



Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Sérgio Deodato

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Fernanda Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Colaboradores neste Número

ALMEIDA, Débora

ALMEIDA, Tiago

ALVES, Sara

ANTUNES, Jorge

CERQUEIRA, Andreia Ferreri

COSTA, Ana

DELGADO, Filipa

DEODATO, Sérgio

MARINHO, Sara

MARTINEZ, Ana Paula

MÁRTIRES, Liliana

MORGADO, Joana

MILEU, Luís

NUNES, Lucília

OLIVEIRA, Ana

PEREIRA, Gláucia

RIBEIRO, Jorge

SAIOTE, Elisabete

SEVERINO, Rute

SILVA, Iolanda

TAVARES, Sara

VERA, Filipa Arrábida

Regras de Publicação: N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt



EDITORIAL

2

Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI

SEVERINO, Rute; SAIOTE, Elisabete; MARTINEZ, Ana Paula;

DEODATO, Sérgio, NUNES, Lucília

3

A Saúde da Pessoa Idosa – Relevância do Lazer e das Redes Sociais

ALMEIDA, Débora; ANTUNES, Jorge; COSTA, Ana; DELGADO, Filipa;

MILEU, Luís; OLIVEIRA, Ana; PEREIRA, Gláucia; SILVA, Iolanda;

MORGADO, Joana; CERQUEIRA, Andreia Ferreri

14

O Fiel da Balança...Ensaio Temático: Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida

VERA, Filipa Arrábida; Revisão: NUNES, Lucília

19

Educação Sexual: quem deve ser o formador? Análise comparada de fontes

ALMEIDA, Tiago; MARINHO, Sara; TAVARES, Sara

Revisão: NUNES, Lucília

25

Seleção do Sexo na Criança. Análise Comparada de Fontes.

VERA, Filipa; MÁRTIRES, Liliana; RIBEIRO, Jorge; ALVES, Sara

35

Editorial

Neste número da Percursos, os cinco artigos escolhidos dizem respeito a trabalho desenvolvido no corrente ano lectivo (2009/2010), em sede de diferentes unidades curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

O artigo **Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de a carga de Enfermagem na UCI** fez parte do Projecto de Investigação de uma estudante, em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos, acompanhado pela enfermeira orientadora e pela responsável da Unidade, bem como pelos docentes das Unidades Curriculares de Investigação IV e Estágio de Opção.

Materializa um projecto que a Área Disciplinar de Enfermagem considera relevante e que poderá vir a ser desenvolvido, com ganhos para a avaliação da carga de trabalho e a gestão de recursos humanos de Enfermagem.

O Nursing Activities Score (NAS), proposto por Miranda e Colaboradores (2003), foi desenvolvido a partir do TISS-28 para torná-lo mais representativo das actividades de enfermagem realizadas na UCI. O NAS foi validado num estudo desenvolvido em 99 UCI de 15 países, tendo sido determinadas as actividades de enfermagem que melhor descreviam a carga de trabalho de enfermagem na UCI e atribuídas pontuações, de modo a que a pontuação final descrevesse o tempo médio consumido, ao invés da gravidade da doença (MIRANDA et al., 2003).

O artigo relativo a **Saúde da Pessoa Idosa – Relevância do Lazer e das Redes Sociais** apresenta-se como resultado de um trabalho de Problem-Based Learning, realizado por um grupo de estudantes desenvolvido no 2º semestre do 1º ano, com implicação de duas unidades curriculares e de uma temática relevante, dando enfoque às questões do envelhecimento activo e do lazer. E, em particular, tornando conhecidas redes sociais do distritos e o *Projecto Envelheseres*. É descrita a relevância do lazer

e das redes sociais na promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. Nele, pretende-se reflectir acerca das intervenções de enfermagem e ainda dar a conhecer diversos tipos de actividades de lazer, que podem ser realizadas com os idosos, proporcionando momentos de alegria e convívio e estimulando as suas capacidades físicas e mentais, promovendo um envelhecimento activo.

O **Fiel da Balança...Ensaio Temático: Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida** resulta de um trabalho individual na unidade curricular de Ética II, no 3º ano do CLE, apresentando as questões a considerar face à recusa de tratamento, uma das possibilidades quando se apresenta um projecto de cuidados e a pessoa, adulta e competente, pode consentir, dissentir, querer segunda opinião ou pretender não ser informado. Em análise, a recusa livre e esclarecida.

Com utilização de análise comparada de fontes, os dois artigos - **Educação Sexual: quem deve ser o formador?** e **Seleção do Sexo na Criança**. – foram realizados em grupo, na unidade curricular de Ética II.

Tratam-se de dois temas considerados relevantes, não obstante a diferença temática, e em que a análise das fontes, além da identificação dos respectivos critérios de selecção e avaliação, permite ao leitor apreender diferentes perspectivas.

A problemática associada à educação sexual releva para uma abordagem de diferentes intervenientes, em modo multidisciplinar e multi-sectorial. Para abordar a questão do desenvolvimento das tecnologias, com impacto no início de vida, segue um resumo dos factores a favor e contra a selecção do sexo da criança bem como uma comparação do conteúdo relativamente aos aspectos cronológicos e credibilidade.

Boas leituras!

NURSING ACTIVITIES SCORE: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI

SEVERINO¹, RUTE; SAIOTE², ELISABTE; MARTINEZ³, ANA PAULA; DEODATO⁴, SÉRGIO; NUNES⁵, LUCÍLIA

RESUMO

Introdução: Os índices de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem são ferramentas de gestão importantes nas Unidades de Cuidados intensivos (UCI). O Nursing Activities Score (NAS), constitui uma dessas ferramentas, tendo resultado de uma revisão e actualização do TISS-28 em 2003 por Miranda e Colaboradores. Em 2004, foi traduzido e validado para a realidade brasileira por Queijo e Padilha. Na literatura internacional, há ainda poucos estudos que utilizaram o NAS. No entanto, um número crescente de enfermeiros, médicos intensivistas e gestores que tem vindo a aplicá-lo e a divulgar os resultados dos estudos em congressos científicos no âmbito da prática clínica intensivista.

Objectivo: Sistematizar a informação existente sobre o NAS.

Método: Uma revisão sistemática, tendo sido feita pesquisa em bases de dados científicas e selecção de artigos científicos sobre o NAS e TISS-28, datados até cinco anos de modo a garantir a validade das informações. Sugere-se a hiperligação electrónica aos artigos originais, para facilitar a consulta dos mesmos.

Conclusões: O NAS é considerado uma ferramenta de gestão importante nas Unidades de Cuidados Intensivos, pois permite a identificação do tempo dispendido nos cuidados de enfermagem e desta forma, subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Para além de contemplar os cuidados assistenciais directos, como por exemplo o apoio aos cliente e familiares, o NAS inclui também as actividades administrativas e de gestão. Não está dependente da gravidade do cliente, visto que a sua construção e validação foram baseadas nas

actividades de Enfermagem autónomas e interdependentes. Apresenta correlação estatística com outros indicadores de saúde, nomeadamente o TISS-28, SAPS II, Índice de Parsonnet e Physiological Stability Index (PSI). Apesar de ser concebido para avaliar a carga de trabalho de enfermagem na UCI, o NAS também se mostrou útil noutros serviços onde o nível de complexidade assistencial dos clientes é elevado, como por exemplo, na Unidade de Gastroenterologia. Foi utilizado em Neonatologia com bons resultados, permitindo a identificação do perfil de cuidados de enfermagem nos cuidados semi-intensivos e intensivos neonatais. O NAS permite a obtenção de informações retrospectivas sobre a carga de trabalho de enfermagem, pois é aplicado para cada cliente uma vez por dia. Os factores associados ao aumento da carga de trabalho de enfermagem, avaliada pelo NAS, são a gravidade, a duração do internamento, necessidade de intervenções terapêuticas e aumento do risco de mortalidade. No estabelecimento da relação entre a gravidade e a carga de trabalho de Enfermagem, aconselha-se que o NAS seja aplicado em simultâneo com um índice de gravidade, como por exemplo o SAPS II. O NAS apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das actividades de Enfermagem, superando a abrangência do TISS-28 que somente contempla 43,3%. Por isso, descreve, aproximadamente, duas vezes mais o tempo dispendido pela Equipa de Enfermagem nos cuidados ao cliente em estado crítico, quando comparado com o TISS-28.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados Intensivos, Carga de trabalho de Enfermagem, Nursing Activities Score, TISS-28, actividades de enfermagem, factores.

ABSTRACT

Introduction: Nursing workload evaluating scales are important management tools used in intensive care. The Nursing Activities Score (NAS) is one such tool as a result of the revision and updating of the TISS-28 in 2003 by Miranda et al. In 2004 it was translated and validated to Portuguese by Queijo and Padilha. In international literature, there are still few studies using the NAS. However, an increasing number of nurses, critical care physicians and managers who have been applying it and disseminating the results of studies scientific conferences in the intensive care clinical practice.

Objective: To systematize the information available on the NAS.

¹ Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal. ruteseverino@gmail.com.

² Enfermeira Orientadora de Estágio. elisabetesaiote@hotmail.com

³ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos. paulamartinez.uci@gmail.com

⁴ Professor Adjunto, docente de referência do contexto de Estágio. sérgio.deodato@ess.ips.pt

⁵ Professora Coordenadora, orientadora do Projecto de Investigação.

Method: a systematic review, having been made research in databases and selected scientific papers on the NAS and TISS-28, dated up to five years to ensure the validity of information. We suggest the electronic link to the original articles, to facilitate consultation of them.

Conclusions: NAS is considered an important management tool in intensive care units because it allows the identification of time spent in nursing care and thus support the calculation and distribution of nurses. NAS includes the direct care nursing assistance such as support for clients and families, but also includes administrative and management activities. This instrument is not dependent on the severity of the client, since their construction and validation activities were based on independent and interdependent nursing activities. NAS presents statistical correlation with other health indicators, including the TISS-28, SAPS II, Índice de Parsonnet and Physiological Stability Index (PSI). Despite being designed to assess the nursing workload in the ICU, NAS also proved useful in other services where the level of complexity of customers is high, for instance the Unit of Gastroenterology. It was also used in Neonatology with good results, allowing the identification of the profile of nursing care in the semi-intensive and intensive neonatal care. With NAS, is able to get retrospective information of workload nursing as it is applied to each customer once per day. Factors associated with increased nursing workload, assessed by the NAS, are the severity, length of stay, need for therapeutic interventions and increased risk of mortality. In establishing the relationship between gravity and the nursing workload, it is advised that NAS should be applied simultaneously with an index of severity, such as the SAPS II. The NAS has a sensitivity of 80.8% in assessing the nursing activities, exceeding the scope of the TISS-28 that comprises only 43.3%. Therefore, describes approximately twice the time spent by nursing staff in customer care in critical condition, when compared with the TISS-28.

Keywords: intensive care unit, nursing workload, factors, NAS, TISS-28, nursing activities.

INTRODUÇÃO

A UCI é um local com “*qualificação para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais*”. Por

consequente, há uma prática continua de procedimentos humanos e instrumentais de diagnóstico e tratamento, monitorização e avaliação, em função das necessidades do cliente durante 24h por dia.

A UCI integra profissionais de saúde multidisciplinares, cujos objectivos primordiais consistem no suporte e recuperação das funções vitais do cliente, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e proporcionar uma vida futura com qualidade. Para cumprir estes objectivos, as UCI tem de ser dotadas de recursos humanos qualificados e treinados para dar resposta às situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 h por dia. Como o consumo de Cuidados Intensivos tem vindo a aumentar de forma exponencial, torna-se necessária a rentabilização e racionalização dos recursos e o reconhecimento dos recursos existentes, de forma a avaliar a sua utilização e antecipar necessidades futuras (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003, p.8).

Para permitir o desenvolvimento organizacional e enfrentar os constantes desafios que se colocam, as instituições hospitalares necessitam de estabelecer mudanças que passam pela adopção de novas técnicas de gestão. Foi na década de 1920 que se iniciou o Programa de Qualidade das instituições hospitalares. Nesse contexto, a utilização de indicadores de saúde que avaliem objectivamente a condição clínica do cliente, bem como a necessidade de cuidados, tornou-se indispensável quando se procura melhorar a relação custo-benefício nos cuidados de saúde (BOCHEMBUZIO, 2007, p. 23). Os índices de gravidade como o *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) e o SAPS II (*Simplified Acute Physiologic Score* que permitem a obtenção de dados precisos sobre gravidade e prognóstico, possibilitando o calculo do risco de mortalidade do cliente crítico (GONÇALVES, 2006, p. 29). Contudo, estes índices somente avaliam as condições clínicas, pelo que não são sensíveis na avaliação da dependência dos clientes em cuidados de Enfermagem e, como tal, também não são capazes de prever a carga de trabalho de Enfermagem (PADILHA et al., 2010). Para colmatar essa carência, tem sido

desenvolvidos estudos sobre recursos humanos em saúde e na enfermagem que remontam ao decénio de 1960. Todavia, somente nos 1980 ganharam impulso, debatendo questões como a formação profissional, força de trabalho de enfermagem, mercado de trabalho, condições de trabalho e absentismo, entre outros aspectos que interferem na qualidade de cuidados prestados (MAGALHAES, 2009).

O conceito “carga de trabalho de enfermagem” surge com a finalidade de estimar a necessidade de trabalho requerida dos enfermeiros nas actividades de prestação de cuidados directos e indirectos ao cliente. Este conceito é de extrema importância na UCI, visto que os recursos humanos de enfermagem, constituem cerca de 50% do total de gastos na UCI (MIRANDA et al., 2003). A carga de trabalho é medida ou expressa em pontuações, permitindo a determinação do número de horas dedicadas pela equipa de enfermagem a cada cliente. Contudo, é importante distinguir este conceito de outras áreas do conhecimento. Este conceito é amplamente utilizado na ergonomia, saúde no trabalho e ciências sociais, no sentido de compreender os factores envolvidos no processo de trabalho e o seu impacto no trabalhador. Neste caso, o termo carga de trabalho diz respeito ao conjunto de exigências físicas e psíquicas necessárias para a execução de uma tarefa. Inicialmente, a abordagem do processo de trabalho era mais redutora, dado que se somente se empregavam instrumentos para medir o esforço físico do trabalhador na execução de tarefas. Posteriormente, a dimensão de carga mental, nomeadamente o desgaste psíquico ou emocional foi incorporada, procurando a compreensão da actividade e o significado que o trabalhador atribui ao seu trabalho.

Actualmente, devido à importância do trabalho na sociedade, estuda-se as dimensões físicas, psicológicas e sociais envolvidas no processo de trabalho (MAGALHAES, 2009). Existem vários índices de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem e que são amplamente utilizados nas UCI, dada a complexidade dos cuidados de saúde prestados na UCI e a necessidade de obter indicadores objectivos. Esses índices podem ser divididos em dois grandes grupos, em função dos métodos utilizados: métodos

que avaliam as intervenções terapêuticas previamente seleccionadas (TISS-28, NEMS e OMEGA) e métodos que avaliam o tempo de execução de práticas de enfermagem (PRN e TOSS) (GONÇALVES, 2006). Estes índices são fundamentais no planeamento, gestão e avaliação das próprias UCI (PADILHA et al., 2010), permitindo a identificação da influência das mudanças tecnológicas na qualidade dos cuidados prestados (PADILHA, DUCCI, 2008) e constituindo um requisito na adequação de enfermeiros, visto que uma equipa superdimensionada torna-se dispendiosa, enquanto uma equipa reduzida pode causar uma redução da eficácia/qualidade dos cuidados prestados, prolongar o internamento e aumentar os custos do tratamento (PADILHA et al., 2010).

Nos estudos internacionais, salientam-se os riscos da inadequação de enfermeiros, implicando sobrecarga de trabalho e falhas nos cuidados aos clientes, pois o aumento de um cliente por enfermeiro aumenta a probabilidade de mortalidade dos clientes cirúrgicos em 7% e aumenta em 23% a probabilidade de insatisfação no trabalho e em 15% o risco de Síndrome de *Burnout* (MAGALHAES et al, 2009). Os resultados nacionais comprovam essa situação, tendo-se apurado que um dos factores de stresse mais referidos pelos enfermeiros é o excesso de trabalho (GOMES et al., 2008). Deste modo, a adequação da equipa de enfermagem à carga de trabalho, melhora a qualidade dos cuidados prestados e garante a segurança dos clientes (PADILHA et al., 2010), podendo ser observada através da diminuição de complicações e morbilidade (NOVELLI, et al, 2009).

Em Portugal, o TISS-28 é o único índice de avaliação da carga de enfermagem que está validado de forma multicêntrica, mediante o EURICUS. Contudo, este índice foi revisto e modificado em 2003 por Miranda e Colaboradores, tendo resultado o NAS, já traduzido e validado para a língua portuguesa. Ainda existem poucos estudos internacionais sobre o NAS, mas um número crescente de profissionais de saúde tem vindo a aplicá-lo e a divulgar os seus resultados em congressos clínicos (GONÇALVES, 2006, p. 14). Nesse sentido, o objectivo principal desta revisão sistemática é a sistematização da informação existente

sobre o NAS. Outros objectivos passam pela identificação das intervenções terapêuticas contempladas pelo TISS-28 e comparação de ambos os instrumentos, caracterização do NAS e identificação das suas indicações de utilização, factores condicionantes e modo de implementação.

NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS)

Proposto por Miranda e Colaboradores em 2003, o NAS foi desenvolvido a partir do TISS-28 para torná-lo mais representativo das actividades de enfermagem realizadas na UCI. O NAS foi validado num estudo desenvolvido em 99 UCI de 15 países, tendo sido determinadas as actividades de enfermagem que melhor descreviam a carga de trabalho de enfermagem na UCI e atribuídas pontuações, de modo a que a pontuação final descrevesse o tempo médio consumido, ao invés da gravidade da doença (MIRANDA et al., 2003). Deste modo, o NAS não depende da gravidade da doença do cliente, visto que tem por base as actividades de Enfermagem autónomas e interdependentes (PANUNTO, GUIRARDELLO, 2009). Cada ponto do NAS corresponde a 14,4 minutos e a pontuação final é obtida através do somatório dos diferentes itens, expressando a percentagem de tempo dispendido pela equipa de Enfermagem no cuidado ao cliente crítico nas últimas 24h. Assim se a pontuação for 100, interpreta-se que o cliente requereu 100% do tempo de um enfermeiro na prestação de cuidados últimas 24 horas. O valor máximo pode chegar a 176,8% (QUEIJO e PADILHA 2009). Em caso de dúvida sobre a pontuação dos itens, considera-se o valor mais baixo de avaliação (PADILHA, DUCCI, 2008).

O NAS demonstra correlação estatística significativa com o TISS-28 e com o SAPS II, ajustada à idade dos clientes (QUEIJO, 2009). O NAS contém 7 categorias, nomeadamente “Actividades Básicas”, “Suporte Respiratório”, “Suporte Cardiovascular”, “Suporte Renal”, “Suporte Neurológico”, “Suporte Metabólico” e “Intervenções Especiais” e 23 itens de avaliação (QUEIJO 2009). O NAS tem sido referido como um instrumento importante na gestão, devido à sua capacidade para medir a carga de trabalho de

Enfermagem na UCI (PADILHA et al., 2008), possibilitar a identificação do tempo dispendido nos cuidados de enfermagem e subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros, segundo as necessidades reais dos clientes (LIMA et al., 2008).

Com a finalidade de uniformizar o significado de cada um dos itens do instrumento e evitar possíveis erros de interpretação, é necessário que todos os Enfermeiros estejam familiarizados com o instrumento (LIMA et al., 2008). Por isso, em anexo consta a caracterização do NAS, cuja aprovação foi feita por um grupo de juizes brasileiros familiarizados com o instrumento (GONÇALVES, PADILHA, 2005). Como o NAS permite a obtenção de informações retrospectivas sobre a carga de trabalho de Enfermagem nas últimas 24 horas, as pontuações maiores de NAS de 24 horas são as relativas aos tempos de internamentos mais prolongados. Recomenda-se que para efeitos de dimensionamento do número de Enfermeiros, seja utilizada a pontuação do NAS de 24h, visto que o valor obtido por turnos geralmente é menor. (CONISHI; GAIDZINSKY, 2007).

