

REVISTA NJINGA & SEPÉ



Revista Internacional De Culturas,
Línguas Africanas e Brasileiras



ISSN: 2764-1244

Vol.2, N°Especial II, 2022

© 2022 Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada com fins comerciais. Platform & Workflow by OJS/PKP. Acomodado na página: www.revistas.unilab.edu.br



Reitor

Roque do Nascimento Albuquerque

Vice-Reitora

Cláudia Ramos Carioca

Pró-Reitoria de Extensão, Arte e Cultura

Carlos Mendes Tavares

Pró-Reitoria de Graduação

Geranilde Costa e Silva

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

José Olavo da Silva Garantizado Júnior

Pró-Reitoria de Relações Institucionais e Internacionais

Artemisa Candé Monteiro

Diretor do Instituto de Humanidades e Letras

Pedro Acosta Leyva

Diretora do Campus dos Malês-Bahia

Mírian Sumica Carneiro Reis

Editor-Chefe da Revista Njinga & Sepé

Alexandre António Timbane

Link: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape/>

Equipe Editorial

Editor-chefe

Alexandre António Timbane (Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil)

Coeditores

Denise Silva (Universidade Federal da Grande Dourados e Instituto de Pesquisa da Diversidade Intercultural, Brasil-Línguas e cultura indígenas brasileiras)

Ezra Alberto Chambal Nhampoca (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique-Cultura e Línguas bantu)

Kelly Priscila Lóddo Cezar (Universidade Federal do Paraná, Brasil-Cultura e Línguas de Sinais)

Manuel da Silva Domingos (Universidade Agostinho Neto, Angola-Línguas e culturas africanas)

Maria Goretti Varela Freire Silva (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde-Crioulos de base lexical portuguesa)

Conselho Científico - Membros Honorários

Abdelhak Razky (Universidade Federal do Pará, ILC/PPGL- UFPA, Brasil)

Amália de Melo Lopes (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)

Angel Humberto Corbera Mori (Universidade de Campinas, Brasil)

Armindo Atelela Ngunga (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)

Bayo Omolola (Department of World Languages and Cultures, Howard University, USA)

Bento Siteo (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)

Cristina Martins Fargetti (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil)

Cristine Gorski Severo (Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

Eduardo de Almeida Navarro (Universidade de São Paulo, Brasil)

Elsa Pinto (Universidade de Timor Lorosa'e, Timor Leste)

Eugeniusz Rzewuski (Univ. de Varsóvia, Departamento de Línguas e Culturas Africanas)

Geraldo Manuel Garcia Chinchay (Universidade Nacional Federico Villarreal, Perú)

Gilvan Müller de Oliveira (Universidade Federal de Santa Catarina, Cátedra UNESCO, Brasil)

Habiba Naciri (Université Mohamed-V, Rabat-Agdal, Marrocos)

Hildo Honório do Couto (Universidade de Brasília, Brasil)

Hildizina Norberto Dias (Universidade Pedagógica de Moçambique)

Isabel A. Santos (Universidade de Coimbra, Portugal)

João Kissunji Artur Alberto João (Ministério da Educação de Angola, Angola)

Luiz Carlos Cagliari (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil)

Malcolm Coulthard (Aston University/UK & University of Birmingham, Inglaterra)

Marcia Maria Damaso Vieira (Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

Margarida Maria Taddonni Petter (Universidade de São Paulo, Brasil)

M'bare N'gom (The James H. Gilliam, Jr. College of Liberal Arts Morgan State University, USA)

Nada El Ahib (Université Mohamed-V Rabat-Agdal, Marrocos)

Nadia Tadlaoui (Université Mohamed-V Rabat-Agdal, Marrocos)

Nélia Maria Pedro Alexandre (Universidade de Lisboa-Portugal)

Paulo Alexandre Castelhão Vaz de Carvalho (Universidade Católica Portuguesa, Portugal)

Ozouf Sénamin Amedegnato (University of Calgary, Canada)

Paul O'Neill (University Sheffield, Inglaterra)

Pere Conellas Casanova (Universidade de Barcelona, Espanha)

Peter Paul Wellfens Lorenzo (Inst. de Invest. e Desenvolvimento em Política Linguística, Brasil)

Rosane de Andrade Berlinck (Univ. Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil)

Ronice Müller de Quadros (Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

Rosângela Morello (Inst. de Invest. e Desenvolvimento em Política Linguística, Brasil)

Soulymane Bachir Diagne (Columbia University, USA)

Tania Conceição Clemente de Souza (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

Vicente Paulino (Universidade Nacional de Timor Lorosa'e, Timor Leste)

Ximbani Eric Mabaso (University of South Africa, África do Sul)

Conselho Científico

Adriana Viana Postigo Paravisine (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil)
Afonso Teca (Universidade Agostinho Neto, Angola)
Alexander Yao Cobbinah (Universidade de São Paulo, Brasil)
Altaci Corrêa Rubim (Universidade de Brasília, Brasil)
Ana Karina Tavares Moreira (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)
Ananda Machado (Universidade Federal de Roraima, Brasil)
Andérbio Márcio Silva Martins (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
Antônio Carlos Santana de Souza (Universidade de Estado de Mato Grosso, Brasil)
Artinésio Saguete Widnesse (Inst. Sup. de Ciências e Tecnologia de Moçambique)
Artur Garcia Gonçalves (Universidade de Brasília, Brasil)
Áurea Cavalcante Santana (Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil)
Basilele Malomalo (Univ.de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil)
Bruno Okoudowa (École Creusot & Buffalo University, Canada)
Daniel Perez Sassuco (Universidade Agostinho Neto, Angola)
Davi Borges de Albuquerque (Universidade Federal de Goiás, Brasil)
Delton Aparecido Felipe (Universidade Estadual de Maringá, Brasil)
Dionei Moreira Gomes (Universidade de Brasília, Brasil)
Domingas Monte (Universidade Agostinho Neto, Angola)
Emanuel Correia Pina (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)
Felix Rondon Adugoenau (Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil)
Fernando Tavares (Centro de Estudos Africanos-UNILAB, Brasil)
Gabriel Barros Viana de oliveira (Universidade de Brasília, Brasil)
Gervásio Absolone Chambo (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)
Hemerson Vargas Catão (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
Henrique Orlando Mateus (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)
Hounnouvi Christian Coffi (Université de Nantes, Laboratoire CRINI, França)
Ilídio Enoque Alfredo Macaringue (Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil)
Inocente Luntadila Nlandu (Universidade Agostinho Neto, Angola)
Jean-Arsène Yao (Université Félix Houphouët-Boigny, Costa de Marfim)
João Muteteca Naege (Universidade Lueji A'Nkonde, Angola)
Jorge Kapitango (Universidade Agostinho Neto, Angola)
José Gil Vicente (Universidade Federal de Amazonas, Brasil)
Marcelo Nunes (Universidade de Timor Lorosa'e, Timor Leste)
Márcio Undolo (Universidade Lueji A'Nkonde, Angola)
Mateus Cruz Maciel de Carvalho (Inst. Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de SP, Brasil)
Maxwell Gomes Miranda (Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil)
Nassima Moussaoui (Université Ali Lounici, BLIDA 2, Algérie)
Nelsa João Nhantumbo (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)
Paulo Jeferson Pilar Araújo (Universidade Federal de Roraima, Brasil)
Priscila Alyne Sumaio Soares (Univ. Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil)
Rogério Matis (Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil)
Rosalina Zamora Jorge (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)
Sabrina Rodrigues Garcia Balsalobre (Univ. de Integ. Internac. da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil)
Silvana Aguiar dos Santos (Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)
Sílvia Lucia Bigonjal Braggio (Universidade Federal de Goiás, Brasil)
Valéria Faria Cardoso (Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil)
Wondwonssen Alemayehu Haile (University of Ethiopia)

Consultores ad hoc especializados

Ayawovi Djidjogbe Fanho (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Togo)
Botelho Isalino Jimbi (Instituto Superior de Ciências da Educação em Benguela-Angola)
Dabana Namone (Pesquisador Independente, Guiné-Bissau)
Davety Mpiuka (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)

Dinis Vador Sicala (Instituto Superior de Ciências da Educação em Benguela-Angola)
Ezequiel Pedro José Bernardo (Universidade Onze de Novembro, Angola)
Gervásio Chambo (Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique)
Hilário Sabonete Nhambalo (Direção Provincial da Educação de Cunene, Angola)
José Cossa (Academia de Ciências Policiais, Moçambique)
Leandro Andrade Fernandes (Universidade Federal de Uberlândia, Brasil)
Luís Chimuco (Instituto Superior João Bosco, Angola)
Luís Ausse (Universidade Católica de Moçambique)
Manuela Garrett Benedito (Televisão Pública de Angola)
Nanci Araújo Bento (Universidade Federal da Bahia, Brasil)
Narciso Homem (Universidade Agostinho Neto, Angola)
Rajabo Alfredo Mugabo Abdula (Serviço Nacional de Investigação Criminal, Moçambique)
Stanley Cunha Teixeira (Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil)

Tradutores/Intérpretes de Línguas africanas e Brasileiras

Ana Cristina Pereira da Silva (Sec.de Educação de São Francisco de Conde, Bahia, Brasil/Libras)
Andrea Carolina Bernal Mazacotte (Universidade Estadual Oeste do Paraná/Libras)
António Paulo Cuionja (Escola Superior Pedagógica de Bié, Língua Umbundu, Angola)
Cátia Manuel (Universidade Federal de Santa Catarina/ Crioulo)
Danilo da Silva Knapik (Universidade Federal do Paraná/Libras)
Emídio Jeremias Jossué (Escola Superior Pedagógica de Bié/Língua Umbundu, Angola)
Ester Tembe (Hospital Central do Maputo, Língua Moçambicana de Sinais, Moçambique)
Eziom-Geber Emmanuel Gusmão Palmeira Limeira (Libras)
Itaciara de Oliveira do Carmo da Silva (Sec. de Educação de São Francisco de Conde, BA, Libras)
Jéssica Gonçalves Honório (Universidade Federal do Paraná/Libras)
Klicia de Araújo Campos (Universidade Federal do Paraná, Libras)
Laurindo Machado (francês, inglês/ Moçambique)
Marco Barone (Universidade Federal de Pernambuco/ Francês, inglês, /italiano/ Itália)
Moussa Diabate (Universidade de São Paulo, Université de Bamako, Mali)
Nuno Rodriguez Tchailoro (Universidade de Timor Lorosa'e, Timor Leste)
Pansau Tamba (Universidade Pan-Africana/ crioulo, francês, inglês/ Camarões)
Paulo Henrique Pereira (Universidade Federal do Paraná/Libras)
Segunda Cá (Universidade Federal do Paraná/crioulo e francês/ Guiné-Bissau)
Wagner silva Machado (Universidade Federal do Paraná, Libras)

Design de imagens e capa

Leonardo Fotchizes (UNILAB)
Alexandre Alejota Sapalo (UNILAB)

Logotipo da Revista

Anderson Nowogrodzki da Silva (UnB)

Instituições:



Vol.2, nº Especial II (2022)

Organização: Florência Paulo Nhavenge e Alexandre António Timbane

Sumário

A Bioética em Moçambique: estudos e pesquisas Florência Paulo Nhavenge, Alexandre António Timbane.....	1-15
A complexidade dos princípios éticos nos laboratórios clínicos dos hospitais públicos na cidade de Nampula (Nampula) e distrito de Cahora Bassa (Tete) Henrique Samuel Xai-Xai, Jaime Rui Chicra, João Manuel	16-29
Dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra o Covid-19 em Moçambique Flora Cristina Rafael Correia Diomba, Maria Simão Tomás, Príncipe Dionísio José.....	30-42
Princípios bioéticos na realização de partos em hospitais públicos de Moçambique Cimo Vieira Tualha, Lurdes Sacuane Passione Uahimua, Olívia Felizarda Malunguice Gove	43-55
A bioética no atendimento aos doadores de sangue: a relação profissionais de saúde e os doadores em Moçambique Manuel Zacarias Caetano, Lucas Bento Cornélio, Eduardo Mário Laura	56-70
Documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique: Avanços e recuos Inês Januário Paiaia, Jorge Ernesto Passero, Lúcia Manuel	71-84
Questões bioéticas do 'processo clínico' nos serviços hospitalares: análise dos princípios éticos Calton Modesto Viagem, Cremildo Júlio Alfredo Rajabo	85-95
A bioética e as atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem: problemas e caminhos para a melhoria do atendimento público em Moçambique Nídio Alberto Macie, Narciso Manuel Domingos Rondinho	96-109
Procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio Marília de Moraes Pugas, Augusto Lucas Jone, Janete Alberto Wilson Nipute Binana	110-122
A bioética, direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no hospital provincial de Lichinga, Moçambique Augusto Mina, Esmeralda Amélia Malate, Fernando Meque	123-136
Análise de questões de Bioética no atendimento dos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga, Janeiro – Março de 2022 Domingos Ricardo Domingos Tapa, Mário Ivo Muchanga, Armindo Joaquim Mahite	137-151
Procedimentos éticos no anúncio do óbito, do preenchimento e da entrega do certificado no Hospital Provincial de Chimoio Sebastião João Mauta Canger, Armindo Mineses Tembenuca, Castelio Gabriel Muavassa	152-161
Combate da malária e problemas éticos aos atendimentos e na divulgação dos cuidados perante a população do distrito de Massinga e Sussundenga Zefanias Alexandre Mazive, Samuel Sulemane Roque, José Luís Selemene	162-171
A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular: engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique Domingas Jerónimo Nhenheze Chapepa Julião, Fátima Dalila Madalena de Sousa	172-183
Aspectos bioéticas de saúde pública e sua relação com atendimento no serviço de urgência no de Hospital Provinvial de Chimoio Asmina Victorino Nhapoca Luis, Ludofina Manuel Texeira	184-196
Ética e Confidencialidade no Manuseamento das listas extraídas do Sistema Electrónico de Seguimento de pacientes vivendo com HIV na Unidade Sanitária	

Cimplisse Pedro Mucavele, Tomás Francisco Juliasse, Maria Efigénia Ricardo, Pedro António Cambe	197-212
Dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e sua relação as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde	
Juita Ema da C. Z. Canihoma, Pedro João Seda Munongoro, Ermelinda Alberto João	213-225
Influência do terapeuta da fala no tratamento de crianças de 0-2 anos com desnutrição crónica: Estudo de Caso da Cidade de Nampula	
Ilídio Salomão Gimo Nhancale	226-238
Varia (Áreas afins)	
Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi na Cidade de Tete (2016-2018)	
Roberto Cândido Anselmo	239-253
Estudos do léxico da variedade guineense do português a partir da obra de Odete Semedo	
Lucas Augusto Cabi, Alexandre António Timbane	254-275
Neologismos no Português Contemporâneo angolano veiculado pelos taxistas de Luanda	
João Domingos Pedro, Celestino Domingos Katala, João Quixico Domingos	276-289
O desenvolvimento do ensino superior em angola: implicações da diversidade das suas instituições	
Mbaz Naege, Albano Agostinho Eduardo	290-306
Ensino primário e qualidade de serviços comunitários: a teoria de educação de Julius Nyerere vista a partir da realidade de Moçambique	
Fernando Rafael Chongo	307-328
Entrevista/Resenhas de livros	
Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana	
António N'Runca	329-334
Literatura, oratura	
Kungatave ni kurhula	
Mabjeca Tingana.....	335

A Bioética em Moçambique: estudos e pesquisas

Florência Paulo Nhavenge *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-1056-112X>

Alexandre António Timbane**

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-2061-9391>

1.Introdução

A palavra **ética** é derivada do grego *ethos*, que significa, “hábito”, “comportamento”, “modo de ser”. A ética é o “conjunto de regras ou preceitos de ordem valorativo e moral de um indivíduo, de um grupo social ou de uma sociedade” (Houaiss, 2009, p.847). Na área médica ela é definida como o “conjunto de regras de conduta moral, deontologia e científica dos profissionais de saúde com relação aos pacientes” (Houaiss, 2009, p.847). A ética pode ser um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar, as ações de um grupo em particular (moralidade).

Não se pode confundir a ética da moral porque são temas relacionados, mas diferentes. Isso porque moral se fundamenta na obediência às normas, costumes ou mandamentos culturais, hierárquicos ou religiosos. Já a ética, busca fundamentar o modo de viver pelo pensamento humano. A ética é teoria, universal, regra, princípio, permanente (Kottow, 2008). É um conjunto de valores que orientam o comportamento do homem em relação aos outros homens na sociedade em que vive, garantindo o bem estar social. A moral resulta de uma prática, da conduta da regra, da cultura e é temporal. Entendamos a moral como o conjunto de normas que regulam o comportamento do homem em sociedade e estas normas são adquiridas na tradição e nas práticas do cotidiano.

A palavra **bioética** provem do grego **bios** (vida) + **ethos** (ética). Portanto, **bio**= vida no sentido animal e fisiológico do termo (ou seja, **bio** é a vida pulsante dos animais, aquela que nos mantém vivos enquanto corpos) e **ética** que significa ‘conduta moral’. Sendo assim, a bioética é uma área de estudo interdisciplinar que envolve as problematizações éticas, o Direito e a Biologia enquanto ciência que estuda a vida e o respeito ao humano nas suas adversidades (Lumertz, 2016; Nunes, Trindade, 2018). Surgiu no século XX para evitar horrores vividos nos campos de contração nazistas e técnicas médicas que violavam os fundamentos do ser humano e tem respeitavam as particularidades socioculturais e filosóficas das pessoas.

* Enfermeira pela Universidade de Salvador. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: florencianhanengue@gmail.com

** Doutor e Pós-doutorando em Letras na Universidade Federal de Sergipe. E-mail: alextimbane@gmail.com

Há que realçar a importância do professor Van Rensselaer Potter (1911-2001), bioquímico americano e pesquisador na área de oncologia que deu os primeiros passos com relação a este tema, publicando “*Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1971*” e “*Global bioethics: building on the Leopold Legacy. East Lansing, MI: Michigan State University Press; 1988.*” O professor Potter ganhou o Prêmio Pfizer de Química de Enzimas (em 1947), tendo sido presidente da Sociedade Americana de Biologia Celular em 1964 para além de ter sido presidente da Associação Americana para Investigação contra o Câncer em 1974. Também foi membro da Academia Americana de Artes e Ciências, da Academia Nacional de Ciências e da Associação Americana para o Progresso da Ciência (Garrafa, 2006).

A Bioética de V. R. Potter pode ser definida como uma **nova ética** que combina a humildade, a responsabilidade e a competência interdisciplinar e intercultural, potencializando o senso de humanidade. A Bioética, como área de pesquisa, necessita de ser estudada por meio de uma metodologia interdisciplinar. Isso significa que profissionais de diversas áreas (profissionais da educação, do direito, da sociologia, da economia, da teologia, da psicologia, da medicina etc.) devem participar das discussões sobre os temas que envolvem o impacto da tecnologia sobre a vida (Diniz, Guilhem, 2012).

A bioética (i) compreende os problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões afins e nas vinculadas à saúde mental; (ii) aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não, de forma direta, na terapêutica; (iii) aborda uma ampla gama de questões sociais, como as que se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética do controle de natalidade, entre outras; (iv) vai além da vida e da saúde humanas, enquanto compreende questões relativas à dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações com animais e as demandas ambientais conflitiva. Para além disso, a bioética (v) trata dos problemas relacionados a valores, que surgem da relação entre médico e paciente; (vi) fornece respostas únicas a determinados problemas, ampliar a sua abrangência e possibilitar.

De acordo com Nunes, Trindade (2013), Junqueira (s.d.), Lumertz (2016), Zaneella (2018) a bioética apresenta quatro princípios:

a) **beneficência**: é relativo à atenção aos riscos e benefícios ocasionados pelas práticas médicas, devendo estas sempre visarem ao melhor para a saúde humana. Ela considera o equilíbrio entre os benefícios do tratamento e os riscos e custos; o profissional de saúde deve atuar de forma a beneficiar o paciente.

b) **maleficência**: implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional se compromete a avaliar e evitar os

danos previsíveis evitando a causalidade do dano; o profissional de saúde não deve prejudicar o paciente. Todo tratamento envolve algum dano, mesmo que mínimo, mas o dano não deve ser desproporcional aos benefícios do tratamento.

c) autonomia: é a necessidade do consentimento prévio e expresso pelo sujeito que será alvo de experiência ou procedimento determinado e, respeitando a capacidade de decisão das pessoas autônomas; permitindo que os indivíduos façam escolhas fundamentadas e informadas, quer dizer, qualquer tipo de procedimento a ser realizado no corpo de um indivíduo e/ou que tenha relação com a sua vida, deve ser autorizado por ele ou ainda pelos seus familiares em caso de não responder por si.

d) justiça ou equidade trata da equidade quanto aos sujeitos da experimentação. Defende a distribuição de benefícios, riscos e custos de forma justa; a noção de que pacientes em posições semelhantes devem ser tratados de maneira semelhante. Em outras palavras, a justiça ou equidade estabelece que os profissionais de saúde tratem todos os doentes com o mesmo cuidado e atenção, sem diferenças no tratamento por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero ou religiosas (Mayumi, 2022).

2.Dilemas bioéticos na Atenção Básica de saúde

Como desafio ético há que apontar para a postura profissional nas relações com o paciente, a família e a equipe de saúde buscando humanizar o atendimento, sem abandonar o profissionalismo e acolher. É considerado dilema a questão da privacidade e do sigilo; a importância do prontuário; a interferência na adoção (ou não) de estilos de vida saudáveis; a satisfação do usuário.

Garrafa (2006) chama-nos atenção para a não universalidade das diferentes situações, com necessidade de contextualização dos problemas específicos sob exame aos respectivos referenciais culturais, religiosos, políticos, de preferência sexual, etc. Na palestra virtual realizada no 19 de abril de 2022, no Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, na turma do Curso de Mestrado em Saúde Pública chamou atenção para o respeito ao pluralismo moral, a partir das visões morais diferenciadas sobre os mesmos assuntos e constatadas nas sociedades plurais e democráticas do século XXI.

Na sua fala intitulada “Bioética de Intervenção e Decolonialidade: epistemologias do Sul para a Bioética” o professor Garrafa argumenta que “o pluralismo de valores e a virtude da tolerância frente à diversidade cultural – entre outros indicadores essenciais a uma nova abordagem ética – são necessários, mas não suficientes no sentido de favorecer todos os pontos de vista (Garrafa, 2005, p.127). Para além disso, “deve ser direcionada para a negação da

importação acrítica e descontextualizada de **pacotes** éticos forâneos. Na realidade, a bioética principialista aplicada *stricto sensu* é incapaz e/ou insuficiente para proporcionar impactos positivos nas sociedades excluídas dos países pobres e, conseqüentemente, nas suas organizações políticas” (Garrafa, 2005, p.131).

Há documentos internacionais que precisam de ser estudados, discutidos e adequados aos contextos dos povos originários. Nenhum documento pode ser aplicado sem ter em conta a cultura e as realidades de cada povo. A seguir vamos apresentar alguns desses documentos sistematizados na pesquisa de Oliva –Teles (2013): Código de Nuremberg¹ de 1947, Declaração Universal dos Direitos do Homem² de 1948, Declaração de Helsínquia³ de 1964, Declaração de Lisboa⁴ de 1981, International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects⁵ de 1982, Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (CDHB), de 1996, Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO, 1997, Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2000, Review of Ethical Issues in Medical Genetics, World Medical Association, 2003.

Não vamos sistematizar cada um destes documentos, mas selecionamos): Código de Nuremberg, a título ilustrativo, para apresentar os seus dez (10) princípios:

- 1.O **consentimento voluntário do ser humano** é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento;
- 2.O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser casuísticos ou desnecessários na sua natureza;
3. O experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em animais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo;

¹ é um conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, sendo considerado como uma das consequências dos Processos de Guerra de Nuremberg, ocorridos no fim da Segunda Guerra Mundial. O Código de Nuremberg estabelece um paciente falante e que tem autonomia para decidir o que é melhor para ele e agir em consequência.

² Adotada e proclamada pela Assembleia Geral da ONU, na sua Resolução 217 (III) de 10 de dezembro 1948.

³ (modificada em Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seoul, 2008)¹⁰. Esta publicação da Associação Médica Mundial (WMA) representa, essencialmente, uma proposta de “código de conduta da investigação médica em seres humanos” e versa a investigação em material humano e/ou sobre dados identificáveis provenientes de material humano.

⁴ (modificada em Bali, 1995 e Santiago do Chile, 2005), elaborado pela Associação Médica Mundial.

⁵ (modificadas em 1993 e 2002).

4. O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento físico ou mental desnecessários e danos;
5. Não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente;
6. O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância humanitária do problema que o experimento se propõe a resolver;
7. Devem ser tomados cuidados especiais para proteger o participante do experimento de qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota;
8. O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas
9. O participante do experimento deve ter a liberdade de se retirar no decorrer do experimento, se ele chegou a um estado físico ou mental no qual a continuação da pesquisa lhe parecer impossível;
10. O pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar, no exercício da boa fé, habilidade superior e cuidadoso julgamento, que a continuação do experimento provavelmente resulte em dano, invalidez ou morte para o participante.

Há que realçar a relevância de certas práticas como a eutanásia, distanásia, ortotanásia entre outros que devem respeitar os princípios bioéticos. Vejamos algumas definições importantes: O primeiro é a ‘eutanásia’, que é definida como abreviação do decurso natural da vida. Ocorre quando há sofrimento e provoca-se a morte. A provocação da morte do paciente terminal ou portador de doença incurável é feita através de ato de terceiro, praticado por sentimento de piedade. A ‘eutanásia’ deve ser precedido por um profissional e tem caráter benevolência que pode ser voluntária /involuntária.

O segundo é a ‘distanásia’, que é definida como o prolongamento artificial do estado de degenerescência. O termo ‘distanásia’ foi proposto pela primeira vez por Morache, em 1904, em seu livro “*Naisance et mort*”, e tem, assim como a eutanásia, origem grega (*dis*=afastamento e *thanatos*=morte), implicando a idéia de prolongamento da morte. Na distanásia há um adiamento do momento da morte com o uso desmedido de recursos extraordinários e desproporcionais que não promovem qualquer melhoria no quadro clínico do paciente, mas apenas e tão somente prolongam o seu sofrimento e a sua agonia. Na distanásia há é prolongamento da vida. O médico luta com a morte por meio de aparelhos e drogas.

O terceiro é a ‘ortotanásia’ que significa a morte “no tempo certo”, conceito derivado do grego *orthos* (regular, ordinário). Em termos práticos, considera-se ‘ortotanásia’ a conduta omissiva do médico, frente a paciente com doença incurável, com prognóstico de morte iminente

e inevitável ou em estado clínico irreversível. É a quebra de tratamento para reduzir o tempo de vida e cuidados de tratamentos paliativos para uma boa morte digna (Varkey, 2021). Não há intervenção para abreviar nem para prolongar a vida, mas sim se faz acompanhamento para reduzir o sofrimento. O termo ortotanásia deriva dos radicais *orthos*, que significa **reto, correto**, e *thanatos*, que quer dizer ‘morte’.

