar anonimamente

Provas

- Publicidade - ok
- Legalidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

Com a realização da sessão deliberativa foi possível visualizar formas de apoio mais apropriadas com o objetivo de ajudar a proteger a mulher vítima de violência sem comprometer a segurança do vizinho que filmou as agressões. O esclarecimento dos fatos e a identificação dos problemas éticos foram necessários e importantes para o desenvolvimento dos cursos intermediários de ação.

Utilizou-se para esta sessão deliberativa um caso real de violência doméstica publicado no site do UOL, com algumas alterações para a possível realização de todas as etapas de uma deliberação. Esta deliberação proporcionou aos participantes aprimorar seus conhecimentos diante da complexidade de se posicionar e denunciar um caso de violência por parceiro íntimo, com a identificação de caminhos e ações a fim de contribuir para a proteção da mulher exposta à violência doméstica.

Violência de Estado frente ao direito de mulheres em vulnerabilidade psicossocial de exercerem a maternidade

Carolina Eidelwein

Cristiana Menezes

Gilsenei Tavares

Apresentação do Caso

O caso apresentado a seguir envolve uma série de serviços e organizações e foi divulgado na imprensa nacional. Este relato baseia-se tanto na cobertura jornalística, como no acompanhamento do caso por intermédio de colegas que nele atuaram diretamente. As identidades foram preservadas, por isso os nomes foram trocados. A questão a ser deliberada concerne à equipe do Creas - assim como a todas as pessoas trabalhadoras em políticas públicas - a qual, nesse momento, tem função de suma importância nos desdobramentos da situação relatada.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um equipamento municipal de média complexidade que compõe a rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Atende famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. A unidade é responsável pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), entre outras ações, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias e Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. Além de orientar e encaminhar os cidadãos para os serviços da assistência social ou demais serviços de políticas públicas existentes no município, no CREAS também são disponibilizados informações, orientação jurídica, apoio à família, apoio no acesso à documentação pessoal e fomento à mobilização comunitária. Em metrópoles e cidades de grande porte, sugere-se que a equipe multiprofissional de referência seja composta por: 1 Coordenador, 2 Assistentes Sociais, 2 Psicólogos, 1 Advogado, 4 Profissionais de nível superior ou médio (para abordagem de usuários) e 2 Auxiliares Administrativos.

Andreia é uma mulher preta, de 21 anos, com histórico de uso de substâncias psicoativas e uma relação familiar fragilizada. Sua família reside em uma zona periférica de uma capital, em um local onde ela também residia anteriormente. A relação da jovem com sua mãe é bastante delicada, elas costumavam discutir frequentemente e por vezes Andreia acabava retornando para as ruas por esse motivo. Ela estava acolhida em uma casa de passagem quando ficou grávida de um rapaz que também estava em situação de rua. Ao saber da gravidez, informou aos serviços de referência e aos profissionais com maior vínculo solicitando auxílio, pois temia perder novamente a guarda de um filho seu. Andreia estava na sua 4ª

gestação, tendo uma criança falecido, e outras duas sobre as quais ela perdeu o direito de exercer a maternidade por estar em situação de rua. Tanto os profissionais dos serviços de assistência social como os do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR²²) a aconselharam e a auxiliaram a realizar as consultas de pré-natal, bem como a reatar contato com sua rede de apoio familiar, assim como com o pai da criança. Andreia conseguiu ir a algumas das consultas de pré-natal e faltou a outras, mas trocava informações sobre sua gestação com a equipe multiprofissional que a acompanhava. Durante os nove meses de gestação, conseguiu sair da situação de rua, cessar o uso de substâncias psicoativas, reatar contato familiar e organizar minimamente uma rede de apoio que servisse de suporte a ela e sua filha após o nascimento. Dois dos profissionais apadrinharam a menina devido à proximidade e vínculo estabelecido com Andreia durante sua permanência nas ruas.

No dia em que Roberta, a filha de Andreia, nasceu, um destes padrinhos – psicólogo - foi ao hospital verificar como estavam mãe e filha. Publicou uma foto em suas redes sociais comemorando o nascimento da futura afilhada. Horas depois, ficou sabendo que Andreia não poderia mais ter contato com sua filha devido a uma ordem de acolhimento institucional da recém-nascida. O hospital informou à Andreia e ao padrinho de Roberta que havia recebido um ofício que obrigava a equipe a contatar o plantão do Conselho Tutelar se e quando Andreia viesse a ingressar na maternidade. O ofício era de 2019 e estava relacionado à situação de vida de Andreia naquela época, quando estava em situação de vulnerabilidade social extrema. A ordem foi cumprida em 2021, desconsiderando-se o tempo transcorrido e as mudanças que tiveram lugar em sua vida.

Roberta nasceu e foi para a UTI. Andreia não teve mais contato com a filha e foi orientada a amamentá-la através de um aparelho, pois não poderia ter acesso a ela. Foi ainda esterilizada, aos 21 anos, por meio de uma laqueadura sem seu consentimento. Diante de toda a situação, o padrinho de Roberta divulgou o caso em rede social expondo a situação e pedindo apoio, pois ao seu ver, tratava-se de um sequestro da filha de Andreia por parte do Estado. Quando a bebê recebeu alta hospitalar, foi retirada do hospital pelas portas dos fundos, sem que a mãe fosse avisada. Mais tarde, o psicólogo veio a ser chamado para prestar esclarecimentos ao seu conselho profissional pela atitude de tornar público o ocorrido, a partir de uma denúncia de que estaria divulgando informações sigilosas de uma suposta paciente.

Passados 30 dias do nascimento da filha, Andreia conseguiu visitar a bebê que estava internada há mais de uma semana em um hospital infantil. Ela não foi informada no momento da internação. Diante do problema de saúde, a autorização judicial para visitar a criança já havia sido dada há cerca de cinco dias, mas ela precisou se enquadrar às regras do hospital que só permite visitas aos domingos, mesmo sendo a mãe.

²² O MNPR é um movimento social que existe desde 2005 e que luta por políticas públicas, para e com a PopRua no país. Formado por um grupo de pessoas que vivem ou viveram nas ruas e parceiros(as) que apoiam a causa.

Roberta apresentou problemas de broncoaspiração, que é a entrada de alimentos e saliva na via respiratória, após a alimentação. Os sintomas foram investigados como resultado de laringomalácia, anomalia congênita da laringe. O fato dela ter sido submetida à alimentação artificial também acarreta maior risco de broncoaspiração, de acordo com especialistas em aleitamento materno.

A decisão da juíza da Vara da Infância e da Juventude em acatar o “acolhimento” emergencial da criança levou em conta o relato do Conselho Tutelar de que a mãe teria sido negligente durante a gestação por não realizar corretamente o pré-natal. Além disso, o conselho alegou que a jovem fazia uso de drogas e/ou álcool e viveu alguns momentos da gestação em situação de rua - fatos contestados pelo defensor público que atende o caso. Como estratégia da defesa, ela foi submetida a um exame toxicológico para comprovar que não faz uso de entorpecentes. O teste de triagem para drogas de abuso apontou como “não reagente”.

