

Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde

Camila Maria Pereira Rates
Juliana Dias Reis Pessalacia

Resumo Este artigo apresenta o posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem frente às situações dilemáticas em saúde, tomando como base o princípio da sacralidade da vida (PSV) e o princípio da qualidade de vida (PQV). A análise é baseada em dados levantados em estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa sobre temas bioéticos, realizado em universo de 70% dos alunos do curso de Enfermagem em uma universidade pública federal no ano de 2010. Os resultados apontam para posições voltadas ao PSV em relação ao aborto (69,29%), à eutanásia (63,58%), ao suicídio assistido (57,86%) e à ortotanásia (65%). Em relação à engenharia genética (62,85%), técnicas de clonagem (58,57%) e reprodução humana assistida (92,14%) ressaltaram a importância da qualidade de vida dos sujeitos. A discussão destaca a influência da questão religiosa no posicionamento dos discentes. As considerações finais apontam a importância de estabelecer ou consolidar espaços para a discussão sobre conflitos bioéticos, voltados ao estímulo da reflexão e do diálogo.

Palavras-chave: Bioética. Enfermagem. Temas bioéticos. Ensino.

Aprovação CEP Funedi nº 84/2009



Camila Maria Pereira Rates
Acadêmica de Enfermagem do 3º período, da Universidade Federal de São João Del Rei, orientanda de Iniciação Científica pelo Programa Institucional de Iniciação Científica (PIIC/ Prope), São João Del Rei, Minas Gerais, Brasil

Durante seu curso de graduação o acadêmico de Enfermagem poderá vivenciar experiências conflituosas que poderão remeter a valores de ordem moral, familiar e religiosa frente aos quais não se encontra preparado para se posicionar. As questões dilemáticas em saúde, frequentemente, envolvem temas relacionados à vida e à morte e as decisões a elas relacionadas são fortemente influenciadas pela formação moral, religiosa e profissional daquele que com elas se depara. Em decorrência, o acadêmico pode se ver em uma situação que exija uma conduta em relação a uma questão de saúde e tal conduta pode, muitas vezes, entrar em conflito com os seus valores pessoais, religiosos e profissionais.

Portanto, é de suma importância que o acadêmico de Enfermagem, antes de experienciar tais situações, identifique e classifique seus valores e tenha consciência de suas respon-



Juliana Dias Reis Pessalacia
Enfermeira, doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), docente adjunta da Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais, Brasil

sabilidades éticas e legais relacionadas a tais questões. Com esse objetivo, este estudo buscou identificar o posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem no que tange às questões dilemáticas em saúde e, posteriormente, apresentou-lhes subsídios para o seu posicionamento considerando os aspectos ligados à percepção e valores e às responsabilidades éticas e legais, inerentes à profissão. Dessa forma, este estudo propiciou ao acadêmico uma oportunidade para uma autoavaliação acerca de seus valores pessoais e religiosos e reflexões acerca das situações com as quais poderá se deparar no exercício da profissão, e qual posicionamento ético poderá adotar – não esquecendo das questões legais e dos códigos deontológicos da profissão.

O posicionamento ético está relacionado às experiências vivenciadas pelo acadêmico, que influenciam na formação do sujeito ético e das quais emergem valores familiares, morais e religiosos, dentre outros. Assim, estaremos discutindo de antemão os conceitos relacionados à ética e à moral e as principais correntes e teorias que influenciam no posicionamento ético do sujeito.

Bioética, ética e moral: conceitos e definições

Na acepção literal do aforismo, bioética significa ética da vida. É um conceito originalmente derivado das palavras gregas *bios* = vida e *ethos* = ética, que dizem respeito ao costume e à conduta. O termo designa o ramo da ética que disciplina a conduta humana nas questões que envolvem a vida em geral, desde o ser humano até o ecossistema do qual faz parte ¹.

O posicionamento ético de um sujeito ainda pode tomar como pressuposto alguns princípios fundamentais em bioética. Segundo o princípio da sacralidade da vida (PSV), que defende a vida humana como sagrada, intocável e inviolável, as decisões não estão nas mãos do homem, mas sim nas de Deus, sendo a decisão, portanto, de ordem heterô-

noma. Por sua vez, o princípio da qualidade de vida (PQV) advoga a vida como valor, enquanto bem-estar, defendendo uma decisão de ordem autônoma. Ainda discute-se a defesa de uma ética pluralista, onde as várias visões éticas devem ser respeitadas em suas posições e individualidade. Para as decisões de ordem prática em saúde, atualmente, ainda são adotados os princípios da ética biomédica, conhecidos como escola americana ou principialista ².

Os termos ética e moral aparecem com diferentes conceitos e definições, sendo algumas vezes tomados como sinônimos e outras como opostos. A moral, do latim (*mos-mores*), designa costumes, as regras do comportamento, remete ao agir humano, hábitos, normas, regras. E a ética, do grego (*ethos*), também significa costumes, regras de comportamento; portanto, etimologicamente tem o mesmo significado que moral. A diferença entre tais termos é que a ética é tida como reflexão sobre as questões fundamentais do agir humano, procurando compreender a natureza do bem e do mal, enquanto a moral é tida como a aplicação ao concreto, a ação. Refere-se à ética como de ordem mais reflexiva e à moral como de ordem mais normativa ². O comportamento moral é, portanto, uma questão de ordem prática, isto é, o que fazer em cada situação; e a ética envolve a reflexão sobre este comportamento prático ³. A ética também pode ser definida como a ciência que tem por objetivo o juízo de apreciação, na medida em que juízos de apreciação são os que se aplicam à distinção entre o bem e o mal ⁴.