O NAS é criticado por causa dessa aplicação retrospectiva, podendo criar bases de uma rotina que não seja correspondente às necessidades de cuidados dos clientes. Contudo, embora não seja um instrumento de gestão com aplicações retrospectivas, um estudo realizado por Padilha e Ducci em 2008, cujo objectivo era comparar o NAS retrospectivo e o NAS prospectivo, mostrou que não há diferenças significativas entre ambas as aplicações (PADILHA, DUCCI, 2008, tendo-se concluído que o NAS era adequado na avaliação da carga de trabalho de enfermagem, possibilitando a distribuição dos enfermeiros pelos clientes, num turno de trabalho. Contudo, é necessário que o planeamento dos cuidados seja baseado nas necessidades reais dos clientes, que haja uma uniformização das definições operacionais entre os enfermeiros da UCI e que o planeamento dos cuidados não sofra influência das rotinas impostas na unidade (PADILHA, DUCCI, 2008).

Existem actividades de enfermagem que são sempre desempenhadas na UCI, nomeadamente 1. *Monitorização e controles*, 2. *Investigações*

laboratoriais, 3. *Medicação* 4. *Procedimentos de higiene* 6. *Mobilização e Posicionamento* e 8. *Tarefas administrativas e gestão* (PADILHA, DUCCI, 2008). Nos vários estudos desenvolvidos, verificou-se que as pontuações do NAS variam entre 52,1 e 74,62% (NOVELLI et al., 2009). A carga de trabalho de Enfermagem mediana é de 68 a 71%, pelo que valores inferiores, considera-se que a carga de trabalho é baixa e valores superiores, a carga de trabalho de enfermagem é elevada (GONÇALVES, 2006, p. 32).

O valor médio mais elevado de NAS foi registado numa UCI de um hospital universitário, especializada em cirurgias cardíacas, tendo-se verificado um NAS médio diário superior a 74,62%. Aliás, no primeiro dia pós-operatório, o NAS foi de 96,79% (DIAS, 2006). A pontuação do NAS reflecte o tipo de UCI e as necessidades dos clientes em actividades de enfermagem. Por exemplo, nessa UCI, verifica-se que os itens 12 e 14, referentes a medicação vasoactiva e monitorização da função ventricular esquerda, são frequentemente realizados (DIAS, 2006, p. 69). Nos casos de clientes internados por doenças respiratórias, a percentagem de tempo dedicada ao *suporte respiratório* é mais elevada (LIMA et al., 2008). No item referente às tarefas administrativas e de gestão devem ser contempladas as actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta que interfiram nas actividades de rotina dos cuidados aos clientes, como por exemplo as Normas de Orientação Clínica (DIAS, 2006, p. 69). No item "*Procedimentos de Higiene*" e "*Mobilização e Posicionamento*", está contemplado o número de enfermeiros requeridos na prestação desses cuidados, sendo que os clientes com alta dependência de Enfermagem, ou seja, a maioria dos clientes internados na UCI, necessitam de dois Enfermeiros, de modo a garantir a segurança do cliente, prevenir complicações e prevenir lesões musculo - esqueléticas nos enfermeiros (LIMA et al., 2008).

Nos casos em que são desenvolvidos o treino de competências do cliente e do cuidador informal, os mesmos devem ser pontuados no item 7, devendo ser pontuado o tempo correspondente à realização da actividade (LIMA et al., 2008).

Factores condicionantes do NAS

A identificação dos factores associados à carga de trabalho de Enfermagem constitui um aspecto fundamental para os enfermeiros que exercem funções na UCI (GONÇALVES, 2006, p. 17). Actualmente, alguns estudos estão a ser desenvolvidos sobre os factores associados à carga de Enfermagem na UCI, avaliada através do NAS, dado que ainda não há resultados conclusivos (PADILHA et al., 2010). De qualquer modo, os factores já identificados incluem as variáveis sócio-demográficas (idade e género), a proveniência, a duração do internamento, a gravidade e estado de alta na UCI (PADILHA et al., 2010). De uma maneira geral, as pontuações mais elevadas no NAS estão associadas a maior gravidade, necessidade de intervenções terapêuticas, aumento do risco de mortalidade e maior duração de internamento. Consequentemente, verifica-se que as pontuações de SAPS II mais elevadas (PADILHA et al., 2008).

Relativamente à carga de trabalho de Enfermagem dos clientes no primeiro dia de admissão, pela experiência, os Enfermeiros sabem que a maioria dos clientes exige uma elevada carga de trabalho, situação que é independente das horas em que o cliente permanece na UCI. Alguns dos aspectos que justificam essa situação são a gravidade do cliente, com instabilidade hemodinâmica e respiratória, a alteração no nível de consciência e o agravamento nos diferentes sistemas fisiológicos. Estas condições são frequentes nas primeiras 24 horas e tornam os clientes vulneráveis, exigindo a monitorização e a execução de cuidados intensivos superiores aos normalmente realizados nos restantes dias de internamento (GONÇALVES, 2006, p. 17).

Alguns dos procedimentos frequentemente realizados são incluem a monitorização hemodinâmica, execução de diversos procedimentos invasivos, análises laboratoriais e são instituídas terapêuticas farmacológicas. Por outro lado, as funções respiratória, cardiocirculatória, renal e metabólica devem ser monitorizadas, pois a sua evolução é determinante na recuperação do cliente (GONÇALVES, 2006, p. 18). No primeiro dia de internamento na UCI, além das

actividades relacionadas com os cuidados directos, também há actividades que consomem um tempo considerável aos enfermeiros. Entre essas actividades, destaca-se o apoio psicológico ao cliente e seus familiares, dada a ansiedade causada pelo internamento na UCI, bem como a realização de actividades administrativas e de gestão, tais como o preenchimento da nota de admissão e o planeamento dos cuidados, de modo a dar continuidade aos mesmos e a garantir a qualidade dos cuidados prestados (GONÇALVES, 2006, p. 18). Segundo o estudo desenvolvido por esta autora, a única variável que tem associação com o NAS é a duração do internamento, sendo que à medida que o internamento do cliente se prolonga, também a carga de trabalho de Enfermagem vai aumentando, obtendo-se valores de NAS mais elevados.

Desde as últimas décadas que se verifica, a nível internacional, o envelhecimento da população. Este fenómeno ocorre tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, com consequências consideráveis na sociedade e particularmente nos cuidados de saúde (SOUSA et al., 2008).

Os vários estudos consultados são unânimes no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas. Verifica-se que os clientes são predominantemente do género masculino e idosos. Apesar de vários autores concordarem que não existem diferenças significativas entre a idade do cliente e a carga de trabalho de Enfermagem (PADILHA et al., 2010), a idade ainda constitui um aspecto controverso na admissão dos clientes na UCI, visto que um dos critérios de exclusão de admissão nalgumas UCI americanas e europeias é a idade, principalmente nos casos de clientes idosos com doenças crónicas (SOUSA et al., 2008). Contudo, esta visão economicista é contrariada pelos resultados de um estudo realizado em 5 hospitais ingleses, visto que após a avaliação de um médico intensivista, cerca de 50% dos clientes idosos tem indicação para admissão na UCI.

No estudo realizado por Sousa et al (2008), onde foi avaliada a carga de trabalho de Enfermagem numa amostra dividida em três faixas etárias: 60-69 anos, 70-

79 e acima de 80 anos, concluiu-se que apesar do género, a gravidade, tipo de transferência e motivo de internamento terem sido diferentes entre os diferentes grupos etários, não havia diferenças significativas relativamente à carga de Enfermagem. Apurou-se que os factores de risco independentes da elevada carga de enfermagem foram a gravidade da doença, a idade “acima de 70 anos” e pós-operatório imediato de risco, sendo que a única variável de relevo associada à carga de trabalho de enfermagem foi o tipo de admissão, concretamente a proveniência do bloco operatório por pós-operatório de risco. Verificou-se que clientes cirúrgicos requeriam maior carga de trabalho de Enfermagem, quando comparados com os clientes admitidos por agravamento das doenças clínicas, visível nas médias de NAS com 83,5 % e 72,1%, respectivamente. Também se constatou uma associação positiva entre as variáveis idade e proveniência do Bloco Operatório, visto que os clientes com idades entre 70-79 anos e admitidos por pós-operatório de risco, apresentam uma elevada carga de trabalho de Enfermagem (SOUSA et al, 2008). Deste modo, a idade como factor isolado não deve constituir um factor discriminativo da admissão na UCI (SOUSA et al., 2008), devendo ser colocado ao dispor dos clientes os recursos disponíveis considerados necessários para cumprir os objectivos dos cuidados de saúde.

Em relação à duração do internamento, existem divergências relativamente aos resultados (PADILHA et al., 2010). Num estudo realizado na Finlândia por Lundgren-Laine e Suominen em 2007, verificou-se que a relação entre estas duas variáveis era fraca. Contudo, em vários estudos brasileiros que utilizaram o NAS, foram evidenciadas diferenças significativas, sendo que à medida que se prolonga o internamento do cliente, maiores são as necessidades de cuidados de Enfermagem e maiores as médias de NAS. De facto, por cada dia-extra na UCI, aumenta em 1,07 vezes a probabilidade de obter pontuações de NAS mais elevadas (PADILHA et al., 2010). Contudo, os internamentos mais curtos, também consomem um tempo considerável nos cuidados de enfermagem considerável (PADILHA et al., 2010).

Quanto há proveniência, verifica-se que os mais prevalentes são o Bloco Operatório, o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intermédios (SOUSA et al., 2008). As causas do internamento na UCI são predominantemente clínicas, por agravamento das doenças respiratórias, cardíacas e gastrointestinais (SOUSA et al., 2008). As alterações neurológicas como o AVC também são significativas (LIMA et al., 2008). Ao nível respiratório, a agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a broncopneumonia são as mais significativas (LIMA et al., 2008). Na literatura internacional, existem estudos que referem a proveniência do Bloco Operatório na proporção de 32,5% e 37% (GONÇALVES, 2006,p. 52). O internamento por pós-operatório de risco de cirurgia electiva é significativo (PADILHA et al., 2010), dado que as cirurgias extensas realizadas em clientes idosos com múltiplas doenças crónicas podem justificar o internamento na UCI, por instabilidade e exacerbação das mesmas no pós-operatório imediato (GONÇALVES, 2006,p. 53). De facto, os factores de risco pré-operatórios têm grande influência no desenvolvimento de complicações pós-operatórias e, por isso, a necessidade de cuidados intensivos e especializados de enfermagem (DIAS, 2006, p. 73). A transferência da Unidade de Cuidados Intermédios poderá ser decorrente do agravamento das condições clínicas ou necessidade de monitorização intensiva (GONÇALVES, 2006,p. 53). De entre os motivos de admissão, as doenças cardíacas constituem uma causa importante (SOUSA et al., 2008). O NAS mostrou-se um instrumento adequado na avaliação da carga de Enfermagem no pós-operatório de clientes submetidos a cirurgias cardíacas, apresentando uma correlação estatisticamente significativa com a gravidade do estado do cliente. Para prevenir complicações nas primeiras horas do pós-operatório, é necessária vigilância e monitorização intensivas, actividades que diminuem com o passar do tempo e perdem significância quando o cliente está internado muitos dias na UCI (DIAS, 2006).

Nos estudos desenvolvidos por PADILHA *et al* (2010) e NOVELLI *et al* (2009), verificou-se que existiam variações na carga de trabalho de Enfermagem, em diferentes dias da semana. Nesses

estudos foram identificadas as dinâmicas da UCI, nomeadamente os dias em que eram desenvolvidas as grandes cirurgias e ocorriam o maior número de internamentos provenientes do Serviço de Urgência. O conhecimento das dinâmicas da UCI e as acções coordenadas entre os diferentes serviços, principalmente com os serviços cuja proveniência de clientes é maior, permitia a identificação dos factores associados à carga de enfermagem e a melhoria dos cuidados prestados (NOVELLI et al., 2009). Nesta óptica, a equipa de enfermagem deve estar adequada às variações das necessidades de cuidados, o que contribui para a redução dos custos na UCI (PADILHA et al., 2010).

A aplicação do NAS em associação com um índice de gravidade, pode ajudar a estabelecer a relação entre a gravidade e a carga de trabalho de Enfermagem. A pontuação média de SAPS II é de 43 a 46,5 pontos. O agravamento da condição clínica dos clientes até à alta da UCI, está associado ao aumento expressivo da carga de trabalho de Enfermagem (NOVELLI et al., 2009), sendo que as pontuações mais elevadas de SAPS II aumentam em 2,78 vezes a probabilidade de obter um NAS elevado (PADILHA et al., 2010).

O NAS também apresenta correlação com o índice de avaliação do risco cirúrgico (Índice de Parsonnet), pelo que quanto maior for a pontuação deste índice, maior a necessidade de cuidados de enfermagem pelos clientes (DIAS, 2006). Os clientes que morreram na UCI ou permaneceram mais tempo internados na UCI foram aqueles que mais provavelmente evidenciaram uma situação instável, exigindo maior monitorização e tratamento mais intensivo e, como consequência, a disponibilização de mais tempo nas actividades de Enfermagem (PADILHA et al., 2008). Um dos factores que pode também pode condicionar a aplicação do NAS está relacionado com a existência de enfermeiros com pouca experiência. Segundo DIAS (2006, p. 83), os clientes chegaram a receber 120% de tempo nos cuidados de enfermagem, o que não corresponde à realidade. Por isso, é necessário avaliar efectivamente a disponibilidade de enfermeiros. Outras variáveis tais como o tipo de UCI (geral ou

especializada), a morbidade e a dependência para os cuidados de Enfermagem, o tipo de hospital e a organização do Sistema de Saúde, também podem influenciar consideravelmente a carga de trabalho de enfermagem (PADILHA et al., 2008; PADILHA et al., 2010).

Comparação entre o TISS-28 e o NAS

Inicialmente, o TISS foi usado para estratificar os clientes de acordo com a severidade da doença. Contudo, outros instrumentos específicos foram desenvolvidos para esse fim. Por isso, o TISS tem sido usado para avaliar a carga de trabalho de enfermagem (MIRANDA et al., 2003). Foi criado em 1974 por Cullen e colaboradores. Já teve várias versões, sendo que na primeira versão, era constituído por 57 intervenções terapêuticas, em 1983, após a Conferência de

Bethesda foi revisto e actualizado para 76 itens e em 1996, após um grande estudo multicêntrico em 12 áreas da Europa, o EURICUS.I, surgiu o TISS-28 ou TISS simplificado (PADILHA et al., 2005). É constituído por 28 itens distribuídos por sete categorias de intervenções terapêuticas, denominadas: actividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas (PADILHA et al., 2005).

Em 1997, foi apresentado o NEMS (*Nine Equivalent of Nursing Manpower Score*), uma versão reduzida deste instrumento, com apenas 9 itens, mas preservando as características que permitem a avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI (GONÇALVES, 2006, p. 12). No quadro seguinte é feita uma comparação entre ambos os instrumentos de avaliação da carga de Enfermagem, salientando as vantagens e desvantagens.

INSTRUMENTO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
TISS	<p>É amplamente usado nas UCI, devido à fiabilidade e facilidade de utilização (QUEIJO, 2009).</p> <p>Permite estimar a gravidade da doença dos clientes, tendo algum valor prognóstico de mortalidade, apesar de não dever usado com esse fim (PINTO et al, 2009)</p> <p>Pode-se calcular o <i>Work Utilisation Ratio</i> (WUR) através dos valores obtidos, possibilitando a avaliação da eficácia dos recursos de enfermagem disponíveis.</p> <p>Mediante a estimativa do custo de cada ponto do TISS, é possível determinar os custos fixos das UCI (PINTO et al., 2009).</p> <p>Através do somatório dos pontos atribuídos às intervenções terapêuticas desempenhadas, é possível classificar os clientes em 4 classes (classes de Cullen), que ajudam a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de internamento na UCI (PINTO et al., 2009).</p>	<p>Nas várias versões, a filosofia original do instrumento mantém-se inalterada: a carga de trabalho de enfermagem está relacionada com a gravidade da doença e o tipo e frequência de intervenções terapêuticas estão relacionadas com a gravidade da doença do cliente. Contudo, muitas actividades de enfermagem não estão necessariamente relacionadas com a gravidade da doença. Somente 30% do tempo de enfermagem é dispendido nas actividades relacionadas com a utilização de tecnologia específica na UCI e em pelo menos dois terços do tempo, são desempenhadas actividades de enfermagem que não são específicas na UCI. Contudo, foi demonstrado que os enfermeiros despendem somente 43,3% do seu tempo a desempenhar as intervenções terapêuticas referidas no TISS-28 e o 34,3% do tempo é dedicado a actividades não incluídas no TISS-28.</p> <p>A selecção dos itens incluídos é feita segundo a hierarquia de complexidade das intervenções e não segundo o tempo necessário para o seu desempenho (MIRANDA et al., 2003).</p>
NAS	<p>Baseia-se na duração real das actividades de enfermagem, independentemente da gravidade da doença dos clientes. Esta constitui uma importante diferença em relação ao TISS-28. Excluindo a discriminação da gravidade da doença, as indicações de utilização do NAS na UCI são similares às do TISS-28 (MIRANDA et al., 2003). É adequado para a utilização na UCI, independentemente da idade do cliente (recém-nascido ou adulto), tendo sido utilizado com sucesso nas Unidades de Cuidados Especiais Neonatais (BOCHEMBUZIO, 2007).</p> <p>Apresenta validade com outros indicadores de saúde,</p>	<p>Alguns factores que dificultaram a implementação nas UCI brasileiras, foram a falta sistemática de registos de enfermagem, que acabam por inviabilizar a sua aplicação, a desmotivação dos enfermeiros para registar informações adicionais e quadros de pessoal subdimensionado, que implicaram sobrecarga de trabalho (GONÇALVES, PADILHA, 2005)</p> <p>É necessário que a equipa de Enfermagem padronize o tempo gasto nas actividades de Enfermagem e que haja clareza quanto ao seu preenchimento, para não enviesar os resultados obtidos. (GONÇALVES, PADILHA, 2005)</p>

<p>nomeadamente com o SAPS II, TISS-28, Índice de Parsonnet (DIAS, 2006) e com o Physiological Stability Index (PSI) (BOCHEMBUZIO, 2007).</p> <p>As cinco categorias adicionadas (monitorização e controlos; procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e clientes e actividades administrativas e de gestão) são aquelas que representam mais tempo dispendido pela equipa de enfermagem (MIRANDA et al., 2003).</p> <p>Apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das actividades de Enfermagem, superando a abrangência do TISS-28, que somente contempla 43,3%. Por isso, descreve, aproximadamente, duas vezes mais o tempo gasto pela Equipa de Enfermagem nos cuidados ao cliente em estado crítico, quando comparado com o TISS-28 (QUEIJO e PADILHA (2009)</p> <p>Melhora a gestão diária dos recursos humanos na UCI, aumenta a eficácia das funções do planeamento, custos e auditoria da UCI e possibilita uma análise mais detalhada das actividades desempenhadas pelos enfermeiros, favorecendo a identificação das melhorias que podem ser feitas no processo de cuidar e na distribuição das tarefas entre os vários profissionais na UCI (MIRANDA et al., 2003).</p> <p>Recentemente, foi utilizado em associação com indicadores da UCI, tais como taxas de alta, óbito e readmissões (NOVELLI et al., 2009)</p>	<p>Apesar do NAS ser mais extenso do que o TISS-28, verificou-se que o tempo de leitura dos registos do cliente e inserção dos dados no sistema informático, demora em média 5 minutos por cliente.</p> <p>É necessário que o enfermeiro reconheça as características do processo de cuidar, partir da aplicação electrónica.</p> <p>Para isso, o enfermeiro deve ser treinado e capacitado para identificar as necessidades de cuidados dos clientes, de acordo com a sua realidade (NOVELLI et al., 2009).</p>
---	--

Aplicação do NAS

Para o NAS poder ser aplicado, existem alguns procedimentos que devem ser aferidos na Equipa de Enfermagem. Na primeira etapa, é necessário que seja padronizado o tempo dispendido nos cuidados de enfermagem nos itens que contemplam sub-itens (a, b e c), nomeadamente 1. “*Monitorização e Controlos*”, 4. “*Procedimentos de higiene*”; 7. “*Suporte e cuidado aos familiares e clientes*” e 8. “*Tarefas administrativas e gestão*”, de modo a se estabelecer um padrão de horas consumidas na realização das actividades, de acordo com a realidade da unidade. (GONÇALVES, PADILHA, 2005). Estes sub-itens devem ser transformados em horas, de acordo com o seguinte critério: “*Normal*”, “*Além do normal*” e “*Muito além do normal*”, de acordo com tempo considerado de “rotina” para a realização da actividade. Os itens 9, 17, 18 e 21, habitualmente não apresentam desacordo, pois são mais objectivos (LIMA et al., 2008). Um questionário aplicado a toda a equipa em que cada enfermeiro regista o tempo que considera necessário, pode ser uma boa maneira de se ter uma percepção geral da equipa. Seguidamente, os

enfermeiros devem ser treinados na aplicação do NAS. Sugere-se que sejam programadas sessões de formação com os enfermeiros das diferentes equipas em que são explicados cada um dos itens de modo a tornar compreensível seu significado e, conseqüentemente, tornar mais fidedigno seu preenchimento (GONÇALVES, PADILHA, 2005). Parte-se do princípio que os enfermeiros sabem a frequência da necessidade de execução das actividades. Contudo, por vezes, a frequência dos cuidados prestados não corresponde à frequência dos cuidados idealizados. Essas situações também têm de ser esclarecidas na equipa de enfermagem (CONISHI; GAIDZINSKY, 2007). Aferidos estes aspectos na equipa de enfermagem, o NAS poderá ser aplicado em cada cliente nos diferentes turnos, com o objectivo de obter possíveis informações não disponíveis nos registos de enfermagem sobre o tempo gasto na realização das actividades e nos diferentes turnos. Para obter o NAS total, poderá ser construído um instrumento único que será utilizado para a colheita de dados diária do NAS.