Com relação à Mistanásia, também chamada de “eutanásia social”, trata-se da morte provocada por problemas de infraestrutura da saúde pública, que atinge direta e conscientemente a parcela mais pobre da população, que menos tem acesso a adequados recursos. A mistanásia significa morte miserável (*mis*=miserável e *thanatos* = morte). Ao contrário do que se dá com a distanásia em que o paciente é alvo de obstinação terapêutica, com o prolongamento do processo de morte e de agonia, na mistanásia, o doente, na maioria das vezes, sequer consegue ser atendido em uma instituição hospitalar. Morre antes de ser submetido a qualquer tratamento médico. Resulta da violência, falta de infraestrutura, de remédios, de condições financeiras. É omissão de socorro, ausência do estado, falta de atendimento, falta de profissionais, omissão política e humana. A mistanásia é, logicamente provocada pelo abandono, perpetuação da injustiça social e política.

O quarto e último é o suicídio assistido que ocorre quando o suicídio é perpetrado com a ajuda de outra pessoa (profissional de saúde) pode ter por substrato uma situação bastante similar à eutanásia, mas com ela não se confunde. Enquanto a eutanásia significa o apressamento da morte praticada por terceiro (médico, parente ou amigo) por motivo de compaixão diante do sofrimento de um enfermo com doença incurável e em estado terminal, o suicídio assistido não é praticado por terceiro, mas pelo próprio doente, que decide pôr termo a sua vida em virtude da incapacidade de suportar os sofrimentos a que está submetido (Costa e Fonseca, Leivas, 2019). Neste caso, ante o seu estado de saúde que não lhe permite a prática de alguns atos, é apenas auxiliado por um terceiro que lhe fornece os meios materiais aptos a abreviar a vida.

Os países que aceitam eutanásia e suicídio assistido são Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Colômbia. Países que aceitam apenas suicídio assistido são a Suíça, Alemanha, Canadá, RSA e USA (estados de Washington, Oregon, Vermont, Novo México, Montana e Califórnia). Qualquer realização dos procedimentos deve ser realizado com consentimento do paciente e/ou da família. É preciso considerar a **Diretiva Antecipada de Vontade (DAV)**, que é um documento no qual é manifestada, antecipadamente a vontade, consciente, livre e esclarecido de um utente, sobre os quais os cuidados de saúde que deseja receber ou não. É documento forma, feito por iniciativa do cidadão onde este pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber, ou permite

nomeação de procurador de cuidados de saúde e este documento pode ser alterado, corrigido ou revogado a qualquer momento. Diretiva Antecipada de Vontade pode ser de dois tipos : a) **Testamento vital, que** é um documento no qual o cidadão indica o que deve e não deve ser submetido por médicos ou outros profissionais de saúde; ou b) **Mandato duradouro** que é um documento que alguém indica de confiança para decidir por si. O Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva deu enfoque a esta questão na palestra virtual do dia 11 de abril 2022, no ISCED.

Por questões éticas e bioéticas é preciso considerar a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁶. Nesta declaração, de acordo com Volnei Garrafa, se atua com base em nove objetivos:

(i) prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética;

(ii) orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas;

(iii) promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos;

(iv) reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais;

(v) promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo;

(vii) ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade

(viii) promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento;

(ix) salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras.

Sobre o sigilo há que referir que a exigência da manutenção do sigilo das informações obtidas por profissional de saúde a partir de ato assistencial é uma garantia para o profissional e

⁶ Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33a . Sessão da Conferência Geral da UNESCO.

para o paciente. Dessa forma, haverá uma relação de confiança mútua que permitirá ao paciente o relato de suas queixas e antecedentes e, ao médico, o registro adequado dos mesmos.

Os profissionais da saúde de Moçambique também atuam regidos pelos princípios da bioética. Antes de mais, a Constituição da República de Moçambique (2004) apresenta alguns artigos que fundamentam a Bioética nos serviços de saúde. Pode-se citar os casos do Art. 17 (Carta da ONU e Carta Africana dos Direitos do homem e dos povos); Art.40 (Direito a vida); Art.41 (outros direitos); Art. 44 (ser humano); Art. 45 (Deveres para a comunidade); Art.95 (Assistência a velhice); Art.89 (Direito a saúde); Art.116 (Saúde) Art. 119 (família) e Art. 271 (poder local). Estes artigos estão em harmonia com os princípios éticos.

Para além disso, o Código Penal de Moçambique (2015) apresenta artigos que fundamentam o respeito à vida, tal como os documentos internacionais sobre a vida humana preconizam. São os casos dos artigos: Art.155: homicídio voluntário (pena: 16 a 20 anos); Art.160: crime hediondo (pena: 20 a 24 anos); Art.161: trafico de órgãos Humanos (pena: 12 a 16 anos); Art.162: envenenamento (pena: 20 a 24 anos); Art.163: auxilio ao suicídio (pena: 8 a 12 anos); Art.165: infanticídio (pena: 20 a 24 anos); Art.166: aborto; Art.167: aborto a gravado; Art.168: aborto não punível; Art.169: homicídio não voluntário (pena: 1 a 2 anos); Art.175: ministração de substâncias nocivas à saúde; Art. 178 castração e mutilação genital (pena: 12 a 16 anos); Art. 209: falsa declaração relativas a nascimento ou morte de recém-nascido (pena: até 6 meses); Art. 264: venda ou exposição de substancias venenosas ou abortivas (4 ou mais meses + multa); Art.265: substituir ou alteração de receituário; Art.266: recusa de profissional de saúde (2 a 12 meses); Art. 267: alteração de gêneros destinados ao consumo público; Art.303: abuso sobre incapazes; Art.535: falsificação de documentos ou que fazem prova plena; e o Art.544: falsificação de atestados e certificados.

Por isso, o profissional de saúde deve atuar nos limites constitucionais e na Bioética por forma a que possa se defender em caso de processos criminais resultantes da sua atuação profissional (Ventura,2010). Daí que é muito importante conhecer a bioética porque ajuda na compreensão do que deve ser feito, os limites da atuação, os procedimentos técnicos que devem ser considerados no atendimento à saúde, em pesquisas científicas e nos procedimentos em áreas mais sensíveis.

3.Apresentação do volume 2, número especial 2, 2022.

O primeiro artigo tem como título “A complexidade dos princípios éticos nos laboratórios clínicos dos hospitais públicos na cidade de Nampula (Nampula) e distrito de Cahora Bassa (Tete)” da autoria de Henrique Samuel Xai-Xai, Jaime Rui Chicra e João Manuel. Neste artigo, os

autores analisam a complexidade do trabalho no Laboratório de análises clínicas fazendo uma análise crítica de alguns dos erros éticos que ocorrem nos laboratórios dos Hospitais públicos concretamente em Tete, Distrito de Cahora Bassa e na cidade de Nampula. Trata-se de estudo exploratório baseado em entrevistas que chama atenção para o respeito às questões éticas no exercício da profissão.

O segundo artigo “Dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra o Covid-19 em Moçambique” da autoria de Flora Cristina Rafael Correia Diomba, Maria Simão Tomás e Príncipe Dionísio José analisa os dilemas éticos na campanha de vacinação contra a pandemia da COVID-19, para além de chamar atenção para questões éticas. O texto debate que o Estado tem um papel essencial no fornecimento e articulação de suporte necessário ao povo de modo a preservar, acima de tudo, a saúde da população. Esses dilemas estão ligados às questões bioéticas.

O terceiro artigo intitula-se “Princípios bioéticos na realização de partos em hospitais públicos de Moçambique” escrito por Cimo Vieira Tualha, Lurdes Sacuane Passione Uahimua e Olívia Felizarda Malunguice Gove. Os autores analisam os princípios bioéticos na realização do trabalho de partos em Hospitais Públicos de Moçambique. Por meio de uma pesquisa qualitativa concluíram que a fraca observância dos princípios bioéticos na maior parte das maternidades moçambicanas provoca sérios problemas na saúde da mulher. Os autores concluem que o Ministério da Saúde de Moçambique deve divulgar cada vez mais matérias sobre as normas ou princípios bioéticos e a conscientização aos profissionais de saúde em específico às enfermeiras.

O quarto texto, “A bioética no atendimento aos doadores de sangue: a relação profissionais de saúde e os doadores em Moçambique” é da autoria de Manuel Zacarias Caetano, Lucas Bento Cornélio e Eduardo Mário Laura que analisam aspectos da bioética no atendimento aos doadores de sangue, com ênfase para os princípios norteadores da bioética na relação Profissional de Saúde e os doadores de sangue voluntários. Os autores concluem que a fraca adesão dos doadores de sangue está aliada às deficiências nos serviços de atendimento prestado aos utentes e consequentemente a falta de implementação de estratégias para a retenção e fidelização.

O quinto trabalho publicado tem como título “Documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique: Avanços e recuos” da autoria de Inês Januário Paiaia, Jorge Ernesto Passero e Lúcia Manuel. Nele se analisa os documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique e se conclui que há esforços assinaláveis nos últimos dias desde aumento da rede sanitária, aumento de profissionais, investimento em medicamentos apesar dos conflitos armados que têm provocado retrocessos assinaláveis e não

só, também a pobreza, o analfabetismo, a falta de habitação condigna e saneamento, a falta de acesso à água potável.

O sexto artigo, intitula-se “Questões bioéticas do ‘processo clínico’ nos serviços hospitalares: análise dos princípios éticos” é assinado por Calton Modesto Viagem e Cremildo Júlio Alfredo Rajabo. Os autores pretenderam debater a problemática dos valores éticos nos hospitais; identificar e comparar valores éticos declarados pelos hospitais nas suas páginas da internet. Os resultados da pesquisa apontam que os hospitais reconhecem a expectativa social em relação a uma instituição, embora possa ter estrutura burocrática e organizacional com muitas semelhanças com as empresas, uma vez que o respeito às questões bioéticas não é plenamente respeitado. A vida e saúde das pessoas é essencial e é direito estabelecimento pela Constituição da República de Moçambique (2004).

O sétimo artigo tem como título “A bioética e as atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem: problemas e caminhos para a melhoria do atendimento público em Moçambique” da autoria de Nídio Alberto Macie e Narciso Manuel Domingos Rondinho. O artigo quanto a natureza é descritivo e quanto aos objetivos é explicativa. O método de procedimento utilizado foi bibliográfico. Os resultados da pesquisa mostram que falar da bioética é preocupar-se com a qualidade no atendimento de pacientes e na condição do bem-estar do ser humano. É permitir que este possa existir com dignidade, em situações que lhe garantam o viver pleno, saudável em convivência com os outros, sem ameaça a sua condição de humano.

O oitavo texto intitula-se “Procedimentos éticos nos serviços de urgência do hospital provincial de Chimoio” e é da autoria de Marília de Moraes Pugas, Augusto Lucas Jone e Janete Alberto Wilson Nipquete Binana. O presente estudo visa compreender os procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio. Especificamente, a pesquisa visa caracterizar as formas de atendimento no serviço de Urgência e descrever os procedimentos éticos levados em conta no processo de atendimento dos pacientes. Os resultados apontam que não há bom atendimento, uma vez que há falta de observância de aspectos éticos.

O nono texto intitulado “A bioética, direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no hospital provincial de Lichinga, Moçambique” foi escrito por Augusto Mina, Esmeralda Amélia Malate e Fernando Meque. No artigo se debate os direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no Hospital Provincial de Lichinga. O artigo revelou que no Hospital Provincial de Lichinga tem ocorrido um bom atendimento e assistência aos pacientes, e são observados no seio do hospital os quatro princípios da Bioética a saber a justiça, a autonomia, a beneficência e a não-maleficência.

O décimo artigo intitula-se “Análise de questões de Bioética no atendimento dos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga, Janeiro – Março de 2022” é da autoria de Domingos Ricardo Domingos Tapa, Mário Ivo Muchanga e Armindo Joaquim Mahite. A pesquisa analisa as questões de Bioética no atendimento dos pacientes nas Unidades Sanitárias de Moçambique, concretamente nos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e do Hospital Provincial de Lichinga, uma vez que o atendimento dos pacientes no Sistema Nacional de Saúde tem vindo a ser criticado pela sociedade civil devido a forma como são tratados aspectos relacionados à Bioética. Sendo assim, os serviços hospitalares devem respeitar os pacientes, agindo na lei e no respeito aos princípios bioéticos.

O décimo primeiro texto “Procedimentos éticos no anúncio do óbito, do preenchimento e da entrega do certificado no Hospital Provincial de Chimoio” é da autoria de Sebastião João Mauta Cangerá, Armindo Mineses Tembenuca e Castelio Gabriel Muavassa. O artigo objectiva analisar os procedimentos éticos no pronunciamento, na declaração e na emissão do certificado de óbito e os específicos nomeadamente caracterizar a morte; descrever o processo comunicação de informações difíceis (morte) levando em conta os aspectos éticos e caracterizar o papel do médico observando aspectos éticos. A pesquisa conclui que o processo de anúncio da morte deve ser embasado em princípios éticos para que a dignidade humana não seja violada.

O décimo segundo artigo “Combate da malária e problemas éticos aos atendimentos e na divulgação dos cuidados perante a população do distrito de Massinga e Sussundenga” é da autoria de Zefanias Alexandre Mazive, Samuel Sulemane Roque e José Luís Selemene. Analisar as estratégias de combate da malária e os dilemas éticos no atendimento e a divulgação do cuidado nos distritos de Sussundenga e Massinga, para tal, foi usada a pesquisa bibliográfica e de campo, com auxílio das técnicas de coleta de dados: observação assistemática, entrevista semiestruturada e questionários, com 62 entrevistados, sob amostragem por acessibilidade ou conveniência, e os dados foram processados no SPSS 21.

O décimo terceiro artigo “A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular: engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique” é da autoria de Domingas Jerónimo Nhenheze Chapepa Julião e da Fátima Dalila Madalena de Sousa. A pesquisa verificou que o Ministério da Saúde de Moçambique, em parceria com outras Organizações Não-Governamentais (ONGs) está implementando programas de promoção da saúde que visam melhorar a qualidade de vida da população, através da criação de ambientes favoráveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, construção de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e envolvimento comunitário. Essa atitude deve se estender aos profissionais e serviços hospitalares em particular para que se possa preservar a vida e o bem estar dos cidadãos.

Décimo quarto artigo “Aspectos Bioéticos de Saúde Pública e sua Relação com Atendimento no Serviço de Urgência no de HPC” foi escrito por Asmina Victorino Nhapoca Luis e pela Ludofina Manuel Texeira. O estudo concluiu que os aspectos bioéticos de saúde pública no atendimento dos serviços de urgência (87% dos pacientes) referiram ter tratamento humanizado, comunicado permanente com pacientes e tratamento justo. Cerca de 93% dos entrevistados responderam ter consentimento das intervenções e 100% aceitaram ter tido benefícios na intervenção, onde há necessidade de melhorar o acesso, divulgação e cumprimento de aspectos básicos relacionados a ética aos profissionais de saúde e assim como para os pacientes.

O décimo quinto artigo intitula-se “Ética e Confidencialidade no Manuseamento das listas extraídas do Sistema Eletrônico de Seguimento de pacientes vivendo com HIV na Unidade Sanitária” é da autoria de Cimplisse Pedro Mucavele, Tomás Francisco Juliasse, Maria Efigénia Ricardo, Pedro António Cambe. A pesquisa apurou que existe uma conduta ética que está presente na consciência individual dos profissionais de saúde e comunitários, contudo persiste ainda o desafio de traduzir esta conduta em dispositivos normativos que possam servir de guia para as atitudes de todos os profissionais, mediante padronização das suas práticas e definição de responsabilidades para as condutas desviantes.

O décimo sexto artigo “Dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e sua relação as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde” é da autoria Juita Ema da C. Z. Canihoma, de Pedro João Seda Munongoro e da Ermelinda Alberto João. A pesquisa identificou os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e saúde. A pesquisa visa conhecer os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde; e por ultimo, detalhar os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. É uma pesquisa importante que busca caminhos para um atendimento mais digno e humano.

O décimo sétimo artigo “Influência do terapeuta da fala no tratamento de crianças de 0-2 anos com desnutrição crônica: estudo de caso da Cidade de Nampula” é da autoria de Ilídio Salomão Gimo Nhancale. A pesquisa debate que a terapia da fala exerce um importante papel no tratamento de crianças com sequelas da desnutrição crônica assim como na sua atuação precoce para posterior estimulação da criança nesta fase crítica da idade (primeira infância dos 0 - 2anos). A desnutrição em uma família pode ter múltiplas causas e significados, mas não pode passar despercebida para a sociedade que tem o dever de cuidar de suas crianças e protegê-las, sobretudo suprimindo suas necessidades mais básicas.

O décimo oitavo artigo tem como título “Gestão da segurança rodoviária no contexto da utilização de mototáxi na Cidade de Tete (2016-2018)” e é da autoria de Roberto Cândido Anselmo. O artigo aborda a gestão da segurança rodoviária no contexto da utilização dos Mototáxi no Conselho Autárquico da Cidade de Tete e tem como objetivo geral analisar a gestão da segurança rodoviária no Conselho Autárquico da Cidade de Tete. Nele se conclui que a regulamentação do serviço de Mototáxi, a formação dos operadores de Mototáxi, fará com que eles obtenham habilidades de condução e consequente cumprimento de normas de trânsito.

O décimo nono texto “Estudos do léxico da variedade guineense do português a partir da obra de Odete Semedo” é da autoria de Lucas Augusto Cabi, e de Alexandre António Timbane. Nele se estuda a obra Sonéá de Odete Semedo, especialmente as características lexicais presente na obra que marcam uma identidade linguística própria da variedade guineense de português. A obra de Semedo (2000) só reforça a ideia de que o português guineense existe e deve ser respeitado por todos.

O vigésimo artigo tem como título “Neologismos no Português Contemporâneo angolano veiculado pelos taxistas de Luanda” e é da autoria de João Domingos Pedro, Celestino Domingos Katala e João Quixico Domingos. O artigo sugere a constituição de uma base de dados de neologismos permitindo o registro de novas unidades lexicais no acervo lexical desta variante (Português falado em Angola). A linguagem dos taxistas expandiu-se de forma rápida e assustadora, ganhou espaço na comunidade luandense e marca as particularidades da variedade angolana do português.

O vigésimo primeiro texto, “O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações da diversidade das suas instituições” da autoria de Mbaz Naege e Albano Agostinho Eduardo faz um estudo que apresenta uma perspectiva diacrônica do crescimento do ensino superior dando exemplo com a Universidade Agostinho Neto detalhando a expansão a partir de 2009 até os dias atuais. A pesquisa conclui que o Ensino Superior atravessa uma fase de expansão, expressa pela diversidade e pela cobertura, cujo impacto se reflete na evolução dos cursos, aumento e qualificação dos docentes, bem como pela quantificação e qualificação de quadros.

O texto “Ensino primário e qualidade de serviços comunitários: a teoria de educação de Julius Nyerere vista a partir da realidade de Moçambique” da autoria do professor Fernando Rafael Chongo analisa até que ponto releva para Moçambique a teoria de educação de Julius Nyerere, que concebe o ensino primário como um fator de garantia da qualidade de serviços comunitários. Em termos metodológicos o presente estudo é de caráter qualitativo, e a sua técnica de recolha de dados é a entrevista. O estudo conclui que a teoria de educação de Julius Nyerere é deveras relevante para Moçambique, porquanto estimula significativamente a

potenciação do ensino primário como uma base de construção de conhecimentos em prol do desenvolvimento local.

O vigésimo terceiro artigo é uma resenha da obra “Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana,” da autoria do escritor moçambicano Mia Couto. O vigésimo quarto texto é uma poesia original do escritor, poeta e declamador em língua changana, o Mbjeca Tingana.

Os artigos publicados nesta edição Especial II, 2022, da Revista Njinga & Sepé foram inspiradas nas aulas de Bioética e em três (03) palestras realizadas nos dias 11, 18 e 19 de abril de 2022, na Universidade Aberta ISCED. Por isso, os nossos agradecimentos especiais ao Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva, Doutor e mestre na temática dos Cuidados Paliativos, Coordenador da especialização em Cuidados Paliativos, Docente da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ, Campus Centro-Oeste, Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil que deu uma palestra que debateu questões da bioética, no dia 11/04/2022 falando sobre “Questões bioéticas na eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia e suicídio assistido em contexto brasileiro.”

Agradecimentos especiais à Profa. Dra. Níura Madalena Bila, da Universidade Eduardo Mondlane, Doutora em Biociências e Biotecnologias Aplicadas à Farmácia com ênfase em Micologia que deu a palestra “Aspectos bioéticos na experimentação de animais em pesquisas científicas” no dia 18 de abril de 2022, via Google.meet.

Agradecimentos especiais ao Prof. Dr. Volnei Garrafa, Professor Emérito da Universidade de Brasília/Centro Internacional de Bioética e Humanidades que deu a palestra virtual intitulada “Bioética de Intervenção e decolonialidade: epistemologias do Sul para a Bioética” no dia 19 de abril de 2022. O professor Garrafa é Graduado em Odontologia pela PUC-RS, Porto Alegre (1965-68); Especialista em Cancerologia Bucal (Residência) pela Associação Paulista de Combate ao Câncer Hospital A. C. Camargo (1969-70); Doutor em Ciências pela UNESP (1971-1974); Pós-Doutorado em Bioética pela Universidade La Sapienza /Roma Itália (1991-1993).

Finalmente, agradecimentos ao Prof. Dr. Edgar Manuel Cambaza (Director da Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade Aberta ISCED), ao Prof. Dr. Egídio Paulo Francisco Nhavene (Facilitador Interno do Curso de Mestrado em saúde Pública na Universidade Aberta ISCED) e ao Prof. Dr. Ercílio Neves Brandão Langa (Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira) pela colaboração.

Boa leitura a todos e todas! Compartilhem com outro/as interessado/as!

Florência Paulo Nhavenge (UNICEUSA/UFBA)

Alexandre António Timbane (UFS/UNILAB)

Referências

- COSTA E FONSECA, Ana Carolina; LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. (Org.). Direitos humanos e saúde. Vol.2. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2019.
- Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Houaiss, 2009.
- DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. *O que é Bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2012.
- GARRAFA, Volnei. Apresentando a Bioética. *Universitas FACE*. Vol..2, nº2, p.1-12, 2006.
- GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética*. vol.13, nº1,p.125-134, 2005.
- JUNQUEIRA, Cilene Rennó Bioetica. s.d. Disponível em:
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18.pdf
- KOTTOW, Miguel. História da ética em pesquisa com seres humanos. *Revista Recis. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.2, Sup.1, p.Sup.7-Sup.18, Dez., 2008*
- LUMERTZ, Eduardo Só Dos Santos. Bioética e biodireito: origem, princípios e fundamentos. *Revista do Ministério Público do RS*, Porto Alegre n. 81, p. 107-126, set./dez. 2016.
- MAYUMI, Yasmim. Quais são os princípios básicos da bioética e como são usados? Iclinic Blog. 23 de set.2022. Disponível em: <https://blog.iclinic.com.br/principios-da-bioetica/#:~:text=A%20bio%C3%A9tica%20tem%20quatro%20princ%C3%ADpios,%2C%20n%C3%A3o%2Dmalefic%C3%A2ncia%20e%20justi%C3%A7a>. Acesso em: 11 nov.2022.
- Moçambique. *Código penal de Moçambique*. Maputo, Assembleia da República, 2015.
- Moçambique. *Constituição da República de Moçambique*. Maputo, Assembleia da República, 2004.
- NUNES, Lauren de Lacerda; TRINDADE, Gabriel Garmendia da. Princípios de ética biomédica: a abordagem principialista de Beauchamp e Childress e a resolução de conflitos morais. *Revista Eletrônica de Filosofia*. Vol.10, n.1, 2013.
- NUREMBERG. Código de Nuremberg Tribunal Internacional de Nuremberg - 1947 Julgamento de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg. *Control Council Law* 1949, vol.10, nº2, p.181-182.
- OLIVA –TELES, Natália. Bioética e Documentos Nacionais e Internacionais. *Nascer e Crescer: Revista de pediatria do centro hospitalar do porto.*, vol XXII, n.º 1, p.38-41, 2013.
- UNESCO. *Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco, 2005 (de 2005 com 28 artigos). Trad. Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado, Revisão: Volnei Garrafa (33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO).
- VARKEY, Basil. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* 2021, 30:17–28.
- VENTURA, Miriam. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. in: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde e Direitos humanos*. Ano 7, nº7, p.87-100, 2010.
- ZANELLA, Diego Carlos. Humanidades e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Rensselaer (V. R.) Potter. *Revista Interface, comunicação, saúde e educação*. Vol. 22, nº 65, p.473-80, 2018.

Para citar este texto (ABNT): NHAVERGE, Florência Paulo; TIMBANE, Alexandre António. A Bioética em Moçambique: estudos e pesquisas. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.01-15, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Nhavenge, Florência Paulo; Timbane, Alexandre António. (dez.2021). A Bioética em Moçambique: estudos e pesquisas. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 01-15.

A complexidade dos princípios éticos nos laboratórios clínicos dos hospitais públicos na cidade de Nampula (Nampula) e distrito de Cahora Bassa (Tete)

Henrique Samuel Xai-Xai *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-8084-9623>

Jaime Rui Chicra **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-5966-124X>

João Manuel ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6748-2671>

Resumo: O Laboratório de análises clínicas é um sector importante e faz parte integrante e é crucial na assistência de saúde em todo mundo. No que diz respeito a realização de exames laboratoriais para fins de diagnóstico, tratamento e monitoramento de diversas doenças. O presente trabalho aborda a complexidade dos princípios éticos nos Laboratórios de Análises Clínicas dos Hospitais Públicos em Moçambique, especificamente nas províncias de Tete e Nampula. É uma pesquisa de campo que se baseou na colecta e análise de dados por meio de entrevistas. A pesquisa incluiu uma fundamentação baseada em bibliografias disponíveis. Devido a complexidade dos exames laboratoriais, vários erros ocorrem durante os procedimentos em diversas fases, desde o preparo do paciente até a emissão dos resultados. A maior parte destes erros violam os princípios éticos comprometendo a decisão final do médico e o prejuízo do paciente. Neste contexto, o presente artigo faz menção de alguns desses erros éticos que ocorrem nos laboratórios dos Hospitais públicos concretamente em Tete, Distrito de Cahora Bassa e na cidade de Nampula. Da pesquisa se conclui que os princípios éticos dentro dos Laboratórios Clínicos estão relacionados directamente com as condições físicas em que os laboratórios se encontram, conduta dos provedores de saúde, incumprimento dos procedimentos laboratoriais nas três fases (pré-analítica, analítica e pós-analítica), fornecimento dos consumíveis em quantidades não suficientes.

Palavra-chave: Princípios Éticos; Laboratórios Clínicos; Cahora-Bassa e Nampula

The complexity of ethical principles in the clinical laboratories of public hospitals in the city of Nampula (Nampula) and the district of Cahora Bassa (Tete)

Abstract: The Clinical Analysis Laboratory is an important sector and is an integral and crucial part of healthcare worldwide. With regard to carrying out laboratory tests for the purpose of diagnosis, treatment and monitoring of various diseases. The present work addresses the complexity of ethical principles in the Clinical Analysis Laboratories of Public Hospitals in Mozambique, specifically in the provinces of Tete and Nampula. It is a field research that was based on the collection and analysis of data through interviews. The research included a rationale based on available bibliographies. Due to the complexity of laboratory tests, several errors occur during procedures at different stages, from patient preparation to the issuance of results. Most of these errors violate ethical principles, compromising the doctor's final decision and harming the patient.