Portanto, a ética é um termo amplo, utilizado para várias formas de se entender e analisar a vida moral. Algumas de suas abordagens são normativas (isto é, apresentam padrões de ações boas ou más na definição de normas ou regras), outras são descritivas (relatando aquilo em que as pessoas acreditam e como elas agem) e outras, ainda, analisam os conceitos e os métodos da ética ⁵. Pode-se considerar que a eticidade está relacionada à percepção do sujeito acerca dos conflitos da vida psíquica (emoção e razão) e à condição de posicionar-se frente a esses conflitos. Portanto, podemos considerar três pré-requisitos como fundamentais à ética: a percepção dos conflitos (consciência); a autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma) e a coerência. Quanto à moral, podemos pressupor três características: a de que seus valores não são questionados, que são impostos e que a desobediência às regras pressupõe o castigo ⁶.

Valores religiosos

Como ocorre com qualquer pessoa na vida social, os valores pessoais do acadêmico de Enfermagem são adquiridos a partir de sua socialização, vivências junto à família, escola, amigos, bem como no decorrer do exercício profissional. Na maioria das vezes, os valores mais significativos para uma pessoa provêm da influência das crenças professadas por pais e familiares. Apresentamos a seguir, em linhas gerais, uma síntese dos principais preceitos defendidos pelas religiões mais representadas no país acerca das questões relacionadas à vida

e à morte, a fim de ilustrar o cerne desses marcos da moralidade individual.

Para o cristianismo as questões relacionadas à tecnologia de início e fim da vida devem ser efetivamente repudiadas pela sociedade ⁷. Segundo os seus preceitos a vida humana deve ser respeitada e protegida de maneira absoluta ⁸. Segundo este dogma desde o primeiro momento de existência o ser humano deve ter reconhecidos os seus direitos de pessoa, entre os quais o direito inviolável de todo ser inocente à vida. Este ensinamento não mudou no decorrer dos séculos e continua invariável. Entretanto, a postura das igrejas protestantes em geral (Batista, Luterana, Metodista, Presbiteriana, Episcopal e Unitária) parece ser menos rígida que a da Igreja Católica ⁹. A grande diferença entre os católicos e os adeptos da maioria das igrejas protestantes está no respeito à vida e autonomia do sujeito, que é privilegiada em algumas situações ¹⁰.

O espiritismo, religião extremamente difundida no Brasil, em particular o kardecismo, tende a considerar a vida do ser existente como prioritária em relação aquele que ainda não existe, em algumas questões de início da vida, como, por exemplo, o uso de métodos contraceptivos e de células embrionárias para fins terapêuticos. Contudo, em relação ao aborto, especialmente, consideram-no crime hediondo, que para os adeptos produz uma série de consequências espirituais, perispirituais, físicas, psicológicas e legais. Pela doutrina espírita o único caso de aceitação do aborto é quando existe risco insuplantável para a vida da mãe ¹⁰. Entretanto, pode-se afirmar que

não há unanimidade a respeito do emprego de métodos contraceptivos nem da prática do aborto entre os seguidores das diversas interpretações do espiritismo. O grau de punição pelo ato praticado varia conforme o contexto individual ¹⁰.

As religiões afro-brasileiras, candomblé e umbanda, têm em comum o culto à vida em todas as suas representações: o ser humano, a natureza e os deuses. Ademais, o candomblé crê que cada família tem uma marca de destinação, seu odum, tendo também os indivíduos o seu odum particular. Portanto, a utilização de tecnologias e métodos para a suspensão da vida seria dupla transgressão aos oduns familiar e pessoal. Quando tais atos são cometidos por iniciados são considerados mais graves ainda ¹¹.

Para os muçulmanos, conforme preceitua o islamismo, o ser passa por diferentes estágios até tomar a forma humana, momento em que ocorre sua animação, isto é, quando o feto recebe sua alma – o que ocorreria no fim do quarto mês de gestação. O Corão, as escrituras sagradas muçulmanas, relata que Deus criou o homem da essência do barro, em seguida, de uma gota de esperma, que foi inserida em lugar seguro. Então, converteu a gota de esperma em coágulo, que a divindade transformou em bocadinho de carne convertendo-a em ossos; depois, os ossos foram revestidos de carne e, logo, Deus animou o todo ¹¹.

Valores profissionais

Além dos valores familiares e religiosos adquiridos no início e reafirmados ao longo da vida,

o acadêmico de Enfermagem também irá se deparar com os valores difundidos e defendidos pela profissão. Durante muitas décadas o ensino da ética na enfermagem vem sendo pautado em modelo predominantemente conservador, centrado em concepções normativas, supervalorizando normas e códigos, ao invés de um ensino reflexivo-crítico¹². De maneira geral, os profissionais de saúde não são adequadamente preparados para lidar com as questões relativas à vida e à morte ou, ao menos, não se verifica a preocupação neste sentido nas grades curriculares¹³.

No que diz respeito especificamente à Enfermagem, pode-se encontrar no Código de Ética profissional alguns artigos indiretamente relacionados a tais questões. O artigo 6º do capítulo I - Dos Princípios Fundamentais define que *o profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem*¹⁴. Embora o Código preveja a autonomia profissional, grande parte deles ainda carrega o peso da submissão diante da soberba de outras profissões, bem como o conformismo e a quietude frente a procedimentos e decisões mais complexas³.