Finalmente, o NAS deverá então ser preenchido para cada cliente a cada 24 horas, com o objectivo de ser obter a pontuação diária do NAS e avaliar a carga de trabalho de Enfermagem necessária à satisfação das necessidades reais do cliente (GONÇALVES, PADILHA, 2005). O NAS poderá ser aplicado num sistema informático. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), é crescente a importância e a emergência da informatização dos serviços de saúde, salientando-se o potencial dos registos de enfermagem, pela produção automática de indicadores de saúde, desenvolvimento da investigação, monitorização da qualidade, formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde.

Os dados obtidos também permitem a comparação a nível local, regional, nacional e internacional. O NAS em formato informático permite a identificação dos diagnósticos de enfermagem e facilita o planeamento dos cuidados, ajudado na gestão e dimensionamento dos enfermeiros. Por outro lado, também favorece a colheita de dados e arquivo das informações, constituir um importante recurso no processo de avaliação da qualidade dos cuidados (NOVELLI, *et al*, 2009). De referir que a aplicação informática deve funcionar de modo integrado com os modelos existentes ou a desenvolver e deve estar em conformidade com as normas internacionais de referência (ORDEM dos Enfermeiros, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade, gravidade e altos custos associados aos cuidados intensivos, justificam a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, permitindo estimar o número de enfermeiros e dimensionar os recursos de enfermagem às necessidades dos clientes. Os benefícios da carga de trabalho de enfermagem adequada reflectem-se em variados níveis, nomeadamente na qualidade dos cuidados prestados aos clientes, na satisfação pessoal dos enfermeiros e na redução dos custos das unidades. No processo de trabalho de enfermagem, existe a dimensão técnica ou explícita do cuidado ao cliente e família. Contudo, no

processo de cuidar, é importante que se dê visibilidade a aspectos que exigem um grande investimento dos profissionais, como o desgaste mental ou emocional para lidar com as diferentes situações. Por isso, é importante encontrar modelos de avaliação e análise da carga de trabalho de enfermagem que tenham a sensibilidade de incluir as dimensões mais subjectivas das actividades relacionadas com o cuidado do cliente e sua família. O NAS contempla essas dimensões mais subjectivas do cuidar ao cliente e família, para além de contemplar o tempo dispendido na execução das actividades de enfermagem.

Os resultados dos estudos existentes são unânimes quanto sua eficácia do NAS na avaliação da carga de trabalho de enfermagem e sensibilidade para as actividades de enfermagem. O NAS supera a abrangência do TISS-28, ao descrever duas vezes mais o tempo dispendido nos cuidados de enfermagem. Este instrumento é útil em variados contextos para além da UCI, nomeadamente na Gastroenterologia e Neonatologia.

Apesar de ser baseado na duração real das actividades de enfermagem, ao invés da gravidade da doença e necessidades de intervenções terapêuticas, verifica-se que um dos factores associados à elevada carga de trabalho de enfermagem avaliada pelo NAS é a gravidade da doença. Outros factores significativos são a duração do internamento, o tipo de admissão e proveniência e taxa de mortalidade. Para o NAS ser aplicado, é necessário que vários procedimentos na equipa de enfermagem sejam aferidos, principalmente que o tempo necessário na execução das diferentes actividades de enfermagem seja padronizado e que definições operacionais sejam assimiladas por toda a equipa, de modo a evitar erros de interpretação e preenchimento.

Da aplicação do NAS em formato informático advêm várias vantagens, principalmente a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e o auxílio na tomada de decisão. A sua utilização em conjunto com outros indicadores de saúde possibilita o ajuste do número de enfermeiros na UCI, adequando os recursos de enfermagem às necessidades reais dos clientes.

Como ainda existem poucos estudos com o NAS e dadas as suas potencialidades, recomenda-se que o NAS seja testado em diferentes UCI e unidades de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOCHEMBUZIO, Luciana - *Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia*. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23012008-134656/>
- CONISHI, Regina; GAIDZINSKY, Raquel - Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; vol. 41, n.º 3, pp 346-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/02.pdf>
- DIAS, Márcia - *Aplicação do Nursing Activities Score - N.A.S. - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica*. Escola Superior de Enfermagem: Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-17102006-131800/>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. – Lisboa, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- DUCCI, Adriana; PADILHA, Katia - Nursing activities score: a comparative study about retrospective and prospective applications in intensive care units. *Acta Paul Enferm*. 2008, vol 21, n.º 4, pp. 581-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a08v21n4.pdf
- GOMES, A.R et al., – *Stresse, Saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar*. In M.G. Pereira, C. Simões, T. McIntyre, (Eds), *Actas do II Congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (2ª edição, vol. IV, pp. 178-1992). Braga: Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7824/1/2-Actas-Enfermeiros-Fam%C3%ADlia.pdf>
- GONÇALVES, Leilane; PADILHA, Kátia - Nursing Activities Score (NAS): Proposta para Aplicação Prática em Unidade de Terapia Intensiva. *Prática Hospitalar*. 2005, ano VII, n.º 42. ISSN: 1679-5512. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2033-42.html>
- GONÇALVES, Leilane – *Factores associados à carga de trabalho de Enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação*. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-125217/>
- LIMA, Marian et al., - Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 638-46. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/03.pdf>
- MAGALHAES, Ana et al., - Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev. bras. enferm.* [online], 2009, vol.62, n.º 4, pp. 608-612. ISSN 0034-7167. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>
- MIRANDA, Dinis et al., - Nursing Activities Score. *Crit Care Med*, 2003, vol. 31, n.º 2. Disponível em <http://www.intensiveregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=oAXMjScuiX8%3D&tabid=76&mid=428>
- NOVELLI, Cristina et al., - Aplicativo Informatizado com o Nursing Activities Score: Instrumento para gerenciamento da assistência em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2009, vol. 18, n.º3, pp. 577-285. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411760022>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. 2007. Disponível em: http://www.ordenenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg_RequisitosTecFunc-Abri12007.pdf
- PADILHA, Katia et al., - Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*, 2010, vol 26, pp. 108-113. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WGN-4Y41MGY-2-7&_cdi=6827&_user=3422714&_pii=S0964339709001128&_orig=search&_coverDate=04%2F30%2F2010&_sk=999739997&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkzV&md5=6211b22c9840129c06cb33e710df9e50&ie=sdarticle.pdf
- PADILHA, Katia et al., - Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2008, vol. 24, n.º 3, pp. 197-2004. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WGN-4R1FS8V-1-1&_cdi=6827&_user=3422714&_pii=S0964339707001036&_orig=search&_coverDate=06%2F30%2F2008&_sk=999759996&view=c&wchp=dGLbVzz-zSkzV&md5=6062a490affc174bb0e9de2bcc9d2c9b&ie=sdarticle.pdf
- PADILHA, Kátia et al - Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2005, vol 39, n.º 2, pp. 229-33. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/34.pdf>
- PANUNTO, Márcia, GUIRARDELLO, Edinéis - Nursing workload at a gastroenterology unit. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009, vol 17 n.º 6, pp. 1009-14.
- PINTO, T; PIRES, M - TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e sua capacidade prognóstica. *Rev Port Med Int*, 2009; vol. 16, n.º 2. Disponível em: http://www.spci.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_2009_2_5_2009_10_11.pdf (19/03/2010; 15:28)
- QUEIJO, Alda; PADILHA, Kátia - Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2009; vol. 43, pp. 1018-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns.pdf> (07/03/2010; 10:38)
- SOUSA, Cleber et al. Predictors of nursing workload in elderly patients admitted to intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.2, pp. 218-223. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/08.pdf>

A Saúde da Pessoa Idosa – Relevância do Lazer e das Redes Sociais

ALMEIDA, Débora; ANTUNES, Jorge; COSTA, Ana; DELGADO, Filipa; MILEU, Luís; OLIVEIRA, Ana; PEREIRA, Gláucia; SILVA, Iolanda; MORGADO, Joana;⁶
CERQUEIRA, Andreia Ferrerri ⁷

Resumo

Este artigo nasce de um trabalho baseado na metodologia *Problem Based Learning*, realizado por um grupo de estudantes de enfermagem e descreve a relevância do lazer e das redes sociais na promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. Nele, pretende-se reflectir acerca das intervenções de enfermagem e ainda dar a conhecer diversos tipos de actividades de lazer, que podem ser realizadas com os idosos, proporcionando momentos de alegria e convívio e estimulando as suas capacidades físicas e mentais, promovendo um envelhecimento activo.

Palavras Chave

Pessoa idosa, redes sociais, lazer, enfermagem

Abstract

This article comes from a working methodology based on: *Problem Based Learning*, conducted by a group of nursing students and describes the importance of leisure and of social networks to promote health and quality of life of the elderly. In it, we intend to reflect on nursing interventions and still get to know different types of leisure activities that can be performed with the elderly, providing moments of joy and conviviality and stimulating their physical and mental capacities, promoting active aging.

Keywords

Elder, social networking, entertainment, nursing

⁶ Estudantes do 1º ano do 10º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ano lectivo 2009-2010.

⁷ Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Facilitadora do presente grupo de PBL.

Introdução

A metodologia Problem Based Learning (PBL), centrada no estudante, desenvolve-se em grupo e implica a assunção de diferentes papéis por parte dos seus actores. “O estudante aprende a aprender, utilizando a procura de conhecimento nas diversas fontes de informação disponíveis, enquanto que o professor assume o papel de facilitador do processo”.⁸ Consiste no “uso de problemas do mundo real para encorajar os estudantes a desenvolverem o pensamento crítico e habilidades de resolução de problemas e a adquirirem conhecimento sobre os conceitos essenciais da área em questão”.⁹

O nosso tema¹⁰ de PBL foi *A Saúde da Pessoa Idosa – Relevância das Redes Sociais*¹¹, tendo o grupo decidido enveredar pelo subtema do **lazer**, justificando a sua escolha com o tempo livre que existe na velhice e a necessidade da sua ocupação de forma harmoniosa, com vista a uma boa qualidade de vida da pessoa idosa.

O que fazem os idosos? Como podem agir de forma a alcançar uma velhice feliz e saudável? E qual o papel das redes sociais e dos enfermeiros nesta vertente? Foram algumas das nossas principais questões.

Tendo em conta o nosso interesse em conhecer a dinâmica e funcionamento das redes sociais de apoio à pessoa idosa e a forma como trabalham a temática do Lazer, focámos a nossa atenção para a comunidade da região de Setúbal, na qual a nossa escola está inserida,

⁸ Guia Orientador de PBL, Enfermagem II e III. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 2009-2010. P.2.

⁹ idem

¹⁰ O trabalho foi desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares de Enfermagem II – Adulto e Idoso: Estilos de Vida e Conforto e Enfermagem III – Educação para a Saúde e Saúde Pública. Transversal a estas 2 unidades curriculares insere-se o módulo Problem-based learning (PBL) – Aprendizagem Baseada em Problemas.

¹¹ As áreas temáticas correspondentes ao presente ano lectivo, 2º semestre, debruçaram-se sobre “A Saúde da Pessoa Idosa – Relevância das Redes Sociais” e “Empoderamento do Adulto – Estilos de Vida Saudável”. A turma dividiu-se em 4 grupos, estudando cada 2 grupos uma destas temáticas.

fazendo parte de um projecto intitulado *Grupo Envelheseres*¹².

O facto de termos tido uma visão mais alargada e esclarecida sobre a rede social de Setúbal, contribuiu para reforçar o elo de ligação entre a escola e a comunidade e ainda informar e consciencializar colegas, professores, familiares e amigos sobre a relevância do lazer e das redes sociais na promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa.

A pessoa idosa

Na nossa sociedade, associamos muitas vezes o envelhecimento à pessoa idosa¹³. Contudo, importa referir que o envelhecimento não é um acontecimento, mas sim um processo, que decorre ao longo do tempo de vida do ser humano.

Assim, consideramos importante destacar o conceito de *envelhecimento activo*. Segundo Pedro Páscoa, citando a OMS o envelhecimento activo é “um processo de optimização de oportunidades para lutar pela saúde, pela participação activa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece”¹⁴.

Segundo a OMS, o envelhecimento activo depende de influências ou determinantes que envolvem o próprio idoso, a família e a comunidade em que está inserido, sendo estes determinantes económicos, sociais, de serviços sociais e de saúde, comportamentais, pessoais e relacionados com o meio físico.¹⁵

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas¹⁶ estabelece três grandes estratégias de

intervenção nas áreas do envelhecimento activo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência. A primeira estratégia de intervenção é na área do envelhecimento activo, em que o principal objectivo é a informação e formação das pessoas idosas, a segunda estratégia é destinada à promoção da saúde das pessoas idosas e a terceira e última estratégia de intervenção na promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores.

O Envelhecimento não está necessariamente relacionado com incapacidade, dependência, inactividade ou tristeza. Para que a pessoa idosa viva cada vez mais a sua velhice de forma activa é indispensável encontrar determinadas estratégias que promovam a sua qualidade de vida e bem-estar.

O lazer e as Redes Sociais na Promoção da Saúde

Um dos temas que nos suscitou maior interesse, pelo seu possível contributo para um envelhecimento activo foi o lazer. Dumazedier (1979) afirmou que o lazer é um “conjunto de acções escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento, num processo pessoal de desenvolvimento. Tem carácter voluntário e é contraponto ao trabalho urbano-industrial.”¹⁷. Assim, podemos considerar o lazer como uma forma de se utilizar o tempo em actividades geradoras de prazer, descanso e distracção. O interesse por determinadas actividades varia de acordo com o indivíduo, tendo em conta que o ser humano é um ser bio-psico-socio-espirito-cultural.

As redes sociais assumem assim um papel fundamental na criação de actividades de lazer para os idosos, nomeadamente os lares, centros de dia, centros de convívio e câmaras municipais, entre outros, sendo importante realçar que as actividades que a pessoa desenvolve divergem consoante o seu desejo e a instituição / organização em que está inserida.

¹² Projecto com início em 2006, do qual fazem parte representantes de diversas instituições da rede social de Setúbal, estando direccionado para o desenvolvimento de actividades de animação, formação de idosos e cuidadores, incrementando várias actividades de lazer.

¹³ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pessoa idosa é uma pessoa com mais de 65 anos.

¹⁴ PÁSCOA, Pedro – A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso. Porto: Universidade Fernando Pessoa/Faculdade de Ciências da Saúde/ Escola Superior de Saúde, 2008. P.35

¹⁵ WHO - Global age-friendly cities: a guide. Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2007. ISBN: 978 92 4 154730 7. P.10

¹⁶ DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosa, 2004. P.1-22. Disponível em URL: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

¹⁷ ALMEIDA, Marco António. Subsídios teóricos do conceito cultura para entender o lazer e as suas políticas públicas, 2006. disponível em URL: <http://fefnet172.fef.unicamp.br/publicacoes/conexoes/v2n1/ArtigoMarcos.pdf>

Segundo Rosa Martins, citando Paúl (1991) “as redes sociais de apoio, mais não são do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema”.¹⁸

As redes sociais destinadas a idosos podem ser classificadas em dois grandes grupos: redes formais e informais. Fernanda Andrade¹⁹, citando Paúl (1997) explica que as redes formais são as instituições públicas e privadas e serviços estatais de segurança social que são organizados pelo poder local (autarquias, câmaras), que existem para apoiar os idosos, como os lares, centros de dia e serviços de apoio domiciliário. A autora refere ainda que as redes sociais de apoio informal à pessoa idosa podem ser subdivididas em dois grupos: as constituídas pela família e as constituídas pelos amigos e vizinhos.

Em Portugal, as redes sociais encontram-se distribuídas pelos vários concelhos, sendo coordenadas habitualmente pelas câmaras municipais, que interagem com outras instituições públicas ou privadas, de forma a criar redes sociais de apoio aos idosos. São muito importantes para as pessoas idosas, principalmente quando é necessária uma maior adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento²⁰ e proporcionam uma forma de fugir à solidão e ao isolamento, permitindo que as pessoas se sintam valorizadas e integradas na sociedade.

As pessoas idosas que aderem às redes sociais, tendem a desenvolver melhores competências sociais, o que possivelmente contribui para o aumento da sua qualidade de vida, em comparação com os idosos que convivem apenas com a família ou que permanecem isolados. Estes, por vezes, devido à falta de apoio social, tendem a apresentar dificuldades nas competências sociais e consequentemente uma

diminuição da qualidade de vida, podendo ficar mais susceptíveis a depressões e a outros problemas de saúde.²¹

Em síntese, a probabilidade de envelhecer de forma saudável aumenta, se houver à disposição do indivíduo uma rede social que responda às suas principais necessidades.

Assim, com o intuito de compreender melhor o papel das redes sociais de apoio ao idoso, elegemos como modelo a região de Setúbal e o *Grupo Envelheseres*.

No *Grupo Envelheseres* colaboram diversas instituições que acolhem idosos ou que trabalham com eles, como a Cáritas, o CATI – Centro de Apoio à Terceira Idade, o LATI – Liga de Amigos da Terceira Idade, a Cruz Vermelha Portuguesa, a Santa Casa da Misericórdia, entre muitos outros. Estas instituições articulam-se e colaboram com a Câmara Municipal de Setúbal, que tem um papel fundamental em todo o processo.²²

Este projecto abrange várias instituições da região de Setúbal, a partir do qual se realizam também sessões de educação para a saúde, cujos oradores são por vezes estudantes da ESS, que ensinam, instruem e treinam as pessoas idosas e cuidadores sobre temáticas relacionadas com a sua saúde e qualidade de vida.

Assim, visitamos instituições de apoio social como o CATI - Centro de Apoio à Terceira Idade e a Cáritas e assistimos a um festival de dança organizado pelo *Grupo Envelheseres*.

No CATI podemos observar uma actividade de reza do terço onde participaram voluntárias. Uma outra actividade que presenciámos foi a leitura do jornal realizada pela Sra. Directora, tendo sido possível observar durante esta actividade a sua importância, não só na ocupação do tempo livre mas também em termos

¹⁸ MARTINS, Rosa. A relevância do apoio social na velhice. Educação ciência e tecnologia. P.133. disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>

¹⁹ ANDRADE, Fernanda. O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal, 2009. P.40-41

²⁰ Portal do envelhecimento, disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/z814.htm>

²¹ PIMENTEL, Luísa. O Lugar do Idoso na família: Contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto Editora. 1ª Edição, 2001, ISBN: 972-8535-66-X. P. 73.

²² Informações recolhidas de um entrevista realizada pelos estudantes à Professora Patrícia Arguelho, Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, representante da ESS no *Grupo Envelheseres*.

cognitivos, estimulando o exercício mental e o espírito crítico das pessoas idosas.