Segundo o defensor, a justiça não considerou que Andreia passou a ter residência fixa e que se preparou para o nascimento da filha com um enxoval. Ela também estava matriculada na Educação de Jovens e Adultos (EJA) com 100% de frequência. Ao longo desse período em que a pequena Roberta foi crescendo longe de sua mãe, na instituição de acolhimento, Andreia lutou para reorganizar a sua vida e para recuperar o direito de maternar. Foi morar em uma casa com dois quartos, para que a filha tivesse seu próprio espaço, e arrecadou doações com amigos, como roupas e brinquedos, porque o enxoval que tinha era para uma bebê recém-nascida. Houve um chá de bebê para reunir itens de higiene. Andreia recebe o benefício Auxílio Brasil e complementa sua renda com trabalhos como cuidadora, faxineira, confeitadeira e outras atividades. Também tem procurado emprego de carteira assinada e conta com o auxílio da mãe e dos irmãos que estão morando próximos a ela. Após 4 meses de acolhimento institucional da bebê, foi autorizada a ver sua filha, mas apenas por videochamada.

Antes de determinar o “desacolhimento” de Roberta, a magistrada decidiu liberar as visitas presenciais por um período de 10 dias com o objetivo de que a mãe pudesse receber “orientações sobre os cuidados com a menina” da casa de acolhimento, para “adaptação da criança ao convívio da genitora e da avó materna”. Após esse período, a casa lar enviou um parecer à justiça favorável à mãe, sugerindo o retorno da criança à mãe, uma vez que **esta** e a avó materna demonstraram “elementos de protetividade que garantem os cuidados do bebê”. Segundo o parecer, Andreia se mostrou “extremamente cuidadosa e educada com toda a equipe, muito carinhosa e preocupada com a filha”.

Recentemente, uma decisão judicial colocou como pré-requisito para o “desacolhimento” de Roberta o cadastramento de Andreia junto ao Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) em seu novo domicílio e a apresentação de um relatório com o roteiro de cuidados a

serem destinados a mãe e filha pela equipe do CREAS, a ser construído a partir de um estudo social “para comprovar a mudança na dinâmica familiar”.

Esclarecimentos dos fatos

- Atualmente, a bebê já está convivendo com a mãe? Não.
- Quem fez o relatório recomendando o desacolhimento? A casa-lar enviou um parecer à justiça favorável à mãe, sugerindo o desacolhimento da menina e o Ministério Público se posicionou contrário.
- O PAEFI já a acompanhou durante a gestação? Não, porque ela mudou de cidade, mas foi acompanhada por outros serviços de proteção social durante a gestação em sua cidade de origem.
- O ofício de 2019, recebido pelo hospital, vem de onde? Do Conselho Tutelar.
- Por que o ofício de 2019 foi cumprido em 2021? O ofício foi enviado após gestação anterior, quando a criança também foi retirada da mãe após o parto. Aparentemente, supôs-se que a decisão estava mantida para gestações futuras.
- Previamente, havia a comunicação dos serviços de assistência social com o judiciário? Não, pois os serviços não tinham conhecimento do ofício emitido em 2019.
- Qual a idade atual da criança? Por volta de 10 meses.
- Podemos dizer que houve falha de comunicação entre os serviços envolvidos? Aparentemente sim, pareceu ser uma decisão unilateral do Conselho Tutelar. É possível que exista falha de comunicação entre CREAS e Conselho Tutelar devido ao excesso de demanda, entre outras causas.
- Para além da questão da guarda da criança, Andreia entrou na justiça para reivindicar os outros direitos, como por exemplo em relação à esterilização sem consentimento? Aparentemente sim, pois ela vem recebendo apoio de vários movimentos sociais relacionados a direitos das mulheres e direitos humanos.
- O fato dela ser uma mulher preta influenciou na decisão do Conselho Tutelar? Sabemos que sim, mas, oficialmente, não está dito.
- Ela foi acompanhada por outros serviços de saúde na gestação? Sim, de Atenção Primária e Consultório na Rua.
- O que se sabe sobre o pai da criança? Inicialmente, ela acreditou que o filho era de um rapaz com quem se relacionava. Este homem foi avisado e sua família demonstrou interesse em cuidar da criança. O pedido da família foi um dos fatores que pesou para a retirada da criança. Porém, foi feito teste de DNA, o qual revelou que a criança era filha de outro homem, com quem Andreia já não tinha mais tanto contato. Eles voltaram a se falar e, com o intermédio da equipe do Resgate Social, ele se comprometeu em assumir os cuidados com a criança. Após isso, não tivemos outras informações sobre o pai.

- Ele a está apoiando no processo de desacolhimento da filha? Sim, ele estava empenhado junto com Andreia para conseguir o desacolhimento de Roberta, mas não se sabe se no momento continua apoiando.
- Quem solicitou o acolhimento institucional da criança? O Conselho Tutelar.
- Foi considerada a situação de vida atual dela? Foi considerado o histórico de vida dela, a solicitação da família do primeiro suposto pai e os atritos familiares que ela tinha com a mãe.
- Onde foi a residência onde ela morou antes de estar em situação de rua? Como era a situação do local? Andreia morava na casa de sua mãe, mas devido aos atritos acabou saindo para ir morar na rua, em casa de passagem, por vezes com essa pessoa com quem ela se relacionava e com amigos. Na casa, moravam a mãe e o irmão, que faleceu recentemente. O bairro onde ela residia com a mãe era bastante vulnerável, com problemas relacionados à segurança e tráfico de drogas.
- Qual o resultado da denúncia feita no Conselho de Psicologia contra o psicólogo que a acompanhava? Ele foi convidado a prestar esclarecimentos ao conselho após postagem em rede social, pois houve denúncia, por parte da conselheira, de quebra do sigilo profissional. Ele justificou que, no momento da postagem na rede social, já não trabalhava no serviço de resgate social. Após apresentar uma declaração de demissão do serviço, o processo no conselho foi encerrado.
- A mãe dela foi informada de que seria feita uma esterilização? Não.
- Ela estava sozinha ou acompanhada no momento do parto e da esterilização? O psicólogo, amigo e padrinho da criança, estava acompanhando.
- Essa pessoa foi informada sobre a laqueadura? Acreditamos que não.
- Foi feita cesariana e posteriormente a laqueadura? Acreditamos que sim.
- Por que a bebê foi para a UTI? Existe a prática de colocar crianças que serão retiradas da mãe em UTI, pois é a única forma de mantê-los separados após o parto, por conta da lei do alojamento conjunto. Não sabemos se foi esta a justificativa no caso de Roberta, ou se foi pelo quadro clínico (má formação e broncoaspiração).
- Vocês tiveram acesso ao ofício que determinava a retirada da criança no hospital? Não.
- Existe alguma decisão judicial relacionada à esterilização? Não sabemos.
- Em algum momento ela foi considerada incapaz por algum serviço de saúde? Antes de engravidar houve uma internação psiquiátrica, não sabemos se existe laudo neste sentido.
- O Conselho Tutelar afirmou que houve uso de drogas na gestação? O conselho afirmou que sim, porém essa informação não se confirmou pelo exame toxicológico realizado. Durante o acompanhamento do Resgate Social ela cessou o uso.