Contudo, é possível observar que em muitos momentos no citado Código há colisão entre dois princípios bioéticos, seja de forma clara ou velada: o da *beneficência* e o da *autonomia*. Há de se salientar a pulsante presença da polaridade vida-morte, que os profissionais estão empenhados em salvar, bem como em possibilitar uma chance de vida aos pacientes. No caso de pacientes gravemente enfermos,

se for necessária a decisão pela continuidade ou não do tratamento, esta opção deve basear-se em dados condicionais, ou seja, se o paciente pudesse interagir qual seria sua decisão? – buscando, assim, resguardar sua autonomia¹⁵.

Cabe ressaltar ainda que o citado Código é ambíguo quando prevê que se deve preservar a autonomia do paciente e, no entanto, lhe é vedado dispor acerca da própria vida, seu bem jurídico mais valioso. Tal ambivalência manifesta-se especialmente no fato de que o consentimento para que lhe seja dada a oportunidade de morrer com dignidade, quando esta é sua vontade nos casos de terminalidade, não retira a ilicitude do ato, nem a responsabilidade do profissional que acata a determinação do paciente, ainda que esse consentimento seja obtido sem vontade viciada³. Este exemplo retirado das normativas do Código de Ética de Enfermagem evidencia que sua perspectiva deontológica volta-se incondicionalmente à defesa da vida e que, da forma que tais deveres e obrigações profissionais são descritos no documento, não propicia reflexão acerca da autonomia do paciente.

Situações conflituosas em saúde

Os temas e situações conflituosas na área da saúde estão relacionados, na maioria das vezes, aos avanços e desenvolvimento científico e tecnológico, costumeiramente divididos em questões relacionadas ao início e ao final da vida. Dentre as questões relacionadas ao início da vida, pode-se citar aquelas envolvendo engenharia genética, clonagem, reprodu-

ção assistida, aborto, intervenção sobre o feto e planejamento familiar^{16,17}. Quanto às questões do final da vida, destacam-se as envolvendo paciente terminal, eutanásia, distanásia, suicídio assistido, ética em geriatria e gerontologia, ética e doação de órgãos e a questão da transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová^{16,17}.

Além destas, também são relatadas como questões relativas ao campo da bioética a ética em pesquisa envolvendo seres humanos e animais, ética e saúde do trabalhador, ética ambiental, alocação de recursos em saúde e as questões envolvendo o relacionamento profissional de saúde e paciente, tais como autonomia e paternalismo, direitos do paciente e o segredo profissional¹⁶. Esses tópicos, entretanto, não foram trabalhados na presente pesquisa.

Questões dilemáticas do início da vida

A engenharia genética torna possível a estruturação do embrião a ser concebido de acordo com algumas características preestabelecidas¹⁸ e fornece possibilidades de realizar o diagnóstico de doenças genéticas no recém-nascido, no feto ou mesmo em adultos. O importante não é saber se a estrutura genética de um novo ser deve ou não ser moldada, mas sim quem decidirá quanto a realização dessas práticas e quais razões devem ser aceitas para que haja sua implementação¹⁸.

Estudos de engenharia genética realizados em pessoas adultas podem estar voltados ao *acon-*

selhamento do casal quanto a ter ou não filhos devido, por exemplo, à probabilidade do alto risco de seus descendentes apresentarem doenças decorrentes do patrimônio genético dos pais. Nesses casos deve-se considerar a consequência da doença para o recém-nascido ou feto, principalmente quando ainda não há terapia a ser realizada. Embora possam contribuir para minimizar problemas futuros, as consequências legais e morais de uma expansão de diagnósticos genéticos podem ser ameaçadoras¹⁹.

Outro exemplo da aplicação da engenharia genética é a cirurgia fetal, que representa nova fronteira no desenvolvimento da medicina. Vista hoje como forma de tratamento para grande variedade de condições congênitas letais ou não letais, a cirurgia fetal é impulsionada pela impossibilidade de correção e pela dificuldade de terapia de algumas doenças após o nascimento. As intervenções fetais representadas por grande número de estratégias terapêuticas requerem esforços de cooperação de múltiplas especialidades médicas para que o bem-estar fetal e materno sejam assegurados²⁰.

Já a clonagem terapêutica visa ao desenvolvimento de uma linhagem celular humana. Mas é filosoficamente muito questionável confundir uma *célula humana* com uma *pessoa humana*. Os países que proíbem qualquer forma de clonagem terapêutica alegam que se passaria muito facilmente para a clonagem reprodutiva. Nos países onde a clonagem terapêutica é autorizada, as dificuldades morais previsíveis vêm de eventuais divergências de visão sobre a

melhor forma de obter e estabilizar linhagens de células preparadas em vista de transplantes, já que as linhagens celulares são cultivadas e estabilizadas *in vitro*, ou bem pode haver uma vontade de implantar em um útero humano a célula obtida pela transferência de núcleo e deixá-la desenvolver-se até que os tecidos desejáveis para utilização no transplante tenham começado a diferenciar-se ²¹.

São vários os valores morais envolvidos na questão da clonagem. Os encontrados na mídia brasileira são: a referência à Igreja Católica e a seus postulados morais contrários à clonagem de seres humanos, a referência a projetos megalomaniacos (indivíduos que se julgam melhores que os outros) e a possibilidade da reprodução sem o macho ²².

A tecnologia de reprodução humana assistida consiste no tratamento da infertilidade. Para isso, as células reprodutoras são manipuladas em laboratórios e introduzidas no aparelho reprodutor feminino de maneira artificial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o período considerado como o mais adequado para o estabelecimento do diagnóstico de infertilidade é o de dois anos, já que muitos casais conseguem a concepção, sem nenhum tipo de tratamento, após um ano de relações sexuais desprotegidas. As técnicas de reprodução assistida estão associadas, também, aos fatores de risco obstétricos e neonatais, tais como: idade materna, esterilidade anterior e passado obstétrico desfavorável ²³.