Tivemos também oportunidade de assistir a uma aula de Tai Chi Chuan, leccionada por uma professora voluntária, na Cáritas. Devido às limitações físicas de alguns idosos, são feitas adaptações à modalidade, optando-se por exercícios que possam realizar e que sejam adequados à sua condição física, de forma a fortalecer zonas corporais – chave. Esta aula não só se constitui numa forma de realizar exercício físico, como numa oportunidade de convívio e diversão. Segundo a professora, muitas vezes os idosos chegam à aula de bengala a andar com alguma dificuldade, todavia, depois desta esquecem por completo o auxiliar de marcha, sendo evidentes os efeitos desta actividade nas suas posturas, segurança e relaxamento.

Também assistimos a um festival de dança organizado pelos responsáveis do *Grupo Envelheseres* realizado no cinema Charlot e que contou com a actuação de diversos convidados. No evento estiveram presentes idosos de várias instituições, que participaram no concurso de dança que encerrou o festival, tendo alguns deles realizado as decorações, os diplomas entregues aos participantes e uma lembrança (um azulejo) oferecido a cada instituição.

Importa ainda salientar que a Câmara Municipal de Setúbal tem muitas outras actividades, que se realizam ao longo do ano, nas quais as pessoas podem participar, um exemplo é o Programa Municipal para a População Idosa, que tem como objectivos valorizar a população idosa, aumentar a sua participação de forma a promover uma vida activa e desenvolver relações sociais.²³

O facto de termos observado e participado em algumas das actividades realizadas pelos idosos constituiu-se numa mais-valia, uma vez que compreendemos verdadeiramente a sua importância. Foi muito gratificante podermos observar durante as várias actividades o entusiasmo e satisfação das pessoas idosas. Estas experiências modificaram a nossa forma de pensar a pessoa idosa e o processo de envelhecimento, ajudando-nos também a transmitir as nossas principais aprendizagens.

A Intervenção do Enfermeiro

A pessoa idosa constitui um desafio para a enfermagem. “O seu estado de saúde é influenciado por uma vasta lista de factores físicos e psicossociais e os cuidados de enfermagem são prestados numa variedade de situações. A manutenção da independência e de um nível elevado de bem-estar são os temas traçados nos cuidados aos idosos”.²⁴

O enfermeiro tem um papel crucial junto da pessoa idosa, como prestador de cuidados, conselheiro, educador, coordenador dos serviços de cuidados e protector.²⁵ É essencial que o enfermeiro conheça a pessoa idosa de quem cuida, estabelecendo com ela uma relação de ajuda. Para tal deve realizar uma avaliação inicial eficaz, que permitirá realizar diagnósticos de enfermagem, planear e realizar intervenções de enfermagem adequadas à pessoa.

Em relação ao lazer é importante que o enfermeiro conheça as actividades promotoras de prazer para determinada pessoa, ajudando-a a encontrar estratégias, de forma a satisfazer as suas necessidades. Deve estimular um envelhecimento activo, fazendo com que a pessoa idosa se sinta útil nesta nova etapa da sua vida. Poderá, por exemplo, ajudar as pessoas idosas a manter uma actividade quotidiana, fazendo com que o tempo livre de que dispõem favoreça a participação e auto realização. Ler um livro, passear pelo jardim, incentivar a família a passar mais tempo de qualidade com a pessoa idosa, são acções que podem fazer a diferença.

A participação do enfermeiro nesta temática é fundamental nos diferentes settings de intervenção, tendo um papel decisivo na detecção precoce de situações problemáticas, muitas vezes geradoras de sofrimento, constituindo-se num elemento fulcral, promovendo a parceria entre serviços de saúde e de apoio social.

“Os programas de educação para a saúde são meios efectivos de mudar o comportamento e o estilo de vida. O ensino é a principal função de enfermagem e

²⁴ BOLANDER, Verolyn Era. *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. P.300. ISBN: 972-96610-6-5

²⁵ Idem

²³ Câmara Municipal de Setúbal, disponível em: <http://www.mun-setubal.pt>

pode ocorrer em todos os níveis de cuidados de saúde".²⁶ Para que as pessoas idosas sejam participantes activas, disponham de informação relevante de forma a poderem optar e decidir livre e conscientemente, o enfermeiro deve realizar programas de educação para a saúde, informando e esclarecendo os idosos e cuidadores, sobre os mais variados assuntos. A temática do lazer poderá ser uma entre muitas outras temáticas a aprofundar. Como estudantes de enfermagem e futuros enfermeiros, procurámos contribuir para a melhoria da educação e formação em enfermagem, tendo o nosso trabalho culminado numa apresentação para a turma, professores facilitadores de PBL e convidados, onde realçamos os seus pontos mais importantes, transmitindo as conclusões da nossa investigação.

A nossa apresentação deu ênfase à responsabilidade e dever que os estudantes de enfermagem têm na desmistificação de mitos e preconceitos em relação à pessoa idosa, ao processo de envelhecimento e o seu papel decisivo num encaminhamento eficaz, nomeadamente em relação ao lazer. Realizámos assim uma pequena encenação onde três idosos, numa sala de espera de um centro de saúde, falavam sobre temas relacionados com o lazer, demonstrando como um estudante de enfermagem poderia agir de forma eficaz, evidenciando a importância de ter conhecimentos adequados e promotores de acções eficazes e geradoras de saúde e bem-estar das pessoas idosas.

Conclusão

Com o aumento do número das pessoas idosas, torna-se imperativo a adopção de estilos de vida saudáveis promotores de um envelhecimento activo.

O lazer assume relevância na vida da pessoa idosa, contribuindo para um envelhecimento com saúde. As redes sociais desempenham um papel importante na organização e implementação de actividades de lazer, proporcionando uma boa ocupação de tempo livre e contribuindo sobretudo para a manutenção e/ou

melhoria da capacidade de autonomia e qualidade de vida dos idosos.

As visitas de observação foram importantes na medida em que permitiram a compreensão das inter-relações estabelecidas entre as diferentes instituições da rede social de Setúbal e o seu impacto na população idosa.

O papel do enfermeiro, nos diferentes settings de intervenção centra-se sobretudo na prestação de cuidados, educação e protecção da pessoa idosa. A nossa experiência leva-nos a considerar que os enfermeiros podem e devem assumir maior relevância nesta temática.

Neste sentido, destacamos algumas questões resultantes das nossas principais conclusões, esperando que este trabalho se possa constituir num contributo para a comunidade e para todos aqueles que cuidam de pessoas idosas.

Que investigação tem sido realizada pela enfermagem na temática do lazer na pessoa idosa? Que intervenções de enfermagem estão a ser implementadas neste sentido? Que papel têm as escolas de saúde e de enfermagem na formação dos estudantes e profissionais nesta área?

Concluimos este trabalho, referindo que o mesmo permitiu mudanças nas nossas representações, tendo-nos levado a diferentes atitudes e acções, nomeadamente em ensino clínico, onde procuramos garantir que o tema lazer não fosse esquecido, informando e encaminhando as pessoas idosas sobre as actividades existentes na comunidade. Levamos para o ensino clínico tudo aquilo que aprendemos com este trabalho, uns com os outros e com as pessoas com quem contactamos e tudo o que estas nos ensinaram: os idosos, os cuidadores formais e informais e os professores, deixando desde já o nosso agradecimento a todos os que contribuíram para a sua concretização.²⁷

Podemos assim afirmar que possuímos hoje uma visão diferente sobre esta temática, compreendendo o papel fundamental das actividades de lazer para um envelhecimento feliz e saudável.

²⁶ Ibidem p.290

²⁷ Foi explicado o propósito do nosso trabalho a todos os responsáveis das instituições que colaboraram connosco assim como os idosos, que deram o seu consentimento para a divulgação dos resultados.

O Fiel da Balança...

Ensaio Temático: Recusa de Tratamento Livres e Esclarecidas

Filipa Arrábida Vera
Revisão: Lucília Nunes

Resumo

Este artigo²⁸ tem como objectivo geral apresentar um Ensaio Temático sobre um assunto no âmbito da bioética. O tema abordado é a Recusa de Tratamento Livres e Esclarecidas. Este insere-se na área da saúde, nomeadamente ao nível da relação profissional de saúde – cliente e na forma de actuação de ambos. Relacionando-se com os seus direitos e deveres, com a legislação e documentos existentes e com os princípios da bioética, sobretudo no que respeita a autonomia e a beneficência.

Da bioética

A Bioética está intimamente relacionada com a ética, sendo que a palavra vem do grego *bios* (vida) e *ethos* (ética), que significa a ética da vida (BOCCATTO, 2007). Esta surge associada ao desenvolvimento de novas tecnologias nas mais variadas áreas que conduziram à emergência de crimes contra a humanidade, assim como a questões da responsabilidade e dos limites das acções (CASCAIS, [s.d.]), tendo como finalidade a promoção de uma vida saudável para o maior número de pessoas possível (LEPARGNEUR, 2007).

Van Potter em 1970 definiu a bioética como a ciência da sobrevivência humana e como uma “ponte”

²⁸ No âmbito da Unidade Curricular de Ética II, foi proposto aos estudantes do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem, quinto semestre, ano lectivo 2009/2010, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a realização de um trabalho individual para avaliação acerca de uma temática no contexto da disciplina. Aos estudantes foi dada a oportunidade de optarem sobre o tipo de trabalho que gostariam de elaborar. Desse modo, o trabalho poderia tratar-se de um Ensaio Temático ou de uma Recensão Crítica. Optámos pela realização do Ensaio Temático, tendo como tema principal a Recusa de Tratamento Livres e Esclarecidas.

que permitia o estabelecimento de uma relação entre a ciência e a humanidade, conduzindo e garantindo o futuro. Anos mais tarde, Potter refere-se à bioética como sendo global, visto o seu carácter abrangente e interdisciplinar (GOLDIM, 2006). Outros autores como Hellegers, apontam como principal preocupação da bioética os temas das áreas da saúde, nomeadamente os dilemas entre os profissionais de saúde e os clientes. Volnei Garrafa divide ainda os dilemas bioéticos em situações persistentes e emergentes (BOCCATTO, 2007).

Clotet ao analisar a bioética actual, descreve-a como o “estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde” (cit. por CLOTET, 1993 in BOEMER; SAMPAIO, 1997). Pessini e Barchifontaine (1994) descrevem-na como englobando temas desde o início da vida até ao fim da mesma (BOEMER; SAMPAIO, 1997), referindo ainda os princípios fundamentais que a constituem, nomeadamente a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência (KOVÁCS, 2003). Mais tarde acrescentou-se ainda o princípio da vulnerabilidade (SERRÃO, [s.d.]).

Recusa de Tratamento Livres e Esclarecidas

A Recusa de Tratamento Livres e Esclarecidas consiste na recusa e no pedido, por parte do cliente, de suspensão de tratamentos e de meios artificiais de manutenção de vida, de forma livre e após estarem esclarecidas todas as dúvidas e consequências que podem advir de tal pedido (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005).

Muitas vezes este assunto é confundido com a eutanásia e como tal é importante esclarecer o seu conceito. A eutanásia consiste na morte intencional realizada através da intervenção de um profissional de saúde e mediante um pedido de morte por parte da pessoa (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2008).

A principal diferença entre recusa de tratamento e eutanásia, prende-se com o facto de nesta última existir um pedido explícito e consistente de morte, enquanto

que na recusa de tratamento, a pessoa rejeita uma determinada intervenção terapêutica, da qual pode resultar a morte, mas esta não era a sua finalidade/objectivo, sendo que não houve nenhum pedido directo para tal (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005).

Do mesmo modo, a recusa de tratamento difere do suicídio assistido, visto que neste existe uma vontade de morrer contrariamente ao que ocorre nas situações de recusa de tratamento, sendo que os profissionais de saúde teriam como acção disponibilizar os meios para que a pessoa possa cumprir o seu desejo de pôr termo à vida, isto nas situações de suicídio assistido (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005).

A recusa de tratamento por parte do cliente pode ter consequências moderadas para a sua saúde, sendo estas as situações de recusa mais frequentes. Estes casos são por exemplo, a recusa de tomar uma determinada terapêutica em detrimento de outra homeopática, esta acção comporta riscos que são equacionados pela pessoa após lhe terem sido explicados. O médico pode não concordar com a decisão da pessoa, mas visto esta a ter tomado de forma consciente e esclarecida, para além de argumentar e explicar as consequências, não há muito mais a fazer, tendo que aceitá-la (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

Por outro lado, a recusa de tratamento pode ter consequências mortais para a pessoa. Estas situações não são tão frequentes, quanto as anteriormente mencionadas, contudo trata-se de uma situação bastante complexa e difícil para os implicados, nomeadamente a pessoa, a sua família e os profissionais de saúde. Nestas situações é fundamental recorrer-se à legislação existente em cada país. Um exemplo bastante comum destes casos, prende-se com a recusa de transfusões sanguíneas por parte de indivíduos Testemunhas de Jeová. Este recusa esta intervenção, mesmo sabendo que lhe pode custar a

vida, com base nas suas crenças religiosas (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

Existem ainda situações em que a recusa de tratamento tem consequências pesadas, nomeadamente quando a pessoa se encontra em processo curativo ou paliativo, isto é, em situações cuja intervenção terapêutica poderia conduzir a importantes melhorias da saúde e da qualidade de vida, sendo que a recusa pode conduzir à morte. Nestas situações a pessoa pode considerar o tratamento como inútil, impotente e como obstinação terapêutica por parte do médico. Já este último pode não compreender a decisão da pessoa visto acreditar que a poderia ajudar (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

Importa referir que as situações de recusa de tratamento dependem de vários factores, tais como: a doença, a progressão da mesma, da capacidade do doente para tomar este tipo de decisão, das consequências da recusa, da forma e atitude com que os profissionais de saúde lidam com a situação, entre outros (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998). A recusa de tratamento livre e esclarecida implica consequências, não só para o próprio mas também para a sua família, pessoas significativas e sociedade. Alguns exemplos de recusa de tratamento estão associados à cultura e religião, como é o caso das testemunhas de Jeová e da não realização de cesarianas, outros estão relacionados com intervenções invasivas, como a traqueotomia e a quimioterapia, existe ainda a recusa alimentar, por exemplo em casos de anorexia, etc (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

Aspectos a Considerar

Ao longo dos anos tem ocorrido um enorme progresso e evolução no que respeita aos avanços tecnológicos nomeadamente na área da saúde. Estes avanços permitiram o desenvolvimento de inúmeras técnicas e terapêuticas com objectivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas (CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA, 1998). Contudo, também eles são a causa do aparecimento de inúmeros problemas e questões no âmbito da bioética, isto porque

cada pessoa tem a sua própria opinião e visão acerca dos mesmos. Tais aspectos também se evidenciam no contexto da Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida.

O principal problema ético acerca da Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida prende-se com o respeito por parte dos profissionais de saúde da decisão da pessoa, isto porque para os primeiros esta escolha não abona a favor da saúde e do bem-estar do cliente. Assim, entram em conflito os princípios bioéticos, sobretudo o princípio de autonomia por parte da pessoa e o princípio da beneficência por parte do profissional de saúde.

O **princípio da beneficência** aplicado à área da saúde e à questão que está a ser tratada, refere-se à obrigação moral dos profissionais de agirem em benefício do outro, sendo esta a sua principal finalidade (SOARES, 2006). Este princípio pressupõe os seguintes deveres: prevenir e suprimir o mal e o sofrimento e fazer e promover o bem (MONTEIRO, 2009).

Por outro lado, o **princípio do respeito pela autonomia** é actualmente considerado como um pilar crucial para o desenvolvimento da relação entre a pessoa e o profissional de saúde, tendo a mesma o direito de decidir e participar activamente na sua saúde. Este princípio pressupõe então que a recusa seja um acto voluntário, isto é, a pessoa não deve ser sujeita a qualquer tipo de coacção durante o processo de tomada de decisão, devendo ainda ser exercido mediante um esclarecimento prévio por parte dos profissionais de saúde. Ou seja, implica que estes forneçam informações pertinentes e actuais que vão de encontro às dúvidas e anseios dos clientes. Os profissionais devem ainda assegurar-se que as pessoas compreenderem o que lhe foi transmitido, devendo para tal fazer uso das capacidades e técnicas de comunicação. Por fim, outro aspecto fundamental e que auxilia as pessoas no uso do seu direito de autonomia, passa pelo suporte jurídico, nomeadamente o consentimento informado, as declarações antecipadas de vontade, a legislação existente para as situações de menores e de pessoas incapacitadas, entre outros (MONTEIRO, 2009).

O **conflito** entre o princípio da beneficência e da autonomia ocorre pois se por um lado, o profissional tem o dever de respeitar a liberdade de escolha da pessoa, também deve respeitar as suas normas e condutas que se orientam para a acção em benefício do outro. Para além disso, o profissional encontra-se ainda rodeado por um conjunto de conhecimentos e de técnicas que visam ajudar as pessoas a recuperar, manter e melhorar a sua saúde, mas não são só os meios disponíveis e a opinião dos profissionais que orientam a sua acção no sentido de realizar um certo tratamento, é também toda a sociedade que tem dificuldade em aceitar as decisões sobretudo quando as consequências destas podem ser graves e até mortais (SOARES, 2006; BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Por outro lado, a pessoa tem direito a escolher de entre as várias opções, aquela que mais se adequa à situação, devendo no entanto, respeitar a autonomia dos outros, nomeadamente a dos profissionais de saúde (SOARES, 2006). Estas escolhas tomadas pelos doentes, baseiam-se num vasto conjunto de razões, que de uma forma geral estão relacionados com determinados conceitos de qualidade de vida e da visão que se tem do processo de morte e de morrer com dignidade. São estes aspectos que muitas vezes não são compreendidos pelos outros.

Posto isto, a ideia de qualidade de vida supõe que se tenha em atenção as várias dimensões da pessoa: biológica, psicológica, social, familiar, económica, etc. Este conceito vai muitas vezes contra a noção do carácter sagrado da vida, sendo este entendido como um valor absoluto que deve ser sempre protegido. Contudo, segundo Keyserlingk, estas duas dimensões não são opostas, devem até ser vistas como complementares, dado que a defesa da vida humana só pode ocorrer com a preocupação com a qualidade de vida (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998). Assim, e à luz do tema que estou a tratar, pode-se entender que a insistência num determinado tratamento em certas situações pode constituir um desrespeito pela vida humana, sendo a recusa com vista à qualidade de vida, um acto de respeito e protecção da mesma. Do mesmo

modo, cada pessoa tem a sua própria noção da morte e da forma como este processo deve ocorrer, sendo que muitos defendem que se deve procurar encontrar soluções e opções que permitam morrer com dignidade, constituindo a recusa de tratamento uma forma de proteger e assegurar a dignidade durante a vida e também durante a morte.

Segundo Diego Guillen a solução para resolver este conflito entre o princípio da beneficência e o da autonomia, passa pela hierarquização dos mesmos, contudo os dois princípios em causa estão ao mesmo nível. A hierarquização acaba por não funcionar neste caso (MONTEIRO, 2009).

Torna-se então necessário analisar esta situação com base em documentos existentes.

Assim, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) refere no artigo 3.º que o “Direito à integridade do ser humano” deve ser respeitado no domínio da medicina.

Da mesma forma, a Constituição da República Portuguesa, de 1976, nos artigos 1.º, 25.º, 26.º, 27.º e 41.º, reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, os seus direitos à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade.

Por seu turno, a Lei n.º 48/90 - Lei de Bases da Saúde, reconhece ainda na Base XIV, os direitos das pessoas a serem informados sobre a sua situação, as alternativas de tratamento e as prováveis consequências do seu estado e a decidirem receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2008).

Por fim, importa ainda referir a declaração universal sobre bioética e direitos humanos adoptada pela Comissão Nacional da UNESCO em Portugal, em segundo o artigo 5º a “autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas

incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.” (cit. por ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 2005).

Para além dos aspectos referidos anteriormente, existem ainda documentos como o consentimento informado e as directivas antecipadas de vontade que constituem instrumentos facilitadores nas situações de dilema ético. No entanto por vezes também eles levantam interrogações éticas.

O consentimento informado livre e esclarecido pode ser definido como “um acto de decisão voluntária realizado por uma pessoa autónoma, após um processo no qual lhe foi concedida informação por ela compreendida, no sentido de aceitar ou recusar um tratamento proposto, conhecendo a natureza do mesmo, as suas consequências e os seus riscos” (cit. por CONSELHO DA EUROPA, 1997 *in* CUNHA, 2004). A recusa é então a outra face do consentimento, sendo que tal como este deve ocorrer de forma livre e esclarecida, devendo a pessoa compreender as consequências e riscos que podem advir da mesma (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009).