- Qual foi o motivo da internação no hospital psiquiátrico? Não sabemos ao certo, talvez uma crise psicótica.
- Pode estar relacionada ao consumo de drogas? Não temos certeza.
- Quando ocorreu essa internação? Não sabemos.
- O padrinho da filha, que era psicólogo, alguma vez considerou que ela não teria capacidade de consentimento e de exercer autonomia? Não.
- Houve envolvimento do CAPS após a internação? Sim.
- Quais foram os motivos relacionados ao óbito da criança nascida em gestação anterior? Não sabemos.
- Ela procurou o MP após a situação? O Ministério Público está envolvido no caso também.
- Ela queria ter essa filha? Sim.
- Ela desejava exercer a maternidade dos outros filhos que foram retirados? Sim, e isso era fonte de sofrimento psicológico para Andreia.
- Qual a idade dos outros filhos que foram retirados? Não sabemos.
- Quais os motivos que levaram a essa retirada? A idade, o uso de drogas e pelo histórico de situação repetido de situação de rua.
- Qual a categoria de profissional de nível superior ou médio que pode ser profissional na abordagem social? Profissionais da área de Antropologia, Pedagogia, Sociologia e Terapia Ocupacional, oficinas, educadores sociais.

Identificação dos problemas éticos

- O histórico de vida de Andreia é suficiente para justificar o acolhimento institucional da criança?
- Quais direitos da criança foram violados?
- Quem violou os direitos da criança?
- Quais dos direitos da mulher foram violados?
- Quem violou os direitos da mulher?
- Qual o limite da atuação do psicólogo no caso?
- Temos preconceitos com pessoas em situação de rua?
- É responsável uma decisão que desconsidera o contexto atual em que a decisão é acatada?
- A lei de planejamento familiar foi respeitada nesta situação?
- Os profissionais de saúde agiram de maneira ética ao realizarem a laqueadura na paciente?
- A lei do planejamento familiar pode ser considerada ética?
- Cabe aos profissionais a tomada de decisão sobre a autonomia do próprio paciente?
- Qual a responsabilidade da equipe do hospital ao não problematizar o caso antes das intervenções?

- Uma decisão judicial desimplica os médicos de um posicionamento moral?
- Médicos e médicas se sentem moralmente superiores ao decidirem unilateralmente uma intervenção irreversível no corpo de uma pessoa autônoma?
- É ético um juiz tomar uma decisão de âmbito clínico?
- Qual o limite entre proteger a criança e violar direitos?
- Pode se justificar o uso de um equipamento de UTI como estratégia para afastamento forçado de mãe e filha após o parto?
- O caso pode ser considerado um sequestro?
- A decisão de colocar a criança no abrigo é proteção ou punição?
- Interessa ao bebê não ser amamentado por sua mãe e ser afastado do seu convívio sem que ela saiba?
- Se esta mulher não fosse negra, o caso teria tomado os mesmos encaminhamentos?
- A amamentação estabelece vínculo?
- Andreia estava em condições de exercer autonomia?
- Em nome da proteção de uma criança, quais os limites de intervenção do Estado no corpo e na vida de uma pessoa?
- Um homem teria tantos direitos violados?
- O pai em situação de rua teria direito à guarda da criança?
- Se essa mulher não fosse ex-usuária de drogas o caso teria os mesmos encaminhamentos?
- Essa mulher é vítima do sistema patriarcal?
- Como mensurar a proteção ao bebê em uma situação de acolhimento versus estando com a mãe?
- Os direitos violados da mãe prejudicam o bebê?
- A mãe é a única pessoa responsável pela proteção deste bebê?
- É possível dissociar os direitos da mãe e do bebê?
- Se uma mulher de classe média alta e branca utilizasse drogas durante a gestação, a decisão seria a mesma?
- O Estado seria capaz de proteger a vida e promover a qualidade de vida/saúde de uma criança mais que uma mãe com o desejo de ter o filho e com rede de apoio?
- Podemos considerar responsável ter uma 4ª gestação aos 21 anos?
- Quem tem direito a ser mãe?
- Andreia pode estar tentando compensar nesta gestação o vínculo perdido nas outras gestações?
- Roberta é a última chance de maternidade para Andreia?
- Os conselheiros do Conselho Tutelar devem ter autonomia para decidir pelo rumo da vida de uma mãe ou isso extrapola sua competência?

- Se o CREAS defender o caso direto junto ao Ministério Público, isso aumenta ou diminui seu poder institucional junto à Vara da Infância e da Juventude e ao Conselho Tutelar?
- Mudança de equipe de referência sem discussão intersetorial compromete o acompanhamento de um caso de violação de direitos?
- Quais os riscos que Roberta poderia correr numa possível recondução a sua mãe?
- Qual o limite do profissional entre se envolver no caso ou conduzir sem intervir?
- Por que o Estado não cobra o pai na sua responsabilidade paterna na mesma medida que cobra a mãe na sua responsabilidade materna?
- Qual a importância da equipe hospitalar que estava ciente dos encaminhamentos desatualizados entrar em contato com o Conselho Tutelar antecipadamente?
- Qual a responsabilidade dos serviços de saúde e de assistência social sobre o caso?
- O Conselho Tutelar possui competência técnica para tomar decisões tão complexas?
- A organização das instituições hospitalares favorece o cumprimento de decisões de maneira não crítica?
- Quão judicializadas e burocratizadas estão as nossas vidas?
- Quais as consequências de os magistrados pertencerem à elite socioeconômica?

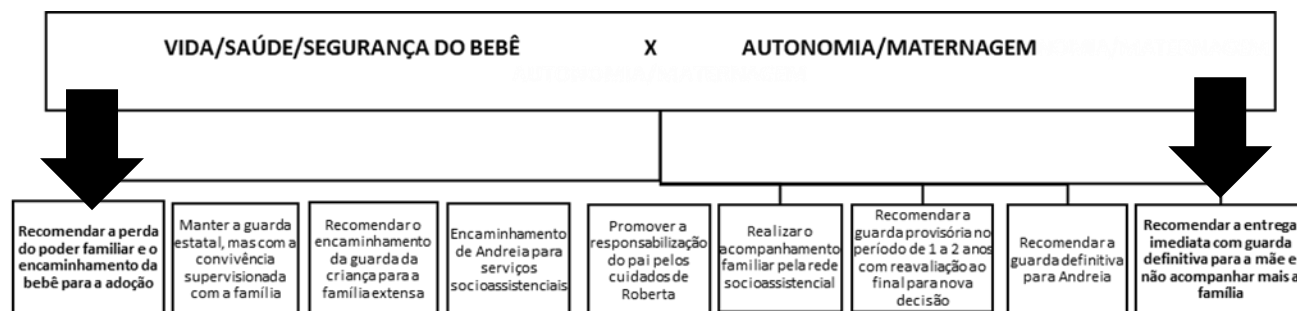
Identificação da questão a ser deliberada

Diante do exposto, a equipe do CREAS encontra-se em uma situação conflitiva. De um lado, tem o dever de agir de acordo com os ordenamentos institucionais de órgãos do poder judiciário e do Conselho Tutelar e, de outro, tem uma mãe com sua filha a quem acolher e cuidar, de modo singular, após um trauma impetrado justamente por ações e omissões estatais. Como deverá proceder?

Identificação dos valores em conflito

Vida/saúde/segurança da bebê X Autonomia/maternagem

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

Inicialmente, o curso recomendado seria o seguinte:

- Encaminhamento de Andreia para serviços socioassistenciais;
 - Promover a responsabilização do pai pelos cuidados de Roberta;
 - Realizar o acompanhamento familiar pela rede socioassistencial;
 - Recomendar a guarda provisória no período de 1 ou 2 anos com reavaliação ao final para nova decisão;
- Alternativamente, ao final do período e a depender da reavaliação da família, sugere-se outros cursos de ação:
- Recomendar a guarda definitiva para Andreia; ou
 - Recomendar o encaminhamento da guarda da criança para a família extensa; ou
 - Manter a guarda estatal, mas com a convivência supervisionada com a família.