Ao se falar sobre o progresso tecnológico da reprodução humana assistida, é colocada em

questão a liberdade do sujeito frente aos objetos fantásticos disponíveis na atualidade, já que vive em um paradoxo no qual ao mesmo tempo em que acredita ser livre para escolhas, como, por exemplo, o tempo e o método de ter filhos, encontra-se em armadilhas narcísicas ²⁴.

Em relação à reprodução humana assistida sabe-se que é mais um instrumento a serviço da tendência humana, tencionando energia capaz de abrir caminho para a vida ou fechá-la para a morte. A impossibilidade de mulheres inférteis frente à adoção, uma solução substitutiva, sugere a reflexão de duas questões: ou a única possibilidade de inscrição simbólica se dará pela via do real do corpo, dando origem a seu filho e, então, tornando-se mãe, ou, pela insatisfação da demanda, reiniciando um lugar de sujeito insatisfeito ²⁴.

Por estar fortemente associado ao problema da mortalidade materna, o abortamento induzido voluntariamente pela mulher é considerado importante questão de saúde pública e, como fenômeno social dos mais complexos, gera opiniões bastante controversas, seja no campo ético, moral, emocional, cultural ou religioso. Pelo fato de as mulheres não serem, ainda, reconhecidas como adultos morais competentes, muitas vezes o abortamento induzido é apresentado como uma decisão egoísta e fria. Sendo assim, a mulher que o realiza é vista como criminosa, alguém que cometeu um delito. Contudo, por mobilizar o autoconceito e colocar à prova o julgamento moral sobre uma questão que vai contra uma trajetória de vida em uma sociedade que aponta ser a

maternidade o destino da mulher, depreende-se que a prática do abortamento pode ser considerada como opção difícil e conflituosa para qualquer mulher ²⁵.

Em cada situação de aborto pode existir conflito de direitos. No aborto terapêutico há o conflito entre o direito à vida da mulher e o direito à vida do feto. Entretanto, todos os outros casos revelam conflito entre o direito de autodeterminação da mulher e o direito à vida do feto, este último – o direito à vida – prevalente sobre o direito à autodeterminação.

Como visto, na perspectiva católico-cristã Deus é o senhor da vida e a ele cabe concedê-la e interrompê-la com exclusividade. A Igreja Católica é contrária ao aborto. Então, quando se trata deste procedimento, a discussão gira em torno do feto ser considerado pessoa, numa tentativa de conciliar o dogma religioso e a argumentação racional. Porém, em se tratando da perspectiva neoutilitarista, que caracteriza como impróprias as ações que desnecessariamente provoquem dor aos seres humanos, pode-se compreender que o aborto realizado anteriormente à décima oitava semana de gestação possa ser efetuado sem prejuízo ou causa de dor para o feto – pois só partir desse estágio ocorre a formação de sua conexão neural ²⁶.

O aborto é situação polêmica, pois envolve os conceitos de vida e morte que atualmente se apresentam sobremodo controversos, em razão do estado atual das pesquisas realizadas na área médica. Ao mesmo tempo, faz parte

do dia a dia de hospitais e da vida de milhares de mulheres ²⁶.

A assistência ao planejamento familiar é atualmente oferecida no Brasil pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A efetivação do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 88, no parágrafo 7º do art. 226. Este artigo é regulado pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que estabelece as regras para que os cidadãos possam ser assistidos quanto ao planejamento familiar, seja em relação à contracepção ou em relação aos meios para ajudar na concepção ²⁷.

Por grande período, a Igreja Católica manteve posições pouco claras sobre a contracepção. No final do século XIX iniciou sua luta contra a anticoncepção, principalmente para se opor à posição mundial de controle da natalidade. O papa Pio XI afirmava que os casais que faziam uso da contracepção praticavam a *liberdade criminosa*. Sendo assim, fica claro que, em nenhuma hipótese, seria permitido evitar a concepção. Atualmente, a Igreja faz uso de explicações para se posicionar contrariamente à contracepção, argumentando que esta muda as finalidades do casamento, estimula o adultério, frustra a natureza e leva os homens a desrespeitarem suas mulheres. Em junho de 2006, o Vaticano divulgou o documento *Família e Procriação Humana*, publicado pelo Conselho Pontifício para a Família, condenando o uso de qualquer forma contraceptiva ²⁸.

Em paralelo, sabe-se que os métodos contraceptivos dão à mulher a possibilidade de controle do desejo. Suas realizações nas esferas do

trabalho e do estudo, bem como no campo financeiro, geralmente servem de critério para que planejem quando querem engravidar, marcando datas e fases mais propícias para que tenham seus filhos ²⁴.

Questões dilemáticas do fim da vida

A eutanásia, como as demais situações dilemáticas em saúde, é digna de vários questionamentos. Um dos mais importantes argumentos contrários à sua realização centra-se no princípio da sacralidade da vida. Segundo esta premissa, a vida não pode ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Este princípio afirma que estar vivo é sempre um bem, independente das condições em que se viva. Entretanto, existem dois pontos principais que apoiam os defensores ²⁹.

Uma das questões mais íntimas em relação à qualidade de vida é determinar qual o real significado de uma vida que vale a pena ser vivida e quem deve decidir sobre tal significação ²⁹.