* Licenciado em Biologia pela Universidade Católica de Moçambique; Mestrando em Saúde Pública na Universidade Aberta do ISCED, Moçambique; E-mail: henriquesamuelxaixai@yahoo.com.br

** Licenciado em Tecnologia Biomédica e Laboratorial pelo Instituto Superior de Ciências de Saúde de Maputo; Mestrando em Saúde Pública na Universidade Aberta do ISCED, Moçambique; E-mail: jmanuel32@isced.ac.mz

*** Licenciatura em Medicina Dentária na Universidade Lúrio; Mestrando em Saúde Pública na Universidade Aberta do ISCED, Moçambique; E-mail: jaimechicra@gmail.com

In this context, this article mentions some of these ethical errors that occur in the laboratories of public hospitals, specifically in Tete District of Cahora Bassa and in the city of Nampula. The research concludes that the ethical principles within the Clinical Laboratories are directly related to the physical conditions in which the laboratories are, the conduct of health providers, failure to comply with laboratory procedures in the three phases (pre-analytical, analytical and post-analytical), supply of consumables in insufficient quantities.

Keyword: Ethical Principles-Clinical Laboratories-Cahora-Bassa and Nampula

Introdução

O atendimento aos cidadãos em saúde pública depende em grande medida dos serviços prestados pelo laboratório. Todo hospital precisa ter um laboratório equipado para atender as necessidades pontuais e práticas do exercício médico. Os médicos e enfermeiros dependem dos resultados obtidos em laboratórios para a tomada de decisões sobre a saúde dos pacientes. O laboratório é um espaço privilegiado do qual se analisa diversas amostras para que se possa identificar com mais exatidão enfermidades diversas.

O laboratório deve possuir técnicos qualificados, deve ter infraestrutura, deve estar equipado de aparelhos adequados, em bom estado de conservação e em funcionamento por forma a que se possa obter resultados desejados. O laboratório é um espaço mais perigoso e com riscos eminentes quando não houver ética e deontologia adequadas. As normas de segurança no laboratório devem ser respeitadas de forma mais eficiente por forma a não causar danos aos usuários, aos profissionais de saúde que nele frequentam. O material biológico pode ser tóxico daí a necessidade de atenção especial por parte dos profissionais de saúde evitando para que haja violações éticas.

De acordo com Lumertz e Machado (2016, p.108), a bioética “almeja analisar conflitos e controvérsias relacionados com a ciência jurídica e médica, passando pelo campo da moral, para servir como fundamentação às decisões que impliquem qualquer vínculo com a vida e a saúde”. A bioética se sustenta em quatro princípios básicos: “o da beneficência (atenção aos riscos e benefícios ocasionados pelas práticas médicas, devendo estas sempre visarem ao melhor para a saúde humana), a autonomia (necessidade do consentimento prévio e expresso pelo sujeito que será alvo de experiência ou procedimento determinado) e a justiça (equidade quanto aos sujeitos da experimentação) (Lumertz, Machado, 2016, p.111).

A Bioética aplica princípios éticos na tomada de decisão a fim de resolver determinados problemas relacionados com a saúde dos pacientes, em diversos campos de atuação incluindo nos laboratórios de análises clínicas (Freitas, 2005).

O laboratório de análises clínicas faz parte integrante e crucial na assistência de saúde em todo mundo, no que diz respeito a realização de exames laboratoriais para fins de diagnóstico, tratamento e monitoramento de diversas doenças. O processo de realização dos testes laboratoriais envolve tarefas complexas divididas em três fases: fase pré-analítica, fase analítica e fase pós-analítica. Nessas fases, existem falhas ou erros laboratoriais que podem levantar questões bioéticas. O presente trabalho visa abordar a complexidade dos princípios éticos em Laboratórios Públicos no Distrito de Cahora-Bassa em Tete e Cidade de Nampula, através de observações no ambiente de trabalho. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista.

Para além disso fez-se uma revisão não sistemática da literatura, com ampla pesquisa de campo em bases de dados conhecidos, trabalhos e artigos científicos, a fim de identificar os erros que ocorrem no laboratório de análises clínicas em cada fase de exames laboratoriais caracterizando os princípios éticos envolvidos.

Este trabalho de pesquisa poderá deixar uma contribuição no sentido de conscientizar os profissionais de laboratório no que diz respeito a aspectos éticos que em algum momento são violados por estes, quer por falta de conhecimentos e nalguns casos por negligência. A pesquisa visa diminuir os erros laboratoriais, melhorar a tomada de decisão e a gestão laboratorial para aumentar a satisfação e a segurança do paciente e de toda sociedade que utiliza os serviços dos laboratórios de análises clínicas no país.

1. Material e Método

O trabalho foi feito na base de dados compilados de alguns Laboratórios Clínicos da Cidade de Nampula Província de Nampula e Distrito de Cahora -Bassa na Província de Tete, através dum estudo de campo que se baseou na coleta e análise de dados por meio de entrevistas, com o objetivo de compreender a complexidade dos princípios éticos nos Laboratórios Clínicos. A pesquisa incluiu uma fundamentação baseada em bibliografias disponíveis, e para a materialização, foi feita a observação das atividades em alguns Laboratórios, foram entrevistados nove responsáveis dos Laboratórios nos dois distritos (Cahora Bassa e Cidade de Nampula), uso do relatório de atividades laboratoriais realizadas em 2021 pelos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social da cidade de Nampula e Cahora Bassa. Os dados foram quantificados e apresentados numa tabela e gráfico através do computador e seus programas (*Excel* e *Word*), e analisados em função das observações feitas e respostas fornecidas pelos entrevistados.

Tendo em conta que foi um estudo de campo, assume-se a possibilidade de existirem viés que podem comprometer a análise, interpretação e a qualidade do trabalho. Segundo Barker (2002) citado pelo Portal Educação (2020) os Laboratórios Clínicos são os locais de convergência onde pacientes e provedores de saúde se cruzam, a procura dos meios auxiliares de diagnóstico. Nos Laboratórios Clínicos trabalham profissionais de diferentes áreas do saber desde os da área administrativas, auxiliares de limpeza até os da área específica que são os biomédicos sendo estes últimos responsáveis pela execução das diferentes técnicas de forma a auxiliarem o diagnóstico de várias patologias e salvaguardar a saúde que é um bem precioso. A saúde é definida segundo Segre & Ferraz (1997) como o estado de completo bem-estar físico, psicossocial e cultural.

Os princípios éticos nos laboratórios de análises clínicas são complexos, podendo afetar bastante o atendimento e acompanhamento no tratamento dos doentes. Vários erros relacionados a ética, ocorrem durante o procedimento dos exames clínicos desde a fase pré-analítica até a pós-analítica. O Distrito de Nampula conta com um número de treze Laboratórios de Análises Clínicas distribuídos em 13 Unidades Sanitárias dos quais somente cinco é que tem a categoria de Laboratórios e os restantes oito são Micro-laboratório (SDSMAS, 2022).

Quadro 1: Capacidade de testagem nos Laboratórios e Micro-laboratórios do Distrito de Nampula, 2021

Categorias	Capacidade de testagem
Laboratórios	Bioquímica, Hematologia, HTZ, BK, BH, VS, CV, fezes, urina II e RPR. CD4 e Gene.
Micro-laboratório	Urina II, fezes, HTZ, BK, BH, VS, CV e RPR.

Fonte: SDSMAS Nampula (2022)

Igualmente o Distrito de Cahora Bassa conta com três Laboratórios de Análises Clínicas distribuídos em 3 Unidades Sanitárias dos quais somente dois é que têm a categoria de Laboratórios e o restante um é um Micro-laboratório (SDSMAS Cahora Bassa, 2022).

Quadro 2: Capacidade de testagem nos Laboratórios e Micro-laboratórios do Distrito de Cahora-Bassa 2021.

Categorias	Capacidade de testagem
2-Laboratórios	Bioquímica, Hematologia, HTZ, BK, BH, VS, CV, fezes, urina II e RPR. CD4 e Gene.
1-Micro-laboratório	Urina II, fezes, HTZ, BK, BH, VS, e RPR.

Fonte: SDSMAS-Cahora-Bassa (2022)

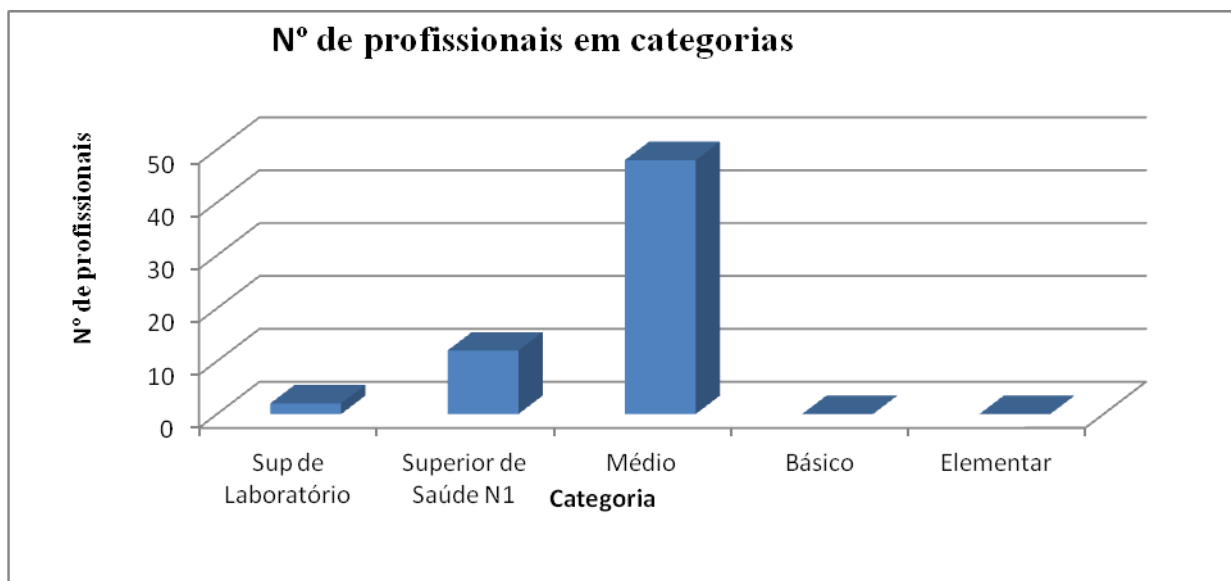
Tanto os Laboratórios como os Micro-laboratório possuem a rede elétrica nacional e água canalizada embora o sistema de abastecimento não seja regular, o que compromete de certa forma a qualidade dos serviços internos e a observância das normas de biossegurança como a lavagem das mãos e limpeza do sector pois, a água potável é um recurso indispensável na manutenção da saúde e bem-estar do ser humano Agarwal (2009).

Um dos grandes desafios do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, é o abastecimento regular de material médico-cirúrgico em toda a rede nacional, incluindo os consumíveis laboratoriais. Os laboratórios que fizeram parte do estudo foram caracterizados pela falta de consumíveis básicos indispensáveis como reagentes para o diagnóstico da malária que é uma doença endêmica no nosso país, sem falar de seringas ou qualquer sistema de colheita de sangue que é a base para o início de qualquer atividade.

2.Recursos humanos

O número de profissionais e a categoria nos dois distritos é mostrado nos gráficos de barras abaixo para facilitar a compreensão. Duma forma resumida os dois gráficos espelham uma realidade que constitui um desafio para o Governo de Moçambicano através do Ministério da Saúde em termos da qualificação e quantificação dos recursos humanos que possam responder a demanda populacional nos Hospitais Públicos. Há que olhar para o número das instituições de formação de profissionais de laboratório que são poucas no país portanto, não há uma equidade nas especialidades de formação e isso pode justificar os números mostrados nos gráficos abaixo.

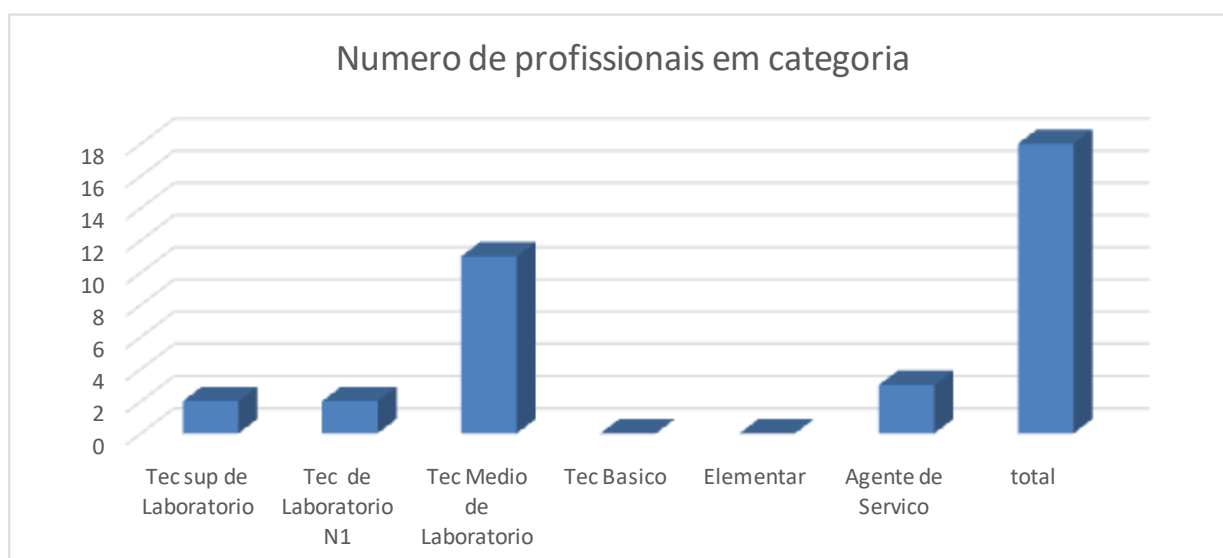
Gráfico 1: Mostrando os números técnicos de laboratório por categoria profissional em 2021



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico mostra o déficit dos profissionais da área de Laboratório Clínico nas Unidades Sanitárias da Cidade de Nampula. O número atual de Técnicos de Laboratório, não responde o volume de pacientes atendidos e como consequência não se pode esperar muito da qualidade dos serviços prestados pela classe.

Gráfico 2: Mostrando o número de técnicos de laboratório por categoria profissional em 2021 no Distrito de Cahora-Bassa



Fonte: Elaboração própria.

Para o distrito de Cahora Bassa pode se dizer o mesmo que existem desafios enormes na qualificação de quadros desta área, que se apresentam em menor número para fazer face a atual demanda. Estes dados foram trazidos para darem suporte a pesquisa pelo fato de estarem relacionados com a complexidade dos princípios éticos nos Laboratórios Clínicos tal como refere (Anunciação & Zoboli, 2008) que os princípios éticos são o suporte dos anseios dos utentes e que quando esses princípios são violados dentro dum Laboratório Clínico, há depreciação da Ética.

Fase pré-analítica

Segundo Ribeiro (2006) os erros na **fase pré-analítica** correspondem a até 75% dos erros na medicina laboratorial. A fase pré-analítica engloba todas as etapas iniciais que antecedem a análise laboratorial, isto é, inclui a indicação do exame, a redação do pedido, o preparo do paciente, os procedimentos de coleta, o acondicionamento, o transporte e o preparo da amostra biológica.

Para a obtenção de resultados fiáveis, várias recomendações são dadas aos pacientes antes da colheita de acordo com o tipo de exame que se pretende realizar, de entre várias recomendações, algumas são confidências, mas por falta de espaço apropriado ou falta de conhecimento ou então negligência do profissional de laboratório, estas, são dadas na presença de outros pacientes sem observância de sigilo profissional.

Um exemplo evidente é a instrução para o exame de espermograma que se recomenda que o paciente esteja em abstinência sexual de pelo menos 3 a 4 dias. Esta recomendação não deve ser dada ao paciente na presença de outros, mas sim em privado. A partir do momento que se informa este, na presença de outros pacientes, desperta atenção a outros, que afinal de conta, se trata de assunto relacionado com a infertilidade.

Ainda em torno do mesmo exame, alguns laboratórios não têm uma sala apropriada para a colheita de amostra para este exame que é o espermatozoide (sêmen), recorrendo a casa de banho dos pacientes da unidade sanitária para o efeito correndo risco de o outro paciente bater a porta e entrar no momento em que o paciente esteja concentrado para colher a amostra, e nalgumas vezes essas casas de banho, não tem fechadura para trancar enquanto estiver lá um paciente.

Este procedimento viola os aspetos éticos e influenciam significativamente a qualidade dos resultados que serão obtidos no exame, o que no fim poderá influenciar na

tomada de decisão final do médico, causando consequências para o paciente. Este foi apenas um dos exemplos de violação das normas de ética nos laboratórios das unidades sanitárias públicas de entre várias existentes.

Na **fase analítica** também vários erros ocorrem embora não estejam diretamente ligados a aspectos éticos, mas influencia bastante na tomada de decisão final do médico.

Na **fase pós-analítica**, a maior parte dos erros está ligado a ética, tomando como exemplo alguns profissionais que entregam as requisições dos resultados abertos ou não agrafados permitindo que estes sejam lidos por qualquer pessoa, nalgumas situações por falta de recurso (agrafos ou agrafador) nalgumas vezes por negligência ou mesmo falta de conhecimento dos profissionais de laboratório, nalguns casos, estes divulgam o resultados dos pacientes o que não é permitido visto que o resultado é confidencial ao médico e ao paciente, apenas o médico é que está autorizado a interpretar o resultado ao paciente.

O outro exemplo que pode ser considerado de violação dos aspectos éticos nos laboratórios de análises clínicas é a entrega de resultado a terceiro a mando do paciente sem provas de que na verdade este foi mandado pelo paciente.

Discussão e Resultados

Dos Laboratórios seleccionados nos Distritos Nampula e Cahora-Bassa, apenas alguns é que estão inscritos no programa de Fortalecimento da Gestão dos Laboratórios para Acreditação (FOGELA), que é um programa de formação e mentoria criado em 2011 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços laboratoriais e o reconhecimento nacional e internacional (Chongo).

Para a materialização desta pesquisa foi feita entrevista de nove responsáveis dos Laboratórios dos distritos (Cahora Bassa e Nampula cidade) com vista a entender a dinâmica do trabalho e os desafios éticos dentro do sector com perguntas que se seguem a baixo:

1. Número de profissionais que trabalham no sector por área de trabalho?
2. Actividades realizadas naquele Laboratório?
3. Tempo de resposta Laboratorial?
4. Se o Laboratório está inscrito num programa de qualidade ou não?
5. Relação entre profissional e utente e vice-versa?
6. Existência do satisfatómetro no sector e se é acessível aos utentes ?

7. Se tem caixa de reclamações ou não? Se sim quais tem sido as reclamações dos utentes e como e como é dado o feedback?
8. Se têm tido reuniões regulares com quê periodicidade e quais são os problemas que tem sido relatados
9. Tem sala apropriada para coleta de amostra de todos exames laboratoriais?

Duma forma geral, as respostas fornecidas pelos entrevistados dão conta que o atendimento nos Laboratórios Clínicos não é das melhores devido a vários motivos mencionados dentre eles: A falta de pessoal suficiente, limitação do diagnóstico devido a falta de equipamentos tendo em conta que as Unidades Sanitárias estão nas zonas urbanas onde há muita procura dos serviços de saúde;

Por causa do número de funcionários que não é suficiente, os resultados levam muito tempo para saírem. Segundo FOGELA o numero de Técnicos de Laboratório e calculado dividindo o numero total das análises feitas pelo número de técnicos que trabalham no sector para saber a necessidade de alocar mais ou não os recursos humanos, e o julgamento é feito em função do número análises encontrado tendo em conta que cada técnico têm que analisar vinte cinco pacientes. Os resultados das entrevistas feitas aos responsáveis dos Laboratórios mostraram que cada técnico atende mais vinte cinco pacientes criando desgaste físico e psicológico e consequente má qualidade dos resultados (Aguiar, 2017).

A comunicação entre profissionais do laboratório e os utentes não é das melhores e em muitos dos Laboratórios não tem instrumentos que medem a satisfação dos utentes. Segundo o Manual de Participante (FOGELA), “a comunicação é o primeiro passo na construção de uma equipe de atendimento eficaz ao paciente de forma a oferecer o serviço de qualidade aos utentes. Existem diretrizes que estabelecem como deve ser feita a comunicação com o utente mas o desafio que existe é a falta do cumprimento dessas diretrizes.

Há falta do cumprimento das normas de biossegurança e outros procedimentos laboratoriais. É comum os técnicos manusearem equipamentos com luvas usadas que cujo os procedimentos operacionais internos não recomendam o manuseio dos mesmos com luvas. O outro exemplo é a falta de segregação correta do lixo perigando a saúde de todos e tornando difícil a incineração do lixo. Falta de sala apropriada para coleta de amostras para certos exames como exsudato vaginal, corrimento uretral, expectoração.

Ora, diante destas constatações pode-se dizer que os utentes estão com a sua liberdade vedada nos Laboratórios Públicos comparativamente aos Laboratórios privados, pelo fato de não haver condições para expressar a sua satisfação em relação aos serviços prestados, violando dessa forma a liberdade dos utentes que segunda (Queiroz, 2010) é definida como um direito de ação voluntária dentro da sua vontade sem causar prejuízo ao outrem.

A falta dos consumíveis laboratoriais condiciona o atendimento isto é, os que têm condições de adquirir esses consumíveis em Farmácias privadas são atendidos e os desfavorecidos deambulam em todas as Unidades Sanitárias a procura de onde há material para serem atendidos. Os projetos que apoiam alguns programas como (HIV e Tuberculose), disponibilizam consumíveis somente para aquele programa abrindo espaço para a discriminação e injustiça dos pacientes.

Olhando para a rotina laboratorial é comum o Biomédico não concordar com o resultado devido a alguma falha ou má qualidade da amostra que ocorrer numa das fases que foram mencionados anteriormente (pré-analítica, analítica e pós-analítica), havendo necessidade do paciente repetir a colheita da amostra ou procedimento como parte das boas práticas laboratoriais.

Os resultados da entrevista feita não evidenciaram existir um documento escrito (Termo de consentimento) na qual o paciente concorda em repetir o procedimento em caso de necessidade (colheita de amostras biológicas ou qualquer outra intervenção). Os entrevistados responderam que quando assim acontecer o paciente é submetido a colheita sem qualquer consulta e o paciente acaba se submetendo devido a sua condição de aflição, violando-se dessa forma o princípio da sua autonomia.

A biossegurança na sua relação com bioética em ambientes laboratoriais é outro tema que merece atenção, na medida em que os fluidos biológicos manipulados nesse sector constituem um potencial risco para os profissionais dessa área, principalmente para o contexto atual vivido pelos laboratórios clínicos a nível nacional. Os entrevistados reportaram estar a passar momentos críticos na história da saúde em Moçambique, em que colocar em prática o juramento de Hipócrates de salvar vidas, em prol do benefício do utente, coloca em risco e diminui a qualidade de vida do profissional de saúde por causa da falta de Equipamentos de Proteção Individual.

Os procedimentos de segurança com fluidos biológicos não só protegem ao provedor de saúde, mas também ao utente e ao meio ambiente, o que quer dizer que na tentativa de beneficiar ao utente o provedor acaba por colocar a vida do utente em risco

(maleficência) de forma involuntária (Zochio, 2009). Apesar de existir o Estatuto Geral dos Funcionários, e por reconhecer-se a sua limitação em casos específicos de algumas áreas como o de Laboratório Clínico, sugere-se a criação e implementação dum código de conduta ética específica que padroniza os procedimentos e as sanções aos profissionais de laboratório como forma de educá-los em casos de violação das regras de conduta ética. Este código deve abranger o conflito de interesse, proteção do património laboral relação com o ambiente de trabalho, sanções em caso de violação das normas.

Com estes princípios, os pacientes estariam protegidos das cobranças elícitas, estaria protegido o meio ambiente que nalgum momento é colocado em risco por causa de atitudes de certos profissionais que por falta de conhecimento ou mesmo por negligência manipulam amostras consideradas perigosas sem observância de regras de biossegurança.

Conclusão

Diante das constatações feitas conclui-se que os princípios éticos dentro dos Laboratórios Clínicos estão relacionados diretamente com as condições físicas em que os laboratórios se encontram, conduta dos provedores de saúde, incumprimento dos procedimentos laboratoriais nas três fases (pré-analítica, analítica e pós-analítica), fornecimento dos consumíveis em quantidades não suficientes. Concluiu-se ainda que o fortalecimento do sistema de gestão laboratorial e a melhoria nos aspectos mencionados seria um passo significativo na resolução dos problemas éticos dentro dos Laboratórios Clínicos.

Para evitar que sejam violados os princípios éticos nos laboratórios públicos em Moçambique é necessário massificar os recursos humanos qualificados que respondam com qualidade as solicitações dos serviços dos laboratórios no país.

Que seja feito atendimento com humanismo de alta qualidade aos utentes em todos níveis de atendimento especialmente nos serviços públicos, dando cortesia, sem discriminação, com igualdade, respeitando os critérios de priorização em prol do benefício do utente.

A seguir vamos apresentar algumas recomendações das boas práticas de laboratório de acordo com Hospital das Clínicas (2015, p.10-11): Higienização e limpeza adequada do ambiente; O laboratório deve dispor de um manual de Biossegurança; Os produtos químicos tóxicos devem estar devidamente identificados e armazenados;

Equipamentos de risco devem ser dispostos em área segura (ex. autoclave, contêiner de nitrogênio etc.).

Para sua segurança, procure conhecer os perigos oferecidos pelos produtos químicos utilizados no seu laboratório; O laboratório deve manter uma pasta com as Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) em local visível e de fácil acesso; Evitar transportar materiais químicos ou biológicos de um lugar para outro no laboratório; Utilizar armários próprios para guardar objetos pessoais.

O ambiente laboratorial deve ser bem iluminado; A sinalização de emergência deve estar presente nos laboratórios; O laboratório deve possuir caixa de primeiros socorros e pessoal treinado para utilizá-los; Os extintores devem estar dentro do prazo de validade e com pressão dentro dos limites de normalidade; Identificar as tomadas quanto à voltagem; O laboratório deve fornecer quantidades suficientes de EPI e EPC; Usar corretamente os equipamentos; Manter protocolo de rotina acessível em caso de acidentes;

Nunca pipetar com a boca, usar pipetadores automáticos, manuais ou peras de borracha; Não comer, beber, preparar alimentos ou utilizar cosméticos no laboratório; Evitar levar as mãos à boca, nariz, cabelo, olhos e ouvidos no laboratório; Lavar as mãos antes e após os experimentos; Utilizar jaleco apenas dentro do laboratório; Utilizar sempre sapato fechado; Manter os cabelos presos; Manter as unhas curtas e limpas; O ideal é não usar lentes de contato no laboratório mas, caso seja necessário, não manipulá-las e utilizar óculos de proteção;

Não usar colar, anéis, pulseiras, brincos e *piercing* dentro do laboratório; Sempre usar luvas ao manipular materiais potencialmente infectantes; Não manipular objetos de uso coletivo como, por exemplo, maçanetas e telefone, enquanto estiver usando luvas; Saber onde ficam os EPCs e como utilizá-los; Utilizar cabine de segurança biológica sempre que manipular materiais que precisem de proteção contra contaminação; Não atender celular quando estiver dentro do laboratório; Manter a organização na bancada; Evitar trabalhar sozinho no laboratório.