Provas

- legalidade - ok
- publicidade - ok
- temporalidade: acreditamos que a decisão passaria também na prova de temporalidade, mas vale considerar que vivemos uma semana de grande comoção devido ao fato público recente que envolve assuntos relacionados à maternidade/maternagem.

Considerações finais

Com a sessão de deliberação foi possível refletir sobre as questões éticas e vislumbrar os caminhos possíveis para melhor solução deste problema, de maneira a preservar os valores envolvidos no caso. O método da deliberação nos permite, de maneira sistematizada, avaliar de forma racional e minuciosa o problema, evitando assim decisões apressadas, fazendo com que nossas ações sejam mais responsáveis.

O caso apresentado foi escrito sob dois pontos de vista, os quais se entrelaçaram em sua versão final. Um deles baseado em textos jornalísticos publicados na imprensa nacional e em postagens de redes sociais e o outro, a partir da vivência de um dos membros do grupo, que esteve próximo, durante suas atividades profissionais, de algumas pessoas envolvidas no caso. Os dois pontos de vistas distintos, um próximo e mais sujeito a vieses pessoais e outro mais distante e cauteloso, serviram para construir esse relato com o maior nível de detalhamento possível. Também contamos com a importante colaboração da colega de turma Klaymara Karen da Silva, graduada em Serviço Social.

A vivência do caso por parte de um dos participantes impôs um desafio ainda maior para o grupo. Por vezes o grupo precisou voltar a discutir o caso buscando detalhar as informações a partir de diferentes fontes. Esse desafio demonstra que os problemas éticos na realidade são sempre muito mais dramáticos do que em qualquer narrativa ficcional, uma vez que essas situações envolvem diversas questões sociais, raciais e de gênero e escancaram injustiças e preconceitos sociais. O grupo considera que a proximidade de um dos participantes com o caso trouxe uma importante concretude e complexidade, tornando-se extremamente relevante na construção da narrativa e da problematização, ainda que constituindo um desafio maior para evitar vieses pessoais no processo de deliberação.

Foi necessária alguma reflexão por parte do grupo envolvido na deliberação para decidirmos em relação à divulgação das fontes jornalísticas utilizadas na escrita do texto, já que a divulgação destas fontes implicaria em romper com o anonimato das envolvidas. Optamos então por não referenciar aqui esses textos, e preservar as identidades.

Vulneração social e serviço de atenção domiciliar

Christine Sodré Fortes

Letícia Rios Dias

Maria Esther Souza Baibich

Apresenta o do caso²³

A Vila do Mosquito, território localizado na periferia de um grande centro urbano no Sudeste brasileiro, possui poucos equipamentos sociais, de saúde e lazer. Possui alta densidade populacional, com moradias precárias e uma popula o com baixa renda.

O Serviço de Aten o Domiciliar (SAD), que   um serviço essencial para o caso em tela, tem a o complementar aos cuidados realizados na aten o básica, em serviços de urgência; e caráter substitutivo ou complementar   internaa o hospitalar para os usuários que possuam os critérios exigidos para receberem assistência. Este serviço também   responsável pelo gerenciamento e operacionaliza o das Equipes Multiprofissionais de Aten o Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Nos municípios que dispõem de tal serviço,   necessário possuir, pelo menos uma EMAD, composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Já a EMAP   facultativa, e se presente, deve possuir composi o mínima de 3 profissionais, dentro de 8 ocupa es existentes (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional).

A Aten o Domiciliar está organizada em três modalidades de assistência como se observa na ilustra o a seguir.

²³ Este caso foi retirado da pesquisa de doutorado realizada por Maria Esther Souza Baibich pelo PPGSC (Programa de Pós-gradua o em Saúde Coletiva) / UFSC na Linha de Pesquisa em Bioética, intitulada "Vivências de Sofrimento Moral por trabalhadores de Equipes Multiprofissionais de Serviços de Aten o Domiciliar do SUS". Esta pesquisa está inserida na Pesquisa Avaliativa do Programa Multicêntrico de Qualifica o Profissional em Aten o Domiciliar (PMQPAD). A pesquisa utilizou apenas dados primários oriundos de entrevistas narrativas presenciais com profissionais de nível superior de EMAD cadastradas no PMC e que são os responsáveis pelo cuidado dos usuários em internaa o domiciliar pelo SAD/SUS.

AD1 ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 1 Responsabilidade da Atenção Básica	AD2 ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 2	AD3 ATENÇÃO DOMICILIAR MÓDALIDADE 3
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com problema de saúde controlado/compensado; • Necessidades de procedimentos de menor complexidade; • Necessidade de atendimento médico com frequência maior que semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com necessidades de procedimentos mais complexos, com uso de recursos/insumos contínuos ou temporários até estabilização do quadro; • Necessidade de acompanhamento mínimo semanal; • Não há necessidade de uso de equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta todos os itens da modalidade AD2, exceto o último; • Paciente necessita de uso de equipamentos ou de procedimentos especiais; <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento contínuo.

FONTE: Silveira et al., 2015

Em relação às condições necessárias para que o usuário possa receber essa assistência, existem critérios clínicos, que definem o tipo necessário de modalidade de atenção domiciliar, de acordo com a situação clínica do paciente; e administrativos, que devem ser aplicados em todos os casos, que são:

- Local de moradia no território de atuação da EMAD;
- Existência de cuidador no caso de dependência funcional;
- Consentimento formal do paciente ou familiar responsável com a assinatura do Termo de Consentimento Informado;
- Concordância e encaminhamento do médico assistente responsável pelo caso na UBS, UPA, no hospital ou em outro serviço anterior;
- Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares (rede elétrica, água potável, espaço adequado ao uso de equipamentos)²⁴.

No caso a ser apresentado, o território é atendido pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), contando com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD, composta por uma Enfermeira, duas Técnicas de Enfermagem, uma Médica, uma Fisioterapeuta, uma Assistente Social e um Motorista. A equipe é coordenada por uma Enfermeira, que também coordena outra EMAD na região. A EMAD não possui

²⁴ Referências:

UNA SUS UFSC. Depoimento da Gestora do SAD de Blumenau. **Atenção Domiciliar**, 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wgplpUW7oc>. Acesso em: 14 jun. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827 Acesso em: 10 jun. 2022.

LACERDA, J.T.; COLUSSI, C.F.; CALDERÓN, D.B.L.; SILVEIRA, E.R. **Implantação e gerenciamento do SAD**. Curso de Especialização em Atenção Domiciliar, Módulo 2. Departamento de Saúde Pública, UFSC, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Brasil quer saber: Programa Melhor em Casa**. Brasil: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QbibXaKZhnw>. Acesso em: 16 jun. 2022.

Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP, como retaguarda. A EMAD dispõe de uma sala na Unidade Básica de Saúde, onde ficam seus materiais e equipamentos de trabalho, sendo utilizada pelos profissionais da EMAD quando retornam dos atendimentos e para suas reuniões diárias para discutir os casos e realizar o planejamento em equipe.

Em uma das visitas para acompanhamento de uma paciente atendida pela equipe, em que estavam presentes a Assistente Social, a Médica, a Fisioterapeuta e uma Técnica de Enfermagem, o esposo da paciente lhes perguntou se poderiam dar uma olhada no seu vizinho Sr. Jerônimo, pois estava muito preocupado com ele.