As directivas antecipadas de vontade são “instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou (mais frequentemente) que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir as suas vontades ou de tomar decisões por e para si própria” (cit. por YVON KENIS, 2003 *in* ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006). Posto isto, torna-se impossível não abordar as directivas antecipadas de vontade quando tratamos a recusa de tratamento, visto estas servirem como um meio de protecção do direito à autodeterminação individual. As directivas assumem sobretudo duas formas: a de testamento de paciente e a de nomeação de procurador de cuidados de saúde (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

O testamento, também conhecido como testamento vital, é um documento onde a pessoa declara a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde que pretende ou não receber, caso perca a

capacidade de se exprimir ou de tomar uma decisão. Por seu turno, a nomeação de um procurador de saúde consiste num documento onde atribui determinados poderes a outro indivíduo, que fica então responsável por tomar decisões acerca da sua saúde, quando a pessoa deixar de se encontrar capaz de o fazer por si própria (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

Mas apesar da existência de toda esta panóplia de documentos, de meios, de legislação, etc, as situações de recusa de tratamento nunca são lineares, levantando sempre dúvidas e conflitos, sobretudo entre a pessoa que recusa e os profissionais de saúde. Por exemplo, as directivas antecipadas de vontade são questionadas quanto à sua validade, visto serem elaboradas numa altura em que a pessoa se encontra capaz e só vir a ter utilidade tempos mais tarde quando esta já se encontra incapacitada, referem ainda que entretanto a vontade da pessoa pode ter-se modificado, entre outros aspectos (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA, 2006).

A recusa de tratamento livre e esclarecida conduz ainda a problemas éticos consoante se trate de um adulto capaz, de um incapaz, ou de um menor.

Caso se trate de um adulto capaz no sentido jurídico, a recusa deve ter sido feita de modo esclarecido, isto é, os profissionais devem ter explicado os benefícios do tratamento e as consequências da sua recusa, esclarecendo quaisquer dúvidas existentes. Nestas situações, a recusa deve ser livre, sem ser objecto de coacção, primando o direito de autodeterminação e autonomia da pessoa (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998). Por outro lado, no caso de um adulto incapaz ou de um menor, a recusa parte de uma outra pessoa. Tal facto é evidenciado na Lei de Bases da Saúde, na base XIV que afirma que “3- Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.” (cit. por LEI DE BASES DA SAÚDE *in* MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2005). Nestas situações os principais dilemas éticos estão em saber até que ponto a outra pessoa está a tomar a decisão mais acertada, e de encontro aos interesses do doente (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998).

O papel dos profissionais de saúde no âmbito da recusa livre e esclarecida é fundamental. Os enfermeiros em especial são um dos grupos profissionais que contactam mais de perto com a pessoa e a sua família, estabelecendo relações terapêuticas de grande confiança e proximidade, como tal as situações de recusa de tratamento são muito difíceis e emotivas para ambas as partes. Contudo, enquanto profissionais de saúde existe o dever de respeitar a decisão da pessoa, desde que esta seja tomada de forma livre e esclarecida, fazendo a pessoa uso do seu direito à autodeterminação e autonomia.

Torna-se então fundamental acompanhar a pessoa durante todo o processo, clarificando e explicando a sua condição, a importância do tratamento e as consequências da sua recusa, ou seja, informando. Mas importa também questionar acerca dos motivos que levam a essa recusa, e juntamente com a pessoa negociar e procurar alternativas que promovam a sua saúde e que não contrariem os seus valores e a sua decisão. Dessa forma ambas as partes cumprem os seus deveres e conseguem usufruir dos seus direitos, sendo que para além disso a pessoa tem um papel activo na sua saúde, promovendo-se assim o *empowerment* (VIEIRA, 2003).

Conclusão

Em síntese a Recusa de Tratamento Livre e Esclarecida consiste na decisão e escolha que a pessoa toma após estar devidamente informada acerca do seu estado de saúde e das possíveis consequências da sua recusa. Trata-se do direito de cada indivíduo em ter um papel activo na escolha do rumo a seguir no que concerne à sua saúde, fazendo desse modo uso da sua autonomia e autodeterminação. Aliás existem inúmeros documentos e meios, como as directivas antecipadas de vontade, que atestam estes mesmos direitos promovendo e protegendo a vontade das pessoas.

Este tema que à partida parece tão linear, complica-se quando a recusa vai contra aquilo que os profissionais de saúde consideram o *correcto* e o seu dever de modo a assegurar o bem-estar no âmbito da saúde. Nestas situações, os princípios bioéticos entram em confronto, nomeadamente a autonomia da pessoa e a beneficência por parte do profissional. São casos que envolvem uma enorme carga emocional, sobretudo nas situações em que da recusa advêm pesadas consequências.

No entanto, a vontade da pessoa tem de ser respeitada, sendo que aos profissionais de saúde cabe o dever de respeitar e informar para que a decisão que seja tomada possa ser esclarecida e livre de julgamentos e pressões.

Referências Bibliográficas

- BOCCATTO, M. – A Importância da Bioética. *Genética na Escola*. ISSN 1980-3540. Vol.2, nº2. (2007). 11-14.
- BOEMER, M; SAMPAIO, M. – O Exercício da Enfermagem em sua Dimensão Bioética. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. ISSN 0101-1169. Vol.5, nº2. (1997). 33-38.
- CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA. – *Bem da Pessoa e Bem Comum: um desafio à Bioética*. 1ª Edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998. ISBN 972-603-185-0.
- GOLDIM, J. – Bioética: Origens e Complexidade. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. ISSN 1983-5485. Vol.26, nº2. (2006). 86-92.
- HOTTOIS, G.; PARIZEAU, M. – *Dicionário da Bioética*. 1ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. ISBN 972-840-772-6.
- KOVÁCS, M. – Bioética nas Questões da Vida e da Morte. *Revista Psicologia da Universidade de São Paulo*. ISSN 1678-5177. Vol.14, nº2. (2003). 115-167.
- LEPARGNEUR, H. – Que Finalidade Unifica a Bioética. *Revista BIOETHIKOS*. ISSN 1981-8254. Vol.1, nº1. (2007). 113-117.
- MONTEIRO, F. – Princípio de autonomia: Direito a dispormos de nós próprios até ao limite? A propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol.15, nº3. (2009). 529-536.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.
- VIEIRA, T. – Aspectos Éticos e Jurídicos da Recusa do Paciente Testemunha de Jeová em Receber Transfusão de Sangue. *Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da Unipar*. ISSN 1516-1579. Vol.6, nº2. (2003). 221-234.

Referências Electrónicas

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. *PARECER N.º P/05/APB/06 SOBRE DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE*.
http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1148471346directivas_medicas.pdf. 20-12-2009. 19:22h.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. *PARECER N.º P/13/APB/08 – PROPOSTA DE UM REFERENDO NACIONAL SOBRE A PRÁTICA DA EUTANÁSIA*.
http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1223980181p_13_apb_08_eutanasi_a.pdf. 19-12-2009. 18:47h.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. *PROJECTO DE DIPLOMA N.º P/06/APB/06 QUE REGULA O EXERCÍCIO DO DIREITO A FORMULAR DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E CRIA O CORRESPONDENTE REGISTO NACIONAL*.
http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1200319873p_06_apb_06_testamento_vital.pdf. 23-12-2009. 22:37h.
- CASCAIS, A. *Dicionário de Filosofia, Moral e Política – Bioética*.
<http://www.ifl.pt/main/Portals/0/dic/bioetica.pdf>. 19-12-2009. 18:55h.
- CUNHA, J. *A Autonomia e a Tomada de Decisão no Fim de Vida*.
http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506_TM_01_P.pdf. 21-12-2009. 14:57h.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Consentimento Informado – Relatório Final*.
<http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf>. 24-12-2009. 14:55h.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei de Bases da Saúde*.
<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saud e+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>. 26-12-2009. 16:14h.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. 22-12-2009. 21:14h.
- SERRÃO, D. *Vulnerabilidade: uma proposta ética*.
<http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124>. 22-01-2010. 20:00h.
- SOARES, A. *Bioética no Plural*.
<http://www.aquinate.net/revista/edicao%20atual/Estudos/Estudos-2-edicao/estudo-andre-marcelo.pdf>. 24-11-2009. 14:21h.



Educação Sexual: quem deve ser o formador? Análise comparada de fontes²⁹

ALMEIDA, Tiago; MARINHO, Sara; TAVARES, Sara

Revisão: NUNES, Lucília

1. Do tema

A escolha do tema Educação Sexual está relacionada com a controvérsia no paradigma actual do ensino, constatada pela divergência e variedade de opiniões, bem como pelo facto de ter sido publicada a recente Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto, alertando o grupo para os novos contornos e pertinência desta temática. Daí que tenha surgido a questão, que dá o título a este trabalho – “Educação Sexual: Quem deve ser o Formador?”. Suportando esta escolha com dados estatísticos, e reportando-nos especificamente, à gravidez na adolescência e à prevalência de infecções por HIV, Portugal possui concomitantemente o maior número de gravidezes em adolescentes com menos de 17 anos e de infecções pelo vírus do HIV em jovens com menos de 25 anos (SOUSA e BOAS, [s.d]).

Definimos como objectivo geral: averiguar, através de uma análise comparada de fontes, sobre os vários agentes intervenientes na temática da educação sexual. Para alcançar este objectivo geral, tecemos alguns objectivos específicos, sendo: (1) Atentar especialmente ao estabelecimento e cumprimento de critérios de selecção das fontes consultadas, com o intuito de promover a credibilidade, fidedignidade e validade dos conteúdos explanados; (2) Identificar, primeiramente quais os agentes intervenientes; (3)

Compreender e dar a compreender, à luz das diferentes noções adquiridas com a pesquisa, de que forma se expressa o papel de cada um destes intervenientes, para o enquadramento desta temática; (4) Apresentar todas as informações num texto bem estruturado, coeso e coerente, de linguagem acessível e cuidada, num discurso de carácter imparcial, que se coadune e permita o cumprimento dos objectivos a que nos propomos com este trabalho;

2. Sobre os critérios de selecção das fontes

Na selecção das fontes consideradas para a elaboração deste trabalho e tendo em conta o propósito do mesmo, torna-se imperativo, apresentar alguns dos aspectos imprescindíveis para assegurar a credibilidade, validade e fidedignidade das mesmas. Uma vez que consultámos fontes com diferentes formatos, estabelecemos critérios específicos aplicados a cada um destes, distinguindo-os em **Artigos Científicos e Outros Documentos, Websites e Livros**, bem como critérios gerais que enumeramos seguidamente.

Artigos Científicos e Outros Documentos

Um dos aspectos a considerar em relação à selecção dos artigos científicos é o Factor de Impacto (FI) que, embora seja alvo de diversas críticas, tem vindo a ganhar crescente expressão no que concerne à validade das fontes levando a uma hierarquização das publicações científicas disponíveis a que o FI está associado.

O FI, traduz a razão entre o número de vezes que os artigos de uma revista são citados, durante um determinado período de tempo e o número total de artigos publicados por essa revista nesse mesmo período (VILHENA e CRESTANA, 2002). Por exemplo, o factor de impacto de uma revista em 1996 é calculado da seguinte maneira: número de citações no *Science Citation Index*, em 1996, para os artigos publicados em 1994 e em 1995, dividido pelo número de artigos que a revista publicou nestes dois anos.

²⁹ Trabalho desenvolvido na Unidade Curricular de Ética II, leccionada na Escola Superior de Saúde integrada no Instituto Politécnico de Setúbal, ano lectivo 2009/2010. Como resultados esperados, a unidade curricular contempla o desenvolvimento de conhecimentos sobre bioética, o treino da reflexão e o debate dos problemas bioéticos, a análise aprofundada sobre uma temática que cruza bioética e enfermagem e a capacitação para a tomada racional de decisões em problemas surgidos da prática de enfermagem, sob um enfoque pluralista e transdisciplinar (NUNES, 2009).

Assim, se a revista publicou 115 e 120 artigos, respectivamente, em 1994 e em 1995, e se estes artigos foram citados 200 vezes em 1996, o factor de impacto dessa revista é 200/235, ou seja o seu FI em 1996 é igual a 0,851 (PINTO e ANDRADE, 1999).

Os factores de impacto de periódicos indexados ao *Institute for Scientific Information*, têm sido publicados no *Journal of Citation Reports* todos os anos, desde 1972. Aí, estão reunidos dados do *Science Citation Index (SCI)*, *Social Sciences Citation Index (SSCI)* e *Arts and Humanities Citation Index (AHCI)*, encontrando-se as informações organizadas no sentido de revelar o número de citações dos artigos publicados no próprio *Journal of Citation Reports* e nos demais periódicos indexados, naquele ano (PINTO e ANDRADE, 1999).

No entanto, segundo Pinto e Andrade (1999), por vários motivos (ex. artigos com erros conceptuais ou de interpretação de resultados são mais citados, por serem mais contestados; o número de revistas por área de conhecimento é muito diferente de área para área, pelo que nas áreas com maior número de revistas, os artigos publicados têm maior probabilidade de serem citados; uma revista que tenha apostado em artigos de revisão, ou que inclusivé se dedique exclusivamente à publicação deste tipo de artigo, tem sempre um maior número de citações; a língua de escrita dos artigos, ou o país de origem da revista, podem limitar o número de citações feitas; entre outros, etc) há que ter cautela na valorização deste factor, pelo que, dada a nossa in experiência na observação deste parâmetro, optamos por incluir apenas os artigos de revistas cujo factor de impacto seja conhecido, não tendo estabelecido um intervalo de valores numéricos que determine a sua inclusão.

Relativamente à selecção de outros documentos (ex. *guidelines*, programas, protocolos, actas) consideramos que a indicação que provêm de entidades oficiais, como associações reconhecidas e órgãos governamentais, é fundamental, pelo que apenas os documentos que o fazem sejam incluídos no trabalho.

Websites

Quando se trata de informação existente num *Website*, existem inúmeros elementos associados aos conteúdos que permitem certificar a sua credibilidade. Estes levam-nos a averiguar se a página foi pensada para um dado contexto e/ou tipo de utilizador, pelo que, esta não deverá conter expressões, imagens ou outros recursos que possam ser inapropriados para aqueles a quem se dirige (CARVALHO, SIMÕES e SILVA, 2005).

Além disto, um website deverá conter hiperligações para páginas que abordem a mesma temática, identificar claramente o autor, bem com dispor informação que o caracterize enquanto profissional com competência na área (CARVALHO, SIMÕES e SILVA, 2005).

Desta forma, consideramos que apenas os sites que apresentem estas características podem ser incluídos no trabalho, constituindo estes critérios de inclusão. No entanto, optamos por incluir alguns websites que contemplam os aspectos anteriormente estabelecidos, uma vez que a sua função prendeu-se por ilustrar o pensamento espelhado pelo senso comum e entidades religiosas que no fundo, dão forma à perspectiva global da sociedade sobre esta temática.

Livros

Em relação ao recurso a livros, consideramos que desde que os autores estejam bem identificados, reconhecendo-se a sua competência na área em que se inscrevem os conhecimentos que apresentam, ou a editora esteja associada a algum órgão ou instituição oficial ou seja especialista na área, o livro pode ser incluído no trabalho.

Desta forma, e numa óptica transversal a todos os formatos, temos a indicar que procurámos que as fontes datassem de há 10 anos no máximo, considerando a evolução dos conhecimentos e da discussão do assunto em causa. Contudo, incluímos algumas referências mais antigas, que surgem com o intuito de promover o enquadramento histórico da temática.

Também a competência dos autores na área em questão, é um critério geral, pois consideramos fulcral conhecer as habilitações académicas e profissionais dos mesmos. Algumas das fontes consultadas não apresentavam estas informações, pelo que foi realizada pesquisa nas próprias revistas, editoras, sites das universidades, institutos, associações ou outras entidades em que estivessem a exercer funções ou a que estivessem ligados. Por fim, para que o leitor tenha acesso às informações referentes à satisfação dos critérios de selecção por cada uma das fontes consultadas, à medida que vão sendo citadas, surgem em nota de rodapé as respectivas informações dos autores e revistas, sendo também mencionados, os objectivos dos estudos ou documentos em análise.

Uma vez conhecidos todos os critérios de selecção, passemos assim à análise comparada de fontes, propriamente dita.

3. Os vários intervenientes da Educação Sexual

A história da educação sexual pode ser dividida em dois tempos, o pré-século XX, e o pós-século XX, pois de acordo com Vilar (2002)³⁰, a necessidade da educação sexual surgiu na primeira metade do século XX, sendo resultado de um movimento, científico, cívico e intelectual, que contou com as ideias de Freud, Ellis e Hirshfield. Completando esta ideia, Moran (2008)³¹ refere que antes do início do século XX, a percepção da sexualidade era ainda confusa, na medida em que a maior parte das pessoas vivia em zonas agrárias onde o fenómeno da reprodução era compreendido ou dado a compreender pela família, dependendo da sua sabedoria. Um exemplo ilustrativo de tal, era a ideia transmitida às jovens de que deveriam ficar castas até ao seu casamento, e que na noite das suas núpcias as mães conversariam com elas acerca do início da vida sexual e da reprodução em si. Nisto, os jovens eram levados pelos seus familiares ou colegas de trabalho a um bordel para se iniciarem nos “mistérios” do acto sexual.

Vilar (2002), num espectro mais virado para Portugal, relembra o facto de terem existido escolas distintas para rapazes e para raparigas, onde figuravam reprimendas e castigos relativos a comportamentos de índole sexual, atribuindo uma conotação negativa à sexualidade. Enquadra, ainda esta fase da educação sexual num “modelo de negação”, onde o silêncio e a repreensão dominavam a educação sexual ou neste caso promoviam a não existência de qualquer tipo de educação.

No entanto, hoje, a percepção da sexualidade envolve outros aspectos além da reprodução, não se cingindo apenas ao coito. A Organização Mundial de Saúde (1975), define-a como sendo “uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental”.

Em 1984, foi publicada, em Portugal, no Diário da Republica a Lei nº3/84, de 24 de Março, que daria ao estado a função de garantir o direito à educação sexual dos jovens nas escolas, como componente do direito fundamental à educação. Esta tinha como principal objectivo implementar programas de educação sexual e difundir consultas de planeamento familiar, esperando diminuir o número de jovens grávidas e por conseguinte o de abortos induzidos. Todavia, para a sua concretização o normativo prevê que para além do papel essencial das escolas e profissionais, também os pais devem apoiar os filhos no processo de aprendizagem sexual. Em suma, tal como Costa (2006)³² e Marques et al. (2000)³³ mencionam, são considerados fulcrais diversos agentes educativos intervenientes neste projecto, nomeadamente professores, pais, profissionais de saúde, grupos de pares e meios de comunicação social, pressupondo um

³²COSTA, Alda – Mestre em Educação para a Saúde. Realizou um estudo exploratório e descritivo transversal que visa obter as opiniões dos professores e alunos no que se refere à implementação da Educação Sexual em contexto escolar, bem como a importância desta para a aquisição de um melhor nível de Saúde dos alunos.

³³MARQUES, António – Professor Coordenador da Área de Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Saúde de Setúbal, Mestre em Psicologia Social e Organizacional.

³⁰ VILAR, Duarte – Professor Doutorado em Sociologia da Cultura e da Comunicação, Lecciona na Universidade Lusíada de Lisboa.

³¹MORAN, Jeffrey - Professor Doutorado pela universidade de Harvard, em história da educação, saúde pública e sexualidade.

trabalho em parceria, em que os esforços não são alternativos, mas complementares.

Ainda ao encontro aos diversos intervenientes referidos, Vilar (2005); Saavedra *et al.* (2007)³⁴; Ramiro e Matos (2009)³⁵ reportam-se à sexualidade humana, como socialmente modelada sofrendo por isso constantes transformações produzidas pelos diversos intervenientes, sejam estes informais (como os familiares, pares ou amigos), formais (meio escolar) ou grandes modeladores sociais (como os *mass media*). Exactamente da mesma opinião, mas aplicando o conceito de “settings” em vez de intervenientes, encontram-se Forrest e Kanabus (2009)³⁶, referindo que diferentes “settings” providenciam diferentes contextos e oportunidades para a educação sexual. Neste sentido, Nunes³⁷ (2005) explana a importância da exploração de cada um destes agentes, uma vez que a educação sexual tem “múltiplas dimensões, desde a biológica à psicológica e da sociológica à ética”.