A provisão das condições de trabalho em todas unidades sanitárias do país criando as condições materiais, equipamentos incluindo o apedrejamento e requalificação das Unidades Sanitárias existentes. Garantir que no sector de trabalho exista uma comunicação fluente e de alta cortesia entre os profissionais e utentes vice-versa, comunicação mútua. Que o Governo através do Ministério da Saúde procure investir e garantir que pelo menos em cada Província exista uma Instituição de Ensino Superior que forme Biomédicos.

Referências

- AGARWAL, S. K.. *Water pollution*. Nova Délhi, s.e., 2009.
- AGUIAR, C. Laboratórios de análises clínicas com sistemas de gestão da qualidade e acreditados em Moçambique. In: *2º Congresso de Controlo da Qualidade Laboratorial para Países de Língua Portuguesa*. XXI Jornadas Científicas do Colégio da Especialidade de Análises Clínica e Genética Humana da Ordem dos Farmacêuticos. Maputo, 2017.
- ANUNCIAÇÃO, A. L.; ZOBOLI, L. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. *Revista Assoc Med Bras*. São Paulo, vol.54, nº6, p.522-528, 2008.
- CHONGO, P. L. *Utilizando o modelo de melhoria – ciclo de PDCA*. 2017. Disponível em: <http://congqualab-ins.co.mz/wp-content/uploads/2019/06/CURSO-8-Melhoria-cont%C3%ADua.pdf>. Acesso em: 02 abr.2022.
- FREITAS, G. P. C. *Contribuição para o custo unitário das análises laboratoriais e sua comparação com a tabela de procedimentos da Associação Médica Brasileira, em um laboratório de pequeno porte*. Dissertação. 213f. Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- HOSPITAL DAS CLINICAS. *Guia de boas práticas laboratoriais*. São Paulo: LIM, 2015.
- LUMERTZ, E. S. S.; MACHADO, G. B. Bioética e Biodireito: origem, princípios e fundamentos. *Revista do Ministério Público do RS*, Porto Alegre, nº 81, set. 2016, p. 107-126.
- MANUAL DO PARTICIPANTE. *Fortalecimento da Gestão dos Laboratórios para Acreditação*, Maputo, s.e., 2018.
- PORTAL EDUCAÇÃO. *O Respeito às Normas de Conduta em Laboratórios Clínicos*, Brasil, 2022. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/o-respeito-as-normas-de-conduta-em-laboratorios-clinicos/19424>. Acesso em: 02 abr.2022.
- QUEIROZ, P. R. M. *O conceito liberdade em Aristóteles e no existencialismo de Sartre*, Anápolis. 2010. Disponível em: <https://www.catolicadeanapolis.edu.br/revmagistro/wp-content/uploads/2013/05/O-CONCEITO-LIBERDADE-EM-ARIST%c3%93TELE.pdf> Acesso em: 02 abr. 2022.
- SDSMAS (Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social). (2022). *Relatório das Actividades Realizadas nos Laboratórios de Análises Clínicas do Distrito de Nampula de Janeiro a Dezembro de 2020/2021*, Nampula.

Henrique S. Xai-Xai, Jaime R. Chicra, João Manuel, A complexidade dos princípios éticos.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. (1997). *O conceito de saúde*, Brasil. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/>. Acesso em: 31 mar. 2022.

ZOCHIO, L. B. *Biossegurança em Laboratórios de Análises Clínicas*, Academia de Ciência e Tecnologia, 2009. Disponível em:

http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/revista_virtual/administracao_laboratorial/trabzochio.pdf<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23662/2021>. Acesso em 02 de abr.2022.

Recebido em: 11/08/2022

Aceito em: 21/09/2022

Para citar este texto (ABNT): XAI-XAI, Henrique Samuel; CHICRA, Jaime Rui; MANUEL, João. A complexidade dos princípios éticos nos laboratórios clínicos dos hospitais públicos na cidade de Nampula (Nampula) e distrito de Cahora Bassa (Tete). *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 16-29, 2022.

Para citar este texto (APA): XAI-XAI, Henrique Samuel; CHICRA, Jaime Rui; MANUEL, João. (2022). A complexidade dos princípios éticos nos laboratórios clínicos dos hospitais públicos na cidade de Nampula (Nampula) e distrito de Cahora Bassa (Tete). *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 16-29.

Dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra o Covid-19 em Moçambique

Flora Cristina Rafael Correia Diomba *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-8896-3298>

Maria Simão Tomás **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4412-3470>

Princípio Dionísio José ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-9900-8867>

Resumo: A prevenção de doenças é uma das práticas mais importantes em sociedades aonde a saúde pública é prioritária. As vacinas são substâncias biológicas, preparadas por meio de microrganismos causadores das doenças (bactérias ou vírus), modificados laboratorialmente, para que quando administradas, estimulam no organismo, na produção de anticorpos contra essas mesmas bactérias ou vírus. O presente artigo tem como tema os dilemas éticos na campanha de vacinação contra a pandemia da COVID-19. O problema de pesquisa é: quais dilemas caracterizam o posicionamento ético de quanto a vacinação contra a pandemia da COVID-19? O objetivo do estudo é analisar os dilemas éticos na campanha de vacinação contra a pandemia da COVID-19. A fundamentação teórica contempla os conceitos dos dilemas éticos e/ou morais e os dilemas decorrentes na campanha de vacinação contra a COVID-19. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa bibliográfica foi conduzida nas bases de dados: *States National Library of Medicine*, *Scientific Electronic Library Online*, e *Google Scholar*. Também foram consultados livros e documentos com relevância para o tema. A coleta dos dados foi realizada em 08 de Abril de 2022. O Estado tem papel essencial no fornecimento e articulação de suporte necessário ao povo de modo a preservar, acima de tudo, a saúde da população. Desta forma, esta pesquisa contribui com o debate sobre dilemas morais em situações de crise sanitária, nesse caso uma emergência pandêmica, que inclui a tomada de decisões sobre prioridade na aplicação de recursos e ações estratégicas para sobreviver à crises, emergências e desastres.

Palavras-chaves: Dilemas éticos; COVID-19; Vacinação.

Ethical dilemmas in vaccination campaigns against covid-19 in Mozambique

Abstract: disease prevention is one of the most important practices in societies where public health is priority. vaccines are biological substances, prepared by means of disease-causing microorganisms (bacteria or viruses) modified in the laboratory, so that when administered, they stimulate the body to produce antibodies against these same

* Mestranda de Saúde Pública na Universidade Aberta, Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância (UnISCED), Licenciada em Medicina Geral, E-mail: floradiomba2@gmail.com

** Mestranda de Saúde Pública na Universidade Aberta, Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância (UnISCED), Licenciada em Enfermagem, Técnica de Saúde Materna Infantil, E-mail: mariasimaotomas88@gmail.com

*** Mestrando de Saúde Pública na Universidade Aberta, Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância (UnISCED), Licenciado em Gestão Ambiental e Desenvolvimento Comunitário, Técnico de Higiene e Epidemiologia, E-mail: principiodionisioj@gmail.com

bacteria or viruses. This article has as its theme the ethical dilemmas in the vaccination campaign against the COVID-19 pandemic. The research problem is: what dilemmas characterize the ethical position regarding vaccination against the COVID-19 pandemic? The aim of the study is to analyze the ethical dilemmas in the vaccination campaign against the COVID-19 pandemic. The theoretical foundation includes the concepts of ethical and/or moral dilemmas and the dilemmas arising in the vaccination campaign against COVID-19. This is an integrative literature review. The bibliographic search was conducted in the following databases: States National Library of Medicine, Scientific Electronic Library Online, and Google Scholar. Books and documents relevant to the topic were also consulted. Data collection was carried out on April 8, 2022. The State has an essential role in providing and articulating the necessary support to the people in order to preserve, above all, the health of the population. In this way, this research contributes to the debate on moral dilemmas in health crisis situations, in this case a pandemic emergency, which includes decision-making on priority in the application of resources and strategic actions to survive crises, emergencies and disasters.

Keywords: Ethical Dilemmas; COVID-19; Vaccination.

Introdução

A vacina “é o imunobiológico que contém um ou mais agentes imunizantes (vacina isolada ou combinada) sob diversas formas: bactérias ou vírus vivos atenuados, vírus inativados, bactérias mortas e componentes de agentes infecciosos purificados e/ou modificados quimicamente ou geneticamente.” (Misau, 2001, p.14).

A invenção da vacina no mundo mudou a história da saúde pública da sociedade. Desde o surgimento da vacina contra a varíola no séc. XVIII muitas conquistas foram observadas no campo científico. Ainda no séc. XXI, a vacina se revela o mais importante contra doenças muito complexas. Neste período da pandemia da Covid-19, as pessoas foram salvas pela vacina. Entendamos por vacina substâncias biológicas, preparadas por meio de microrganismos causadores das doenças (bactérias ou vírus), modificados laboratorialmente, para que quando administradas, estimulam no organismo, na produção de anticorpos contra essas mesmas bactérias ou vírus.

Desde o ano de 2020, o mundo sofreu de diferentes formas uma grave crise sanitária com a pandemia do novo Coronavírus, SARS-CoV 2, que provoca a doença denominada Covid-19. Trata-se de um problema de saúde que não possui tratamento farmacológico cientificamente comprovado, e as vacinas desenvolvidas comecem a ser aplicadas, outras ainda estão em fase de testes. Entre Março de 2020 a Maio de 2021, a pandemia provocou cerca de 3 milhões de mortes no mundo (BBC, 2021). Antes de mais é necessário diferenciar Coronavírus, SARS-CoV-2 e Covid-19.

De acordo com Jorge (s.d., grifo da autora) do Instituto Butantan em São Paulo, **Coronavírus:** nome dado a uma extensa família de vírus que se assemelham. Muitos deles já nos infectaram diversas vezes ao longo da história da humanidade. Dentro dessa família há vários tipos de coronavírus, inclusive os chamados SARS-CoVs (a síndrome respiratória aguda grave, conhecida pela sigla SARS, que há alguns anos começou na China e se espalhou para países da Ásia, também é causada por um coronavírus). **SARS-CoV-2:** vírus da família dos coronavírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada Covid-19. Por ser um microrganismo que até pouco tempo não era transmitido entre humanos, ele ficou conhecido, no início da pandemia, como “novo coronavírus”. **Covid-19:** doença que se manifesta em nós, seres humanos, após a infecção causada pelo vírus SARS-CoV-2.

Para controlar a propagação deste vírus altamente contagioso, governadores dos Estados no mundo e em Moçambique em particular, adoptaram o protocolo sanitário recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que propõe o distanciamento social, uso correto da máscara facial, desinfecção das mãos com álcool gel, a quarentena, assim como a vacinação massiva obrigatória como forma de prevenir e mitigar os efeitos da Covid-19 (UOL, 2020). O Governo de Moçambique, por meio de decretos estabeleceu decisões importantes para o controlo da pandemia. O Decreto n.º 79/2020, declarou a Situação de Calamidade Pública e Activou o Alerta Vermelho.

O Governo teve o cuidado de acompanhar passo a passo o desenvolvimento da pandemia tomando decisões para o controlo e orientando os profissionais de saúde por meio do Ministério da Saúde. Vejamos alguns desses decretos:

a) Decreto n.º 50/2021 reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, e revogou o Decreto n.º 42/2021, de 24 de Junho.

b) Decreto n.º 30/2021, reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 24/2021, de 26 de Abril.

c) Decreto n.º 2/2022 reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 94/2021, de 20 de Dezembro

- d) **Decreto n.º 4/2022**, reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 2/2022, de 19 de Janeiro
- e) **Decreto n.º 7/2021** reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 2/2021, de 4 de Fevereiro.
- f) **Decreto n.º 42/2021**, reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 30/2021, de 26 de Maio.
- g) **Decreto n.º 86/2021**, reviu as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 76/2021, de 24 de Setembro.

As vacinas são consideradas como uma das tecnologias médicas mais efetivas e de menor custo-benefício. Utilizadas em todo o mundo no controle e prevenção de doenças infecciosas, revelam-se importantes principalmente nos países em desenvolvimento, que possuem condições sanitárias deficientes e escassez de recursos destinados às ações de saúde pública (Santos e Serafim, 2020).

De acordo com Misau (2001, p.11), os mecanismos de ação das vacinas são diferentes, variando segundo seus componentes antigênicos, que se apresentam sob a forma de: (i) suspensão de bactérias vivas atenuadas (BCG, por exemplo); (ii) suspensão de bactérias mortas ou avirulentas (vacinas contra a coqueluche e a febre tifóide, por exemplo); (iii) componentes das bactérias (polissacarídeos da cápsula dos meningococos dos grupos A e C, por exemplo); (iv) toxinas obtidas em cultura de bactérias, submetidas a modificações químicas ou pelo calor (toxóides diftérico e tetânico, por exemplo); (v) vírus vivos atenuados (vacina oral contra a poliomielite e vacinas contra o sarampo e a febre amarela, por exemplo); (vi) vírus inativados (vacina contra a raiva, por exemplo); (vii) frações de vírus (vacina contra a hepatite B, constituída pelo antígeno de superfície do vírus, por exemplo).

Dentro desse contexto de ações coletivas e individuais, vê-se a manifestação de tensões éticas (por se tratar de vacinação obrigatória), como nos conflitos motivados por: valores e objetivos diferenciados; informações limitadas e dispersas; múltiplas demandas; e escassez de recursos, essas tensões levam a dilemas morais que surgem de maneira

mais evidente, tornando o processo de decisão ética, aquela que pode beneficiar ou prejudicar outras pessoas (Santos, 2019), ainda mais complexo.

Podem, ademais, influenciar políticas públicas e ações governamentais na gestão da pandemia. O presente artigo surge como uma forma de poder compreender os principais dilemas éticos que surgem na campanha de vacinação contra a Covid-19, as causas que estão por detrás dos mesmos e possíveis formas de mitigação e resolução dos conflitos. Mediante o que acima foi exposto foram levados em conta duas hipóteses nomeadamente, a nula (H0): Não surgiram dilemas éticos durante a campanha de vacinação contra a Covid-19 e a alternativa (H1): surgiram dilemas éticos durante a campanha de vacinação contra a Covid-19.

O objetivo principal (geral) do presente artigo científico é analisar os dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra a Covid-19, e para o alcance do mesmo foram levados em conta os objetivos específicos como caracterizar os dilemas éticos e descrever os dilemas éticos que surgem durante a campanha de vacinação contra a Covid-19.

Estruturalmente o artigo científico apresenta introdução, desenvolvimento, metodologia e conclusão. Na introdução, foi identificado o problema, a justificativa, as hipóteses levantadas e os objetivos. No desenvolvimento foram arrolados todos os aspectos teóricos e práticos sobre o tema, na metodologia foram descritos os métodos e recursos usados para o alcance dos objetivos e na conclusão foram expostas as ideias conclusivas levando em conta as hipóteses e os objetivos.

Metodologia

Para atingir o objetivo proposto, a pesquisa bibliográfica foi conduzida no *States National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e *Google Scholar*. Também foram consultados livros e documentos com relevância para o tema. Estes foram incluídos por acreditar-se que livros e outros documentos representam produção de conhecimento importante e atual sobre o tema em foco.

Foram critérios de inclusão: publicações disponíveis *online*, na íntegra, nos idiomas português e inglês, que abordassem a respeito de dilemas éticos durante a pandemia da Covid-19 e sem limite de data de publicação. Foram critérios de exclusão: publicações duplicadas e/ou com enfoque estritamente em ensaios clínicos randomizados. A coleta dos dados foi realizada no dia 08 de Abril de 2022. Todas as obras analisadas foram

citadas juntamente com seus respectivos autores, respeitando-se, assim, os princípios éticos em pesquisa.

As principais ideias dos autores dos artigos revistos são de que os governos e/ou formuladores de normas institucionais devem usar argumentos para encorajar a vacinação voluntária contra a Covid-19 antes de cogitar a vacinação obrigatória. Devem ser feitos esforços para demonstrar o benefício e a segurança das vacinas para que haja a maior aceitação possível da vacinação. Somente devem ser cogitadas medidas regulatórias mais rígidas se esses meios não forem bem-sucedidos.

Dilemas morais e decisão ética

O dilema moral foi definido por Santos (2019, p. 52) como a “vivência de uma tensão entre os possíveis caminhos de ação moral na busca pela melhor decisão em determinada circunstância, sendo a circunstância vista pela perspectiva daquele que interage com o dilema moral”. Caracteriza-se por: “(a) ser uma situação complexa, (b) criada pelo conflito de múltiplas obrigações e/ou interesses considerados certos que poderiam ser exercidos isoladamente, (c) porém, em dado contexto, somente um curso de ação pode ser escolhido (p. 52). Dubnick e Justice (2006) consideram que o verdadeiro dilema para aqueles que ocupam funções públicas é a escolha entre o que se julga ser eticamente obrigatório ‘aqui e agora’ e a possibilidade de que a mesma decisão possa ser condenada em outro contexto.

Sendo assim, concorda-se com Waldo (2000) quando afirma que toda decisão que visa ao interesse público é inevitavelmente complexa, moralmente falando, independentemente de seu contexto. Também para Cooper (1998, p. 90), “o conflito entre diferentes obrigações se configura como a forma mais típica pela qual os administradores públicos vivenciam os dilemas éticos”. Entre os tipos mais comuns, o autor destaca: conflito entre interesses ou valores; conflitos entre fontes de autoridade; e conflito de papéis ou responsabilidades.

Com o objetivo de auxiliar na análise de questões éticas, deixando as tensões mais visíveis para a tomada de decisão, Kidder (2007) elaborou quatro paradigmas de classificação de dilemas do tipo certo *versus* certo, quais sejam: justiça *versus* compaixão; curto prazo *versus* longo prazo; indivíduo *versus* comunidade; e verdade *versus* lealdade. Segundo o autor, “esses quatro padrões nos ajudam a descrever as questões básicas no cerne de tantos conflitos éticos” (Kidder, 2007, p. 150).

Santos (2019) também diferencia o dilema moral em dois tipos: horizontal e vertical. No primeiro não há uma hierarquia ética clara de prioridades, isto é, não há um caminho evidente, o que pode ser visto por filósofos racionalistas como um dilema insolúvel. Entretanto, ao se tornarem reais, demandam soluções por parte dos tomadores de decisão. Nos dilemas verticais, a hierarquia ética é mais evidente dadas as circunstâncias legais e de autonomia moral para a decisão.

Dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra o Covid-19

Em qualquer parte do mundo, será extremamente improvável, hoje em dia, encontrar alguém que jamais tenha sido tocado pela questão da vacinação, sobretudo a vacinação promovida ou mesmo imposta pelo Estado. Dessa forma, os conflitos éticos das vacinas associados à sua forma universal e compulsória de administração. As situações identificadas como moralmente dilemáticas na resposta à pandemia do novo coronavírus são descritas nesta seção, juntamente com a perspectiva ética de cada uma delas.

Vacinação obrigatória contra a COVID-19

A questão que apresenta forte dilema ético diz respeito ao uso de vacinas obrigatórias no calendário de vacinação contra doenças específicas de determinada faixa etária ou determinado grupo alvo (de risco ou exposto). Obrigar a imunização de populações inteiras que não estão sob o mesmo risco de adquirir ou transmitir doenças constitui um contra-senso ético. Neste caso, um dos principais argumentos contra esta prática é de que os riscos de exposição e/ou de adquirir certos tipos de doença são diferenciados, pois sofrem influência de vários fatores, e que no caso de doenças comuns não há porque assumir qualquer nível de risco de algum efeito adverso da vacina (Kidder, 2007).

É fato que os riscos das vacinas são conhecidos desde os primórdios de seu uso, em um contexto sanitário daquela época cujas epidemias ainda dizimavam populações. Recentemente, tem ocorrido grande interesse da ética para as questões de saúde pública fundamentada em uma responsabilidade social de proteger e promover a saúde da população como um todo. Entretanto, principalmente nas questões sanitárias, a saúde pública e a medicina preventiva têm sido áreas negligenciadas em bioética, a qual possui

maior foco nos interesses, direitos e obrigações coletivos do que nos interesses e valores individuais (Aung et al., 2017).

Como as vacinas não são 100% eficazes, não se pode afirmar com absoluta certeza de que um indivíduo não adquiriu certa doença devido à imunidade adquirida pela vacina ou devido à imunidade coletiva, vez que existem vários fatores que influenciam a obtenção desta imunidade. Paralelamente, quando uma criança sadia é vacinada visa-se, inicialmente, protegê-la contra determinada doença. Entretanto, considerando que as vacinas não são 100% seguras, eventos adversos pós-vacinação (EAPV) podem ocorrer.

Neste caso, uma ação inicial que visava cumprir o princípio da **beneficência** passa a não atender ao princípio da não maleficência. O dilema moral existente seria o de que não vacinar significa, por um lado, não submeter as crianças aos riscos de EAPV, mas, por outro, submetê-las ao risco de adquirir doenças imunopreveníveis. Assim, surgem conflitos entre princípios, porque determinado princípio ético é definido com base nos resultados pretendidos de uma ação, não considerando os possíveis efeitos delas resultantes (Dondossola, 2020).

As seguintes considerações e advertências devem ser explicitamente avaliadas e discutidas por meio de uma análise ética pelos governos e/ou formuladores de normas institucionais que possam estar cogitando a obrigatoriedade da vacinação contra a Covid-19. Elas devem ser levadas em conta juntamente com outras considerações científicas, médicas, jurídicas e práticas relevantes não descritas neste documento (Cordeiro, 2017, p. 864).

Necessidade e proporcionalidade: a vacinação obrigatória somente deve ser cogitada se for necessária e proporcional ao cumprimento de uma meta importante de saúde pública (incluindo metas socioeconômicas) que tenha sido identificada por uma autoridade de saúde pública legítima. Se esse objetivo de saúde pública (por exemplo, imunidade de rebanho, proteção dos mais vulneráveis, proteção da capacidade do sistema de atendimento agudo de saúde) puder ser alcançado com intervenções e normas menos coercivas ou intrusivas (por exemplo, educação pública), não seria eticamente justificada a exigência, tendo em vista que o cumprimento de objetivos de saúde pública com menos restrições de liberdade e de autonomia individual produziria uma relação risco-benefício mais favorável (Carbone, 2020).

Evidência suficiente de segurança da vacina: devem estar disponíveis dados que demonstrem que a vacina prescrita foi considerada segura nas populações para as

quais a vacina deve se tornar obrigatória. Quando não houver dados de segurança ou quando estes sugerirem que os riscos associados à vacinação superam os riscos de danos sem a vacina, a exigência não seria eticamente justificada, particularmente, sem que fossem permitidas exceções razoáveis (por exemplo, contra-indicações médicas).

Evidência suficiente da eficácia e da efetividade da vacina: devem estar disponíveis dados sobre a eficácia e a efetividade para mostrar que a vacina é eficaz na população para a qual a vacinação deve ser obrigatória, e que a vacina é um meio efetivo de se atingir uma meta importante de saúde pública. Por exemplo, se a vacinação obrigatória for considerada necessária para interromper as cadeias de transmissão e prevenir danos a outras pessoas, deve haver evidências suficientes de que a vacina seja eficaz na prevenção de infecção grave e/ou na transmissão (Rossi, 2020).

Abastecimento suficiente: para que uma exigência seja levada em consideração, o fornecimento da vacina autorizada deve ser suficiente e confiável, com acesso razoável e gratuito para aqueles para os quais ela deve ser obrigatória (ou seja, deve haver poucas barreiras que dificultem seu acesso para as populações afetadas pela exigência). A ausência de um suprimento suficiente e de um acesso razoável e gratuito não apenas tornaria a exigência inefetiva para implementação da vacina, mas criaria uma demanda indevidamente onerosa e injusta para aqueles que são obrigados a ser vacinados, mas não têm acesso à vacina. Essa exigência ameaçaria exacerbar a desigualdade social no acesso aos cuidados de saúde (Santos, 2019).

Confiança pública: os formuladores de normas têm o dever de ponderar cuidadosamente o efeito que a vacinação obrigatória pode ter na confiança pública, particularmente na confiança que a população tem na comunidade científica e na vacinação em geral. Se essa norma ameaça minar a confiança pública, ela pode afetar tanto a implementação da vacina quanto a adesão a outras importantes medidas de saúde pública, podendo ter um efeito duradouro (BBC, 2020).

Processos éticos de tomada de decisão: a transparência e a tomada de decisão gradual pelas autoridades legítimas de saúde pública devem ser elementos fundamentais da análise ética e da tomada de decisão sobre a vacinação obrigatória. Devem ser feitos esforços razoáveis para envolver as partes afetadas e as partes interessadas relevantes, especialmente os vulneráveis ou marginalizados, de modo a conhecer e compreender seus pontos de vista. Devem ser tomadas medidas de boa-fé para respeitar as obrigações

dos direitos humanos de não discriminar nem prejudicar desproporcionalmente as populações vulneráveis (Rossi, 2020).

Profissionais de saúde: honrar a profissão, proteger a família e a si próprio

As equipes de saúde enfrentam difíceis dilemas durante o período da pandemia. Na luta contra o novo coronavírus, profissionais de todo o mundo têm sido infectados, alguns até vindo a óbito, mesmo com o uso de equipamentos de proteção que já estão escassos em diversos países. Não só pelo risco de autoinfecção temem os profissionais que atuam na linha de frente do combate, eles também temem carregar consigo o próprio inimigo, vendo em si um vetor para a transmissão do vírus em sua própria casa (Carbone, 2020).

Por fim, têm sido vistos relatos de dilemas morais que estão se intensificando na atividade profissional da área de saúde pública durante a pandemia: escolher qual vida priorizar quando não há equipamentos; carência de espaço ou profissionais para tratar de todos que necessitam. Cidades como Manaus, Fortaleza e São Paulo têm enfrentado essa situação com as pessoas que possuem sintomas da COVID-19 ou já foram diagnosticadas com a doença. Há de se ressaltar que, no caso da saúde pública brasileira, os recursos limitados já faziam parte da realidade de inúmeras cidades, intensificando-se ou ganhando maior visibilidade com a atual pandemia.

A ‘triagem de guerra’ que tem sido adotada em tempos de crise e as difíceis escolhas médicas indicam que o dilema pode ser caracterizado como genuíno e horizontal, ou seja, com opções de ação que fazem parte de um mesmo sistema moral – preservar vidas, cuja hierarquia ética de prioridades, por vezes, não é clara ou é questionável (Santos, 2019).

Conclusão

Com base na literatura levantada identificou-se e debateu-se alguns dos principais dilemas morais enfrentados durante as campanhas de vacinação contra à Covid-19. As vacinas são um método efetivo para proteção das pessoas contra a Covid-19. Os governos e/ou formuladores de normas institucionais devem usar argumentos para encorajar a vacinação voluntária contra a Covid-19 antes de cogitar a vacinação obrigatória. Devem ser feitos esforços para demonstrar o benefício e a segurança das

vacinas para que haja a maior aceitação possível da vacinação. Somente devem ser cogitadas medidas regulatórias mais rígidas se esses meios não forem bem-sucedidos.