O Sr. Jerônimo morava sozinho e se encontrava em uma situação de vida e saúde bastante crítica e insalubre. Ele era cadeirante, após ter tido uma perna amputada, e como também não estava mais enxergando, devido a catarata avançada, quase não saía mais da cama e da casa. Como ainda não tinha 60 anos e nem havia contribuído para o INSS, não tinha direito à aposentadoria. Não recebia nenhum benefício do Estado, não possuía nenhuma renda, e nem condições de trabalhar para se sustentar. Vivia de doações. Recebia comida e alguma ajuda semanal nas tarefas de casa, de uma vizinha que prestava voluntariado religioso.

A Técnica de Enfermagem e a Assistente Social se dispuseram a ir conhecer o Sr. Jerônimo, enquanto os demais profissionais aguardavam no carro. Ao se dirigirem à pequena casa de madeira, que ficava nos fundos de outra casa (também bastante precária), observaram muitos sacos de lixo e sujeira acumulados ao longo do caminho.

Apesar de baterem várias vezes e se identificarem como profissionais de saúde, o Sr. Jerônimo não quis atendê-las e gritou para que fossem embora e lhe deixassem em paz.

Na saída, reencontraram o vizinho que disse que ele era uma pessoa bastante difícil e que já imaginava que não iria recebê-las. Informou também que era ele quem providenciava transporte e o acompanhava nos serviços de saúde, e por isso sabia que o Sr. Jerônimo tinha amputado parte da perna em razão da Diabetes Mellitus Tipo I, que continuava descompensada, pois não seguia as indicações terapêuticas adequadamente, como a dieta alimentar prescrita e as aplicações regulares de insulina.

Perguntado sobre a família do Sr. Jerônimo, disse que ele tinha um histórico de uso abusivo de álcool e violência familiar e que, devido a isso, há muitos anos os filhos estavam afastados. Não possuía nenhum outro familiar ou amigo que o visitasse ou cuidasse dele.

O caso foi levado para a reunião da equipe e a maioria achou que não tinha o que fazer. Os profissionais tinham dúvidas, por não haver um possível cuidador responsável, e acerca do caso ser elegível para o Atendimento Domiciliar 2 - AD2, requisitos necessários para a sua admissão no SAD.

Além disso, como ele se recusava a aceitar ajuda, certamente iria se tornar mais um “paciente difícil”, sobrecarregando ainda mais o trabalho do grupo. A médica lembrou que, como responsável técnica da equipe, já estava respondendo judicialmente pela admissão de um paciente que não tinha todos os critérios exigidos e foi a óbito; assim como pela falta de suporte de uma EMAP, necessária pela complexidade do caso.

Mesmo com a decisão contrária da maioria da equipe, a Coordenadora decidiu, por conta própria, que ela e a Assistente Social retornariam na residência para avaliar melhor o caso. Como estratégia para que conseguissem ser recebidas, combinaram com o vizinho para que este as acompanhasse na tentativa.

A seguir, alguns trechos dos relatos das duas profissionais sobre o caso:

Enfermeira coordenadora: *“É um senhor que tinha uma perna amputada e ele estava... é... num ambiente domiciliar todo sujo, ele não estava enxergando, olha só, ele não tinha cuidador, (...) ele estava sozinho na casa dele, ele era tão, acho que grosso com os filhos, usava palavras pesadas que os filhos não queriam nem ficar perto dele. Então os filhos abandonaram mesmo, cada filho já era casado tinha a sua vida e esse senhor, ele morava sozinho numa casa e quem acabava às vezes levando ele nas consultas era um vizinho. (...) era uma casa muito suja né, tinha rato, a gente percebia até fezes de rato né, no ambiente domiciliar e a gente percebia que ele deixava às vezes alimento né ali, marmitex aberto, ele só comia marmitex e a gente percebia que parece que o rato passava por ali né, então era uma casa crítica mesmo. (...)tinha 1 litro de coca cola né, e ele já tinha perdido uma perna, ele tinha diabetes (..) tava ranzinza né, a pessoa brava, mas porque né, a pessoa não tinha renda, tava doente, não tinha ninguém por perto, os que chegavam perto ele era igual um porco espinho, ele espetava e colocava a pessoa pra correr”.*

Assistente Social: *Era um “paciente” diabético descompensadíssimo. O pé ele já tinha na verdade (não sei se era o esquerdo ou direito). Enfim, e ele tava cego assim, ele dizia que não enxergava e realmente parecia que ele não estava enxergando nada mesmo. Estava numa cadeira de rodas, bem ruim mesmo, a casa totalmente fora de eixo, de tudo, de lugar, de higiene, de tudo assim, uma coisa assim muito ruim. Ele já era sozinho um tempo e os filhos já não tinham contato, porque tinha uma história de vida de pai ausente, então esses filhos não tinham esse vínculo, não construiu um vínculo e a gente sabia que ele tinha uma questão com o alcoolismo e agressão, fumava demais, mas sozinho”.*

Durante a visita das duas, o Sr. Jerônimo se mostrou arredio e agressivo, afirmando que não queria ajuda de ninguém, pois estava só à espera da morte. Além disso, notaram que havia um mau cheiro na casa, constatando que não era apenas devido à sujeira e falta de higiene, mas também por algumas escaras nas suas costas.

Após muita insistência do vizinho, ele concordou em fornecer o telefone dos filhos para que elas entrassem em contato. Entretanto, apesar de toda a experiência e habilidade da Assistente Social, ela não

obteve sucesso no contato com os filhos, que se recusaram a visitar o pai e assumir a responsabilidade pelo seu cuidado.

Muito sensibilizada pela condição de vida e saúde do Sr. Jerônimo, a Coordenadora trouxe novamente o caso para a equipe, insistindo para que ele fosse admitido no SAD.

Os profissionais da equipe ficaram incomodados com a insistência da Coordenação, agora apoiada pela Assistente Social, e continuaram resistentes à admissão, repetindo todos os motivos antes expostos.

Por outro lado, os argumentos usados pela coordenadora foram de que poderiam inseri-lo na AD 2, como pós-operatório (mesmo que não tivesse sido encaminhado pelo Hospital), pelo menos por alguns meses, para que pudessem lhe dar as orientações que necessitava. E que, como Coordenadora, poderia assumir sozinha toda a responsabilidade jurídica, usando a seguinte argumentação:

“Gente, se chegou até nós, não tem como também dispensar, ah não tem ninguém, não vamos fazer nada(...). pra que não fique, é, no relento ali né, sem ninguém... porque se o fato chegou até nós é porque alguma coisa a gente tem que fazer, né ... que hoje o que é muito difícil no território é quando, tentar um leito de retaguarda é, muito difícil, a gente não consegue, então realmente tem que pegar. (...)Vamos acompanhar ele temporariamente e ver o que que a gente faz com esse senhor tentar organizar naquele lar, né, na casa dele (...)vamos pegar porque vai ser um desafio, vamos pegar e vamos ver no que vai dar”.

Assim, diante da situação apresentada, e dos argumentos utilizados pela coordenadora, precisamos decidir na reunião com toda a Equipe, se concordamos em aceitar ou não a admissão do paciente no serviço.