Considerando-se a autonomia, os defensores da eutanásia apontam para a necessidade de que seja respeitada a liberdade de escolha do homem, isto é, sua competência em decidir, autonomamente, aquilo que considera importante para viver sua vida, incluindo nesta vivência o processo de morrer ²⁹.

A ortotanásia é um termo que pode ser definido como a morte no seu tempo certo, sem os tratamentos desproporcionais e sem abre-

viação do processo de morrer. A questão posta, em relação ao termo ortotanásia, remete ao significado deste tempo certo para morrer. Qual seria? Sendo assim, quem poderia determiná-lo (a não ser talvez o próprio titular da vida em questão) considerando um contexto no qual há possibilidade quase inesgotável de se prolongar a vida? Em outras palavras, haveria um verdadeiro limite entre a *eutanásia passiva* — em que não há intervenção e deixa-se de fato morrer — e a dita ortotanásia — deixar morrer no momento aparentemente certo ²⁹. Por sua vez, o suicídio assistido ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outra para alcançar o óbito, caso não seja capaz de tornar fato sua disposição de morrer. Nesta circunstância, o paciente está consciente ao manifestar sua opção pela morte ²⁹.

A grande diferença da eutanásia para o suicídio assistido é quem realiza o ato, já que na eutanásia o pedido é feito para que alguém execute a ação que vai levar à morte e no suicídio assistido é o próprio paciente quem realiza o ato, embora necessite de ajuda para concretizá-lo ³⁰.

Nos Estados Unidos, onde a autonomia e a individualidade são consideradas grandes valores, o movimento do suicídio assistido adquire grande força. Os administradores da morte são os responsáveis por esta tarefa. Um dos pontos mais temidos no processo de morrer é a dúvida, ou seja, sabe-se que a morte virá, mas não se sabe quando e nem como, sem controle ou planejamento. Assim, a eutanásia e o suicídio assistido podem aparecer como possibilidades para este planejamento ³⁰.

A questão envolvendo transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová também traz importante conflito no tocante à beneficência médica e ao respeito à autonomia do paciente. A base religiosa para a não permissão da transfusão encontra-se no texto bíblico de Levítico 17:10: *Quanto a qualquer homem da casa de Israel ou algum residente forasteiro que reside no vosso meio, que comer qualquer espécie de sangue, eu certamente porei minha face contra a alma que comer o sangue, e deveras o deceparei dentre seu povo* ³¹.

Método

O objetivo da pesquisa foi identificar o posicionamento ético do acadêmico de Enfermagem frente às situações dilemáticas em saúde de início e de fim da vida. Para tanto, foi realizado um estudo do tipo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, em uma universidade pública federal na cidade de Divinópolis em Minas Gerais, nos meses de abril a junho do ano de 2010.

A população de estudo constituiu-se de 140 acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem do 1º, 2º, 3º e 5º períodos, ou seja, 70% do total de 200 acadêmicos. Os 60 alunos que não participaram do estudo não estavam presentes em sala de aula no momento da coleta de dados ou não manifestaram interesse em participar. A coleta de dados foi realizada a partir de questionário contendo questões fechadas sobre o perfil dos participantes, bem como oito situações dilemáticas em saúde que tinham (ou não) relação com um posicionamento religioso a elas associado.

O instrumento foi elaborado pelas próprias pesquisadoras mediante os dados encontrados na literatura. Antes de sua aplicação à população estudada foi realizado um pré-teste, com uma amostra de dez acadêmicos, cujo objetivo foi verificar a aplicabilidade do instrumento no que diz respeito a seu conteúdo, clareza e entendimento. Após o citado teste, o instrumento foi alterado, com vistas a seu aprimoramento e adequação, de acordo com as dificuldades encontradas pelos respondentes. Ressalte-se, ainda, que antes do início da coleta de dados o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (CEP). Quanto à análise dos dados, os mesmos foram agrupados, categorizados e apresentados tanto em figuras e quadros quanto de forma descritiva.

Resultados e discussão

Em relação ao gênero dos participantes, encontramos que a maioria dos acadêmicos (92,85%) é do sexo feminino. A preponderância do sexo feminino reforça duas tendências já constatadas na literatura: uma que diz respeito à relação historicamente construída entre a mulher e o cuidar e outra que se refere à relação socialmente construída entre a mulher e sua escolha pelo curso de Enfermagem. A permanente predominância do sexo feminino na profissão indica a presença da mulher no mercado de trabalho e, também, sinaliza a possibilidade de acesso ao ensino superior em profissões consideradas como de menor *status* social. Vale lembrar que essa crescente inserção no mercado de trabalho não tem superado as consequências da divisão sexual do trabalho,

que ainda discrimina as mulheres quer no âmbito dos salários quer no que concerne à característica das tarefas, e até mesmo quanto às possibilidades de ascensão social³².

No que se refere à idade dos participantes, a média foi de 23,6 anos, com idade mínima de 17 anos e máxima de 34 anos. Observou-se que a moda (64,2%) concentrou-se em 20 anos de idade, corroborando os dados da literatura em relação à idade dos discentes desse curso. Média de idade semelhante (20 anos) foi encontrada em pesquisa sobre depressão em 99 discentes de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp), no Estado de São Paulo. Pesquisa empreendida em escola pública e privada naquele estado traz resultados similares; a média de idade de alunos de graduação em Enfermagem é de 24,3 anos. Também o estudo do perfil sociodemográfico de alunos ingressantes entre 1999 a 2003 no curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) apontou limites de idade de 16 a 45 anos e moda concentrada na faixa etária de 17 a 21 anos, representando 92,04% do total. Em avaliação de qualidade de vida de 264 acadêmicos de Enfermagem em um município de São Paulo, a idade variou de 17 a 40 anos, com predomínio também da faixa jovem, de 17 a 20 anos, em 65,5% da amostra. Estudo recente com 224 acadêmicos do primeiro, segundo e terceiro anos do curso de graduação em Enfermagem demonstrou que a idade variou de 17 a 44 anos, contudo, houve predominância da faixa etária de 21 a 25 anos (60,3%)³³.