Uma série de considerações éticas e advertências devem ser explicitamente discutidas e abordadas por meio de análise ética ao ser levado em consideração se a vacinação obrigatória contra a Covid-19 é uma opção normativa eticamente justificável. Semelhante a outras normas de saúde pública, as decisões sobre a vacinação obrigatória deve ser apoiada pelas melhores evidências disponíveis, e devem ser tomadas por autoridades de saúde pública legítimas de uma maneira que seja transparente, justa, não discriminatória e que envolva a contribuição das partes afetadas.

Referências

- Aung, K. T.; Rahman, N.; Nurumal, M. S.; Ahayalimudin, N. (2017). Ethical Disaster or Natural Disaster? Importance of Ethical Issue in Disaster Management. *Journal of Nursing and Health Science*, vol. 6, nº2, p.90-93.
- BBC. BBC.COM (2021). *Covid: o que Brasil pode aprender com países que reagiram bem à pandemia*. São Paulo. Disponível em: <https://www.bbc.com> .Acesso em: 23 mar.2021.
- Carbone, B. L. (2020). O dilema médico: levando o inimigo para a própria casa. *Sanarmed* (Colunistas), nº 4, p.6-24.
- Cooper, T. L. (1998). *The Responsible Administrator: an approach to ethics for the administrative role*. 4th ed. São Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cordeiro, W. M. (2017). Burocracia na construção da Administração Pública do século XXI: uma reflexão teórica. In: *Anais do 4º Encontro Brasileiro de Administração Pública*. João Pessoa. p. 801- 834.
- Dondossola, E. (2020, 22 de abril). 'Humilhante', diz grávida após passar a noite em fila de agência da Receita Federal no Rio. *G1* (Bom Dia Rio). Disponível em: <<https://g1.globo.com>>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- Dubnick, M. J.; Justice, J. B. (2006). Accountability and the Evil of Administrative Ethics. *Administration & Society*, vol.38, nº2, 236-267.
- Jorge, S. A. Calil. (s.d.). Qual a diferença entre SARS-CoV-2 e Covid-19? Prevalência e incidência são a mesma coisa? E mortalidade e letalidade? Instituto de Butantan. São Paulo (Estado).
- Kidder, R. M. (2007). *Como tomar decisões difíceis: muitas vezes na vida você precisa escolher entre o certo e o certo*. São Paulo: Gente.

Misau.(2001). *Manual de Normas de Vacinação*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde.

Moçambique. Ministério da Saúde. Decreto n.º 50/2021: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, e revoga o Decreto n.º 42/2021, de 24 de Junho.

Rossi, M. (2020). “Eu não poderia recuar nessa hora”: o dilema dos profissionais da saúde que estão no grupo de risco. *El País (Brasil)*. Disponível em: <https://brasil.elpais.com>. Acesso em: 25 mar. 2020.

Santos, L. S. (2019). *A ética da gestão pública à luz da abordagem da racionalidade: os dilemas morais vivenciados na gestão de riscos e desastres em Santa Catarina*. (Tese de Doutorado). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis:

Santos, L. S.; Serafim, M. C. (2020). Quando o Desastre Bate à Porta: Reflexões sobre a Ética da Gestão Pública de Riscos e de Desastres. *Administração Pública e Gestão Social*, vol.12, nº2, p. 1-16.

UOL – UOL.COM (2020). *Coronavírus: 'dupla curva' mostra que escolher entre salvar vidas ou a economia é falso dilema*. São Paulo. Disponível em: <https://economia.uol.com.br,bbc> . Acesso em: 11 abr. 2020.

Waldo, D. (2000). Public Administration and Ethics: a Prologue to a Preface. In: Stillman, R. J. (Ed.). *Public Administration: Concepts and Cases* (7th ed., pp. 472- 482). Boston, USA: Houghton Mifflin.

Moçambique. Ministério da Saúde. Decreto nº 79/2020: Declara a Situação de Calamidade Pública e Activa o Alerta Vermelho.

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 8/2021*: Define critérios de priorização faseada dos grupos elegíveis à vacinação contra COVID-19.

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 30/2021*: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 24/2021, de 26 de Abril.

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 2/2022*: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 94/2021, de 20 de Dezembro

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 4/2022*: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 2/2022, de 19 de Janeiro

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 7/2021*: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 2/2021, de 4 de Fevereiro.

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 42/2021*: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 30/2021, de 26 de Maio.

Moçambique. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 86/2021*: Revê as medidas para a contenção da propagação da pandemia da COVID-19, enquanto durar a Situação de Calamidade Pública, aprovadas pelo Decreto n.º 76/2021, de 24 de Setembro.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 20/09/2022

Para citar este texto (ABNT): CORREIA DIOMBA, Flora Cristina Rafael; TOMAS, Maria Simão; JOSE, Príncipe Dionísio. Dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra o Covid-19 em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.30-42, 2022.

Para citar este texto (APA): Correia Diomba, Flora Cristina Rafael; Tomas, Maria Simão; José, Príncipe Dionísio. Dilemas éticos nas campanhas de vacinação contra o Covid-19 em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 30-42.

Princípios bioéticos na realização de partos em hospitais públicos de Moçambique

Cimo Vieira Tualha *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-7545-6892>

Lurdes Sacuane Passione Uahimua **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4331-5421>

Olívia Felizarda Malunguice Gove ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0537-2201>

Resumo: Evidências científicas tem hoje bem estabelecido que os princípios bioéticos na realização de trabalhos de partos em hospitais públicos de Moçambique nem sempre são observados sendo uma das causas de morbimortalidade nas maternidades. Vários fatores contribuem para esta problemática, desde as condições físicas e mentais bem como comportamentais das profissionais de saúde em exercício nas maternidades. O objetivo é de analisar os princípios bioéticos na realização do trabalho de partos em Hospitais Públicos de Moçambique. Para tal, recorremos a pesquisa qualitativa, baseada na abordagem descritiva e documental, utilizando o método de análise e revisão bibliográfica. Quanto aos resultados nota-se uma fraca observância dos princípios bioéticos na maior parte das maternidades Moçambicanas. Os autores concluíram que, o MISAU, deve divulgar cada vez mais matérias sobre as normas ou princípios bioéticos e a conscientização aos profissionais de saúde em específico as enfermeiras. Ainda que muitas das enfermeiras nas maternidades, não tem o domínio das possíveis sanções no caso do seu incumprimento das normas.

Palavras-chaves: Princípios Bioéticos; Partos; Hospitais Públicos; Moçambique

Bioethical principles in childbirth in public hospitals in Mozambique

Abstract: Scientific evidence has now well established that bioethical principles in carrying out labor in public hospitals in Mozambique are not always observed, being one of the causes of morbidity and mortality in maternity wards. Several factors contribute to this problem, from the physical and mental conditions as well as the behavior of health professionals working in maternity hospitals. The objective is to analyze the bioethical principles in the performance of labor in Public Hospitals in Mozambique. To this end, we used qualitative research, based on a descriptive and documentary approach, using the method of analysis and literature review. As for the results, there is a weak observance of bioethical principles in most Mozambican maternity hospitals. The authors concluded that MISAU should increasingly disseminate materials on bioethical norms or principles and awareness among health professionals, specifically nurses. Although many of the nurses in the maternity hospitals are not aware of the possible sanctions in case of non-compliance with the rules.

Keywords: Bioethical principles; Childbirth; Public hospitals; Mozambique

* Mestrando em Saúde Pública na Universidade Aberta Unisced Nampula, na especialidade de Epidemiologia, Direcção Provincial de saúde Nampula, Governo do Distrito de Mecuburi, Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, Unisced email: ttualha@iscsed.ac.mz ,

** Mestranda em Saúde Pública na Universidade Aberta Unisced Nampula, na especialidade de Epidemiologia, email: luahimua1@iscsed.ac.mz

*** Mestranda em Saúde Pública na Universidade Aberta Unisced Nampula, na especialidade de Epidemiologia, email: ogove@iscsed.ac.mz

Introdução

A evidência científica na saúde estabeleceu princípios éticos e bioéticos que precisam ser observados na realização de trabalhos de partos em hospitais públicos de Moçambique. Porém, nem sempre esses princípios são observados sendo uma das causas de morbimortalidade nas maternidades. Vários fatores contribuem para esta problemática, desde as condições físicas (infraestruturas hospitalares, falta de equipamentos, aparelhos e remédios), humanos (falta de profissionais mais qualificados) e mentais (comportamentais desviantes dos profissionais de saúde em exercício nas maternidades).

É, do conhecimento geral que a gestação, o parto e o puerpério estão entre as fases mais sensíveis da vida da mulher, não somente pela convivência com o novo ser que integra a família, já doptado de personalidade, mas pela fragilidade física e emocional que a alta e conseguinte queda das taxas hormonais proporciona. Longe das considerações biológicas, científicas e psicológicas, é de suma importância analisar mecanismos bioéticos durante o parto capazes de assegurar às mulheres que esses momentos sejam respeitados e vividos da melhor maneira possível. A temática em estudo discute aspectos relacionados aos princípios bioéticos na realização de partos em Hospitais públicos de Moçambique, e enquadra-se na Ética mas, mais especificamente nos Direitos Humanos em Saúde Pública e surge como um esforço para compreender os princípios bioéticos na realização de trabalho de parto em Moçambique.

Para concretizar a pesquisa foi definido como objetivo o de analisar os princípios bioéticos na realização do trabalho de partos em Hospitais Públicos de Moçambique. Para tal, recorreremos a pesquisa qualitativa, baseada na abordagem descritiva e documental, utilizando o método de análise e revisão bibliográfica. Contudo para analisar as condutas médicas durante o trabalho de parto nos hospitais públicos de Moçambique com base nos princípios bioéticos, é importante, primeiramente, entender sobre o princípio da autonomia, beneficência, não maleficência, da Justiça e da dignidade da pessoa humana, que regem todo o Código.

A dignidade da pessoa humana é princípio norteador da Carta dos Direitos Humanos, e o Termo de Consentimento Informado (TCI) é o documento utilizado para se fazer possível o exercício da autonomia de parturientes. Numa situação de deveras calamitoso, coloca-se a seguinte questão de pesquisa: “Qual é o nível de observância dos princípios bioéticos na realização de partos em Hospitais Públicos de Moçambique”?

O princípio de bioética na realização de trabalho de parto, assim como todas as normas, é subordinado à Carta dos Direitos Humanos e a Constituição da República de Moçambique de 1975 e reafirma os direitos dos pacientes, dando a primazia e valor a informação e a proteção de pacientes. Com isso, o Código torna-se também fundamental na transformação da esfera política, sem deixar de fora a sua principal relevância para a sociedade: o reforço à autonomia dos pacientes.

Com o presente estudo, os autores esperam contribuir especialmente na multifacetada distinção clara entre conduta aceitável e inaceitável, especialmente na realização de trabalho de parto nos hospitais públicos de Moçambique. Dada a natureza competitiva e a proliferação de maternidades ao longo do país, tornou-se cada vez mais desafiador para as parturientes relatar mau atendimento e maus tratos. No entanto, a prática de seguir os princípios bioéticos na realização de trabalho de parto continua a ser seguida.

O trabalho encontra-se organizado em seções que buscam traduzir a construção do objeto desta pesquisa bem como, a análise e interpretação dos resultados através dos vários autores. Na primeira seção nos debruçamos sobre a contextualização do tema em análise. Na segunda seção apresentar-se-á a visão que diferentes autores têm sobre o mesmo, onde colocamos em discussão o nosso referencial teórico, razões de escolha, bem como os conceitos que norteiam o nosso estudo. Na terceira seção, retomamos as hipóteses e os objetivos da pesquisa, isto é, a partir das conclusões apresentar-se-á principais ideias, sugestões e ou recomendações, à luz da abordagem prática, assim como a operacionalidade dos conceitos. Por fim encontramos as referências bibliográficas.

1.Revisão da Literatura: Deontologia no exercício da enfermagem

A enfermagem como ciência é definida como a arte do cuidar (LIMA, 1993), exercida de maneira interativa, atuando nas dimensões biopsicossocial e ambiental (WALDOW, 1998). O desempenho das atividades do profissional de saúde, entre eles, médico, enfermeiro geral e enfermeira de saúde materna e infantil é composto por aspectos pessoais e sociais, sensibilidade, respeito e solidariedade (SILVA et al., 2009).

Ferreira (2006), enfermagem é arte de cuidar de doentes e uma ciência médica que cuida do indivíduo, de forma individual, familiar ou na comunidade, de modo isolado ou no seu todo.

Lima (1993), diz que enfermagem é uma ciência e arte de fazer: “Ele afirma em corpo de saberes fazer, onde abrange o estado de salubridade ao estado patológico, orientado por mudanças individuais, laborais, científicas, estéticas, éticas e políticas dos cuidados dos indivíduos”.

Albuquerque (2020), no âmbito do desempenho das atividades de trabalhos de parto, para as enfermeiras, existe uma liberdade das suas ações perante as parturientes, mas, isso implica agir e comportarem-se com responsabilidade. Partindo dos princípios de que a manutenção do cuidado da vida humana, faz com que as parteiras ou enfermeiras de saúde materno e infantil atuem com sabedoria e ética, surgindo assim a deontologia profissional, isto é, com certas proibições, obrigações, deveres, direitos profissionais na qual cada enfermeira está obrigada a cumprir na sua plenitude, e correndo riscos de serem penalizadas em casos de incumprimento das normas emanadas.

A enfermagem segundo a classificação internacional das profissões é considerada uma profissão liberal na natureza do compromisso e serviço. É também conhecida como uma profissão científica e intelectual, sendo autorregulada por entidades competentes. Desses reguladores competentes estabelece-se um controle rigoroso do exercício da profissão e um acesso ilimitado, admitindo-se uma sanção disciplinar e um poder de jurisdição (NUNES, 2007). A enfermeira de saúde materno e infantil, deve ter o domínio de respeitar e conhecer todas as normas reguladas da sua profissão que estão emanadas na Lei nº 2/2016: que Cria a Ordem dos Enfermeiros de Moçambique e aprova o respectivo Estatuto que visa estabelecer a postura do profissional do pessoal da área de enfermagem.

Neste contexto, importa referir que o profissional de saúde ao se registrar na profissão, automaticamente está assumindo os deveres éticos e deontológicos e seus direitos, exigindo que nas suas interações laborais sejam observados valores e princípios universalmente aceites pela humanidade em geral (MOTA, 2000). Nas comunidades Moçambicanas, as enfermeiras são responsáveis pela promoção da saúde, bem como atribuir respostas importantes as necessidades dos cuidados de saúde na maternidade. No contexto do direito e ao respeito pela vida das pessoas, em todas fases da presença humana na terra, as enfermeiras tem o papel de manutenção e melhoria da qualidade da vida e recuperação da vida, optando sempre por informações de saúde, garantindo o consentimento informado, o sigilo profissional, respeitar o pudor de forma humanizada na assistência aos partos, dando seguimento as parturientes nas várias fases, mesmo na fase moribunda.

Em Moçambique após a sua independência em 1975, as determinações da legalidade na execução da enfermagem foi instituída pelo Ministério de Saúde, com o objetivo de ditar normas, disciplina, e fiscalização da atividade de enfermagem do norte ao sul e do zumbo ao índico, sendo que este órgão é filiado da Organização Mundial de Saúde. Portanto, o Ministério de Saúde e a Ordem dos Enfermeiros de Moçambique sempre reconheceram o direito das mulheres à uma assistência de parto de qualidade, transpassando uma assistência humanizada, acessível, fora de riscos obstétricos, mas, a essa responsabilidade laboral leva as Enfermeiras de Saúde Materno e Infantil a conviver com conflitos éticos, bioéticos e dilemas no seu dia-a-dia (IESE, 2011).

2.O Trabalho das Enfermeiras de Saúde Materno e Infantil em Moçambique

De acordo com Reis-Muleva (2021), a assistência pré-natal consiste em um conjunto de procedimentos e medidas que visam diagnosticar, tratar e prevenir situações indesejáveis à saúde da mulher - durante a gravidez, parto, pós-parto - e também, ao bebê(1). Atualmente, essa assistência é reconhecida como importante estratégia para prevenir ou reduzir o risco de morbimortalidade para a mulher e para a criança. Os diversos autores que estudam essa temática já mostraram que a existência de uma adequada assistência pré-natal está intimamente ligada a melhores desfechos perinatais e à redução da morbimortalidade materna e neonata.

Após a independência de Moçambique em 1975, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde Materno e Infantil, onde estabeleceu-se os cuidados de saúde da mulher, peri-natal e pós-natal com finalidade de atendimento as mulheres desde a sua fase de reprodução, concepção e parto. O Programa de SMI, através do seu macro plano estratégico do programa definiu atividades em saúde, normatizando os procedimentos do programa e a padronização de condutas terapêuticas para as ITS, PF, Parto e Puérperio, ARO, Cancro da mama e do colo do útero, Assistência à adolescente e a mulher no climatério, formação de mais quadros da área, entre outras atividades. (MISAU, 1989).

Nos anos atuais a Enfermagem de Saúde Materna e Infantil constitui umas das áreas que é incentivada pelas políticas do Governo Moçambicano devido a sua fusão da área com os momentos atuais de cuidados desde a gravidez, o parto e o pós-parto. O MISAU tem garantido que as enfermeiras de SMI no decurso das suas atividades possam emitir processos de internamento, sendo uma enfermeira uma pessoa necessária na constituição de equipas, podem dar alta hospitalar e participar nas cesáreas hospitalares.

A enfermagem de saúde materno e infantil, encontra-se regulamentada no plano estratégico do sector de saúde, assegurando que as enfermeiras possam atuar no seguimento do trabalho de parto e a realização de partos normais sem complicações ou distócias, episiorafia com anestésico se útil, episiotomia, identificação de trabalhos de parto arrastado e na tomada de decisão precoce para a manutenção da vida da mulher e da criança. (OrEM, 2019).

O exercício das atividades da enfermagem constitui de grande valia nos cuidados de saúde da mulher e da criança desde o período de gravidez até o pós-parto, visando sobretudo contribuir na melhoria da qualidade de vida, fazendo com que haja desenvolvimento de motores gerenciais e de assistência, e, apesar do risco legal da profissão, têm enfrentado inúmeros entraves no seu dia-a-dia. (BRASIL, 2001).

Nas maternidades Moçambicanas, é notável uma alta demanda de atendimentos, lotação, muito tempo em pé dos profissionais e a movimentação intersectorial constante em busca de soluções de problemas enfrentados no decurso da atividade, caracterizando por um trabalho intenso, desgaste físico enorme, excessivo ritmo e desgaste mental. Para tal as Enfermeiras usam várias estratégias para aumento da demanda sobre o corpo e suas capacidades psico-cognitivas (PEREIRA, 2013).

Importa referir, que no Sistema Nacional de Saúde, isto é, nos hospitais públicos em Moçambique tem existido uma grande incoerência entre o previsto da demanda e a capacidade disponível, contribuindo assim em perturbações no processo organizacional do trabalho da maternidade, levando a uma sobrecarga laboral comportamento de impotência e sofrimento das enfermeiras. Contudo, as grandes dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras na delimitação de funções e a atribuição contribuem no surgimento de conflitos de trabalho em equipe. No decurso das atividades das enfermeiras de saúde materno e infantil, frequentemente nota-se a presença de conflitos bioéticos e éticos face as precárias condições laborais e convergências entre profissionais.

3. Bioética: Princípios Bioéticos na realização de trabalhos de parto em Moçambique: Autonomia, beneficência e não maleficência

O dia-a-dia, as pessoas sentem a necessidade de pautar por um comportamento em normas, sendo estes reconhecidos como obrigatórios e aceites como um todo. Compreende-se que os indivíduos comportam-se moralmente e socialmente nas comunidades de acordo com certas normas, e eles conduzem as suas atividades e fazem uma compreensão tendo em conta ao dever de agir, fora de refletirem sobre o

comportamento na vida cotidiana e tomar o objeto de uma reflexão ativa (VAZQUEZ, 2002).

Contudo, a Bioética é uma parte da ética aplicada, que tem contribuído no pensamento lógico sobre os valores associados a vida e a saúde dos indivíduos, abarcando diversas posições com relações a mesma componente, ensejando convergências não muito superadas pelas conversações, podendo assim evoluir no debate e até para um possível conflito (SEGRE, 2002).

A partir do senso comum, o termo bioética é definido como “ética da vida” (do grego bios, “vida”, e ethike, “ética”) (PALÁCIOS et al., 2002).

Em gesto de uma análise sobre as condutas médicas e com base no código de Ética profissional, constitui importante antes de mais, entender o princípio da autonomia, beneficência e não-maleficiência e da dignidade humana, regidas em quase maior parte do código. A dignidade humana constitui um princípio norteador da Constituição da República de Moçambique desde 1975, bem como o consentimento informado como sendo uma das ferramentas usadas para se fazer o juízo de exercício da autonomia de um paciente.

A Autonomia encontra-se muitas vezes repetida em quase maior parte do código de Ética médica. A autonomia por si significa poder de um indivíduo na regulação de suas obrigações e direitos conforme o desempenho do seu arbítrio livre. Para alguns autores absoluta é autonomia se for efetuada sem quaisquer restrições (BARROSO, 2009). Os princípios bioéticos na realização de trabalho de parto, bem como as outras normas, subordinam-se a Constituição da República de Moçambique desde 1975 e reafirma os direitos dos pacientes, valorando a proteção e informação. Portanto, esses princípios tornam-se como elemento de transformações na componente política sem poder negar a sua contribuição para as sociedades, neste caso ao reforço à autonomia do paciente.

Segundo Vazquez (2002), é claro e evidente o direito das pacientes de escolher ou recusar os cuidados médicos. Por sua vez, o plano de parto garante a oficialização da recusa ou escolha dos cuidados antes, durante e depois do parto. Contudo, o desrespeito ou recusa ao plano do parto, para além de carregar o desconforto e impotência de sentimento, constitui uma contradição ao código de Ética Médica.

Alguns princípios de ética durante a realização do trabalho de parto, a partir do seu código de Ética médica referem que as normas devem se submeter aos dispositivos legais vigentes, como forma de buscar a melhoria do relacionamento com as pacientes e garantir uma maior autonomia à seu favor. O plano de parto seria muito útil, se as

enfermeiras de forma estrita guardassem o respeito pelo ser humano e bem como atuassem em seu benefício. Com esses princípios respeitados as enfermeiras não usariam os seus saberes para causar dano ou sofrimento moral ou físico e não iriam permitir as tentativas contra a integridade e dignidade das parturientes (BARROSO, 2009).

O plano de parto tem um papel muito importante, isto é, assegura o respeito aos desejos e ao que se aguarda antes, durante e depois do parto. Quando ele é aceite e respeitado, as enfermeiras guardam o absoluto respeito as gestantes e atuam em seu benefício. Contudo, as enfermeiras durante o trabalho de parto quando se aproveitam dos seus saberes ou conhecimentos técnicos e o desconhecimento por parte das pacientes, para induzir a técnicas ou procedimentos não necessários ou extremamente violentos e escolha de cesárea eletiva é considerado sem dúvida, usar os seus conhecimentos para causar dano moral ou sofrimento físico. Sendo que nessas situações considera-se uma tentativa contra a integridade e dignidade humana da paciente (BASBAUM, 2020).

O princípio em aceitar as escolhas das pacientes em trabalho de parto por parte das enfermeiras no que tange aos procedimentos diagnósticos e de terapia, o Código de Ética, não chega a determinar as opções das enfermeiras em negar ou aceitar as escolhas das pacientes no que diz respeito as técnicas ou procedimentos diagnósticos e de terapia. Portanto, está claro que a enfermeira deve aceitar as escolhas das gestantes, mas por outro lado o plano de trabalho de parto não podia ser indagado, mas sim, escrito, aceite e materializado.

Em alguns casos judiciais, o erro médico e violência durante o trabalho de parto, é comum ver enfermeiras se defendendo de que o tal procedimento que deu em erro médico, no Código de Ética, o pessoal de saúde tem o direito de indicar a melhor conduta às pacientes. Mas, nesta mesma senda, o Código de Ética é de apenas indicar a melhor conduta ao paciente, e não realizar a conduta que se considera correta (BITTENCOURT, 2020). Em pleno trabalho de parto nos hospitais públicos em Moçambique, as condutas devem obedecer padrões cientificamente reconhecidas, e sempre obedecendo a legislação vigente no país. No caso acima, as condutas antes, durante e depois do parto contraindicados como a Manobra de Kristeller e a Episiotomia não devem ser indicados e nem realizados pelas enfermeiras sem um consentimento informado das pacientes.

Com objetivo de adiantar o trabalho de parto como forma organizar a sua agenda laboral, algumas enfermeiras nas maternidades Moçambicanas induzem as parturientes a aceitar por condutas não necessárias ou uma cesárea eletiva, proporcionando indicações

falsas para uma cirurgia, alegadamente que o canal vaginal da gestante não se encontra apta para um parto normal. Este tipo de comportamento a enfermeira, contrariando o princípio bioética atribui seus insucessos como é o caso de imperícia tempo e ausência de prática (BRASIL, 1988).

Outro problema não menos relevante, está no fato de que os estudantes de Medicina têm sido treinados para a técnica de toque vaginal em uma mesma paciente em pleno trabalho de parto. Contudo, fora do toque da enfermeira, a parturiente é submetida ao mesmo exame de toque vaginal várias vezes e por diversas estudantes. Note que o toque vaginal é muito doloroso, ato este realizado muitas vezes com a paciente seminua ou nua, criando um desconforto e vergonha para muitas mulheres. Sendo que o desconforto, a dor e a vergonha somam-se pelo número de estudantes presentes.

Importa referir, que a violação da autonomia das parturientes, em parte, considera-se um desafio ao Juramento de Hipócrates. Este juramento considerado ato solene e tradicional efetuado pelo pessoal de saúde no término de sua academia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

4.Princípio da dignidade da pessoa humana na realização de trabalho de parto

A Carta Universal dos Direitos Humanos, no seu Artigo 5º proíbe a prática de tortura. Contudo, as técnicas de parto invasivas não recomendadas pela OMS são meramente inúteis, exceptuando no caso de agilizar a duração do parto, podendo-se concluir que, no momento que são dolorosas causando danos ou sequelas, são também torturantes, e são consideradas torturas. Contudo, com estas normas, está claro que devem ser proibidas em todos países do mundo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

Ainda de referir, assuntos relacionados ao parto, o recém-nascido e o corpo da mulher são meramente da responsabilidade deles apenas. Neste caso, ainda na Carta Universal dos Direitos Humanos no seu Artigo 12, refere que ninguém deve interferir na vida privada da outra pessoa. Fica evidente que um bom plano de parto pode evitar conflitos durante o trabalho de parto (DINIZ, 2014). Todas normas não recomendadas pela OMS, que são consideradas violentas causam dor emocional e física às parturientes. Porém, no caso de Moçambique devem ser consideradas de desafio a Constituição da República e a Carta Universal dos Direitos Humanos que tem como princípios a dignidade da pessoa humana.