Esclarecimentos dos fatos

- A enfermeira coordenadora faz parte da equipe e fez a primeira visita? Ela não faz assistência com a equipe. Ela não participou da visita e tomou conhecimento do fato quando o caso foi trazido pela equipe para ser discutido na sua Reunião diária. Então, ela decidiu acompanhar a visita para conhecer o caso, com a assistente social que havia participado desta 1ª visita.
- atendimentos seguem um fluxo de encaminhamento ou é por indicação? O correto é pelo fluxo, mas já foram atendidos alguns casos demandados diretamente, como esse, excepcionalmente.
- O vizinho disse levar o Sr. Jerônimo a atendimentos. Que atendimentos eram esses? Atendimento do pós-operatório e provavelmente, atendimentos de urgências ou para pegar medicação. Ele não era atendido e nem tinha vínculo com a sua UBS de referência.
- O lugar que ele morava era alugado ou do Estado? Era dele. Ele tinha uma casa de frente, que estava sem condições de moradia, que tinha um puxadinho, onde ele morava.
- Ele seria elegível para benefícios de programas sociais? Sim

- Ele tinha alguma relação com o CRAS? Não
- Existia o CRAS no território? Desconhecido
- É município de São Paulo? Tem agente comunitário nessa UBS? Sim, é no município de São Paulo. Há agentes comunitários de saúde, mas é na zona leste que é muito grande.
- A UBS da região faz visitas domiciliares? Não sei, não foi feito contato com a UBS
- Esses vizinhos que o ajudavam não entraram em contato com a Vigilância Epidemiológica? A Vigilância Epidemiológica conhecia esse caso? Não, os vizinhos ajudaram na situação, mas creio que o Estado não era considerado para ajudar. Era uma situação de abandono. O Estado estava ausente da situação.
- O Hospital não percebeu essa carência? Porque nessa situação ele deveria ser encaminhado para alguma assistência. Não foi feito encaminhamento de alta hospitalar
- Qual a idade dele? Entre 55 e 57 anos
- Comentário: Ele fica no limbo porque não era idoso, então ele não acessa as políticas para esse grupo. Muitas vezes há casos que ficam no hospital, sem solução.
- Quanto tempo tinha a cirurgia de amputação? Entre 6 meses e um ano
- Nessa segunda visita ele aceitou receber a visita? Só porque o vizinho estava junto. Porque ele disse que queria ficar em paz para morrer. Não tinha contato com os filhos.
- Como estão as equipes em termos de trabalho? Sobrecarregadas? Esta não estava tão sobrecarregada como as demais equipes do município. Se bem que, o tipo de cuidado por si só já é bastante estafante e tem uma sobrecarga bem expressiva.
- Qual era a atividade ocupacional dele? Não tinha carteira assinada. Fazia bicos; tinha a casa da frente, que talvez gerasse alguma renda para ele antes de ficar inabitável. Acredito que em função do alcoolismo, ele não ficava em empregos formais.
- Tinha bebida alcoólica na casa? Ele estava lúcido, orientado? Não foi relatado se havia bebidas alcoólicas na casa. Ele estava lúcido, apesar da diabetes descompensada. Foram vistas garrafas de Coca-Cola cheias e vazias.
- Sobre a fala “me deixa morrer”, ele tinha ideiação suicida? Não. Ele estava desiludido e esperando que a morte viesse. Não tinha contato social, mas não relatou nenhum plano de tirar a vida. Ficava o tempo todo deitado, o que levou a desenvolver as escaras, as quais nem percebeu.
- Ele conseguiria sair da residência usando cadeiras de rodas? Sim. Ele tinha cadeira de rodas.
- Nesse hospital, não houve nenhum encaminhamento, sabendo da condição dele? Não sei, não fizemos contato com o hospital.

- Quais são as questões de elegibilidade? Ter um cuidador responsável; assinar o Termo de Consentimento, ele ou familiar responsável; condições mínimas de atendimento no local, como luz, por exemplo; concordância e encaminhamento do médico do caso pela UBS, UPA, hospital ou outro atendimento feito anteriormente.
- A equipe já tinha aceitado outros casos que não tinham esses critérios? Sim, foi narrado inclusive pela médica, como responsável clínica, que estava respondendo a um processo porque o caso resultou em óbito e que este teria precisado de apoio da EMAP.
- Tem que ter todos os critérios atendidos? Sim.
- E os critérios clínicos? Pacientes com necessidade de procedimentos mais complexos, com uso de recursos e insumos contínuos ou temporários até a estabilização do caso; necessidade de acompanhamento mínimo mensal; pacientes com dificuldade de deslocamento até as unidades e serviços de saúde.
- Quando ele entra no atendimento domiciliar ele não perde o vínculo com as outras unidades de saúde? Não, ele é complementar; ou substitutivo, no caso do hospitalar.
- Ele tem autonomia para sair da cama? Ele tinha, mas no momento estava em estado de prostração.
- A equipe tinha dificuldade para fazer a articulação e integração com o restante da rede de atenção? Sim. É um serviço pouco conhecido.
- Há alguma previsão no programa do SAD de momentos de atividades de reuniões ou atendimento conjunto entre as equipes de atendimento domiciliar e as unidades de atenção básica? Lá não. Em outros SAD, sim mesmo porque uma ação nesse sentido teria que ser adotada com a atenção básica e com os hospitais. Muitas vezes os hospitais e UBS encaminham casos que não seriam para o SAD.
- Comentário: Lá em Blumenau onde trabalhei, acontece muito de o paciente perder o vínculo com a UBS, porque é atendido pelo SAD.
- No caso do processo que a médica está respondendo, houve algum aprendizado para ser aplicado em outros casos? O paciente não atendia todos os critérios de elegibilidade. Como eles se sensibilizaram com o caso, acharam que dariam conta, mesmo sem a equipe de apoio EMAP e o paciente faleceu.
- Mas morrer não é um desfecho esperado? Sim, mas a família se baseou na falta de critérios de elegibilidade para alegar que o caso em questão não deveria estar sendo atendido por eles.
- Então, no primeiro caso tinha família, nesse não tem. Digamos que a gente aceite acolher esse caso, existe alguma forma da equipe se prevenir contra punições por ter assumido esse caso, algum argumento que demonstre que não havia outras possibilidades? Esse paciente não tem família cuidadora responsável. Como coordenadora, estou assumindo toda a responsabilidade. Eu me comprometo. Eu assino um

documento que vai ficar registrado no nosso relatório, na nossa reunião de equipe, em que eu vou assumir qualquer responsabilidade jurídica pela decisão de incluir esse caso.