Quanto ao estado civil dos participantes, encontramos maior incidência de solteiros (96,43%) e pequeno índice de casados (2,86%) entre a amostra de acadêmicos. É provável que a estruturação do curso tenha influência no perfil dos alunos por exigir dedicação em tempo integral e, além disso, possuir aulas e estágios distribuídos desigualmente pelos períodos da manhã e tarde, o que torna mais difícil a frequência para o indivíduo casado³³. No que tange à religião, foi levantado o predomínio da religião católica apostólica (74,28%), seguida pela protestante/evangélica (10,73%), fato que confirma as estatísticas oficiais que mostram que, com 67,4% da população, o catolicismo firma-se como o maior grupo religioso do Brasil³⁴.

Na segunda parte do instrumento de coleta de dados o acadêmico deveria assinalar se era a favor ou contra determinada questão conflituosa em saúde, relacionando o pressuposto de seu posicionamento ético, considerando para tal, o princípio da qualidade de vida (PQV) e o princípio da sacralidade de vida (PSV). Cabe ressaltar que antes da aplicação do instrumento foram esclarecidos, mediante discussões e exemplos, os conceitos e as definições de cada modelo a ser considerado. O princípio da qualidade de vida foi apresentado como aquele que se baseia nas contribuições que técnicas e inovações podem proporcionar para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. O princípio da sacralidade de vida foi definido como o calcado nas repercussões no uso de tais práticas, principalmente no âmbito religioso, que ressaltam que o ser humano não poderia interferir na vida de tal forma.

As questões foram respondidas por 100% dos participantes e os gráficos abaixo sintetizam o posicionamento ético dos entrevistados em relação às questões dilemáticas em saúde envolvendo o início da vida. Foi possível observar que de todos os temas bioéticos os relacionados ao

início e fim da vida são os que mais mobilizam posicionamentos, consoante à discussão na própria saúde pública, que vem buscando refletir tanto em relação ao aborto, como causa de mortalidade materna, quanto em relação à assistência ao último período de vida ³⁵.

Gráfico 1. Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem em questões envolvendo o início da vida. Divinópolis, Minas Gerais, 2010

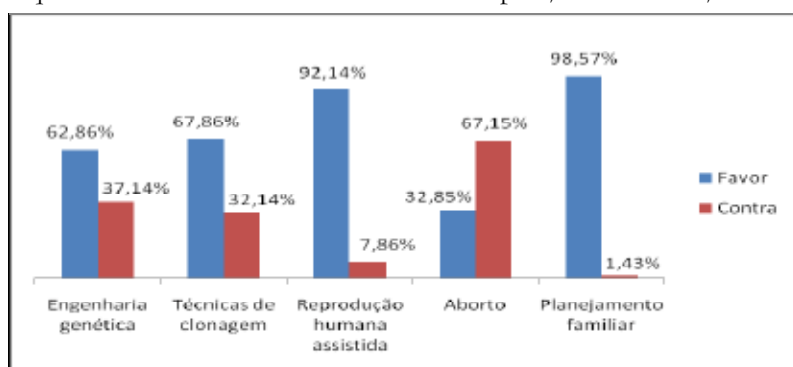
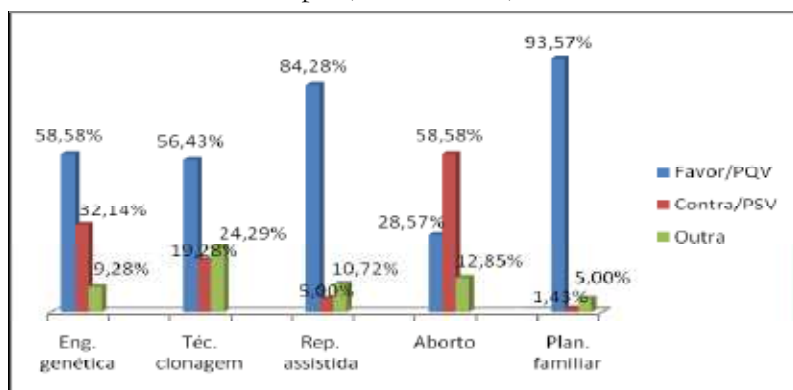


Gráfico 2 - Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem em questões envolvendo o início da vida, considerando o PSV e o PQV. Divinópolis, Minas Gerais, 2010



Os gráficos demonstram que a maioria dos acadêmicos foi favorável à utilização de novas tecnologias de engenharia genética (62,85%), clonagem terapêutica (58,57%), reprodução humana assistida (92,14%) e ao planejamen-

to familiar (98,57%), considerando a melhoria na qualidade de vida dos pacientes atendidos. Contudo, a maioria se posicionou contrária em relação ao aborto (69,29%), defendendo neste caso a sacralidade da vida. Essa

posição espelha diretamente os dogmas centrais das religiões professadas pela maioria dos entrevistados, já que 74,28% declararam-se católicos e 10,73%, protestantes/evangélicos. Isso demonstra nitidamente que a religião dos acadêmicos entrevistados é fator de extrema importância na definição de sua moralidade,

repercutindo, inclusive, na dimensão profissional.