Cleyson (2010), o homem pela sua condição, e o fato simples de sermos humanos, constitui um apólice de certos direitos em uma dignidade. Isto é, o fato de uma parturiente ser um ser humano, ela deveria ter a garantia da dignidade, para tal, ela deve sentir-se que as suas vontades antes, durante e depois do parto são respeitados. Barroso (2000), a dignidade da pessoa humana considera-se como uma moral a ser respeitado a todos os indivíduos só pela sua existência no mundo. O princípio de autonomia durante a realização de trabalho de parto tem por objetivo garantir a autonomia das parturientes durante os procedimentos e intervenções efetuadas em todo percurso de trabalho de parto, mesmo que seja parto normal ou cesárea. Contudo, se não forem respeitados considera-se uma violação a esses princípios bioéticos.

No que diz respeito ao corpo da paciente, nunca deve ser menosprezada durante o trabalho de parto sob discurso que necessita-se usar as técnicas dolorosas e invasivas afim que o trabalho de parto seja flexível e que a gestão do hospital seja devidamente respeitada. Em suma, é importante respeitar as vontades das parturientes acima de qualquer outra condição.

5.O princípio da Justiça na realização de trabalho de parto

Na Justiça, afirma-se que toda parturiente deve ser assistida de maneira igual, fazendo com que haja equidade e justiça como um dos principais fatores no processo do trabalho de parto. No exercício das atividades de trabalho de parto, as parteiras segundo o código de Ética médica, devem obedecer ao tratamento justo e igual para todas, independentemente da cor, raça, ou religião. Desta forma, é tarefa dos profissionais de saúde “promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos” (Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005, p.5),

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005, p.8), em seu artigo 10º fala da igualdade, justiça e equidade. Este artigo defende que “A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.” Neste contexto, para as ESMI agirem com justiça admite-se que devem oferecer uma assistência equitativa a todas parturientes, mas sempre considerando pelas suas condições sociais e clínica. Para tal, o ser justo é conhecer as reais necessidades de cada parturiente e direcionar os cuidados médicos segundo as necessidades.

Conclusões

Em suma, o artigo trouxe-nos uma radiografia que os princípios bioéticos na realização de trabalho de parto nos hospitais públicos de Moçambique está nas agendas de debates na atualidade. De um lado é frequente vermos mulheres a serem submetidas à procedimentos e condutas que elas reprovam ou sobre os quais não tem um consentimento informado da sua realização ou eficácia, provocando assim sentimento de impotência e dor física intensa. Contudo, nos hospitais públicos Moçambicanos, os princípios bioéticos não têm sido observados na sua plenitude, fazendo com que a autonomia, beneficência, justiça e não maleficência façam das parturientes vivenciarem situações desagradáveis em todo o processo de trabalho de parto.

Contudo, evidencia-se que os fatores físicos e humanos são muitas vezes associadas a não observância dos princípios bioéticos na realização de trabalhos de parto. Neste contexto, a fragilidade física e emocional da mulher durante o trabalho de parto, deve ser encarada não como unidade isolada, mas sim a partir de uma abordagem holística ou biopsicossocial. Torna-se claro, que nos hospitais públicos de Moçambique, há fraca responsabilização das enfermeiras no caso de inobservância das normas bioéticas no desempenho das suas funções, fazendo com que esse tipo de prática seja rotineira.

O presente estudo, sugere que a todos níveis de atenção de saúde, o Ministério de Saúde de Moçambique, deve divulgar cada vez mais nas províncias e distritos sobre as normas ou princípios bioéticos aos profissionais de saúde em específico as enfermeiras. Ainda que muitas das enfermeiras nas maternidades, não têm o domínio das possíveis sanções no caso do incumprimento das normas. Por fim, a que conscientizar as enfermeiras sobre o seguimento inescrupuloso das normas, como forma de evitar o sofrimento da mulher parturiente durante o parto.

Referências

- Albuquerque, G. L; Galuppo, M. C. (2000). O que são direitos fundamentais? In: Sampaio, J. A. L. (Org.). *Jurisdição constitucional e direitos fundamentais*. São Paulo: Fundação Editora.
- Almeida, C. A. L.; Lima, A. C; Tanaka, O. Y. (2009). Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Revista de saúde Pública*, São Paulo, vol. 43, nº 1, p. 98-104.

- Barroso, L. (2009). *Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. São Paulo: Saraiva.
- Barroso, T. M; DIP, A. (2014) *Na hora de fazer não gritou*. [S. l.] Disponível em: <https://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 12. abr. 2022.
- Basbaum, C. (2020). *Trabalho de parto normal dura em média de 12 a 14 horas*. [S. l.],
- Bittencourt, C. (2020). *Recomendações da OMS para o parto normal?* [S. l.], 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voceconhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em: 14 abr., 2022.
- Brasil. *Projeto de Lei no 7.867, de 13 de junho de 2017*. Medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília: Congresso Nacional, 2017.
- Camila, A. R. et al. (2012). Aspectos que dificultam assistência humanizada ao parto normal. *Revista de Trabalhos Acadêmicos*, vol. 4, nº 6, p.1-8.
- Cassiano, A. N. et al. (2015). Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem e no puerperio imediato. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundamentais*. vol. 7, nº 1, p. 2051- 2060.
- Cleyson, P. G. (2017). *Protocolo unidade de vigilância em saúde e qualidade hospitalar: medidas de prevenção de infecções puerperais em parto vaginal e cesariana*. [S. l.: s. n.].
- Conselho Federal De Medicina. (2009). *Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Diniz, S. G.; Duarte, A. C. (2014). *Parto normal ou cesárea?* Araraquara: Fundação Editora UNESP.
- Ferreira Caus, E. C. M. et al. (2012). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc Anna Nery*. Rio de Janeiro, vol. 2. p. 34-40.
- IESE (2011). *Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana*. Maputo: Freitas Bastos.
- Lima, F. O, Frias, L.; Lopes, N. (2020). Considerações sobre o conceito de dignidade humana. *Revista Direito GV*, São Paulo, vol. 11, nº 2, p. 649–670.
- Mota, R. (2000). *Considerações sobre o conceito de dignidade humana*. Moçambique. Jornal Notícias, Maputo, 17 de Janeiro.
- Nunes, L. A. R. (2018). *O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência*. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

Reis-Muleva B, Duarte LS, Silva CM, Gouveia LMR, Borges ALV.(2021). Antenatal care in Mozambique: Number of visits and gestational age at the beginning of antenatal care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3481

Unesco. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO.

Waldow, V. N, Meida, O.S.C.; Gama, E.R.; Baiana, P.M. (2015). Humanização no parto: a atuação do enfermeiro. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador (BA), vol. 4, nº 1, p.79- 90.

Recebido em: 11/06/2022

Aceito em: 21/09/2022

Para citar este texto (ABNT): TUALHA, Cimo Vieira; PASSIONE UAHIMUA, Lurdes Sacuane; GOVE, Olívia Felizarda Malunguice. Princípios bioéticos na realização de partos em hospitais públicos de Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.43-55, 2022.

Para citar este texto (APA): Tualha, Cimo Vieira; Passione Uahimua, Lurdes Sacuane; Gove, Olívia Felizarda Malunguice. (2022). Princípios bioéticos na realização de partos em hospitais públicos de Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 43-55

A bioética no atendimento aos doadores de sangue: a relação profissionais de saúde e os doadores em Moçambique

Manuel Zacarias Caetano *

 <https://orcid.org/0000-0001-9941-3179>

Lucas Bento Cornélio **

 <https://orcid.org/0000-0003-2238-1046>

Eduardo Mário Laura ***

 <https://orcid.org/0000-0001-8912-1375>

Resumo: O sangue é um elemento fundamental para a vida humana e é produzido no corpo humano. A sua transfusão em pessoas saudáveis permite salvar muitas vidas. A transfusão é feita para situações de anemia (que consiste na falta de glóbulos vermelhos), de sangramento (por falta de plaquetas), etc. O sangue doado deve ser testado e não pode ter a hepatite B, hepatite C, doença de Chagas, Sífilis, Síndrome da Imunodeficiência adquirida e HTLV I /II (vírus associado à transmissão de leucemia, linfoma de células T e a paraparesia espástica tropical (doença neurológica). O presente artigo tem como objetivo analisar aspectos da bioética no atendimento aos doadores de sangue, com ênfase para os princípios norteadores da bioética na relação Profissional de Saúde e doadores de sangue voluntários. Desta forma o estudo, cingiu-se na revisão integrada da bibliografia existente virtualmente, uma vez, que a mesma permitiu buscar, avaliar de forma crítica e fazer a síntese das provas existentes acerca do tema em pesquisa. Realizou-se uma busca por descritores usando a base de dados do DeCS, BVS e SciELO que incluíram: bioética, princípios da bioética, doadores de sangue, atendimento aos doadores, estratégias para fidelização dos doadores. Os resultados revelaram que a fraca adesão dos doadores de sangue estão aliados a deficiências nos serviços de atendimento prestado aos utentes e consequentemente a falta de implementação de estratégias para a retenção e fidelização.

Palavras chaves: Bioética; Profissional de Saúde; Dador de Sangue; Estratégias

Bioethics in care for blood donors: the relationship of health professionals and donors in mozambique

Abstract: Blood is a fundamental element for human life and is produced in the human body. Its transfusion in healthy people saves many lives. The transfusion is done for situations of anemia (which consists of lack of red blood cells), bleeding (due to lack of platelets), etc. Donated blood must be tested and cannot have hepatitis B, hepatitis C, Chagas disease, syphilis, acquired immunodeficiency syndrome and HTLV I/II (virus associated with the transmission of leukemia, T-cell lymphoma and tropical spastic paraparesis (neurological disease). This article aims to analyze aspects of bioethics in the care of blood donors, with emphasis on the guiding principles of bioethics in the relationship between Health Professionals and voluntary blood donors. of the virtually existing bibliography, since it allowed to search, critically evaluate and synthesize the existing evidence on the research topic. which included: bioethics, principles of bioethics, blood donors, care for donors, strategies for donor loyalty. The results revealed that the poor adherence

* Mestrando em Saúde Pública na UNISCED, especialista em Epidemiologia, email: mcaetano2@iscad.ac.mz

** Mestrando em Saúde Pública na UNISCED, especialista em Epidemiologia, email: icornelio@iscad.ac.mz,

*** Mestrando em Saúde Pública na UNISCED, especialista em Epidemiologia, email: elaura@iscad.ac.mz

of blood donors and blood are allied to deficiencies in the care services provided to users and, consequently, the lack of implementation of strategies for retention and loyalty.

Keywords: Bioethics; Health Professional; Blood Donor; Strategies

Introdução

Doador de sangue é todo indivíduo que busca por um Banco de Sangue, com o propósito de efetuar a doação de forma voluntária ou doação direcionada, após ser aprovado no processo de triagem e seleção submetido a todo candidato a doação. (Freire, 2012). O ato de doação de sangue constitui até hoje, um problema de interesse Mundial, pois não existe uma substância química que possa na sua totalidade substituir o sangue. (Rodrigues, Reibnitz, 2011, p.1-8).

Estamos cientes ao fato de que estudos mais recentes já apontam para muitas alternativas à transfusão de sangue, como é o caso dos expansores do volume de sangue, as terapias de oxigênio e outras técnicas possíveis que a ciência coloca à disposição dos serviços de saúde para evitar o uso de transfusão de sangue. Os desafios com relação a doação de sangue são grandes: um deles é o desafio dado pelas Testemunhas de Jeová que recusam dar nem receber sangue, o que coloca o profissional de saúde numa situação complexa que consiste no respeito aos princípios bioéticos especialmente a **autonomia** do paciente.

A luta para assegurar que os doentes, que necessitam de transfusões recebam o sangue, constitui ainda um grande desafio num País como Moçambique, pois muitos Bancos de Sangue têm dificuldades em manter e garantir um estoque de sangue com vista a atender às necessidades específicas e de urgências, colocando em risco a saúde e a vida dos pacientes. (Rodrigues & Reibnitz, 2011). Para garantir o sangue seguro em Unidades Hospitalares é preciso que o mesmo seja coletado em doadores de baixo risco, voluntários e não remunerados reduzindo a transmissão de doenças por transfusão de hemocomponentes. Esta garantia de sangue passa necessariamente pelo desenvolvimento de estratégias de captação e fidelização dos dadores voluntários, e uma destas estratégias é melhorar o atendimento aos dadores nas Instalações Hospitalares. (Giacomini, Filho, 2009; Moura, Moreira, Machado, Neto, Sousa, 2006).

Não obstante, é preciso que os Bancos de Sangue tenham consciência de que a conquista de doadores de repetição e a sua fidelização, exige que os mesmos sintam-se valorizados, seguros quanto ao processo de doação e satisfeitos durante o processo de atendimento na Unidade Sanitária. Assim, é preciso fazer o levantamento de informações

do nível de satisfação dos doadores em relação a todos os serviços prestados, possibilitando o fornecimento de dados para a tomada de ações que possibilitem um número cada vez maior de doadores e, especialmente, de doadores satisfeitos. (Giacomini, Filho, 2009; Moura, Moreira, Machado, Neto, Sousa, 2006). De acordo com Azambuja & Garrafa,

As transformações éticas, morais e legais associadas ao progresso técnico-científico dos últimos anos trouxeram situações novas às práticas em saúde, modificando o relacionamento dos profissionais com seus pacientes de modo a torná-lo menos orientado aos deveres e obrigações morais (deontologia) e mais voltado ao respeito à autonomia e ao pluralismo moral (bioética). (Azambuja, Garrafa, 2010, p.705).

O atendimento no Banco de Sangue deve respeitar princípios bioéticos porque o processo lida com o ser humano e a pessoa humana tem direitos que precisam ser respeitados. Por exemplo, o “Direito a vida” e o “Direito a saúde” são direitos previstos nos artigos 40º e 89º da constituição da República de Moçambique (2004). Por outro lado, o Código Penal de Moçambique (2015) no Art.161º condena o “tráfico de órgãos Humanos” e atribuem penas que vão até 16 anos.

As políticas públicas de saúde e os profissionais de saúde devem respeito ao cidadão por forma a que não haja violação dos direitos fundamentais. A mistanásia, por exemplo, é a omissão de socorro, é a ausência do estado, é a falta de atendimento, é a falta de profissionais, é a omissão política e humana que de certo modo pode provocar a danos ou até a morte dos pacientes. Quando um paciente, não encontra na unidade hospitalar todas as condições para que seja tratado, estamos diante de mistanásia. (Mabtum, Marchetto (2015).

O doente, na maioria das vezes, sequer consegue ser atendido em uma instituição hospitalar, especialmente quando não tem dinheiro para pagar em hospitais ou clínicas privadas. Em muitos momentos, o paciente morre antes de ser submetido a qualquer tratamento médico. Quando o banco de sangue não tem stock suficiente, a problemática advém do planeamento e das políticas públicas de saúde e hospitalares. Incluiu-se na mistanásia actos que resultem em violência, falta de infraestruturas físicas ou de remédios. (Mabtum, Marchetto, 2015).

Entendamos por bioética “como campo interdisciplinar, pluralista e não corporativista que foca questões relacionadas à vida humana, delineando princípios em defesa da vida, da saúde do meio ambiente”. (Souza, Nunes, Silva, Filho, 2021).

A bioética se fundamenta em quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência justiça. A autonomia diz respeito ao consentimento, à capacidade de pensar e agir, traduzindo-se na prática pessoal de autogoverno; a beneficência propõe minimizar riscos e maximizar benefícios; a não maleficência objetiva evitar danos previsíveis; e, por fim, a justiça diz respeito à equidade na concessão de bens e/ou benefícios. (Souza, Nunes, Silva, Filho, 2021, p. 149).

De acordo com Taveira et al., “O princípio da dignidade humana, igualmente, tem sido considerado como valor supremo que agrega em torno de si os demais direitos e garantias fundamentais do homem, expressos na Constituição-principal direito fundamental constitucional garantido”. (Taveira et al. 2005, p.104-105,apud Silva, 2018, p.13). Desta forma é de suma importância respeitar os dadores, dando-lhes apoio moral necessário por forma a que o processo de doação não cause problemas éticos.

Num estudo sobre as “Estratégias educativas para a promoção da doação voluntária de sangue”, Sadrin, Rodrigues, Gomes e Meirelles (2015) argumentam que “não devemos esquecer que cada região do país tem suas peculiaridades – perfis, com diversidades e características locais. Esses são fatores que deverão permear as decisões, as justificativas e atividades que sensibilizem e motivem o público-alvo. Destacam-se, dentre tais peculiaridades, as características físicas, ambientais, socioeconômicas, educacionais, políticas e religiosas de determinada comunidade.” (Sadrin, Rodrigues, Gomes e Meirelles, 2015, p.66).

O presente artigo tem como objetivo analisar aspectos bioéticos no atendimento aos dadores de sangue, com ênfase virada para a pesquisa dos princípios norteadores da bioética na relação Profissional de Saúde e os dadores de sangue voluntários. Desta forma, escolheram-se as obras ou publicações relacionadas com as questões da bioética, atendimento profissional, doadores de sangue, direitos e deveres dos doadores de sangue, estratégias para a fidelização dos doadores. A pesquisa avança a hipótese de que não existe uma boa relação entre os dadores de sangue e os profissionais de saúde nas Unidades Sanitárias do País, e consequentemente há fraca adesão de novos dadores e acentuado grau de desistência de dadores voluntários nas Unidades Sanitárias.

Métodos

Trata-se de estudo realizado através de levantamento da revisão integrada da bibliografia existente virtualmente, uma vez, que a mesma permite buscar, avaliar de forma crítica e fazer a síntese das provas existentes acerca do tema em pesquisa, não obstante permitir a identificação de lacunas do conhecimento, que através de realização de novos estudos poderão ser colmatados. (Rodrigues, Reibnitz, 2011).

A revisão integrativa é definida como sendo aquela que proporciona a síntese do conhecimento sobre determinadas questões, a partir de um conjunto de estudos significativos, influenciando diretamente sobre elas. (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). Uma pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em materiais teóricos já elaborados e é constituído principalmente de livros e artigos científicos (Gil, 2002, p.44).

A grande vantagem é a de que o pesquisador entra em contato com uma grande quantidade de informações, o que aumenta a sua visão sobre a temática em discussão. Toda a pesquisa científica se embasa na pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é concebida como a fundamentação teórica de uma pesquisa e é fundamental porque nenhuma pesquisa pode ser desenvolvida sem aporte teórico.

No presente artigo utilizamos os seis passos propostos para na revisão integrativa: seleção das questões a serem estudado, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, representação das características do texto original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. (Rodrigues & Reibnitz, 2011). Realizou-se uma busca por descritores usando a base de dados do DeCS, BVS e SciELO que incluíram: bioética, princípios da bioética, dadores de sangue, atendimento aos dadores, estratégias para fidelização dos dadores, tendo resultado desta pesquisa um total de 5.215 textos que tratam do assunto, destes 3.305 na base de dados da DeCS, 1.899 textos no BVS e 11 textos na SciELO.

Uma vez identificados os artigos com a busca realizada através das palavras-chaves ou descritores usando o DeCS, BVS e SciELO, procedeu-se com uma análise preliminar tendo como critério estar escrito em Português e o artigo devia abordar temas relacionados a bioética, doador de sangue, relação profissional de saúde e o doador de sangue, estratégias para fidelização dos dadores. Foram excluídos desta revisão todos os artigos que não abordam a temática em pesquisa, onde foram selecionados 15 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. (Rodrigues, Reibnitz, 2011).

Resultados e discussão

Constatamos que dos boletins, decretos, estudos ou artigos feitos a revisão integrada, embora estejam escritos os direitos do doador de sangue tanto em seus estatutos, diplomas legais, em muitos Países continuam se verificar desafios no que concerne ao respeito aos princípios da bioética por parte dos profissionais de saúde, no que concerne especificamente a beneficência, não maleficência, (Junqueira, 2009).

Segundo a Portaria nº 325 de 1977 de 11 de Agosto dos Ministérios da Saúde, De Estado Na Presidência e Do Trabalho de Moçambique, já apontavam que a falta do sangue constitui um grave problema de saúde pública no Mundo, pelo que é necessário criar estratégias para humanizar o atendimento ao dador de sangue, através de incentivos como a entrega de diplomas de reconhecimento, dispensas no serviço no dia em que for doar (Freire, 2012).

Não obstante, o Decreto nº 14/1988, de 30 de Novembro, trata de fomentar, apoiar e estimular os doadores de sangue com vista a garantir estoque em quantidade e qualidade seguro, promovendo estratégias de captação e fidelização do doador. (Moura, Moreira, Machado, Neto, & Sousa, 2006). Estas discussões se elevam pela existência de uma parte da população religiosa que não permite doar nem receber sangue em caso de necessidade.

Segundo Azambuja & Garrafa (2010, p.705), dizem que a relação profissional-paciente é naturalmente assimétrica e vertical. Tal fato torna-se mais acentuado quando o profissional de saúde toma de forma unilateral as decisões terapêuticas a serem tomadas no paciente. Os autores sustentam ainda que nestes casos o profissional age com um princípio de beneficência exagerado, o que faz com que acabe assumindo na prática, uma posição paternalista, decidindo pelo outro e o limite da beneficência é a autonomia, ou seja, o paciente deve decidir pela sua vida.

As Testemunhas de Jeová como seita religiosa, por exemplo, não aceitam doar e nem aceitam a transfusão de sangue, os seus seguidores recusam a transfusão mesmo em situação de emergência, fundamentando-se nas escrituras bíblicas (passagens que se referem à abstinência de sangue, à busca da boa saúde e ao sangue como a alma dos seres: Gênesis 9: 3-6; Levítico 17: 10-14; Actos dos Apóstolos 15: 20, 28 e 29; e Deuteronômio 12: 23-25; 1 Samuel 14: 32-34), (Rena et al., 2003; Azambuja & Garrafa, (2010). Sendo assim, a recusa do crente é um direito previsto nos princípios bioéticos (autonomia), previsto na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) e Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).

Não obstante, a interpretação feita aos tratamentos sanguíneos, segundo as Testemunhas de Jeová, mudou ao longo do tempo, pois com o desenvolvimento de novas técnicas, surgiram novas interpretações e por outro lado, os entendimentos particulares, feitas por cada membro de testemunhas, não são limitadas, o que resulta em ampliação do rol de proibições. (Azambuja & Garrafa, 2010)

Por exemplo, o Art. 2º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos defende que “Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição”. Então, a questão religiosa se contrapõe às questões sanitárias o que levanta uma discussão que é sanada pelos princípios bioéticas, uma vez que prevalece a palavra do cidadão. Se não quer doar sangue não se o que fazer, sob o ponto de vista ético. Se o cidadão não quer sangue, em situações complexas de saúde não se podem fazer nada. Prevalece a “autonomia” do paciente ou do cidadão (Costa e Fonseca, Leivas, 2019).

Um dos garantes para a garantia de sangue seguro, é que o mesmo seja colhido em doadores voluntários e não remunerados, pois não ideias para o fornecimento de sangue, conforme Giacomini & Filho, (2009), no seu artigo ele aborda a questão de criação de um serviço de atendimento que sirva para captar mais doadores voluntários em todos os serviços prestados na Unidade Sanitária, principalmente nos serviços de triagem clínica e atendimento farmacêutico, ou seja, o Banco de Sangue deve estabelecer compromisso com o cliente prestando um atendimento de qualidade, como fator decisivo, pois, as pessoas lembram-se mais do serviço prestado do que do seu produto.

O mesmo autor recomenda que é preciso criar um serviço com maior excelência e atendimento baseado no homem, respeitando os princípios éticos, reduzindo deste modo, o abandono dos doadores de sangue devido a falta de humanização dos serviços de saúde prestados aos utentes, seja para o acesso às consultas ou o acesso aos medicamentos nas farmácias. (Freire, 2012; Junqueira, 2009).

Para Brasil (2016, p. 37 citada por Bussinguer, 2020, p. 68) "a manutenção de toda a cadeia produtiva do sangue depende dos valores voluntários e altruístas da sociedade para o ato da doação, devendo o candidato à doação de sangue ser atendido sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde". O pressuposto aqui descrito clarifica ainda que a produção das leis para os processos de doação de sangue deverão ter em conta com o sentimento voluntário no

sentido que toda esta camada social, seja mentalizada que este tipo de atos não é de índole remunerativa, mas sim, uma mera ação para salvaguardar a vida do outrem que se encontre em apuros por falta ou déficit deste líquido. Na visão de Silva (2018. p.14).

A vida de qualquer ser humano tem uma valia intrínseca. Ninguém existe no mundo para atender os propósitos de outra pessoa ou para servir a metas colectivas da sociedade. O valor ou princípio da dignidade humana veda, precisamente, essa instrumentalização de qualquer indivíduo. Outra expressão da dignidade humana é a responsabilidade de cada um por sua própria vida, pela determinação de seus valores e objectivos. Como regra geral, as decisões cruciais na vida de uma pessoa não devem ser impostas por uma vontade externa a ela.

Toda pessoa desta humanidade deverá ser responsável de todo o tipo de ações que tem e ou, com o objetivo da preservação da sua vida, entretanto, com este pressuposto, os profissionais da saúde, sobretudo o pessoal afeto no Banco de Sangue, que é um dos pontos primordiais de entrada do sangue através das coletas, devem ter na consciência deste poder decisivo dos utentes antes de submetê-los na doação para que não possam lhes tirar este poder adquirido e legislado. Porém, atualmente tem sido um pouco raro se verificar casos de obrigação para doação em indivíduos que não estejam interessados por razões culturais ou religiosas, devido às diferentes intervenções éticas que são difundidas no seio do pessoal de saúde.

Segundo Cardoso (2013), apresenta na sua dissertação outro dilema que é a percepção do doador de sangue em relação á doação de sangue que por si é feito num período estabelecido conforme o calendário para efetuar uma doação, que é de 3 em 3 meses para os homens e 4 em 4 meses para as mulheres, chamando-os a refletir acerca do valor humano que isto significa, pois, para além de optar em abandono, que conheçam os estatutos de dadores para poderem exigir melhor os seus direitos.

Não obstante Gouveia, Santos, Athayde, Souza & Gusmão (2014) ressaltam que o comportamento de ajuda ao próximo e o altruísmo são ações cruciais para o bem-estar do outro, podendo variar em termos do grau de entrega de cada indivíduo e é fundamental para aprimorar as relações interpessoais. Salienta que conhecendo este ato, ajuda bastante em melhorar os serviços prestados aos utentes, ideia secundada por Silva (2018, p.13) diz que o princípio da dignidade humana, é considerado como um valor supremo que agrega em torno de si os demais direitos e garantias fundamentais do homem, expressos na Constituição com o intuito de defender a necessidade de dar incentivos aos doadores de sangue (Santos, 2010).

Santos N. L., (2008), aborda em seu artigo a temática da necessidade de cuidados da saúde do doador, sendo ele o único e exclusivo fornecedor de sangue, prestando serviços de triagem clínica período do seu estado. A idéia é sustentada pelo Decreto nº14/1988 de 30 de Novembro, que diz que “o doador deve ser objeto de prévio de exames médicos nas Unidades Sanitárias tuteladas pelo Ministério da Saúde”. Isto mostra claramente que a saúde do doador, o seu atendimento nas instalações sanitárias deve ser feito respeitando os princípios bioéticos, dar valor a vida humana, ele sendo um dos fornecedores de medicamentos que salvam milhões de vida no planeta. O mesmo Decreto afirma que o doador deve estar isento do pagamento de qualquer taxa por consultas médicas ou internamento num estabelecimento hospitalar.