3.1 . Família

Primeiramente deve-se ter presente que na actualidade, a família é definida como um sistema social constituído por duas ou mais pessoas que dependem uns dos outros para se apoiarem emocional, física e economicamente. Este apoio passa também pela partilha recíproca de afectos, responsabilidade mútua, compromisso, tomada conjunta de decisões e estabelecimento de objectivos comuns. A OMS (1994) sublinha o facto de família não designa apenas por um

conjunto de pessoas unidas por laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção, mas sim um grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum. Neste sentido, a família desempenha um papel fundamental na educação dos seus membros, uma vez que é no seio desta que os valores éticos e humanitários são adquiridos, iniciando assim a construção das bases para viver em sociedade (HANSON, 2004; ALMEIDA e CENTA, 2008³⁸). Quem partilha da mesma opinião é Vilar (2005), que aplicando estes conceitos ao campo da educação sexual, menciona o papel fulcral desta, não só na construção de uma identidade sexual, como também na formação de atitudes e traços estruturais da personalidade do indivíduo, que são futuramente integrados em todas as relações interpessoais estabelecidas. Ainda nesta óptica, surge Marques, *et al.* (2000), defendendo com veemência a importância da família na educação sexual, uma vez que é nesta esfera social que se realizam as primeiras relações afectivas, vinculativas e de socialização, determinantes nas posteriores fases do ciclo de vida e respectivas dimensões afectivas e sexuais.

Não obstante, quando se trata de abordar temas relacionados com a sexualidade muitos membros da família, em especial os pais, não sabem como abordar esta temática. Segundo Almeida e Centa (2008) quando estes se virem confrontados com a puberdade dos seus filhos, será importante que os tentem compreender, para que se estabeleça uma relação de confiança entre ambos, viabilizando o diálogo aberto sobre esta área. Um outro autor que aborda esta dificuldade comunicacional entre pais e filhos, é Vilar (2005) ao referir que um dos principais obstáculos encontrados pelos progenitores corresponde à resistência oferecida pelos próprios filhos, uma vez que estes entendem tais diálogos como intrusões à sua intimidade. Forrest e Kanabus (2009) completam esta

³⁴ SAAVEDRA, Luísa – Professora Auxiliar na Universidade do Minho, mestre em Psicologia.

³⁵ MATOS, Margarida – Professora Doutorada em Motricidade Humana com formação em Psicologia; RAMIRO, Lúcia – Professora Mestre na Faculdade de Motricidade Humana; Realizaram um estudo, publicado na Revista de Saúde Pública (0.226) com o intuito de avaliar percepções e atitudes em relação à educação sexual entre professores portugueses do ensino básico e secundário. Para tal foram questionados 371 professores de ambos os sexos, do segundo e terceiro ciclos e do ensino secundário no continente Português.

³⁶ FORREST, Simon – Mestre em Educação Sexual e Doutor em sociologia. Actualmente é professor de saúde sexual nos adolescentes, no St George’s Hospital Medical School e na Kingston University; KANABUS, Annabel – Directora da fundação de caridade *Avert*, que está envolvida em projectos de distribuição de panfletos e livros, pelas escolas, sobre educação sexual.

³⁷ NUNES, Lucília – Professora Doutorada em Filosofia, Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde.

³⁸ ALMEIDA, Ana - Mestre, Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná ; CENTA, Maria - Doutora, Professora Colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná). Foi realizado um estudo, publicado na Revista Acta Paul Enfermagem (FI: 0.1024) cujo método se centrou numa pesquisa qualitativa descritiva exploratória, para identificar como os pais vivenciam a educação sexual dos seus filhos na adolescência.

concepção, destacando o contributo que o educando tem para a sua própria educação sexual, indicando que este ao ter este comportamento está, não só a promover o incumprimento do dever e direito que os pais possuem no processo de educação, como também a impossibilitar o usufruto dos conhecimentos e sabedoria que estes lhe poderiam transmitir. Como solução apontada para situações desta índole, os mesmos autores sugerem uma postura de compreensão e respeito pelo silêncio dos filhos dotada de sentido de oportunidade, uma vez que é importante ser sensível a estes momentos que poderão proporcionar uma abertura comunicacional sobre a temática, sendo exemplo disto a visualização de programas televisivos em família.

Abordando diferentemente as questões da comunicação na educação sexual, está Marques *et al.* (2000) ao constatar que no contexto familiar comunicação verbal não é a mais importante, na medida em que a proximidade ou a distância física, as reacções verbais ou não verbais e silêncios voluntários ou involuntários, acerca de acontecimentos relacionados com esta temática, são fontes de aprendizagem igualmente notórias.

Todavia, tal como Nunes (2005) nos relembra tem que se colocar a possibilidade de que o papel da família esteja fragmentado. Neste caso, surge Vilar (2005), que completa dando destaque à pertinência da comunicação com outros, além dos membros familiares. Marques *et al.* (2000) reforça defendendo que o processo de educação sexual, não deve ser delegado única e exclusivamente nos familiares, devendo-se envolver agentes exteriores a estes, nomeadamente a escola, os profissionais de saúde, meios de comunicação social e os grupos de pares.

3.2. Grupos de Pares

Relativamente à influência que os pares exercem na educação, mais concretamente na educação sexual, partindo do raciocínio de Marques *et al.* (2000) constata-se que os líderes dos grupos de pares, através da sua capacidade de induzir formas de pensar e comportamentos nos outros, podem contribuir

significativamente para o processo educativo. Vilar (2005) e Saavedra *et al.* (2007) partilham da mesma posição, uma vez que tal como o ambiente familiar, também este é um campo de aquisição e treino de competências sociais diversificadas, incluindo as sexuais.

Neste âmbito, e citando Almeida e Centa (2008), sabe-se hoje em dia que quando as relações comunicacionais com a família são escassas resultando numa não transmissão de informação sobre a sexualidade, os jovens tendem a procurá-la junto dos seus amigos, contribuindo assim para práticas sexuais de risco. No entanto, Sieving *et al.* (2006) e Mellanby *et al.* (2001) sugerindo a mesma relação entre os pares, chegam a uma conclusão diferente, ao constatarem que os adolescentes cujos amigos optaram pela decisão de adiar a primeira relação sexual têm uma elevada tendência para seguirem o mesmo caminho. Os resultados dos estudos, permitiram ainda comprovar que a altura da primeira relação sexual é determinada fortemente, pelos valores e comportamentos inerentes à sexualidade do grupo de amigos, cujos laços afectivos são mais vinculados. Deste modo, estes investigadores verificaram que para reduzir possíveis comportamentos de risco, é crucial existir um suporte de todos os outros agentes formais ou informais, tais como os pais, família, mentores, professores e outras figuras de referência. Marques *et al.* (2000) vai ao encontro das conclusões destes autores, acrescentando que os líderes de pares devem ser capacitados através de um programa de educação sexual, promovendo o desenvolvimento de competências relacionadas com a escuta activa dos sentimentos dos colegas, resolução de actividades mais complexas, conhecimento e divulgação de fontes de informação e recursos de aconselhamento.

3.3 Escola

Silva [s.d]³⁹ no que concerne à matéria de educação sexual na escola escreve-nos de forma bem elucidativa: “ Educação sexual: não é possível não

³⁹SILVA, Maria – Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Porto

fazer” quer num seio familiar ou num contexto mais formal como a escola. Tal como acontece junto dos familiares, também os silêncios ou respostas que são dadas aos alunos/estudantes sobre estes assuntos, traduzem opiniões ou sentimentos sobre a matéria. Marques *et al.* (2000) apoia esta linha de pensamento ao escrever que a escola, enquanto espaço de socialização das crianças e jovens, tem um relevante papel a desempenhar neste âmbito.

Todavia, é frequente encontrar-se argumentos que refutam as ideias anteriores, defendendo que a prática da educação sexual nas escolas promove a promiscuidade entre os jovens⁴⁰. Veja-se que são inúmeros os estudos que revelam que a educação sexual não incita o início precoce da actividade sexual, motiva sim pelo contrário, o retardamento desta, promovendo, ainda a adopção de estilos de vida sexual tão saudáveis quanto responsáveis (MUELLER *et al.*, 2007⁴¹; COLLINS *et al.*, 2002⁴²). Em contraste, encontra-se DiCenso *et al.* (2002), com um estudo baseado na evidência que conclui que, apesar da grande heterogeneidade de resultados existentes na literatura, os programas de educação sexual nas escolas não levam a que os jovens protelem o início da actividade sexual.

Ainda nesta abordagem, também os professores portugueses estão confiantes que esta é uma área importante para os jovens (crianças e adolescentes), uma vez que, com o estudo de Matos e Ramiro (2008), foi observada uma atitude positiva relativamente à implementação de um programa deste género. Não obstante, no que se refere à possibilidade

desta educação motivar comportamentos sexuais precoces, estes “acreditam moderadamente” que esta é propícia a tal.

Seguindo Marques *et al.* (2000), uma outra problemática que se coloca é qual deve ser a metodologia geral da Educação Sexual, uma vez que esta não se deve limitar exclusivamente a aspectos de carácter informativo. Estes autores, defendem que os alunos deverão assumir um papel activo e participativo na sua educação ao recolherem informação e participarem em debates e momentos de síntese, através dos quais seriam avaliados pelo seu percurso feito e resultados alcançados, tornando-se assim, estudantes nesta área. Para além disto, já em 1995, Mellanby *et al.*⁴³ verifica que programas de educação sexual em meio escolar, cuja metodologia incluía a participação de profissionais de saúde, são os mais eficazes na promoção da adopção de estilos de vida sexual saudáveis. Mais tarde, McKay e McCall (2004)⁴⁴, defendem igualmente, que uma metodologia competente deve assentar numa planificação de actividades, na transmissão clara e simplificada de informação baseada em factos e na articulação com outras escolas e recursos na comunidade (ex. profissionais de saúde). Introduzem ainda a noção de que é fulcral averiguar as características da população-alvo do programa, antes da sua aplicação, colhendo alguns dados sobre a percepção que esta tem de sexualidade e da sua vivência, para assim adequar os instrumentos de abordagem à temática. Nisto, aconselham posteriormente que sejam dedicadas cerca de 14 horas ao esclarecimento de conteúdos

⁴⁰<http://newsforums.bbc.co.uk/ws/thread.jspa?threadID=6329> – Neste verifica-se o depoimento do cardeal Geraldo Majella, presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, em que este afirma que o programa de educação sexual do governo federal induz à promiscuidade por promover a distribuição de preservativos; <http://www.lifesitenews.com/ldn/2009/jun/09061202.html> – Aqui, vem contemplada uma notícia acerca da posição do Governo Indiano no que concerne à implementação da Educação Sexual nas escolas. Segundo estes, esta abordagem não minimiza a gravidez na adolescência, induzindo, efectivamente, a promiscuidade.

⁴¹MUELLER, Trisha – Mestre em Saúde Pública, Epidemiologista na área da saúde reprodutiva. Este estudo, publicado no *Journal of Adolescent Health* (FI: 2.910), tinha como propósito inferir sobre se a exposição à educação sexual influencia de algum modo a utilização de métodos contraceptivos, na primeira relação sexual, a idade em que esta se dá, ou se até esse momento os participantes já tiveram relações sexuais.

⁴²COLLINS, Chris – Mestre em Políticas Públicas, especializado na área de prevenção da SIDA.

⁴³MELLANBY, Alex – Médico Investigador do Departamento de Saúde da Criança da Universidade de Exeter. O estudo, publicado pelo *BMJ* (12.827), abordado, de carácter experimental, tinha como objectivo o desenvolvimento e ensino de um programa de Educação Sexual que visasse a diminuição da actividade sexual na população de estudantes de uma escola.

⁴⁴MCKAY, Alex – Coordenador de Investigação do Conselho de Informação e Educação Sexual do Canadá. Co-Editor de “*The Canadian Journal of Human Sexuality*”; MCCALL, Douglas – Director Executivo da Associação de Saúde Escolar do Canadá e Gestor de Educação em Vancouver. O documento consultado, através da *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada*, é um estatuto, revisto e aprovado pelo Conselho Executivo da Sociedade de Ginecologistas e Obstetras do Canadá, que veio substituir o programa nº 13 de 1992. Neste, são apresentados dados de evidência que remetem para a construção de linhas orientadoras que permitam a elaboração de programas de Educação Sexual em meio escolar adequados às necessidades dos jovens canadianos.

sobre a importância da utilização de contraceptivos, visando principalmente o adiamento da primeira relação sexual.

No que concerne à realidade portuguesa, Saavedra *et al.* (2007), descreve a não contemplação da importância do género, cultura de classe e étnica regional e local por parte dos programas e metodologias em presente aplicação.

Saito e Leal (2000)⁴⁵ e Nunes (2009), submetem uma perspectiva que completa a anterior, ao defenderem que este processo educativo não se deve cingir unicamente à aprendizagem da utilização de um único método anticoncepcional, mas de todos os disponíveis, potenciando o desenvolvimento do pensamento crítico do indivíduo, para que possa deliberar e decidir sobre a sua vida sexual e subjacente projecto de saúde. No fundo, trata-se também de uma vertente da educação para a cidadania, incorporando a noção de responsabilidade para consigo e com o outro.

Dailard (2001)⁴⁶ e Santelli *et al.* (2006)⁴⁷ relatam ainda uma realidade diferente na qual vários países estrangeiros, desde o final da década de 80, nomeadamente os Estados Unidos da América, adoptaram programas educacionais cujo propósito era, única e exclusivamente, a promoção da abstinência sexual. Sendo assim, Santelli *et al.* (2006), alertam que embora existam estes programas nestes moldes, a abordagem deve ser feita respeitando o direito do indivíduo à informação, assegurando a inclusão de dados concretos sobre as IST's e outros aspectos relativos à Saúde Sexual. Desta forma, reforça mais uma vez a necessidade premente da implementação de programas multidisciplinares que dêem oportunidade ao indivíduo de escolher o método que mais se adequa ao seu projecto de vida.

Adequando à realidade portuguesa, verifica-se através dos objectivos da educação sexual em meio escolar, explanados pelo Ministério da Saúde (2005), que a metodologia baseada na abstinência sexual não é uma realidade⁴⁸.

De tudo isto, emerge a Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto, que se aplica a todos os estabelecimentos do ensino básico e secundário do sector público e privado. Esta constitui um objecto de inclusão obrigatória nos "projectos educativos dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas (...)". Não obstante, através dos depoimentos mencionados na *Conferência Episcopal Portuguesa de 20 de Abril*, pode-se verificar que a igreja católica adopta uma posição totalmente contra a implementação desta lei, uma vez que a visualizam como "um atentado", que obriga o ensino desta disciplina, sem ter em conta as convicções das famílias⁴⁹.

3.4. Profissionais de saúde

Mellanby *et al.* (1995); Nunes (2009); McKay e McCall (2004), no que concerne às questões do papel do profissional de saúde, mais concretamente o enfermeiro, na educação sexual, tornam perceptível a importância das articulações entre a escola com as equipas dos centros de saúde. Tal é justificado com o facto do enfermeiro ser um profissional de saúde com competências científicas, técnicas e humanas, reconhecidas para ajudar as pessoas em qualquer etapa de desenvolvimento do seu ciclo de vida. Neste sentido, a sua inclusão em programas de educação sexual em meio escolar, deve assentar na realização de acções baseadas na promoção de saúde tanto dos jovens como das famílias incluídas neste processo de aprendizagem (ALMEIDA e CENTA, 2008).

⁴⁵ SAITO, Maria – Doutorada em Medicina na área de Pediatria; LEAL, Marta – Mestre em Medicina na área de Pediatria. É um estudo com o intuito apresentar os deferentes objectivos a atingir com um programa de educação sexual, mencionando algumas das principais premissas que uma proposta de educação sexual deverá contemplar.

⁴⁶ DAILLARD, Cynthia – Associada Senior do Guttmacher Institute.

⁴⁷ SANTELLI, John – Pediatra e especialista em medicina do adolescente. Professor na *School of Public Health da Columbia University*. Este estudo, apresentado pelo *Journal of Adolescent Health* (FI: 2,910), pretende estudar as questões relacionadas com as políticas e programas baseados na abstinência sexual como método contraceptivo que deve ser seguido até ao casamento.

⁴⁸ Segundo Ministério da Saúde (2005), pode-se afirmar que o grande objectivo da educação sexual é contribuir para uma vivência da sexualidade mais informada, gratificante, autónoma e responsável. Alguns objectivos mais específicos, respeitantes ao domínio das competências individuais, prendem-se com: 1) desenvolvimento das competências para recusar comportamentos não desejados ou que violem a dignidade e os direitos pessoais; 2) aquisição e utilização de um vocabulário adequado; utilização, quando necessário, de meios seguros e eficazes de contracepção e de prevenção do contágio de infecções de transmissão sexual; 3) desenvolvimento de competências para pedir ajuda e saber recorrer a apoios, quando necessário.

⁴⁹ <http://www.mundomais.com.br/exibemateria2.php?idmateria=443>

Torna-se importante mencionar ainda, que a Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto contempla esta necessidade de existir um acompanhamento dos profissionais de saúde das unidades de saúde e da respectiva comunidade local, assegurando todas as condições necessárias para uma eficaz cooperação entre estes e as escolas.

Segundo Nunes (2009), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dispõem do enquadramento profissional para dar resposta à necessidade de cooperação entre escolas e equipas de centros de saúde. Porém, vários autores, nomeadamente Oliveira *et al.* (2008) citado por Nunes (2009), apresentam um estudo onde que indica que esta articulação não permite a assistência completa em todos os contextos de Saúde Escolar, na medida em que o “elevado número de responsabilidades e actividades que o enfermeiro possui no seio desta unidade de saúde” não viabiliza a melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Além disto, Hoffman e Zampieri⁵⁰ (2009) apontam a necessidade de planeamento e implementação de acções de saúde, totalmente adaptadas à população jovem, uma vez que na sua óptica os serviços de saúde disponíveis para a população geral, são insuficientes para responder às suas necessidades.

Não obstante, diversos autores como Moura e Sousa (2002) e Ramos *et al.* (2000) citado por Nunes (2009), afirmam que é imperativa uma actualização dos conhecimentos dos profissionais da saúde, motivando-os à obtenção de informação para posterior disponibilização desta à comunidade, com o intuito de desenvolver competências que lhes permitam lidar com as questões da sexualidade, uma vez que poderão “ser multiplicadores dessas informações durante as suas vidas profissionais”. Ainda nesta abordagem, Hoffman

e Zampieri (2009) atentam para o facto de muitos profissionais de saúde terem dificuldade em aceitar que os adolescentes possuem vida sexual activa e que muitas das vezes para além de necessitarem de informações também requerem acesso a métodos anticoncepcionais. Estes autores mencionam que, frequentemente, o acesso a estes métodos é dificultado a menores de idade, pelo que o desafio actual, passa por garantir que os jovens adolescentes tenham acesso aos serviços antes de iniciarem a sua vida sexual, oferecendo-lhes cuidados holísticos, perspectivando dimensões psicológicas, sociais e educacionais.

3.5 Sociedade/comunidade

Diferentes autores no que diz respeito à influência da sociedade sobre a sexualidade dizem que esta é das características humanas mais moldadas pelo processo de socialização, uma vez que a sociedade, ou num sentido mais próximo a comunidade, com os seus recursos e instrumentos, transmitem valores e regras de conduta, formal ou informalmente, na área da sexualidade (NUNES, 2004; VILAR, 2005; MARQUES *et al.*, 2000).

Segundo Vilar (2005), os *mass media*, no qual estão contemplados o rádio, a televisão, o cinema, internet, os livros e cartazes ou posters, estão no cerne da circulação rápida de informações, definindo ideias e formas de estar na vida, constituindo fortes elementos de divulgação das noções de sexualidade. Não obstante, segundo este autor, esta forma de transmissão de valores sexuais, influencia muito pouco o domínio dos conhecimentos, da literacia e das competências. Quem não partilha a mesma opinião é Pinto⁵¹ (1995), ao referir que a televisão é um “eficaz instrumento de (des)educação sexual”, uma vez que actua como um “(...) educador sexual alternativo, capaz de fornecer informações sexuais de todos os tipos, fiéis ou tendenciosas, correctas ou distorcidas.” Colocando as questões da influência da televisão, em

⁵⁰ HOFFMAN, Ana – Enfermeira Obstetra, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho; ZAMPIERI, Maria – Professora Assistente da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorada em Enfermagem e especialista em obstetrícia social e neonatal. Neste estudo, divulgado pela Revista de Saúde Pública (FI:0,226), descreve-se a actuação do enfermeiro mediante questões da sexualidade e contracepção em contextos de programas de planeamento familiar, visitas domiciliárias e programas de saúde escolar.