Quanto ao posicionamento ético dos acadêmicos de Enfermagem frente às questões dilemáticas em saúde envolvendo o fim da vida, encontraram-se os seguintes percentuais:

Gráfico 3 - Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem, em questões envolvendo o fim da vida. Divinópolis, Minas Gerais, 2010

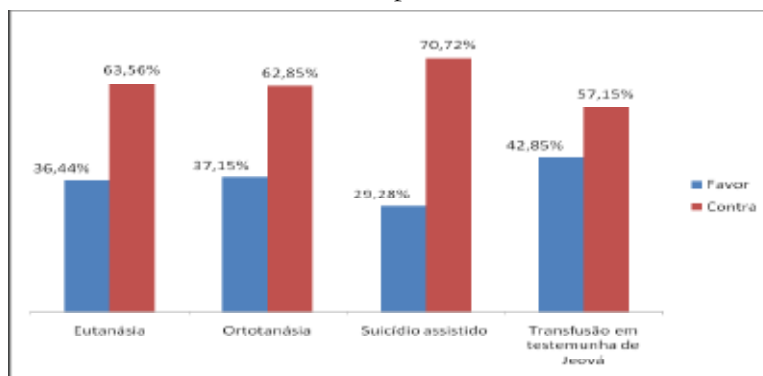
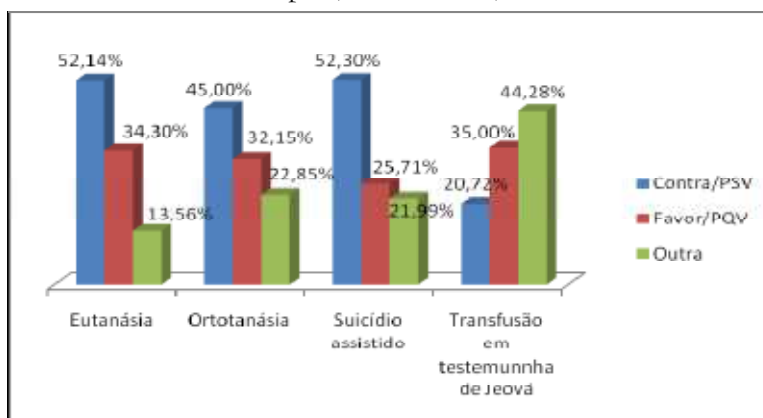


Gráfico 4 - Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem, em questões envolvendo o fim da vida, considerando-se o PSV e o PQV. Divinópolis, Minas Gerais, 2010



Os gráficos demonstram que no que tange às questões do fim da vida, a maioria dos acadêmicos foi contra a eutanásia (63,58%), ao suicídio assistido (57,86%) e à ortotanásia

(65%), baseados no PSV. Também nesses exemplos pode-se notar a influência da moralidade religiosa nos posicionamentos dos profissionais. Na questão relacionada à transfu-

são de sangue em Testemunha de Jeová, 57,15% dos acadêmicos foram contra e 42,85% foram a favor da realização do procedimento sem o consentimento do paciente. Em ambos os casos, alegaram a defesa da qualidade de vida do paciente (PQV).

Vale lembrar que no item “outra”, presente em dois gráficos, foram consideradas as respostas dos acadêmicos que adotaram o PSV e o PQV de forma contraditória aos fundamentos dos princípios. Por exemplo, ser contra o aborto, considerando-se o PQV. O acadêmico justificava a perspectiva de defesa à “qualidade de vida do feto”. Tal resposta torna-se contraditória haja vista que o PQV considera a autonomia do sujeito envolvido – que neste caso seria o respeito à decisão da gestante.

Considerações finais

Os resultados expostos permitem considerar a influência dos preceitos religiosos no posicionamento ético dos acadêmicos, destacando-se a defesa da sacralidade da vida (PSV) em relação ao aborto e às questões do fim da vida, especialmente aquelas focadas nos procedimentos destinados a garantir o direito de morrer do paciente terminal. Já em relação aos avanços tecnológicos voltados para a engenharia genética, clonagem terapêutica e repro-

dução humana assistida, os entrevistados negam o PSV, ressaltando a importância da qualidade de vida (PQV).

De tais resultados se pode concluir que em todas as situações apresentadas o posicionamento do acadêmico voltou-se para a preservação da vida *a todo custo*, o que remete tanto à citada influência da moralidade religiosa dos entrevistados como à interferência dos preceitos da ética deontológica da profissão, fundamentada no Código de Ética da Enfermagem.

Diante disso, destacamos a importância de mais espaços para a discussão bioética acerca dos conflitos éticos que envolvem a profissão, considerando, especialmente, a necessidade de estimular a reflexão e o diálogo frente àquelas situações dilemáticas não pautadas somente nos valores inerentes à profissão, que são de natureza normativa, mas abrangem a dimensão íntima do indivíduo, suas crenças e moralidades. Ressalta-se também a importância do estímulo à autoconsciência do aluno acerca de seus valores e sobre a influência dos mesmos no seu comportamento e atitudes frente às situações dilemáticas da vida profissional, para que venha a se tornar um profissional mais consciente da necessidade de respeitar a autonomia daqueles que no futuro estarão sob seu cuidado.