Segundo o estudo desenvolvido por Moura, Moreira, Machado, Neto, Sousa, (2006), revelam dados sobre o número que doadores na Europa que atingem os 5% da população, onde, destes doam 3 a 4 vezes por ano regularmente e de forma sistemática, pois doam com o sentimento de solidariedade, enquanto dados do Brasil mostraram que em 2006 menos de 2% da população era doadora de sangue. Estes dados são aliados aos vários tabus, mitos, etc. Em Moçambique, segundo dados do MISAU em 2021 menos de 1% da população é doadora de sangue, onde destas colheitas aproximadamente 45% é proveniente de Doadores voluntários e não remunerados.

Segundo a OMS, para atender a demanda de doação de sangue de cada país é preciso que 3-5% da População seja doadora de sangue com idade compreendida entre 18 a 65 anos. (Moura et al. 2006; Freire, 2012). Analisando os dados apresentados neste artigo e os existentes no Ministério da Saúde em Moçambique, revelam logo que longe está de atingir o recomendado pela OMS para suprir a demanda transfusional, e não só colher sangue proveniente de doadores de baixo risco. (Santos, 2010; Moura et. al, 2006; Giacomini; Filho, 2009).

Conforme Moura et. al, (2006), apontou várias causas que levam a fraca adesão dos doadores de sangue, desde os mitos envolta do processo, tabus, mau atendimento nas Unidades Hospitalares, fraca oferta dos serviços sanitários a todos, fraca divulgação dos direitos e deveres de um doador de sangue, fraco domínio ou conhecimento dos princípios bioéticos pelos profissionais de saúde, acabam contribuindo para redução ou abandono dos doadores de sangue nas Unidades Sanitárias do País. Como afirma (Giacomini, Filho, 2009), é preciso criar estratégias para a retenção e fidelização dos doadores voluntários, oferecendo serviços de qualidade, atendimento humanizado, etc.

Segundo Freire (2012) traz dados sobre o dilema vivido na área de doações de sangue desde seu início no ano 1940, onde o maior problema consistia em obter sangue de qualidade e seguro, mas embora tenha se verificado avanços na criação de critérios para triagem e seleção de candidatos de baixos custos, pois, o grande problema continua no baixo número de doadores apto a doar o sangue, isto, aliado a boa saúde dos doadores e seu retorno condicionado pelo atendimento prestado aos mesmos e como o doador entende essa questão.

Por isso que, Souza et al. (2021) sugere como forma para resolver o dilema do atendimento prestado aos utentes nas Unidades Sanitárias é preciso identificar as situações e condutas nos Profissionais de Saúde que vão contra os princípios da bioética, o profissional deve pautar pelo bem e não a maleficência a saúde do doador, garantir a imparcialidade no atendimento e a equidade no acesso aos serviços hospitalares de qualidades e o doador deve ter autonomia em decidir com quem deve ser atendido e quando deve beneficiar dos seus direitos não só como doador também como cidadão.

Souza et al.(2021), vai além ainda, ao dar responsabilidade as Instituições de ensino em promover discussões sobre atributos éticos e morais com alunos e a sociedade em geral, pois segundo estes autores, entendem que a bioética deve ser vivenciada e praticada, ainda, por meio de ações que estimulem o saber prático e humanizado, só assim, reduziria a fraca prestação dos serviços aos doadores, pois, as pessoas lembram-se mais do serviço prestado do que do seu produto. (Giacomini, Filho, 2009).

Segundo Giacomini & Filho, (2009) e Souza et. al., (2021) entendem que é preciso o ensino da bioética nas Instituições de Educação com vista a potencializar as condutas avaliativas dos estudantes em formação, que passarão a demonstrar maior habilidade profissional sob o ponto de vista biopsicossocial, holístico, no empoderamento de utentes, na responsabilização e na adesão terapêutica, aumentando satisfatoriamente a qualidade da assistência prestada. Conforme o exposto por esses autores e a prática verificada no dia-a-dia, entendemos a necessidade de incorporarem-se as questões bioéticas em todas as áreas de formação no sector da saúde.

Segundo a OMS (2017), a doação de sangue em Moçambique continua sendo um desafio numa forma geral, por as doações de sangue, 43.5% advém de doadores voluntários e não remunerados e as restantes doações são coletados em doadores de reposição (56.5%). A OMS preconiza que 3-5% da população de um determinado País deve ser doadora para suprir as necessidades de transfusão aos doentes, mas segundo

dados do Ministério de Moçambique (2020), colhem-se anualmente em média 130.000 unidades.

Esta predominância de doações de reposição (doação vinda de doador familiar) é o que contrasta com as recomendações da OMS e também em relação à segurança do sangue do colhido, pois, estudos revelam que os doadores familiares, possuem maior risco de transmitir agentes infecciosos se comparados com o sangue colhido em voluntários. OMS (2017). Diante deste desafio de fraca adesão de candidatos a doador de sangue voluntário e regular é necessário criar condições para incrementar o número de doadores de sangue voluntários, com vista a minimizar o risco de transmissão de agentes infecciosos por transfusão sanguínea.

Conclusão

Existem indivíduos singulares ou Instituições que mostram interesses para doar sangue, mas, os serviços prestados pelos profissionais de saúde no atendimento às suas preocupações no que concerne a sua saúde e dos seus familiares, configura uma barreira ou desmotivação para a adesão às campanhas de colheitas de sangue, consequentemente reduz a oferta do sangue nas Unidades Hospitalares. Neste contexto, devem ser criados mecanismos de sensibilização e mobilização da população, para a adesão nas campanhas de doação de sangue através de palestras abordando diferentes matérias ligadas a este processo, com mais enfoque para angariação de dadores de baixo risco, elencando-se nos preconceitos éticos para que reduza o medo e as diferentes especulações a volta da doação de sangue.

Para reverter a situação de fraca adesão dos doadores de sangue nas Unidades Hospitalares, é preciso criar planos de formações contínuas aos profissionais de saúde sobre a bioética no ambiente de trabalho, o respeito a dignidade e vida humana, trazendo exemplos claros das atitudes individuais que mancham o sistema de saúde. A atuação do profissional de saúde deve pautar-se pela ética, respeitando todos os princípios bioéticos, atuando de forma humanizada, ter empatia, desviar-se dos comportamentos antiéticos, como tem-se verificado certos focos de venda de sangue em certas unidades sanitárias deste país, este tipo de atitude que se verifica por parte de alguns repositores, dadores, assim como da parte de profissionais de saúde, mina a boa imagem e a qualidade dos serviços básicos a serem oferecidos aos cidadãos numa situação de emergência médica.

Nas instituições de ensino, deve-se abordar e inculcar aos formandos da área de saúde, o respeito a vida humana, sabendo que o doador é indivíduo saudável e voluntário

que oferece seus serviços em prol do bem do outrem, deve ser acarinhado, para que mobilize-se mais doadores voluntários para suprir o déficit dos estoques de sangue nos Hospitais. Em relação aos seguidores da seita religiosa Testemunha de Jeová, a que respeitar a autonomia e o livre arbítrio dos seus membros, não devendo forçá-los a receber a hemotransfusão, apenas em situações de extrema situação de vida ou morte, o profissional de saúde poderá agir em observância ao princípio de beneficência e não a maleficência. Ao profissional de Saúde não deve agir de forma unilateral sem respeitar o princípio da autonomia do paciente.

Existem alguns funcionários que se envolvem em comportamentos desviantes que são contra os princípios bioéticos (como por exemplo: mau atendimento, venda de sangue aos familiares sem a capacidade de reposição do sangue recebido, ferindo os princípios da beneficência, não maleficência, justiça). É preciso à contínua e permanente criação de comitês de ética ao nível dos serviços públicos, sobretudo para os grupos de profissionais que se lidam com os doadores de sangue voluntários, para que sejam incutidas as boas práticas no exercício das suas obrigações laborais diante dos utentes.

Em geral, verifica-se fraca identificação e implementação de estratégias para a retenção e fidelização dos doadores de sangue, melhorando o serviço de atendimento, divulgar os direitos e deveres dos doadores de sangue, procurar incentivos sejam materiais ou morais, ajudam bastante para a valorização desta camada. É importante que haja divulgação na mídia escrita e audiovisual sobre a relevância da doação de sangue. O Ministério da Educação, das Direções provinciais e distritais podem promover campanhas permanentes, aproximando-se as populações por meio de brigadas.

A população precisa conhecer os direitos éticos e deveres. Isso passa pela divulgação da Resolução nº73/2007 de 18 de novembro (Moçambique, 2007). Concluindo, os artigos analisados mostram que não existe uma boa relação entre os dadores de sangue e os profissionais de saúde nas Unidades Sanitárias do País, e consequentemente verifica-se a fraca adesão de novos candidatos e acentuado grau de desistência de dadores voluntários nas Unidades Sanitárias.

Referências

- Azambuja, L. E. O. de; Garrafa, V. (2010). Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica Brasileira*. vol. 56, nº6, p.705–709.
- Costa e Fonseca, A. C.; Leivas, P.G.C. (2019, Org.). Direitos humanos e saúde. Vol.2. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA.
- Bussinguer, E. C. de A (2020). Direito nas veias: a doação de sangue na perspectiva dos direitos fundamentais. Vitória. Espírito Santo. Brasil. Disponível em: <https://www.fdv.br/direito-nas-veias/>. Acesso em: 17 abr.2022
- Bussinguer, E. C. de A. (2020). *Direito nas veias: a doação de sangue na perspectiva dos direitos fundamentais*. Vitória. Espírito Santo. Disponível em: <https://www.fdv.br/direito-nas-veias/>. Acesso em: 17 abr.2022
- Cardoso, R. M. (2013). Dissertação sobre a *percepção do dador de sangue face à dádiva de sangue e ao estatuto do dador de sangue*. Lisboa.
- Freire, I. de L. (2012). Doadores de Sangue: Qualidade de vida e atendimento em Hemocentro de Natal/RN. 126f. *Dissertação*. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal.
- Giacomini, L.; Filho, W. D. (22 de Abril de 2009). Estratégias para fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais. Rio Grande do Sul. ACTA
- Gouveia, V. V.; Santos, W. S.; Athayde, R. A., Souza, R. V.; Gusmão, E. É. (2014). Valores, altruísmo e comportamentos de ajuda: comparando doadores e não doadores de sangue. *Revista Psico*, vol. 45, nº 2, p. 209-218.
- Gil, A. C.(2002) *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas.
- UNESCO (2005). Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: UNESCO, Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado, Revisão: Volnei Garrafa (33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO).
- Junqueira, S. R. (2009). Bioética e saúde pública. In: RAMOS, D. L. P.(Org.). *Bioética: pessoa e vida*. São Caetano do Sul: Difusão. p. 1-15.
- Mabtum, M.M.; Marchetto, P.B. (2015). Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida. In: O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade [online]. São Paulo: Editora UNESP, p. 53-72.
- Martins, G. P. S, Lima, F. R. de S. et al. (2021). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Hemoterapia: uma

abordagem histórica e social – Luiz). 15 abr. 2021. Disponível em:

emominas.mg.gov.br/doacao-e-atendimento-ambulatorial/hemoterapia/sangue-breve-historia?tmpl=component&format=pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

Moura, A. S., Moreira, C. T., Machado, C. A., Neto, J. A., & Sousa, M. d. (18 de Janeiro de 2006). *Doador de sangue habitual e fidelizado: fatores motivacionais de adesão ao programa*. Fortaleza, RBPS.

Moçambique (2004). *Constituição da República de Moçambique*. Maputo: Assembleia da República.

Moçambique. (2007). *Resolução nº73/2007 de 18 de novembro*. Aprova a Cata dos Direitos e Deveres do Doente.

OMS (2017). Situação Actual da Segurança e Disponibilidade de Sangue Na Região Africana Da OMS. *Relatório Do Inquérito de 2013*. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Rena, C. d., Barra, Â. A., Rena, R. L., Moreira, L. M., Almeida, R. J., Rena, R. L., et al. (set.-dez. 2003). Aspectos Religiosos, Médicos e Jurídicos relativos á transfusão sanguínea em pacientes adeptos á seita Testemunha de Jeová. Minas Gerais.

Rodrigues, R. S.; Reibnitz, K. S. (2011). *Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura*. Florianópolis, Texto Contexto Enferm. p.384-391.

Sandrin, R.; Rodrigues, R.; Gomes, J.; Meirelles, M. de C. L. S. (2015). Estratégias educativas para a promoção da doação voluntária de sangue. in: Ministério da Saúde (Org.). *Manual de orientações para a promoção da doação voluntária de sangue*. Brasília, ISAU, p.49-68.

Santos, N. L. (2008). *Dissertação sobre as necessidades de saúde de candidatos a doadores de sangue na triagem clínica em hemoterapia*. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Santos, T. P. (27 de Abril de 2010). Incentivos à doação de sangue: fomento à dignidade da pessoa humana x comercialização inconstitucional. *Cadernos da Escola de Direito*, 1(12). p. 222-240.

Silva, L.C. (2018). *Bioética e direitos fundamentais: a recusa às transfusões de sangue pelas Testemunhas de Jeová*. Uberlândia. Minas Gerais. Disponível em:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGmvfcqGkbZZBXVwxZJvBKRCxGX?projector=1&messagePartId=0.1> Acesso em: 15 abr.2022.

Silva, I. M. R. (2019). *As testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue*. 2019. 42f. TCC. Faculdade de Direito Prof. Jacy de Assis, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Moçambique (2015). *Código penal de Moçambique*. Maputo: Minervapress.

Souza, E. V., Nunes, G. A., Silva, C. D., & Filho, B. F. (2021). Identificação de situações e condutas bioéticas na atuação profissional em saúde. *Revista Bioética*, Brasília, vol.29, nº1, 1-14.

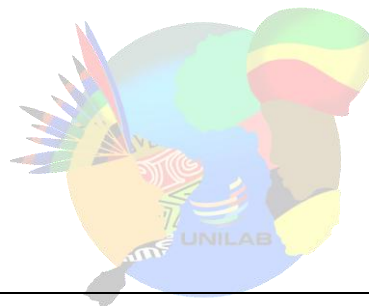
Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. Brazil, Einstein, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr.2022.

Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Unesco, 1948.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 20/09/2022



Para citar este texto (ABNT): CAETANO, Manuel Zacarias; CORNÉLIO, Lucas Bento; LAURA, Eduardo Mário. A bioética no atendimento aos doadores de sangue: a relação profissionais de saúde e os doadores em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.56-70, 2022.

Para citar este texto (APA): CAETANO, Manuel Zacarias; CORNÉLIO, Lucas Bento; LAURA, Eduardo Mário.(2022). A bioética no atendimento aos doadores de sangue: a relação profissionais de saúde e os doadores em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 56-70.

Documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique: avanços e recuos

Inês Januário Paiaia *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6751-4776>

Jorge Ernesto Passero **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-0634-9567>

Lúcia Manuel ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-7593-1983>

Resumo: O presente artigo analisa os documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique. Consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 no artigo XXV define que todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Como podemos ver o direito à saúde é um direito. Deste muito a questão de saúde foi preocupação dos países daí que vários protocolos foram assinados entre os países membros das Organizações mundiais com vista a normalizar e tornarem mais acessíveis às populações. Dos documentos internacionais que Moçambique ratificou destacam-se: a Carta de Ottawa e a Declaração do México, Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta Objetivos de Desenvolvimento do Milénio. Tendo em conta os avanços e recuos podemos afirmar que esforços assinaláveis tem se notados nos últimos dias desde aumento da rede sanitária, pessoal entre outros se não fossem os conflitos armados que têm travado esses assinaláveis aumentos e não só, também a pobreza, analfabetismo, falta de habitação condigna, o fraco acesso a água potável e mais.

Palavras-chave: Documentos Internacionais; implementação; avanços e recuos

International documents on health and its implementation in Mozambique: Progress and setbacks

Abstract: This article analyzes international documents on health and their implementation in Mozambique. The Universal Declaration of Human Rights, 1948 in XXV defines that every human being has the right to a standard of living capable of ensuring the health of himself and his family, including food, clothing, housing, medical care and social services. As we can see the right to health is a right. The health issue was planned in many countries, hence several Organizations among the countries considered to normalize and become more accessible to the populations were signed. Of the international documents that Mozambique ratified: the Ottawa Charter and the Mexico

* Mestranda em Saúde Pública na Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância, Licenciada em Administração Pública, Técnica de Medicina Geral. E-mail: ipaiaia@isced.ac.mz

** Mestrando em Saúde Pública na Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância, Licenciado em Gestão Ambiental e Desenvolvimento Comunitário, Técnico de Estatística Sanitária. E-mail: jpassero@isced.ac.mz

*** Mestranda em Saúde Pública na Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância, E-mail: لمانuel@isced.ac.mz

Declaration, the Alma-Ata Declaration, the Adelaide Declaration, the Sundswall Declaration, the Santafé Declaration of Bogotá, the Jakarta Declaration Millennium Development Goals. Taking into account the advances and setbacks we can say that the last few days have increased since the health network, others are also the armed conflicts that have increased and not only, poverty, illiteracy, lack of decent housing, poor access to drinking water and more.

Keywords: International documents; implementation; advances and setbacks

Introdução

O presente artigo intitulado “Documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique: Avanços e recuos” faz menção aos principais achados internacionais de entre eles protocolos, convenções ratificados pelos países membros das organizações globais (Organização das Nações Unidas, Organização Mundial de Saúde). Desde muito tem se falado sobre saúde a nível global mas a conferência de Alma-Ata o mundo abraçou os problemas globais como problema de cada país, desde então o acesso a saúde passou a ser prioridade de todos e Moçambique é membro da ONU não ficou alheio a esses esforços globais. Outros documentos que serão apresentados no presente artigo são: Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, Carta de Ottawa e a Declaração do México, Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá e Declaração de Jacarta.

O direito à saúde ocupa um lugar de prestígio no âmbito internacional quando se trata de aspectos relacionados aos direitos humanos. CURREA-LUGO (2005) observa que o direito à saúde aparece como parte integrante de outros direitos, ou como limite ao exercício de determinados direitos e, ainda, como direito à saúde propriamente dito. O reconhecimento do direito à saúde está positivado, também, no artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966). Percebe-se que o direito à saúde possui estreita vinculação com outros direitos humanos, em especial, com o direito à alimentação, à moradia, ao trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, a não discriminação, à igualdade, a não submissão à tortura, à privacidade, à informação, à liberdade de associação, de reunião e locomoção.

Nessa vertente, deve-se reconhecer que o direito à saúde engloba uma ampla gama de fatores socioeconômicos que têm por finalidade promover as condições que permitam que qualquer pessoa possa levar uma vida saudável, e faz com que esse direito seja estendido em sua vinculação com os determinantes subjacentes da saúde. Para facilitar a

compreensão dos conteúdos sobre o tema e dada a sua complexidade foi estruturado em introdução, desenvolvimento e fecho.

2.Documentos internacionais sobre a saúde

2.1 Carta de Ottawa

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo (HEIDMANN et al. 2006).

As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde para todos, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersectoriais necessárias para o sector. A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

De acordo com HEIDMANN et al. (2006), o papel do sector saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o sector saúde e os sectores sociais, políticos, económicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

2.2.Declaração do México

Esta declaração deu-se na 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Cidade do México, 5 de Junho de 2000. Reunidos na Cidade do México, os Ministros da Saúde que assinaram esta declaração:

- Reconhecem que a consecução do nível de saúde, o mais alto possível, é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social e económico e para a equidade;
- Reconhecem que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, partilhada por todos os sectores da sociedade;
- Estão conscientes que nos últimos anos, através dos esforços conjuntos e sustentados dos governos e das sociedades, houve uma melhoria significativa da saúde e um progresso na prestação de serviços de saúde em muitos países do mundo;
- Constatam que, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e económico, e que estes devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar;
- Estão conscientes de que, simultaneamente, doenças novas e reemergentes ameaçam os progressos registados na área da saúde;
- Constatam a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde, em todos os sectores e níveis da sociedade;
- Concluem que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países, na consecução de maior equidade e melhor saúde para todos;
- Constatam que as estratégias de promoção da saúde são eficazes (RAMOS & ROCHA, 2010).

2.3 Ações práticas que visam respeitar a vida

- Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais.
- Assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os sectores, incluindo a sociedade civil, na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde.
- Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde, utilizando, se necessário, a capacidade técnica da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos seus parceiros nessa área. Os planos podem variar de acordo com o contexto nacional, mas devem seguir uma estrutura básica, estabelecida de comum acordo durante esta conferência, podendo incluir, entre outros: o Identificação das prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para as implantar; o Apoio a pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias; o Mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação dos planos de ação nacionais.
- Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde.
- Defender a ideia de que os órgãos da Organização das Nações Unidas sejam responsáveis pelo impacto da sua agenda de desenvolvimento, em termos de saúde.
- Informar o Director - Geral da OMS sobre o progresso registado na execução dessas ações.

2.4 Declaração de Alma-Ata

Segundo HEIDMANN, et al. (2006), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos 12 de Setembro de 1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

a) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros sectores sociais e económicos, além do sector saúde.

b) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

c) O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

d) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde.

e) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

f) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

g) Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

2.5 Declaração de Adelaide

A Conferência de Adelaide, realizada em Abril de 1988 e cujo tema central foram as Políticas Voltadas para a Saúde (Políticas Públicas Saudáveis), manteve a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países compartilharam experiências sobre a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, recomendadas a seguir, refletem o consenso alcançado na Conferência de Adelaide.

As políticas públicas caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável, para que as pessoas possam viver vidas saudáveis.

As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os sectores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria, e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes sectores deveriam ser responsabilizados pelas consequências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam, também, dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos.

A Conferência enfatiza a necessidade de avaliar o impacto destas políticas. Devem ser desenvolvidos sistemas de informação para a saúde que apoiem este processo. Isto encorajará os níveis mais altos de decisão a alocarem futuros recursos na implementação das políticas públicas saudáveis.

2.6 Declaração de Sundsvall

Esta declaração deu-se na 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Sundsvall, Suécia, 9 – 15 de Junho de 1991. Esta conferência de Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde, apela às pessoas de todo o mundo que se empenhem ativamente em tornar os ambientes mais favoráveis à saúde. A conferência analisou as temáticas da saúde e do ambiente, sublinhou a existência de milhões de pessoas a viver em extrema pobreza e privação, num ambiente progressivamente degradado e que ameaça a sua saúde, tornando a Meta da Saúde para Todos no Ano 2000, extremamente

difícil de atingir. A forma de inverter esta realidade consiste em tornar os ambientes físico, social, econômico e político, mais favoráveis à saúde em vez de contribuírem para a sua deterioração.

A Conferência de Sundsvall identificou muitas formas e exemplos de criar ambientes favoráveis à saúde, que podem ser usados por quem estabelece as políticas e toma as decisões, assim como pelos ativistas comunitários nas áreas da saúde e do ambiente. Todos têm um papel inquestionável na criação de ambientes favoráveis à saúde (MASSARONGO-JONA, 2016).

2.7 Declaração de Santafé de Bogotá

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em Santafé de Bogotá, no período de 9 a 12 de Novembro de 1992, contou com a assistência dos ministros da Saúde da Bolívia, Colômbia, Equador e Nicarágua; dos vice-ministros da Saúde de Cuba, Guatemala e Panamá, e do prefeito de La Paz. Por parte da OPS, compareceram o diretor da Secretaria Sanitária Pan-Americana, os coordenadores dos programas regionais de Promoção da Saúde, Saúde Ambiental, Serviços de Saúde e Saúde Materno-Infantil, assim como consultores provenientes da sede central e das representações dos países.

Também participaram, entre outros, funcionários do sector saúde, especialistas, pessoas vinculadas a processos de promoção social, representantes de serviços de saúde e saneamento ambiental, de organizações não-governamentais e associações comunitárias, docentes, estudantes e profissionais da comunicação social. As conclusões da Conferência respondem aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo.

2.7 A Declaração de Jacarta

A 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Jacarta é a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento e a primeira a incluir o sector privado no apoio à promoção da saúde. Ela oferece uma oportunidade para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da

saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no Século XXI.

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. Doenças infecciosas novas e re-emergentes, e o maior reconhecimento sobre os problemas de saúde mental requerem uma providência urgente. É vital que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde (MASSARONGO-JONA, 2016).

Os fatores transnacionais também representam um impacto significativo para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, assim como a degradação ambiental devido ao uso irresponsável dos recursos.

Essas mudanças moldam os valores, os estilos de vida durante toda a vida das pessoas e as condições de vida em todo o mundo. Algumas têm grande potencial para a saúde, tal como o desenvolvimento da tecnologia das comunicações, já outras, como o comércio internacional do tabaco, têm um enorme impacto negativo.

Os participantes da Jacarta 97 solicitaram à OMS que assumisse a liderança na formação de uma aliança mundial de promoção da saúde e que facilitasse aos estados membros a implementar os resultados da Conferência de Jacarta. Uma parte essencial desse papel é para a OMS exortar as organizações governamentais e não-governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da ONU, órgãos inter-regionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o sector privado, a promover as ações de prioridade para a promoção da saúde.

3. Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

Em Setembro de 2000, os dirigentes mundiais reunidos na cimeira do milénio reafirmaram as suas obrigações comuns para com "todas as pessoas do mundo,

especialmente as mais vulneráveis e, em particular, as crianças do mundo a quem pertence o futuro." Comprometeram-se então a atingir um conjunto de objetivos específicos, os objetivos de Desenvolvimento do Milénio, que irão guiar os seus esforços coletivos nos próximos anos no que diz respeito ao combate à pobreza e ao desenvolvimento sustentável.

Os 189 países membros das Nações Unidas comprometeram-se à:

1. Erradicar a pobreza extrema e a fome;
2. Alcançar o ensino primário universal;
3. Promover a igualdade de género e a autonomização da mulher;
4. Reduzir a mortalidade de crianças;
5. Melhorar a saúde materna;
6. Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças;
7. Garantir a sustentabilidade ambiental e
8. Criar uma parceria global para o desenvolvimento

Estes objetivos foram transformados em ações concretas, o que cada país irá fazer para o alcance das metas pré estabelecidas até 2015, mas que se estenderão até 2030.

4. Documentos sobre a saúde: o caso de Moçambique

Em Moçambique temos o órgão responsável pelas questões ligadas a saúde, e esse órgão chama-se Ministério da Saúde – MISAU, é ele o que elabora os principais documentos vigentes no ramo da saúde no contexto nacional. É óbvio que os documentos internacionais mencionados e descritos anteriormente também influenciaram em alguns pontos quando se trata da elaboração de leis e normas para a área de saúde em Moçambique. De acordo com o Decreto Presidencial nº 11/95 de 29 de Dezembro, o Ministério da saúde procede os seguintes objetivos:

- a) Promover e dinamizar a resolução dos problemas de saúde, desenvolvendo e programas de promoção e proteção de saúde, bem como de prevenção e combate a doença;
- b) Prestar cuidados de saúde a população através do sector público da saúde;
- c) Promover e apoiar o sector privado com fins não lucrativos;
- d) Promover, supervisionar e apoiar um sistema comunitário de prestação de cuidados de saúde;

- e) Formular a política farmacêutica e exigir a sua execução de acordo com as orientações gerais traçadas pelo governo;
- f) Promover e orientar a formação técnico profissional do pessoal da saúde;
- g) Promover o desenvolvimento de tecnologia apropriada para o sistema da saúde;
- h) Promover o desenvolvimento de investigação em saúde em diferentes níveis de atenção para garantir uma melhor definição de política de saúde e gestão de programas.