⁵¹ PINTO, Luiz – Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, Psiquiatra e Psicanalista. Este estudo, publicado pelo Jornal de Pediatria (FI: 0.4516), tem como principal intuito descrever a influência que a televisão exerce sobre a educação sexual nos adolescentes, bem como os conteúdos por esta expostos.

específico, sob uma perspectiva positiva, estão Collins *et al.* (2003)⁵² ao concluírem, através de um estudo, que este meio pode contribuir para uma educação sexual saudável, uma vez que alerta os jovens para os riscos e responsabilidades associados. Para tal, definem como imprescindível a participação dos pais ou família no processo de aprendizagem, ao moderarem os conteúdos a que são expostos, participando, assim, na sua compreensão.

Igualmente acerca do impacto dos meios de tecnologia e informação, encontra-se um estudo da Organização Mundial da Saúde (2006)⁵³, que constata que a internet é bastante eficaz e fiável, exercendo um papel de significativa relevância no alerta para os perigos das questões reprodutivas e sexuais.

Desta feita, há um contributo para o uso de contraceptivos sem que tal promova ou encoraje forçosamente a actividade sexual. Numa outra abordagem, Smith *et al* (2000)⁵⁴ inferem não só que a informação mais geral sobre esta temática é difícil de encontrar, como geralmente carece de elementos essenciais. Identificaram ainda, através de uma pesquisa sob a internet, com recurso a palavras-chave, que 63% das 1,556 páginas estavam categorizadas como sites pornográficos.

Conclusões

Durante a revisão bibliográfica consciencializámo-nos que o meio escolar como contexto de desenvolvimento de um programa de educação sexual, integrado no projecto nacional de educação, é palco de várias discussões, recebendo contributos de diversos

profissionais que assumem diferentes posições ideológicas face a este desafio. Indubitavelmente, com esta comparação, e tendo em conta os diferentes agentes considerados pela literatura aqui abordados, tanto na globalidade do assunto, como na sua especificidade, podemos inferir que todos estes são igualmente importantes, não havendo uma relação hierárquica entre os mesmos. Logo, o recurso a estes meios ou agentes para a educação sexual, não deve ser decidido por ponderação de alternativas, mas pela forte relação de complementaridade entre estes.

Em suma, não é possível afirmar categoricamente a existência de um único agente formador na área da educação sexual, portanto considera-se que a promoção da saúde sexual deve ser realizada de forma multi-contextual e num seio de uma equipa com diferentes valências multidisciplinares.

Por fim, parece-nos importante salientar que apesar da legislação portuguesa já contemplar a importância da educação sexual, desde 1984, e mais recentemente a sua implementação em meio escolar, quer básico e secundário, em 2009, aguardamos com entusiasmo as mudanças necessárias, nos tempos que se avizinham, para que esta se dê.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Ana; CENTA, Maria – *A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem*. Revista Acta Paul Enfermagem. ISSN Vol 22, n.º1. (Setembro de 2008) 71-6;

CARVALHO, Ana; SIMÕES, Alcino; SILVA, João Paulo - Indicadores de qualidade e de confiança de um site: Acta das Jornadas. Minho: Jornadas ADMEE, 2005;

COLLINS, Chris *et al.* - *Abstinence Only vs. Comprehensive Sex Education: What are the arguments?, What is the evidence?*. California: San Francisco, Março de 2002. Monografia em Promoção de Saúde;

COLLINS, Rebecca *et al.* - *Entertainment Television as a healthy educator: the impact of condom-efficacy information in a episode of friends*. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. Vol.112, n.º5 (Novembro de 2003). 1115-1121;

COSTA, ALDA – *Educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na escola secundária pluricurricular de Santa Maria maior de Viana do Castelo*. Braga, Junho de 2006. Dissertação de mestrado em educação, área de especialização em educação para a saúde;

DAILARD, Cynthia - *Sex Education: Politicians, Parents, Teachers and Teens*. Issues Brief. ISSN Vol. 2, n.º1 (Fevereiro de 2001). 1-4;

⁵² Neste estudo, divulgado pelo *Official Journal of Academy Pediatrics* (FI: 4,789), pretende-se avaliar o impacto que uma série televisiva pode exercer sobre os conhecimentos relacionados com a utilização de preservativos. Para o cumprimento deste objectivo, foram inquiridas por telefone, 506 adolescentes seguidores deste programa, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos

⁵³ Neste estudo, que teve início em 2003, estudou-se uma amostra de jovens de Shangai, provenientes de duas escolas do ensino secundário e quatro universidades. Pretendeu-se com este estudo analisar a viabilidade e eficácia dos conteúdos presentes na internet sobre a temática da educação sexual e reprodutiva.

⁵⁴ SMITH, Meghan – Investigadora da Universidade do Michigan. Relativamente a este estudo, publicado pela *Health Education & Behaviour* (FI: 2.000), realizou em equipa, um estudo cujo objectivo se prende com a descrição acerca dos conteúdos e acessibilidade dos mesmos no que concerne à temática de educação sexual.

DECRETO- LEI nº3/84, "D.R. Série A" 71-24-3-1984;

DICENSO, Alba *et al.* - *Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials.* British Medical Journal. Vol. 324 (Junho de 2002). 1-19;

DUARTE, Vilar In MARQUES, António *et al.* - *Educação Sexual no 1º Ciclo: um guia para professores e formadores.* 1º edição. Lisboa: Texto Editora, 2002. ISBN: 972-47-2167-1;

HANSON, Shirley - *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação.* 2ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-83-5;

HOFFMANN, Ana; ZAMPIERI, Maria – *A actuação do profissional de enfermagem na socialização de conhecimentos sobre a sexualidade na adolescência.* Revista Saúde Pública. ISSN 2175-1323. Vol. 2, n.º1 (Janeiro/Julho de 2009). 56-68;

VILAR, Duarte - *A Educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança?* . Revista Educação Sexual em Rede. ISSN 1646-1541. N.º1 (Julho/Setembro de 2005). 8-14;

VILHENA, VALÉRIA; CRESTANA, Maria - *Produção científica: critérios de avaliação de impacto.* Revista da Associação Médica Brasileira. ISSN 0104-4230. N.º 1, Vol.48. (Janeiro/Março de 2002);

MARQUES, António *et al.* - *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras.* [s.d]. Lisboa: Ministério da Educação, 2000. ISBN 972-783-035-8;

MATOS, Margarida; RAMIRO, Lúcia - *Percepções de professores portugueses sobre educação sexual.* RevistaSaúdePública. ISSN 0034-8910 . Vol.42, n.º4 (2008). 684-92

MELLANBY, Alex – *A comparative study of peer-led and adult-led school sex education.* Oxford Universtity Press. Vol.16, n.º4 (2001). 481-492;

MELLANBY, Alex *et al.* - *School sex education: an experimental programme with educational and medical benefit.* British Medical Journal. Vol.311 (Agosto de 1995). 414-17;

METELLO, José *et al.* - *Desfecho da gravidez nas jovens adolescente.* Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia. Vol.30, n.º.12 (2008). 620-25;

MCCALL, Douglas; MCKAY, Alex - *School-based and school-linked sexual health education and promotion in Canada.* SOGC Policy Statement. Vol. 1, n.º146 (Junho de 2004). 596-600;

MUELLER, Trisha *et al.* - *The Association Between Sex Education and Youth's Engagement in Sexual Intercourse, Age at First Intercourse, and Birth Control Use at First Sex.* Journal of Adolescent Health. ISSN 1054-139X. Vol. 42, n.º 1 (Julho de 2007). 89-96;

MOURA, Escolástica; SOUZA, Rosiléa - *Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?* Cadernos de saúde pública. ISSN 0102-311X. Vol. 18, n.º6 (Novembro/Dezembro de 2002). 1809-1811;

PINTO, Angelo; ANDRADE, Jailson - *Fator de impacto de revistas científicas: qual o significado deste parâmetro?* Quím. Nova [online]. ISSN 0100-4042. 1999, vol.22, n.3;

PINTO, Luiz – *Televisão e Educação Sexual.* Jornal de Pediatria. ISSN 0021-7557. Vol.71, n.º5 (1995). 248-254;

SAAVEDRA, Luísa *et al.* - *Género, cultura e sexualidade em jovens portuguesas e portugueses: um programa de educação sexual.* IV Congresso Astur-Galaico de Sociologia. Universidade do Minho, Braga. 2005;

SANTELLI, John *et al.* - *Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs.* Journal of Adolescent Health. Vol.38,n.º1 (Janeiro de 2006). 72-81;

SIEVING, Renee *et al.* - *Friends' Influence on Adolescents' First Sexual Intercourse.* Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Vol.38, n.º1 (Março de 2006). 13-19;

SMITH, Meghan *et al.* - *The Content and Accessibility of Sex Education Information on the Internet.* Health Education & Behavior. ISSN 1090-1981 Vol. 27, n.º6 (2000). 684-694;

Referências Electrónicas

FORREST, Simon; KANNABUS, Annabel – *Sex Education That Works.* <http://www.avert.org/sex-education.htm> (consultado 13/10/2009 às 19h47m);

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) - *Educação sexual e reprodutiva.* <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/educa+caosexual.htm> (consultado 18/11/2009, às 18h41m);

MORAN, Jeffrey (2008). <http://www.faqs.org/childhood/Re-So/Sex-Education.html> (consultado 18/10/2009 às 18:00);

NUNES, Lucília (2009) - *Parecer n.º 109 / 2009.* www.ordemenfermeiros.pt/.../Parecer_109_ProjLei_educa_o_sexual_nas_escolas_VFinal.pdf. (consultado 13/10/2009 às 10h46m);

NUNES, Lucília (2005) – *Fórum: Educação Sexual.* <http://conversamos.wordpress.com/2005/02/04/forum-educacao-sexual/>. (consultado 10/10/2009, às 19h50m) ;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS (2006) - *The internet is an effective means of providing sex and reproductive health education to young people in Shanghai, China.* www.who.int/.../reproductivehealth/...internet/en/index.html(consultado 11/10/2009 às 18h40m);

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1975) – *Definição de Sexualidade.* <http://moodle.espa.edu.pt/mod/resource/view.php?id=1582> (acedido dia 18/11/2009, às 12h48m);

SAITO, Maria; LEAL, Marta (2000) - *Educação sexual na escola.* <http://209.85.129.132/search?q=cache:80eouyYY8IQJ:www.pediatriasaoapaulo.usp.br/upload/html/451/body/07.htm+SAITO,+Maria;+LEAL,+Marta+Educação+sexual+na+escola&cd=6&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> (acedido dia 18/11/2009 às 15h49m);

SILVA, Maria [s.d] - *Debate. Educação Sexual. Impossível adiar mais.* www.2pontos.pt/outrasedicoes/.../2PONTOS02_39983_6_8.pdf (consultado 10/10/09 às 18h55m);

SOUSA, Paula; BOAS, Joaquim [s.d] - *Doenças Sexualmente Transmissíveis – o retrato dos estudantes Universitários do Noroeste Português.* http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Remoaldo_P_C_A.pdf (consultado 7/12/2009, às 11h15m);

Seleção do Sexo na Criança. Análise Comparada de Fontes.

VERA, Filipa; MÁRTIRES, Liliana; RIBEIRO, Jorge; ALVES, Sara

Este trabalho⁵⁵ visa moldar e aperfeiçoar o nosso conhecimento ou até mesmo a nossa posição perante esta acção tão mediática como a selecção do sexo da criança, para que possamos reflectir e adoptar uma posição enquanto parte integrante da sociedade e futuros profissionais de saúde.

Bioética e a Seleção do Sexo na Criança

No presente tópico será feita uma breve revisão de alguns conceitos como a definição de Bioética, a relação com a selecção do sexo da criança, a importância deste conceito para a sociedade em geral e a sua situação actual.

Foi em 1927 que se pronunciou pela primeira vez a palavra Bioética, num artigo alemão pelo autor Fritz Jahr, sendo este defensor de que a Bioética consiste num conjunto de obrigações éticas, não incluindo apenas o ser humano mas todos os seres vivos (GOLDIM, 2006).

Apercebemo-nos facilmente como a ciência e as tecnologias se desenvolvem de dia para dia, como a Informática, a Robótica, e a Biotecnologia. Face a este progresso, nomeadamente na biologia humana (LOUREIRO, NOGUEIRA e SILVA, [s.d.]), a Bioética vai de certa forma construir pontes entre a acção da ciência, das tecnologias e dos valores humanistas e morais (NOVAIS, [s.d.]).

Como foi referido, a Bioética intervém nos progressos que chocam com a biologia humana, incluindo assim qualquer tipo de reprodução assistida. “Entende-se por Reprodução Assistida (RA) o conjunto de técnicas laboratoriais que visa obter uma gestação

substituindo ou facilitando uma etapa deficiente no processo reprodutivo”(cit. por TELÖKEN e BADALOTTI, 2002). Havendo esta manipulação na reprodução desenvolve-se assim a capacidade de selecção de um novo ser, pelo que chegamos ao ponto fundamental do trabalho, a selecção do sexo do mesmo.

“A determinação do sexo cromossómico em embriões foi conseguida, pela primeira vez, por Gardner e Edwards em 1968, recorrendo à cromatina de Barr, em células do trofoblasto de um embrião de coelho com cinco dias” (cit. por REGATEIRO, 2007)

A selecção do sexo da criança pode ser feita através de uma escolha dos espermatozóides ou através do diagnóstico genético de pré-implantação dos embriões a partir da biopsia das suas células. Em ambos os tipos de selecção do sexo existem questionamentos bioéticos, destacando-se a selecção do sexo e as suas consequências para a sociedade, bem como o futuro dos embriões não desejados (TELÖKEN e BADALOTTI, 2002).

Actualmente, uma das principais razões para a selecção do sexo da criança é a prevenção de doenças genéticas associadas ao cromossoma X (REGATEIRO, 2007).

Análise Comparada de Fontes

No presente capítulo procederemos à análise e comparação das fontes seleccionadas quanto à sua fidedignidade, abordando os critérios de selecção e avaliação por nós utilizados, bem como quanto ao seu conteúdo.

Fidedignidade

A revisão da literatura é uma etapa fundamental para a realização de qualquer trabalho. Esta “equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo” (cit. por FORTIN, 1999). Como

⁵⁵ No âmbito do estudo da unidade curricular de Ética II, do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), foi proposto pela professora Lucília Nunes, a elaboração de uma análise comparada de fontes sobre um tema da Bioética. Decidimos focar a nossa atenção na Eugénia no âmbito da selecção do sexo da criança. Esta escolha foi baseada numa pesquisa de vários documentos que posteriormente foram alvo de análise, a fim de se averiguar a informação existente e a sua fidedignidade, e em como esta temática suscita tantas contradições, na sociedade e no Mundo.

o objectivo desta se prende com a obtenção de informação actual, credível e de carácter científico, torna-se essencial definir determinados critérios para a selecção da bibliografia disponível (CARIA, 2005). Neste contexto, os critérios em que nos apoiámos para seleccionar as fontes bibliográficas dividem-se em critérios de selecção e de avaliação.

Critério de Selecção

O critério de selecção por nós utilizado foi essencialmente a informação que os vários documentos contêm sobre o tema. Neste contexto, após consultarmos várias fontes bibliográficas e sítios na Internet, optámos pelos documentos cuja ficha de leitura se encontra em apêndice (*Ver Apêndice 1 – Fichas de Leitura*). Assim, o grupo optou por estas na medida em que as considerou pertinentes para o enriquecimento do trabalho, tendo tido em conta a posição adoptada pelos autores das mesmas, nomeadamente contra e a favor da Selecção de Sexo.

Critérios de Avaliação

Os critérios de avaliação em que nos baseámos abrangem o(s) autor(es) das fontes, a publicação dos documentos por editoras, ou em revistas/jornais científicos, a data dos mesmos, a bibliografia utilizada pelos autores bem como se se tratam de fontes do tipo primário, secundário ou terciário, isto é, se contemplam um conteúdo original que ainda não foi resumido nem interpretado por outros autores; “se facilitam o acesso às fontes de tipo primário, ao reagrupá-las sob o mesmo tema (cit. por FORTIN, 1999); e ainda se compila, selecciona e organiza informações de bibliografia primária e secundária, respectivamente (FORTIN, 1999).

▪ **Autor(es) das Fontes**

No que concerne aos autores das várias fontes seleccionadas, optámos por seleccionar bibliografia que tivesse explícita o autor da mesma, a fim de garantir a sua credibilidade. Isto porque, ao sabermos qual o autor de um determinado livro ou artigo, poderemos inclusive saber qual a sua profissão, nomeadamente se tem algum tipo de formação na área

em que se foca ou se já desenvolveu outros trabalhos acerca da temática, ou até mesmo ter acesso ao seu *curriculum online*, o que de certa forma, nos dá alguma garantia da credibilidade do trabalho por si produzido. Relativamente a este aspecto, todos os documentos têm explícito o(s) respectivo(s) autor(es) que, a nosso ver, são credíveis, pois foi possível ter acesso a outros trabalhos desenvolvidos pelos mesmos sobre esta temática bem como a alguns dos seus currículos.

É importante salientar que constatámos que a maioria dos documentos encontrados são brasileiros, o que nos leva a acreditar que o Brasil é um país que se encontra mais sensibilizado para esta temática, e sendo a Selecção de Sexo permitida neste desde que tenha finalidade terapêutica, talvez isso justifique a realização de mais estudos neste âmbito. Os documentos portugueses por nós utilizados foram apenas o relatório do Professor Fernando Regateiro que fora apresentado ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e a Lei nº 32/2006 de 26 de Julho, não tendo sido encontrados estudos portugueses pertinentes acerca desta problemática.

▪ **Publicação dos Documentos**

No que respeita à publicação dos documentos utilizados, considerámos pertinente averiguar se todos eles foram publicados por alguma editora ou em jornais/revistas científicas, a fim de nos sentirmos mais seguros no que respeita à sua fiabilidade. Neste contexto, concluímos que um deles se trata de um livro disponível *online* “Selecção de Sexo e Bioética”, tendo sido publicado pela EDIPUCRS.

Relativamente aos artigos publicados em revistas seleccionámos o “Risco de uma Nova Forma de Eugenia em Face do Conhecimento do Património Genético Humano”, publicado numa revista semestral que tem por finalidade divulgar os trabalhos dos professores e alunos de instituições nacionais e estrangeiras, que se designa *Parlatorium - Revista Eletrônica de FAMINAS-BH* (FAMINAS-BH, [s.d.]). Um outro artigo publicado na revista *POLÍTICA & TRABALHO – Revista de Ciências Sociais*, que se trata de uma publicação semestral do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da

Paraíba, é o da autora Naara Luna (POLÍTICA & TRABALHO – REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 2005).

Por sua vez, os restantes documentos tratam-se de trabalhos académicos, um deles é uma dissertação de mestrado, outro trata-se de um resumo de um trabalho de conclusão de curso, por sua vez o “Projecto Genoma: A Busca Incansável pela Eugenia” foi realizado por um graduando de Bacharelato e Sistemas de Informação e, finalmente, ainda de índole académica, é o artigo da Marlene Tamanini, cuja finalidade foi a apresentação no Seminário Internacional Fazendo Gênero, que decorreu em Florianópolis. Desta forma, apesar de estes documentos não terem sido publicados em qualquer revista ou por alguma editora, considerámo-los credíveis, visto tratarem-se de artigos realizados no âmbito académico.

Os restantes documentos, de fidedignidade e fiabilidade inquestionáveis são: a Lei publicada no Diário da República e o relatório apresentado ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

▪ **Cronologia das Fontes**

A actualidade de qualquer documento é um aspecto bastante pertinente para o considerar como credível ou não, uma vez que há áreas em que no espaço de poucos anos, se verificam imensos progressos o que, conseqüentemente, torna desactualizado qualquer trabalho realizado no passado, por muito que respeite todos os critérios de fidedignidade. O mesmo não acontece quando falamos de temáticas em que não se verificam grandes evoluções.