Resumen

La posición ética de los estudiantes de enfermería frente a los dilemas en materia de salud

Este estudio trata de identificar la posición ética de los estudiantes de enfermería frente a los dilemas en materia de salud, basado en los principios de lo sagrado (PSV) y calidad de la vida (PQV). Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo. Los resultados muestran la influencia del tema religioso en el posicionamiento de los estudiantes sobre el tema del aborto (69,29%), la eutanasia (63,58%), el suicidio asistido (57,86%) y ortotanasia (65%). En relación a la ingeniería genética (62,85%), las técnicas de clonación (58,57%) y la reproducción humana asistida (92,14%), destacó la importancia de la calidad de vida de las personas. Los resultados indican un deseo de preservar la vida a "todo coste", que conduce a los preceptos deontológicos. Así, destacamos la importancia del espacio para el debate sobre los conflictos bioéticos, guiada no sólo en la ética profesional, que es de carácter normativo, sino también para estimular la reflexión, el diálogo.

Palabras-clave: Bioética. Enfermería. Discusiones bioéticas. Enseñanza.

Abstract

Nursing students' ethical positioning on dilemmatic situations in health

This study presents nursing students' ethical positioning in face of dilemmatic situations in health, based on the principles of sacredness of life (PSV) and quality of life (PQV). The analysis bases in data collected in descriptive, exploratory study with quantitative approach on bioethical issues, undertaken within an universe comprised by 70% of nursing students at a federal public university in 2010.. The discussion indicates PSV advocacy in relation to abortion (69.29%), euthanasia (63.58%), assisted suicide (57.86%), and orthothanasia (65%). In relation to genetic engineering (62.85%), cloning techniques (58.57%), and assisted human reproduction (92.14%), they stressed the importance of individuals' quality of life. The results showed the influence of the religious issue in ethical positioning of students. Final considerations point to the importance of establishing or consolidating spaces to discuss on bioethical conflicts targeted to foster reflection and dialogue.

Key words: Bioethics. Nursing. Bioethical issues. Teaching.

Referências

1. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):473-8.
2. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.
3. Fontinelli Júnior K. Ética e bioética em enfermagem. Goiânia: AB Editora; 2002. p. 7-15.
4. Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p.348.
5. Beauchamp TL, Childress, JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
6. Segre M, Cohen C. Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 2003.
7. Pacífico AP, Batista LR. Religião x legalização do aborto. *Justilex* 2007 Mar;6(63).
8. Catecismo da Igreja Católica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1993.
9. Schor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*1994;4(2):12-7.
10. Prado D. O que é aborto. São Paulo: Brasiliense; 1985.
11. Giumbelli E. Religião e sexualidade: convicções e responsabilidades. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
12. Bellato R, Gaiva MAM. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* 2003;56(4): 429-32.
13. Balsanelli AP, Santos KJ, Soler ZOSG. O Trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. *Nursing* 2002;44(5):23-8.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução Cofen nº 311/2007, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: Cofen; 2007.
15. Boemer MR, Sampaio MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Rev Latinoam Enferm* 1997;5 (2):33-8.
16. Stepke FL. Bioética: o que é, e como se faz. São Paulo: Loyola; 2001. p. 17-30, 61-71.
17. Dall'Agnol D. Bioética. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
18. Segre M, Cohen C. Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp; 1995.
19. Garcia ES, Chamas CI. Genética molecular: avanços e problemas. *Cad Saúde Pública* 1996;12(1):103-7.
20. Sá RAM, Silva FC, Netto HC. Aspectos atuais em cirurgia fetal. *Femina* 2007;35(10): 663-6.
21. Fagot-Largeault A. Embriões, células-tronco e terapias celulares: questões filosóficas e antropológicas. *Estud Av* 2004 Ago;18(51):227-45.
22. Costa SIF, Diniz D. Mídia, clonagem e bioética. *Cad Saúde Pública* 2000;16(1):155-62.
23. Graner VR, Barros SMO. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. *Rev. Esc Enferm USP*

- 2009;43(1):103-9.
24. Lanius M, Souza ELA. Reprodução assistida: os impasses do desejo. Rev Latinoam Psicopatol Fundam 2010;13(1):53-70.
 25. Pedrosa IL, Garcia TR. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. Rev Latinoam Enferm 2000;8(6):50-8.
 26. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFD, Nunes R. Aborto e bioética: uma discussão sempre atual. Brasília Med 2010;47(1):87-92.
 27. Ribeiro PJ, Barros KHS, Reis RA, Campinas LLSL. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. Mundo Saúde 2008;32(4):412-9.
 28. Silva MA, Mandú ENT. Ideias cristãs frente ao corpo, à sexualidade e contracepção: implicações para o trabalho educativo. Rev Gaúcha Enferm 2007;28(4):459-64.
 29. Batista RS, Schramm FR. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. Cad Saúde Pública 2005;21(1):111-9.
 30. Kovacks MJ. Bioética nas questões da vida e da morte Psicol 2003;14(2):115-67.
 31. Bíblia Sagrada. 50ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005. p.143.
 32. Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, De Sordi MRL. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. Rev. Bras Enferm 2006 Ago;59(4):479-87.
 33. Eurich RB, Kluthcovsky ACGC. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2008 Dez;30(3):211-20.
 34. Almeida R, Monteiro P. Trânsito religioso no Brasil. São Paulo Perspec 2001 Ju.;15(3):92-100.
 35. Gomes EC, Menezes RA. Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. Physis 2008;18(1):77-103.

Recebido: 17.9.2010

Aprovado: 10.11.2010

Aprovação final: 11.11.2010

Contatos

Camila Maria Pereira Rates - camila.rates@yahoo.com.br

Juliana Dias Reis Pessalacia - juliana@pessalacia.com.br

Universidade Federal de São João Del Rei - Avenida Sebastião Gonçalves Coelho, 400 Chanadour
CEP 35501-296. Divinópolis/MG, Brasil.