- E o que a responsável técnica acha disso? A médica que é a responsável técnica, não quer porque tem receio, devido ao outro caso que ela atendeu e que resultou em um processo.
- Não se tem histórico de atendimento por serviço de atendimento mental ultimamente? Não, pelo que o vizinho trouxe e que nós acessamos nesse único dia em que visitamos o Sr. Jerônimo. Ele não relatou ter problemas com alcoolismo ou ter praticado violência. Ele só disse que os filhos o abandonaram, que eram ingratos, que não queria saber de ninguém, que não precisava de ninguém... que era uma pessoa sozinha. E é isso. Está esperando a chegada da morte.
- Não há elegibilidade para atendimento pela EMAD. Quais outros serviços que o município oferece para atender esse caso? Ele teria que ser hospitalizado. Mas a hospitalização seria contrária à vontade dele, então teria que ser uma internação compulsória. Para compensar a diabetes e entrar em contato com serviços de assistência.
- O Ministério Público foi acionado? Não.
- O vizinho que chamou, explicando a situação, ele não poderia ser o cuidador responsável? Não, porque ele já é cuidador da esposa. Ele não pode ser o cuidador responsável para dois pacientes em domicílios diferentes.
- Existe possibilidade de ser determinado um cuidador pelo município? Não. É um cuidado que deve ser compartilhado entre Estado, paciente e família.
- Tem como judicialmente obrigar alguém da família para ser o cuidador responsável? Talvez se ele fosse idoso, mas como não é...
- Ele não tem irmão? O vizinho nunca viu nenhum familiar ou amigos frequentando a casa.
- E se a pessoa morrer porque a gente negou atendimento? Ele não é nossa responsabilidade e poderíamos alegar que ele não tem a elegibilidade para ser admitido pelo SAD.
- Tem algum psicólogo na equipe? Não, apenas a equipe mínima. Mas a equipe considera que ele é lucido, com capacidade compreensiva da situação. Foi considerado que não há déficit cognitivo.

Identificação dos problemas éticos

- Como nos sentimos quando alguém expressa o seu desejo de morte?
- O livre arbítrio do paciente deve ser considerado e o direito à morte deve ser respeitado?
- A discussão sobre o caso do paciente já não evidencia a necessidade/ o acesso dele ao serviço?
- A atenção básica deveria estar atendendo este paciente?

- Qual a responsabilidade da EMAD em coordenar os diferentes setores do serviço?
- A manipulação de critérios de inclusão deve ser realizada?
- Os critérios de inclusão deveriam ser sempre respeitados?
- Os protocolos e normatizações atendem a singularidade das necessidades de saúde dos casos?
- Os casos sempre cabem nas normativas?
- Nossos valores pessoais podem justificar o descumprimento de regras/normas no ambiente/processo de trabalho?
- A que nível de vulnerabilidade social se deve chegar para uma intervenção atípica?
- De quem é a responsabilidade sobre esse paciente?
- Qual a responsabilidade do Estado sobre esse caso?
- Qual o limite da responsabilidade dos serviços de saúde?
- De que forma respeitar os limites de responsabilidade dos filhos nesse caso?
- A família do paciente deve ser incluída na discussão desse caso?
- Podemos exigir que filhos de pais ausentes/violentos se responsabilizem pelo cuidado destes?
- A hierarquia na equipe justifica/define o aceite de um caso no serviço?
- Como a equipe pode lidar com as decisões tomadas pela coordenadora?
- Houve abuso de poder da coordenadora ao insistir na inclusão de um caso cuja equipe já havia negado?
- A negativa do paciente em ser acompanhado exime a equipe de sua responsabilidade sobre ele?
- A autonomia do paciente deve ser respeitada?
- Mesmo que o caso não seja aceito pelo SAD, a EMAD deve acionar outro serviço de saúde?
- Os critérios de elegibilidade vão ao encontro dos princípios do SUS?
- A judicialização da saúde compromete ou limita a atuação dos profissionais?
- Como atuar em benefício do paciente sem sermos paternalistas?
- Respeitar o desejo de isolamento e não atendimento é respeitar o direito à autonomia?
- Não admitir o paciente é respeitar o desejo/autonomia ou negligenciá-lo?
- Conhecer o passado de nossos pacientes interfere na forma em como os enxergamos?
- Houve um preconceito da equipe ao visitar a casa do paciente?
- A responsabilidade da EMAD em relação a este usuário finaliza quando a tomada de decisão de admissibilidade?
- A condição do ambiente domiciliar resalta apenas condição de saúde deste paciente?
- A vulnerabilidade social influencia a vulnerabilidade emocional?
- Quais os efeitos de uma vulnerabilidade psicossocial?

- A negligência e o abandono são de responsabilidade dos serviços de saúde?
- Conseguimos admitir que as pessoas podem se auto-abandonar?
- A sobrecarga de trabalho pode comprometer a decisão sobre a admissão dos pacientes?
- As falhas na RAS podem comprometer a decisão da equipe em admitir os pacientes?
- Qual a diferença em aguardar a morte em hospital de retaguarda ou em casa?
- A recusa de assistência é um mecanismo de defesa do paciente em relação à assistência?
- Devemos respeitar a autonomia do paciente sem investigar melhor um transtorno psíquico após uma amputação?
- Como é para alguém “ser cuidado” considerando seu histórico de negligência?
- A responsabilidade técnica do médico reproduz o modelo médico-centrado?

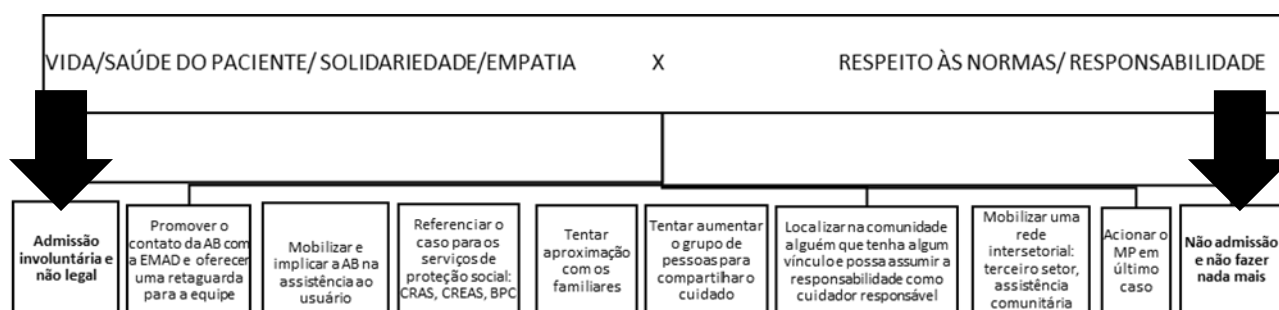
Identificação da questão a ser deliberada

Como profissionais da EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar), devemos fazer a admissão do Sr. Jerônimo no SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) do PMC (Programa Melhor em Casa) do SUS, mesmo ele não atendendo todos os critérios de elegibilidade exigidos?

Identificação dos valores em conflito

Saúde/Vida do paciente/Solidariedade/Empatia X Respeito às normas institucionais/Responsabilidade

Identificação dos cursos extremos e intermediários de ação



Seleção do curso ótimo e decisão

Para o grupo de deliberação do caso reunido para esse fim, após seguidas todas as etapas do processo, foi considerado que a questão principal não seria a admissão ou não no Serviço de Assistência Domiciliar, mas a melhor maneira de assistir à saúde desse paciente. No parecer do grupo a maneira mais adequada

para lidar com a situação seria recorrer à Atenção Básica, para que assumisse a corresponsabilidade na assistência desse paciente.

Associadas a essa medida, foram recomendadas outras ações:

- Promover o contato da EMAD com a Atenção Básica para pensar uma ajuda mútua;
- Referenciar o caso para os serviços de proteção social: CRAS, CREAS, BPC;
- Tentar aproximação e sensibilização com familiares, vizinhança, igreja, no sentido de conseguir uma rede de cuidados;
- Mobilizar uma rede intersetorial de atenção e cuidados: terceiro setor, assistência comunitária; e em último caso, o Ministério Público.