De um modo geral, podemos afirmar que seleccionámos fontes actuais, apenas uma delas é de 1998, o que nos levou a questionar acerca da sua actualidade, no entanto, quando comparado com outras fontes, pudemos constatar que a informação contida no livro “Ética em Cuidados de Saúde”, é semelhante à contida noutros documentos mais recentes, o que nos levou a considerá-lo como fiável. Dois deles não respeitam este critério, uma vez que não têm explícita qualquer data, contudo, pudemos

verificar que no documento cuja autora é a Marlene Tamanini, há referências bibliográficas do ano de 2006, o que nos leva a crer que este documento foi produzido numa data posterior a essa, considerando-o assim como actual.

O mesmo aconteceu com o artigo intitulado “Projecto Genoma: A Busca Incansável pela Eugenia” que, à semelhança do anterior, apesar de não ser datado, foi utilizada pelos autores bibliografia do ano 2005, pelo que nos foi possível considerá-lo actual. À excepção das situações mencionadas, todos os documentos por nós utilizados apresentam uma data igual ou superior a 2004.

▪ **Bibliografia e Tipos de Fontes**

Um outro aspecto bastante importante na avaliação das fontes é a bibliografia utilizada pelos seus autores. Para considerarmos um documento credível é necessário averiguar se o autor do mesmo recorreu a fontes bibliográficas e/ou electrónicas para sustentar o seu trabalho ou a estudos, ou se por sua vez, se trata de um trabalho com conteúdo original, que ainda não foi resumido nem interpretado por outros autores. É também importante verificar se o autor se baseia em fontes oficiais e se tem em conta a legislação em vigor no seu país.

Neste contexto, podemos afirmar que a maioria dos artigos por nós seleccionados são do tipo terciário, ou seja, fazem referência a diversos autores, tendo tido assim uma visão abrangente, uma vez que recorreram a diversas fontes bibliográficas e/ou electrónicas, inclusive a estudos acerca da temática. Também a maioria utilizou fontes oficiais, como a *Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine*, Conselho Federal de Medicina, Comité Nacional de Bioética, Organização Mundial de Saúde, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, entre outros.

É de salientar que de entre as dez fontes seleccionadas, quatro delas fazem referência às leis em vigor no país e, uma delas, o relatório do Professor Fernando Regateiro refere, em anexo, a legislação em vigor em diversos países acerca da Selecção de Sexo. É ainda de referir que utilizámos três fontes que não

referenciaram qualquer fonte oficial nem qualquer lei em vigor no país. Por outro lado, utilizámos também uma fonte do tipo primário, a Lei nº 32/2006 de 26 de Julho.

Em suma, apesar de nem todas as fontes contemplarem os critérios por nós definidos numa fase inicial, considerámos importante incluí-las neste trabalho, devido ao facto de conterem informação pertinente que acreditamos dar um prodigioso contributo para o enriquecimento do mesmo.

Conteúdo

Neste tópico procuramos analisar e comparar as fontes seleccionadas no que respeita ao seu conteúdo informativo.

O tema deste trabalho, consiste na selecção do sexo da criança e nas questões éticas que o mesmo levanta, assim iremos **valorizar os aspectos a favor e contra a selecção do sexo, apresentados pelos diferentes autores nas dez fontes que seleccionámos e apresentámos.**

Deste modo, segue-se um resumo dos factores a favor e contra a selecção do sexo da criança bem como uma comparação do conteúdo relativamente aos aspectos cronológicos e credibilidade.

- **Aspectos a Favor da Selecção do Sexo**

Um dos aspectos a favor da selecção do sexo prende-se com a **liberdade reprodutiva dos casais**. Isto é, deve ser dada aos casais autonomia para que possam tomar decisões na dimensão reprodutiva da sua vida, sendo que segundo vários autores esta dimensão engloba os aspectos relativos à selecção do sexo da criança. Este factor ainda que não sendo o mais referido, encontra-se presente nalgumas das fontes consultadas, a saber: *Ética em Cuidados de Saúde* (1998); *Embriões geneticamente seleccionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa* (2004); *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (2007) e *Seleccção de Sexo e Direito (Penal)* (2007).

Uma das razões mais vezes citada a favor da selecção do sexo, relaciona-se com a **prevenção da transmissão de doenças genéticas** graves associadas ao cromossoma X, tal como por exemplo a hemofilia. Das fontes que estamos a tratar é possível verificar que todas elas referem este aspecto, visto este assentar numa base terapêutica.

Outra vertente a favor relaciona-se com **questões culturais**, nomeadamente a tradição de se ter um filho de um determinado sexo culturalmente favorecido, esta situação associa-se igualmente ao facto de em muitas culturas um indivíduo do sexo masculino ser visto como superior e como uma fonte de rendimento. Este aspecto é focado nos textos intitulados como: *Ética em Cuidados de Saúde*; *Embriões geneticamente seleccionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa* e o *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*.

A **vontade/desejo dos progenitores** em terem um filho de um determinado sexo consiste num dos aspectos mais vezes referenciado, sobretudo nas situações em que o casal já tem vários filhos do mesmo sexo, pretendendo portanto ter um de sexo diferente. Ainda relacionado com este assunto encontra-se a possibilidade de se manter o equilíbrio familiar e controlar a natalidade. Esta linha de pensamento é referida nas seguintes fontes: *Embriões geneticamente seleccionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa* (2004); *Seleccção de Sexo e Direito (Penal)* (2007); *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (2007); *Seleccção de Sexo e Bioética* (2004) e *Quando as tecnologias colocam problemas que elas não resolvem* [s.d.].

A possibilidade de ocorrência de uma **correccção demográfica** através da selecção do sexo, é outra vertente favorável à sua realização, sendo mencionada apenas numa das fontes tratadas, a saber

no artigo intitulado: *Seleção de Sexo e Direito (Penal)* (2007).

- **Aspectos Contra a Seleção do Sexo**

A **selecção** e posterior **eliminação de embriões**, alguns perfeitamente saudáveis, constituem uma das principais razões enumeradas relativamente à não realização da selecção do sexo da criança. Segundo diversos autores, a selecção e eliminação de embriões, põe em causa a dignidade do mesmo, quer enquanto embrião, quer enquanto futuro indivíduo que virá a ser, caso tenha possibilidade de o fazer, logo vendo a situação por esse prisma, tais actos podem ser considerados como um atentado à vida humana.

A escolha de embriões remete ainda para a ideia de que alguns têm mais valor do que outros, ou seja, que algumas pessoas poderão ter mais valor que outras. Posto isto, é importante ter sempre em atenção o embrião como um sujeito e não como um objecto, sendo este outro dos argumentos levantados contra a escolha do sexo da criança. As ideias anteriormente mencionadas encontram-se repetidas em várias fontes, nomeadamente na *Ética em Cuidados de Saúde* (1998); *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (2007); *Reprodução assistida: da realização do projecto parental ao risco da mercantilização do ser humano* (2007); *Seleção de Sexo e Bioética* (2004); *Risco de uma Nova Forma de Eugenia em Face do Conhecimento do Patrimônio Genético Humano* (2008) e *Seleção de Sexo e Direito (Penal)* (2007).

Outro aspecto mencionado como oposição à selecção do sexo prende-se com a preocupação existente de que esta possa conduzir a uma **desigualdade entre sexos**, podendo criar a ideia de que um sexo é mais poderoso ou valioso que o outro. Ainda outra situação relacionada com este argumento é a possibilidade de uma manutenção da opressão ao sexo feminino, algo ainda comum nos dias de hoje e que pode ser exacerbado com a selecção sexual. Este fundamento relaciona-se ainda com questões culturais, onde o sexo feminino é visto como inferior. Importa ainda esclarecer que estas desigualdades são ao nível

quantitativo e qualitativo. As fontes que abordam este factor são as seguintes: *Ética em Cuidados de Saúde* (1998); *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (2007); *Seleção de Sexo e Bioética* (2004); *Quando as tecnologias colocam problemas que elas não resolvem* ([s.d.]) e *Seleção de Sexo e Direito (Penal)* (2007).

Por outro lado, é muitas vezes mencionada a possibilidade de existência de uma **ideação possessiva** dos filhos por parte dos pais, isto é, estes acreditam ter pleno direito no que respeita ao bebé, podendo considerá-lo como um objecto, ignorando a sua autonomia. Alguns autores colocam ainda outra questão, será que as crianças fruto das escolhas dos pais irão concordar com estas mesmas escolhas? Isto porque apenas a opinião dos progenitores é tida em conta na altura da selecção do sexo. Das dez fontes que seleccionámos estes aspectos encontram-se mais desenvolvido nas seguintes: *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (2007); *Reprodução assistida: da realização do projecto parental ao risco da mercantilização do ser humano* (2007); *Risco de uma Nova Forma de Eugenia em Face do Conhecimento do Patrimônio Genético Humano* (2008) e *Quando as tecnologias colocam problemas que elas não resolvem* ([s.d.]).

Um dos aspectos mais vezes contra a selecção do sexo prende-se com o risco de **eugenia**, isto é, com a realização de práticas que conduzam ao aperfeiçoamento da espécie, discriminando e procurando eliminar todos os que não preenchem determinados requisitos. Esta vertente encontra-se mencionada em todas as nossas fontes, à excepção da legislação da Assembleia da República, ainda que implicitamente se possa considerar que as medidas apresentadas por esta visam evitar o surgimento de uma corrente eugénica.

Por fim, outro ponto de vista contra a selecção do sexo, consiste na própria **legislação** de cada país aplicável a esta temática. Importa referir ainda que na maioria das situações as leis não são específicas para

a selecção do sexo, acabando por influenciar as decisões que são tomadas nesta área. Assim, de um modo geral todas as fontes mencionaram indirectamente a legislação que é aplicada em diversos países e que regula a selecção do sexo da criança, sendo que na maioria das situações a escolha do sexo apenas é permitida para fins terapêuticos, isto é, quando se procura prevenir a transmissão de doenças associadas a um determinado sexo.

De um modo geral, é possível observarmos que as fontes seleccionadas, não se limitam a tomar uma posição quanto a este assunto e a defendê-la, isto é, procuram apresentar diversos pontos de vista e vários motivos quer a favor quer contra a selecção do sexo. Ainda que na maioria das fontes as opiniões sejam semelhantes, consistindo na oposição à selecção do sexo, excepto nas situações que esta pode prevenir a transmissão de doenças, os seus autores procuraram apresentar nos seus textos argumentos que possam permitir ao leitor reflectir e formular ele próprio a sua opinião.

Quantitativamente verificamos que o número de aspectos a favor da selecção do sexo da criança é igual ao número de aspectos contra esta prática, ainda que cada um deles englobe várias dimensões que também são importantes. Para além disso, podemos igualmente verificar que os aspectos contra a selecção do sexo são mencionados em maior número de fontes que os aspectos a favor, verificando-se a tendência existente para a proibição e não-aceitação desta prática.

- **Comparação do Conteúdo tendo em conta os Aspectos Cronológicos**

Para uma melhor compreensão sobre a evolução deste tema, torna-se pertinente realizar uma análise comparativa entre o conteúdo das fontes e a sua cronologia, para que possamos tomar conhecimento da evolução deste facto ao longo dos anos. É importante mencionar que as fontes

seleccionadas estão enquadradas num espectro que varia entre 1998 e 2008 o que possibilita uma maior tomada de consciência desta problemática na nossa sociedade.

Assim na fonte intitulada *Ética nos Cuidados de Saúde* (1998), surge a perspectiva de que, o facto de existir a possibilidade de determinar o sexo da criança ainda não influenciava a escolha dos progenitores de interromperem voluntariamente a gravidez. No entanto, nesta época, suspeitava-se que com o aparecimento do diagnóstico pré-implantatório esta realidade poderia sofrer alterações, uma vez que o aborto já não estaria implicado, mas sim o descarte de embriões. Os problemas mais levantados na altura pela selecção do sexo repercutiam-se na selecção de vidas humanas e do atentado contra o princípio de igualdade entre os sexos. Os benefícios referidos eram, a detecção precoce de doenças genéticas associadas ao cromossoma X e a contribuição para a diminuição do número de abortos.

Na fonte que data do ano de 2004 da autora Naara Luna, é possível detectar alguns progressos na discussão deste problema, uma vez que surge a opinião de vários especialistas em Bioética como Volnei Garrafa que referem, que a escolha do sexo é autorizada apenas em situações que permitam evitar a transmissão de doenças genéticas ligadas ao cromossoma X, sendo proibida quando a opção é tomada com base em razões não médicas. Ao longo deste mesmo artigo podemos deparar-nos com a opinião do presidente da sociedade brasileira de reprodução assistida que apoia igualmente este ponto de vista, no entanto surge também a perspectiva de Abdelmassih, defende que a selecção deve ser permitida caso o casal tenha 3 ou mais filhos do mesmo sexo, e por último Serafini que considera justo a selecção e apoia os progenitores na sua escolha. Numa outra fonte de 2004 Clotet e colaboradores fazem referência aos aspectos jurídico-penais associados à selecção artificial do sexo, sendo punidas todas as práticas que tenham como objectivo fins não terapêuticos pois são classificadas como “práticas reprováveis de eugenia positiva que atentam contra a

dignidade humana ofendendo bens jurídicos como a diversidade sexual e a vida humana embrionária”.

No ano de 2006 a Assembleia da República emitiu um decreto-lei sobre a procriação medicamente assistida onde no artigo 37º se faz referência à escolha de características não-médicas, nomeadamente o sexo da criança, em que pune o transgressor com 2 anos de prisão ou com pena de multa 240 dias, sendo evidente que tais práticas em território nacional são condenatórias e portanto um atentado à vida humana.

Num artigo do ano de 2007 intitulado de *Seleção de Sexo e Direito (Penal)*, para além de fazer referência a todos os aspectos éticos já mencionados, elucida ainda sobre o posicionamento de vários países face a esta prática. Sublinhamos o caso da França que actuava mais na punição para fins lucrativos no mesmo contexto e do Brasil que na época não possuía qualquer legislação que punisse a selecção do sexo com fins não terapêuticos, encontrando-se numa fase de construção do decreto-lei. Neste mesmo ano, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) publicou um parecer sobre esta temática, reforçando a ideia de que a selecção de sexo com fins não terapêuticos é proibida e que todo o embrião tem direito à vida.

Refere ainda que a escolha de características da criança por razões não médicas consiste num conjunto de justificações supérfluas, associadas à satisfação do desejo dos progenitores. Silva (2007) por sua vez, fez menção à Associação Belga para a Bioética que considera a selecção do sexo “um acto aceitável quando realizado em uma família que já possua filhos do mesmo sexo, procurando por isso um filho de género diferente, não sendo possível por isso a aplicação deste método no primeiro filho do casal”, é evidente as diferenças existentes entre Portugal e alguns países da Europa no que respeita ao estatuto do embrião e à dignidade humana, lembrando que o CNECV considera que esta prática coloca em causa a autonomia da criança e os princípios da beneficência, não maleficência e justiça.

Mais recentemente, no ano de 2008 Carolina Campos, salienta a possibilidade de esta prática se

alargar à selecção de outras características genéticas, fazendo referência a Habermas (2004), que afirma que iremos presenciar o chamado efeito “bola de neve”, na medida em que estes aspectos se irão agravando ao longo do tempo.

- **Comparação do Conteúdo tendo em conta a Credibilidade**

Após submetermos as fontes seleccionadas aos critérios de selecção e de avaliação, para uma maior garantia de fidedignidade concluímos que seria também relevante compará-las no que respeita ao seu conteúdo, pois apesar de possuírem os atributos que considerámos essenciais, podem não corresponder às expectativas relativamente ao seu conteúdo informativo.

De uma maneira geral, concluímos que todas as fontes seleccionadas apresentam um conteúdo científico que nos fornece uma visão abrangente e autêntica do tema, possuindo todos eles informação útil e complementar, possibilitando um melhor entendimento deste problema ético.

Relativamente às duas fontes desprovidas de datação, é importante referir que ambas apresentam informação que vai de encontro ao que é referido pelos restantes autores, incluindo ainda a sua opinião pessoal relativamente ao tema, tendo a sua utilização dado um contributo eficaz para a elaboração desta análise comparativa.

Conclusão

Após a elaboração deste trabalho, destacamos a importância da sua realização, uma vez que tivemos a oportunidade de investigar, analisar, perceber e ficar mais integrados e conhecedores deste vasto tema que é a Seleção do Sexo, possibilitando a aquisição de conhecimentos sobre o tema bem como dos problemas éticos que daí advêm. Deparámos-nos com várias realidades complexas relativas aos assuntos que envolvem este tema.

Deste modo, a Bioética surge no nosso trabalho como “mediador” entre os aspectos relativos ao conhecimento científico referente à selecção do sexo e as implicações éticas que a sua aplicação levanta.

A selecção do sexo da criança é alvo de várias interpretações, dependendo do sentido crítico de cada um. Sendo assim, os mais críticos reflectem sobre as suas várias implicações, assentando a sua opinião na dignidade da vida humana, no estatuto do embrião e nos fins terapêuticos desta prática, enquanto que outros optam por não problematizar a questão, referindo que a vontade dos progenitores é mandatária para a realização desta prática.

Esta técnica levanta várias questões uma vez que pode ser colocada em prática com a motivação de prevenir doenças genéticas ligadas ao sexo; de controlar a natalidade; de descartar embriões saudáveis, que simplesmente não correspondem ao filho desejado pelo casal; de conduzir a uma desigualdade entre os sexos; de uma correcção demográfica e de se estabelecer uma ideologia sexista.

Referências Bibliográficas

- CLOTET, J.; GOLDIM, J. – *Seleção de Sexo e Bioética*. 1ª Edição. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. ISBN 85-7430-491-3.
- LEI Nº 32/2006. D.R. I SÉRIE. 143 (26-07-2006). 5245-5250.
- FORTIN, M. F. – *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- LUNA, N. – Embriões Geneticamente Selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa. *POLÍTICA & TRABALHO – Revista de Ciências Sociais*. ISSN 0104-8015. Vol. 1, nº 20. (2004). p61-p79.
- NUNES, R.; SERRÃO, D. – *Ética em Cuidados de Saúde*. 1ª Edição. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6.
- SILVA, A. *Reprodução Assistida: da realização do projeto parental ao risco da mercantilização do ser humano*. Santa Cruz do Sul: [s.n.], 2007. Dissertação de mestrado em Direito.

VIEIRA, N. – *Seleção de Sexo e Direito (Penal)*. Rio Grande do Sul: [s.n.], 2007. Resumo de trabalho de conclusão do curso de Direito.

Referências Electrónicas

- BADALOTTI, M.; TELÖKEN, C. *Simpósio sobre Ética - Bioética e Reprodução Assistida*.
<http://www.amrigs.org.br/revista/46-03/Bio%C3%A9tica%20e%20reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida.pdf>. 16-11-09. 22:17.
- CAMPOS, C. *Risco de uma Nova Forma de Eugenia em Face do Conhecimento do Patrimônio Genético Humano*.
<http://www.faminasbh.edu.br/revistaeletronica/download/ar1.pdf>. 14-11-2009. 17:52.
- FAMINAS-BH. *Apresentação*.
<http://www.faminasbh.edu.br/revistaeletronica/>. 25-11-2009. 17:48.
- GOLDIM, J. *Bioética: Origens e Complexidade*.
<http://www.ufrgs.br/bioetica/complex.pdf>. 16-11-09. 23:00.
- LOUREIRO, R.; NOGUEIRA, J.; SILVA, E. *O Homem, a Ciência e a Bioética*.
<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/2.pdf>. 12-11-09. 22:00.
- NOVAIS, S. *Ciência e Técnica: a Bioética como limite ou como Consciência*.
<http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/S%C3%B3nia%20Novais.pdf>. 13-11-09 21:22.
- POLÍTICA & TRABALHO – REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS. *Apresentação*.
<http://www.cchla.ufpb.br/politicaetrabalho/arquivos/apresentacao.htm>. 26-11-2009. 15:47.
- REGATEIRO, F. *Relatório nº 51 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*.
http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/A81B2738-8A62-458F-90B5-BEB174EB3A30/0/P051_RelatorioDGPI.pdf. 17-11-2009. 19:16.
- SEOLIN, F.; SOUZA, S. *Projeto Genoma: A Busca Incansável pela Eugenia*.
[mail.falnatal.com.br:8080/revista_nova/a3_v2/artigo_10.pdf](mailto:falnatal.com.br:8080/revista_nova/a3_v2/artigo_10.pdf). 26-11-2009. 18:25.
- TAMANINI, M. *Quando as tecnologias colocam problemas que elas não resolvem*.
http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/M/Marlene_Tamanini_48.pdf. 17-11-2009. 20:53.