Provas

- Legalidade - ok
- Publicidade - ok
- Temporalidade - ok

Considerações finais

O processo de deliberação conduziu uma decisão sobre as ações aplicáveis ao caso, após avaliadas as opções, através de considerações ponderadas e arrazoadas, observando a dignidade do paciente e sem ignorar a sua vulnerabilidade. O processo possibilitou uma decisão que pode ser aplicada, independentemente da boa-vontade dos executores, considerando a dignidade da pessoa humana e reivindicando a responsabilidade do Estado, sem ignorar o protagonismo do paciente, segundo sua condição, e o papel da sociedade civil.

O caso em questão é um caso real que se desenrolou da seguinte forma: a equipe concordou com que a assistente social e a enfermeira procurassem conseguir o cuidador responsável para o Sr. Jerônimo, para que assim ele pudesse ser admitido no Serviço de Atendimento Domiciliar. O vizinho aceitou ser esse cuidador responsável, passando para a sua filha a condição de cuidadora responsável da esposa, já que isto impediria que ele assumisse o cuidado de dois pacientes. A igreja auxiliou com um escalonamento de pessoas para aplicação diária de insulina, a administração de medicamentos e outros serviços domésticos. A equipe conseguiu o Benefício de Prestação Continuada para o paciente. Ele foi encaminhado ao CER - Centro Especializado de Reabilitação e conseguiu colocar uma prótese na perna amputada. Também foi realizada a cirurgia de catarata, o que o motivou para manter seu ambiente doméstico limpo e mais organizado. Também arrumou a casa da frente e a alugou, aumentando a sua renda. Após dois anos de atendimento domiciliar, o paciente teve alta do SAD e passou a ser cuidado somente pela Atenção Básica. Neste período,

utilizando da Abordagem Familiar, obtiveram êxito na reaproximação com os filhos, sendo visível sua transformação comportamental e atitudinal com os profissionais de saúde e em todas suas relações interpessoais. Houve visível resgate de sua autonomia e vontade de viver com a melhoria na sua autonomia qualidade de vida e saúde. A equipe guiou-se pelo afeto e empatia frente as vulnerabilidades encontradas, assumindo suas responsabilidades e com coragem prestou uma assistência humanizada essencial para os resultados exitosos alcançados.

AVALIANDO O ENSINO-APRENDIZADO

Fatos e valores da experiência, deveres para novas ofertas

Finalizada a disciplina, os estudantes foram convidados a preencher um formulário sem identificação pessoal a fim de avaliar o processo de ensino-aprendizado e formular sugestões para seu aprimoramento.

A organização da disciplina, a oferta de oportunidades de aprendizagem, as escolhas metodológicas de ensino-aprendizagem e de sua avaliação foram avaliadas positivamente por todos os participantes, que indicaram, também em unanimidade, ter sido significativa a disciplina para sua formação acadêmica e para o desenvolvimento de sua capacidade de reflexão crítica. Houve a sugestão de realização da disciplina de forma totalmente presencial empregando metodologias ativas

Destaca-se que 70% relataram muito interesse antes mesmo do início da disciplina e que 100% indicaram alto interesse ao longo e até o seu final. Embora apenas 60% tenham relatado alto comprometimento com suas atividades, 80% afirmaram ter tido alto aproveitamento. Apenas dois estudantes afirmaram que seus conhecimentos anteriores não foram suficientes.

O formulário de avaliação continha ainda um espaço aberto para outras opiniões e sugestões dos estudantes, algumas das quais aqui parcialmente transcritas:

...foi uma experiência muito gratificante cursar esta disciplina (...) conteúdo maravilhoso tanto para nosso desenvolvimento pessoal, crítico, quanto para a prática profissional.

...foi importante para minha evolução pessoal, profissional e acadêmica. Gostaria que os alunos da graduação, também tivessem a oportunidade de ter esse aprendizado no modelo de Educação Interprofissional, e que pudessem aplicar a sua prática profissional, seja pela função assistencial, gerencial ou gestora. Assim, possibilitaria processos deliberativos entre todos os envolvidos da equipe e promoveria relações horizontais e decisões prudentes.

Acredito que essa disciplina deveria ser ofertada todo semestre e sendo uma continuidade da disciplina Bioética e Saúde Coletiva - por exemplo, Bioética e Saúde Coletiva II - Bioética da Responsabilidade. Foi muito importante ter tido aula de bioética (geral) antes dessa disciplina, pois assim já tive uma aproximação e não tive muita dificuldade de entendimento.

A quantidade de sessões deliberativas foi boa, menos que seis acredito que não fosse o suficiente. A quantidade de pessoas foi perfeita. Mais que 14 ou 16 talvez chegasse ao ponto de não haver o envolvimento de todos durante as sessões. O formato virtual ajudou aos mais tímidos a participarem pelo chat e também a integrar participantes de outros ambientes/espacos, ajudando na interprofissionalidade.

A participação de todas os alunos nas sessões deliberativas se apresentou um excelente método para aprendermos o valor das reflexões mais profundas e

racionais. Entender que sempre pode existir melhores escolhas, a menos danosa para as partes, pode ser o começo de decisões transformadoras no convívio social.

... nos torna melhores pessoas e profissionais. Deveria ser incluída em todos os cursos de graduação e pós-graduação.

... foi essencial para o meu amadurecimento acadêmico e pessoal. A professora conseguiu fazer com que todos os alunos ligassem a webcam, o que foi essencial para o desenvolvimento e aprendizado. Ligar a câmera virou rotina, foi prazeroso e estimulou trocas mais profundas. Finalizo a disciplina contente e satisfeita com o aprendizado...

Apesar de entender que poderia ter me comprometido mais, saio com outra perspectiva de resolução de dilemas após esta disciplina. Tenho, inclusive, utilizado em algumas situações com meus clientes na clínica.

... grande oportunidade de aprimorar nossos conhecimentos diante da complexidade de se posicionar, proporcionando a construção de uma postura racional e pragmática.

Participar desta disciplina foi um excelente processo de aprendizagem e reflexão. A forma gradativa como os temas e conceitos foram sendo colocados contribuiu muito para o entendimento do método deliberativo proposto, servindo de base para as discussões e questionamentos realizados em grupo. Achei muito interessante todos os casos que foram trazidos em sala de aula, pois de maneiras diferentes, pudemos refletir, analisar e observar os diferentes pontos de vista do grupo, o que enriqueceu muito o aprendizado e nos mostra o quanto precisamos aprender e entender nas deliberações éticas que encontramos, seja na saúde coletiva ou na vida.

Da avaliação se depreende que o objetivo da disciplina foi alcançado em boa medida, que seu planejamento precisa de poucas alterações metodológicas, que deve ser ofertada com regularidade, e que seria importante ser oferecida também ao nível do ensino de graduação, preferencialmente de forma interdisciplinar.

Pensando nessa futura possibilidade, foi solicitado ainda que os estudantes respondessem a outro formulário, contendo todas as subcompetências propostas nos quatro grupos de competências a serem desenvolvidas na Educação Interprofissional (IPEC, 2010). Solicitamos que opinassem sobre cada uma das subcompetências descritas, se conseguiriam ser desenvolvidas na disciplina de Bioética da Responsabilidade e, em caso positivo, que indicassem em que medida. Todas as subcompetências foram consideradas como capazes de serem desenvolvidas em algum grau, e a disciplina foi percebida como altamente potente para a grande maioria das subcompetências. São resultados animadores que estimulam a continuidade da disciplina na pós-graduação e a instigam sua oferta como estratégia de educação interdisciplinar nas graduações em Saúde.