Importa referir que existem leis e documentos específicos para cada área, entretanto o decreto acaba sendo o elemento legal que engloba quase todos os aspectos de forma geral. Podemos encontrar documentos estratégicos e operacionais de curto (Plano Económico e Social), Médio Prazo (Senário fiscal) e Longo prazos (Plano Estratégico do Sector de Saúde). São muitos documentos que Moçambique que ratificou como membro da ONU, OMS, UNICEF e que implementa nas suas políticas de saúde. Podemos encontrar também o Diploma Ministerial 127/2002 de 31 de julho, que fala de caracterização técnica do Sector de Saúde e que está alinhado a carta de Alma-Ata.

Conclusão

Documentos internacionais sobre a saúde como a carta de Ottawa, a Declaração do México, Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta e objetivos de Desenvolvimento do Milénio. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes. Importa salientar que estas conferências surgem como resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

Para o caso moçambicano, também existem documentos que abordam sobre a questão da saúde, entretanto o MISAU (Ministério da Saúde), órgão máximo responsável por elaborar diretrizes para a área da saúde a nível nacional. Tais documentos são elaborados mediante aquilo que é internacionalmente aceite, logo pode-se dizer que há

uma certa concordância ou avanço no tocante a legislação internacional e a legislação moçambicana sobre saúde pública, embora seja claramente notório que o nosso país ainda precisa melhorar em muitos aspectos práticos.

Apesar de certas estratégias não serem implementadas na sua plenitude por causa de certos conflitos em algumas regiões de Moçambique, o índice de analfabetismo, pobreza, contudo tem se notado esforços tendentes a melhoria da qualidade de vida como o aumento da cobertura da rede sanitária, construção de novas Unidades Sanitárias, formação de mais profissionais de saúde entre outras estratégia que visam até em 2030 o alcance de qualidade de vida melhor.

Os referidos documentos internacionais surgem no período cujo problema da saúde era visto como muito preocupante pois o mundo estava a passar por mudanças como pós guerras mundiais, epidemias, alterações climáticas entre outros que afligiam o mundo, e havia necessidade de rever algumas coisas começando pelos cuidados primários de saúde, nessa vertente foram realizadas conferências em diversos locais, em que que países membros se reuniam para debater soluções e estratégias de lidar com essas questões sanitárias e epidemiológicas que assolavam as pessoas.

Na constituição moçambicana no seu Artigo 40 consagra o direito a vida como um direito fundamental, das políticas de saúde existentes tendem responder esse direito fundamental, a criação de Agentes polivalentes e Elementares, por exemplo, foi o resultado da Carta de Alma-Ata e essa camada é muito fundamental no concernente a oferta de serviços básicos de saúde à comunidades que residem muito além da área de saúde ou distantes duma unidade sanitária. A expansão da rede sanitária, o alargamento de unidades sanitárias que fazem tratamento anti-retroviral, criação de um órgão que responde pela Medicina Tradicional, Gênero, Comité de Humanização são evidências do cumprimento dos documentos retificados.

Para melhoria do Sistema Nacional de Saúde, Moçambique deve adoptar políticas mais inclusivas e estratégias de retenção do pessoal visto que agora os melhores profissionais estão a ir para Organizações não governamentais e assim o respeito pela vida humana está decair. Moçambique deve criar políticas de estímulo dos profissionais de saúde e a disciplina Deontologia e Ética Profissional nas formações de saúde seja nuclear em todos cursos. Moçambique já dispõe de políticas e estratégias suficientes e alinhadas aos documentos internacionais que ele faz parte, o que o maior problema está na implementação e monitoria, tal como tem se observado a reclamação dos jovens de que estão a ser excluídos na implementação de políticas.

Para as zonas rurais tal como se observa atualmente por falta de emprego a população recorre a natureza abatendo as árvores para a queima do carvão vegetal para subsistência, o governo devia criar estratégias que possam ocupar essas populações em outras atividades de rendimento como criação de animais de pequeno porte, promover o assotivismo, poupanças rotativas, para que não haja uma pressão sobre o meio ambiente. A comunidade deve ser envolvida nas ações de promoção, prevenção de saúde a nível das zonas rurais. A comunidade local deve fazer parte do comitê de humanização da área de saúde que nela faz parte, as lideranças locais tem um papel muito importante na implementação de políticas de saúde.

Referências

- CURREA-LUGO, V. *La salud como derecho humano*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.
- HEIDMANN, I. T. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.
- MASSARONGO O. O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique. *Revista Cadernos IberoAmericanos de Direito Sanitário*. 2016 dez., 5 supl. 1:152-164.
- Moçambique. *Constituição da República de Moçambique*, aprovada pela Assembleia da República, aos 16 de Novembro de 2004.
- Moçambique. Decreto Presidencial 11/95 de 29 de Dezembro – *Define os objectivos, atribuições e competências do Ministério da Saúde moçambicano e revoga o Decreto Presidencial nº 75/83 de 29 de Dezembro*. Boletim da República, I SÉRIE, Número 52.
- Moçambique. *Diploma ministerial 127/2002 de 31 de Julho* (Caracterização Técnica da Área de Saúde) – Moçambique.
- ONU. *Pacto internacional de direitos económicos, sociais e culturais*. Nova Iorque: ONU, 1966.
- RAMOS, Edith Maria Barbosa; ROCHA, Victória Jorge. *Direito à Saúde no Âmbito Internacional dos Direitos Humano*, 2010.

Recebido em: 05/08/2022

Aceito em: 21/09/2022

Para citar este texto (ABNT): PAIAIA, Inês Januário; PASSERO, Jorge Ernesto; MANUEL, Lúcia. Documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique: avanços e recuos. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 71-84, 2022.

Para citar este texto (APA): Paiaia, Inês Januário; Passero, Jorge Ernesto; Manuel, Lúcia.(2022). Documentos internacionais sobre a saúde e a sua implementação em Moçambique: avanços e recuos. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 71-84.

Njinga & Sepé: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape>

Questões bioéticas do 'processo clínico' nos serviços hospitalares: análise dos princípios éticos

Calton Modesto Viagem *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-5645-2274>

Cremildo Júlio Alfredo Rajabo **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-6271-2287>

Resumo: O hospital sendo uma organização com responsabilidades éticas especiais, a inclusão de traços empresariais na sua estrutura não deve ser ignorada. O presente artigo objetiva debater sobre valores esperados para os hospitais; identificar e comparar valores declarados pelos hospitais nas suas páginas da internet e da literatura. Os dados foram obtidos por meio de análise de conteúdo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Em termos de resultados, os valores encontrados na literatura e nas páginas dos hospitais foram agrupados em seguintes categorias: assistência, compromisso social e administração. Os resultados revelam que os hospitais reconhecem a expectativa social em relação a uma instituição que, embora possa ter estrutura burocrática e organizacional com muitas semelhanças para com as empresas, diferencia-se das empresas por lidar com a vida e saúde das pessoas. Expressam o zelo que o hospital tem de dedicar a estes (vida e saúde), através dos administradores e os vários profissionais da instituição hospitalar para que seja imprimida a sua marca e compromisso social e transmitir a confiança aos pacientes.

Palavras-chave: Ética institucional; Administração hospitalar; Bioética

Bioethical issues of the 'clinical process' in hospital services: analysis of ethical principles

Abstract: The hospital being an organization with special ethical responsibilities, the inclusion of entrepreneurial traits in its structure should not be ignored. This article aims to discuss expected values for hospitals; identify and compare values declared by hospitals on their internet and literature pages. Data were obtained through content analysis. This is a bibliographic research. In terms of results, the values found in the literature and on the hospital pages were grouped into the following categories: assistance, social commitment and administration. The results reveal that hospitals recognize the social expectation in relation to an institution that, although it may have a bureaucratic and organizational structure with many similarities to companies, differs from companies in dealing with people's lives and health. They express the zeal that the hospital has to dedicate to these (life and health), through the administrators and the various professionals of the hospital institution so that its brand and social commitment is imprinted and transmits confidence to the patients.

* Mestrando em Saúde Pública, na Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, Licenciado em Gestão Ambiental, Técnico de Medicina Preventiva. E-mail: cviagem@isced.ac.mz; viagemmarnela@gmail.com;

** Estudante Mestrando em Saúde Pública, na Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, Licenciado em Gestão Ambiental e Desenvolvimento Sanitário, Técnico de Medicina Preventiva. E-Mail: rajabocremildo@gmail.com; Crajabo@isced.ac.mz

Keywords: Institutional Ethics; Hospital Administration; Bioethics

Introdução

O hospital diferentemente de qualquer outra organização lida com um elemento bastante valioso: a vida de pessoas (o maior valor é a vida). Sendo uma organização que prestado serviços, incorpora uma área de atividade econômica e algumas características das empresas em termos estruturais. Assim, torna-se imprescindível incorporar o hospital por princípios éticos. Bioética, ética clínica e ética profissional são campos da ética aplicada que tem enfoque a pesquisa em seres humanos, a autonomia e o cuidado do paciente, a relação clínica e outras questões éticas.

Os médicos estão obrigados a proceder à documentação e registro da atividade clínica, e, deste modo, todos temos vários processos clínicos, arquivados nos vários serviços de saúde de que somos utentes, refere a Associação Fazedores da Mudança. O processo clínico é a “pasta” que reúne toda a informação recolhida e registrada pelo médico durante a atividade clínica.

O acesso à informação nela contida é, por princípio, livre, independentemente da entidade que o detém (sector público e sector privado). Pode ser solicitada para conhecer e perceber melhor ou para pedir, por exemplo, uma segunda opinião sobre um diagnóstico. Este direito tem apenas duas exceções: aceder às meras anotações pessoais do médico ou, em circunstâncias excepcionais, devidamente justificadas, em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial. Nessas circunstâncias, "é o médico que, com o conhecimento que tem ou que vai obter da personalidade dessa pessoa, avalia caso a caso o que deve e como deve ser dito", Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).

O acesso a este tipo de informação (além de ter um papel relevante, para a população em geral, na manutenção da saúde do indivíduo) assume particular importância nos casos «em que a pessoa fica doente e é importante que perceba qual a sua doença e o que se deve/ou pode fazer nessa situação. Esta informação tem dois objetivos: por um lado, a generalidade das doenças precisa de envolvimento do doente para completar o tratamento (cumprir as prescrições médicas) e para prevenir ou estar atento às possíveis complicações, o que só se pode fazer quando se está informado; por outro, há doenças que são crónicas, e, por isso, obrigam a ter estilos de vida ajustados a essa doença e a fazer tratamentos apropriados.

Organizar os processos traz um controle mais efetivo das atividades, o que resulta em tomadas de decisão mais precisas, mais vantagem competitiva e possibilidade de crescimento sustentável. A Bioética orienta-se por quatro princípios que devem ser analisados para resolver dilemas éticos sobre atendimentos ou tratamentos de saúde, Nomeadamente: **autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça**.

A autonomia determina que a vontade do paciente quanto aos tratamentos deve ser respeitada. Sabendo disso, os profissionais de saúde devem agir respeitando esses princípios pessoais e morais. Este princípio tem algumas exceções, como: atendimentos urgentes em que há risco de morte, doenças que devem ser obrigatoriamente notificadas ou quando o paciente não possui capacidade de decisão; A beneficência determina que tratamentos médicos devem ser aplicados considerando o máximo de benefício com a menor quantidade de prejuízos. A beneficência é a obrigação médica de fazer o que for melhor para o paciente, escolhendo os tratamentos que não causem danos ou que causem o menor prejuízo possível;

A não-maleficência se relaciona com a beneficência e determina que os profissionais de saúde devem fazer o possível para evitar danos intencionais aos pacientes. O objetivo é evitar que os pacientes tenham que lidar com outras dores ou prejuízos além dos que já existem como consequências de sua condição de saúde. Por exemplo, sempre que possível, deve-se evitar o uso de medicações que tenham efeitos secundários, que causem dor ou outros prejuízos de saúde;

O princípio da justiça determina que o acesso ao atendimento médico e aos tratamentos de saúde deve acontecer de forma justa, observando-se as necessidades dos pacientes. Define que os profissionais de saúde tratem todos os doentes com o mesmo cuidado e atenção, sem diferenças no tratamento por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero ou religiosas. Também se refere à igualdade na avaliação dos tratamentos mais adequados a cada situação.

Para isso, é preciso considerar tanto os valores morais e éticos do paciente, como a realidade de sua saúde e a necessidade do tratamento. A pesquisa surge num momento em que muitos populares se queixam do mau atendimento hospitalar, apesar de existência de princípios norteadores da atuação dos profissionais do sector, daí questionar-se sobre que princípios orientam os profissionais da área, fora da **autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça**.

Em termos de objetivos do artigo, o mesmo pretende de forma geral: debater sobre valores esperados para os hospitais. Especificamente: identificar e comparar valores declarados pelos hospitais nas suas páginas da internet e da literatura; mencionar os princípios bioéticos que norteiam a atuação dos profissionais da saúde; analisar alguns valores éticos de atuação hospitalar. A pesquisa é relevante do ponto de vista acadêmico porque a mesma visa enriquecer o debate em torno das questões éticas na área da saúde, uma matéria ainda muito por explorar. Em termos sociais, a mesma vai contribuir para que a sociedade desperte no sentido da existência de muitos direitos seus por serem observados (em termos bioéticos) no atendimento hospitalar.

Enquadramento teórico da pesquisa

Apesar dos avanços, comparativamente, pouca atenção tem sido dada aos aspectos relacionados à ética organizacional na assistência à saúde. E a atenção à saúde tem se tornado mais e mais institucionalizada na sua prestação, gestão e financiamento (Werhane et al., 2000). Para introdução da ética numa organização necessário determinar a sua finalidade; estabelecer estratégias; o seu fim; forjar o seu caráter e agir de acordo com os direitos das pessoas, da sociedade e dos povos (Cortina et al., 1996). A ética é extremamente fundamental para a estrutura organizacional e ela deve incluir: as forças e as habilidades presentes ou esperadas a estrutura; os valores compartilhados na cultura organizacional; a estratégia; as pessoas; o estilo de direção; os sistemas; os procedimentos; os conceitos que guiam as ações (Peters et al., 1984).

Os princípios éticos organizacionais devem estar em consonância com as expectativas do cliente e respeitar os direitos deste, de modo a evitar o descrédito da organização. As organizações têm de satisfazer as expectativas da sociedade e as suas decisões são a demonstração em termos públicos da sua ética (Bernardo, 1993). As atividades de uma organização têm repercussões sociais e serão vistas como sendo humanas ou desumanas de acordo a moralidade dos valores que as orientam. Deste modo, a ética não é uma simples performance suplementar, mas sim, um item de eficácia vital para as organizações (Cortina, Conill, 2005).

De acordo com Zoboli (2004), existem várias correntes que abordam a ética institucional: enquanto parte da ética: marca os valores da organização e padroniza as condutas, a ponto da ética ser a marca registrada da instituição; enquanto processo de decisão: decisão ética no espaço interno da organização; enquanto preocupação com as

relações tanto externas, assim como internas: preocupação ética com os clientes e com o Poder Público; enquanto ramo da ética: princípios éticos aplicados aos negócios; São características da ética nas organizações: consideração dos impactos das decisões tomadas; função social, devendo ouvir as reclamações e sugestões dos consumidores, assim como dos membros da organização.

Assim, uma organização será considerada ética quando perseguir seus objetivos e satisfazer as necessidades humanas, com rapidez, iniciativa, cooperação, solidariedade, responsabilidade e justiça, demonstrando que guiam-se por princípios de bom caráter, criam um clima ético e pautam suas decisões nos valores éticos. A vida das organizações está repleta de valores implícitos ou explícitos que a sustentam, marcam as formas de atuação, critérios de apreciação para a aceitação ou rejeição das normas e fatos.

Os valores, enquanto elementos do conjunto de ideias, conhecimentos, costumes, hábitos, aptidões, símbolos e ritos, que caracterizam uma organização, integram a cultura organizacional. O desafio que existe é manter-se ético o tempo todo e não só por conveniência. Os valores compartilhados por uma organização podem ser divididos em valores finais e os operativos. Os finais representam a visão e a missão da organização e os operativos ou instrumentais as formas de pensar e de agir, com a finalidade de concretizar a sua visão e missão.

Falar de ética organizacional deixa de ser percebido como uma ameaça para ser visto como um diferencial de oportunidade e êxito. Valores e princípios como confiança, criatividade, honestidade e beleza são tão ou mais importantes que as compensações ou gratificações financeiras e contribuem de forma decisiva para a satisfação profissional e pessoal dos funcionários. Se estes valores não forem assegurados, eleva-se o risco de insatisfação, apatia, aborrecimento e alienação. Os valores e a correta administração dos mesmos é indispensável para a motivação dos integrantes da organização e ao mesmo tempo para o sucesso da organização.

A direção por valores é um instrumento poderoso e valioso para se atingir o que a organização preconiza como excelência em termos de ética organizacional, mas esta excelência não deve ser buscada somente no meio interno, pois o respeito aos direitos humanos e ao meio ambiente também são obrigações de uma ética organizacional regida por valores. A ética das organizações de saúde, é uma modalidade de ética das organizações. Entretanto, tais organizações têm um conjunto de ações peculiares que dão margem a problemas éticos específicos.

Em primeiro lugar, quem paga habitualmente os bens e serviços não é propriamente o consumidor, mas uma agência governamental ou companhia de seguro. Assim, pode ocorrer a tendência de se focar mais a questão dos custos de que a qualidade da intervenção. Não é o paciente quem decide o serviço que irá contratar, mas sim o responsável por essa decisão é o médico, através da prescrição. O médico torna-se um agente com função dupla, pois não só analisa a necessidade de uma determinada intervenção ao paciente, mas também o custo da intervenção.

O consumidor é, até certo modo considerado vulnerável, por encontrar-se numa situação de paciente, debilitado e ansioso, com o agravante, da maior parte dos pacientes desconhecer as políticas de prestação de assistência das instituições de saúde. Há que acrescentar a assimetria entre a procura e a oferta, pois o hospital não consegue atender a todas as exigências dos consumidores, principalmente quando tem um custo com o qual nem todos conseguem pagar.

O hospital deve ter a sua identidade e missão claras a fim de bem nortear suas decisões. Mesmo sendo, muitas vezes, uma entidade com finalidade lucrativa não deixa de ser uma organização com responsabilidades éticas especiais para com a sociedade. O presente artigo aborda de forma exploratória as missões, visões e crenças patentes em websites de hospitais, com o objetivo de aferir os valores éticos neles existentes. Em termos de objetivos foram: Identificar valores esperados para os hospitais; identificar e comparar valores declarados pelos hospitais nas suas páginas da internet e da literatura.

Metodologias ou Procedimentos metodológicos

Este artigo baseou na pesquisa documental, nos métodos qualitativa, exploratória, descritiva. A Pesquisa é Exploratória, pois de acordo com Marconi e Lakatos (1992), o objetivo central reside em proporcionar maior familiaridade com o problema para deixá-lo mais explícito. Planejamento bastante flexível (levar em consideração os diferentes aspectos relativos ao fato a ser estudado).

A pesquisa quali-quantitativa, pois “a pesquisa qualitativa proporciona uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, enquanto a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplica alguma forma da análise estatística” (Nascimento, 2002). A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, daí que, nesta vertente, os dados coletados são predominantemente descritivos.

A pesquisa quantitativa é uma classificação do método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo. O uso dessa abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações mediante a máxima valorização do contacto direto com a situação estudada, bem como, possibilita o tratamento dos dados por meio de técnicas estatísticas (Gil, 1991).

A pesquisa documental serviu para ajuizar a cientificidade das abordagens. Em suma este método serviu para ser fiel aos conceitos científicos, mas sem deixar de pôr em conta a análise crítica das informações colhidas. Para a identificação dos valores declarados pelos hospitais, foram feitas buscas recorrendo ao Google, selecionado hospitais que nas suas páginas contém: missão, visão, valores e responsabilidade social. Toda a documentação foi submetida à análise de conteúdo, segundo diretrizes propostas por Bardin (1977).

Resultados

Com base no estudo, pode-se considerar o hospital como uma instituição que engloba vários recursos (materiais, humanos e não-materiais), elementos e dispositivos que, na busca das finalidades assistenciais à pessoa humana, de articulam-se em sistemas lógicos distintos. A gestão do hospital tem aspectos peculiares, quando comparada à administração de outros tipos de organização. Foram identificados alguns valores considerados necessários para a missão do hospital (Princípios ou Valores éticos esperados para o hospital).

A análise de conteúdo da literatura resultou na identificação de valores relativos à assistência, administração e compromisso social (vide tabela I). Valores declarados nas páginas dos hospitais e clínicas (totalizando 15 hospitais), sendo 6 de hospitais públicos e 9 clínicas privados. Destes, 9 eram com finalidade lucrativa e sete sem finalidade lucrativa (as clínicas privadas). Os valores *estavam* declarados com títulos tais como: missão; visão; responsabilidade social; valores e princípios. Elementos que têm haver com à assistência o respeito aos direitos do paciente, buscando preservar e promover a autonomia das pessoas atendidas, sem qualquer tipo de discriminação.

Tabela I: Valores éticos Hospitalares

Assistência	Respeito aos direitos do paciente: defesa dos direitos do paciente, respeito aos direitos do paciente; Melhoria contínua: aprimoramento, educação continuada, atualização; Competência técnica: competência e desenvolvimento científico com ética; Atenção integral: cura, reabilitação; Excelência na atenção à saúde: beneficência do paciente e excelência na assistência; Atendimento humanizado: cuidado, foco primário na pessoa como razão de ser, humanização; promoção à saúde; Foco na assistência: foco na finalidade da instituição e cuidado à pessoa;
Administração	Gestão eficiente: viabilidade econômica, eficiência na gestão, proteção da saúde do trabalhador. Espírito de equipe: cooperação, diálogo, trabalho em equipe;
Compromisso social	Compromisso: ética, compromisso, integridade, coerência e congruência. Justiça: equidade, igualdade, justiça, solidariedade, respeito aos direitos legais; Responsabilidade social: metas e objetivos para além da viabilidade econômica, defesa dos direitos humanos, atendimento voltado para às necessidades da comunidade, participação da equipe na tomada de decisões, proteção da saúde ambiental, benefício social, preocupação com a saúde da coletividade.

Fonte: Cortina, 2005

Os valores presentes nas páginas da internet dos hospitais são a missão, visão, valores institucionais e princípios, a Responsabilidade social. Quanto aos valores relativos à assistência espera que haja o respeito aos direitos do paciente aparece em declarações que buscam a preservação e promoção da autonomia das pessoas atendidas, sem qualquer tipo de discriminação. Cuidar da saúde, através da assistência física, espiritual e social.

O foco na assistência é visto como: enfoque na excelência do atendimento, eficiência operacional, uma vez que os pacientes são a razão da existência. A valorização

da excelência na atenção à saúde, pode ser percebida nas declarações: Fazer do hospital X uma referência em serviços hospitalares. O atendimento humanizado aparece como o sentido da eficiência administrativa e excelência técnica. Os valores relativos à administração são: o espírito de equipe, que está expresso como: Contribuições ao nosso esforço e o reconhecimento da força do trabalho coletivo: Valorize o espírito de trabalho em equipe multiprofissional.

Valores relativos ao compromisso social

A Justiça inclui preocupações com igualdade, equidade, acesso aos bens e serviços: Prestar assistência médico-hospitalar a todos que necessitem (Produção de equidade social); A responsabilidade social incorpora a cidadania em geral, extrapolando o âmbito do sector saúde: Construção de uma sociedade economicamente próspera e socialmente justa; Inserindo-se de forma cidadã na sociedade Preservação do meio ambiente; A prática da responsabilidade social empresarial reflete esse engajamento e é caracterizada pela permanente preocupação com a qualidade ética das relações da empresa com seus diversos públicos: colaboradores, clientes, fornecedores, meio ambiente, comunidades onde estão inseridas e poder público. Desenvolvimento humano integral é a meta na busca da universalização dos direitos humanos e sociais; Contribuir para o desenvolvimento contínuo das pessoas, das comunidades e dos relacionamentos entre si e o meio ambiente; Colaborar com uma sociedade na qual prevaleçam a honestidade, a lealdade e o respeito;

Conclusão

O hospital incorpora na sua estrutura traços do modelo organizacional e burocrático comuns às empresas, mas por tratar da vida de pessoas, este modelo estrutural formado por elementos humanos, materiais, e financeiros adquire uma característica mais específica e, portanto, necessita incorporar e a componente ética comprometendo-se com o bem-estar e a vida das pessoas.

Na sua gestão deve-se primar por impulsionar a difusão do caráter e dos valores institucionais na sociedade, por forma a que os valores éticos perseguidos pelo hospital se materializem em termos de benefício e garantia dos direitos dos doentes ou pacientes, principalmente em situações nas quais se corre o risco de focalizar aspectos econômicos

e financeiros. O hospital é uma organização ética que deve agir como agente moral presente na sociedade com uma atitude zeladora da saúde e bem-estar dos cidadãos, a fim de não se afastar dos seus propósitos humanitários.

Recomendações: a visão e missão dos hospitais devem ser a declaração pública dos valores humanitários compartilhados por todos que trabalham na organização. A atuação dos profissionais deve primar por princípios bioéticos de modo a favorecer a confiança tão almejada pelos pacientes para se deixarem cuidar.

Referências

- Agich G.J.; Forster H. *Conflicts of interest and management in managed care*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. vol. 9, p.189-204, 2000.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Bernardo, J. *Ética de los negocios*. Buenos Aires: Macchi, 1993.
- Cortina, A; Conill, J.; Domingo-Moratalla, A., García-Marzá, V. D. *Ética de la empresa*. 2.ed. Madrid: Trotta, 1996.
- Cortina, A.; Conill J. Ética, empresa y organizaciones sanitárias. In: Simón, P. (Eds.). *Ética de las organizaciones sanitárias: nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela/Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005.
- Fortes, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; vol. 24, nº3, p.696-701, 2008.
- Peters, T. J.; Waterman R. H. *Lessons from America's best-run companies*. New York: Warner, 1984.
- Pinho, M. M. Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.24, nº3, p.690-5, 2008.
- Werhane, P. H. Business ethics, stakeholder theory, and the ethics of healthcare organizations. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol. 9, p.169-81, 2000.
- Werhane, P.H.; Rorty MV. *Organization ethics in healthcare*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, vol. 9, p.145-146, 2000.
- Zoboli, E.L.C.P. *Ética e administração hospitalar*. 2.ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 20/09/2022

Para citar este texto (ABNT): VIAGEM, Calton Modesto; RAJABO, Cremildo Júlio Alfredo. Questões bioéticas do 'processo clínico' nos serviços hospitalares: análise dos princípios éticos. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 85-95, 2022.

Para citar este texto (APA): Viagem, Calton Modesto; Rajabo, Cremildo Júlio Alfredo (2022). Questões bioéticas do 'processo clínico' nos serviços hospitalares: análise dos princípios éticos. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 85-95.

A bioética e as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem: problemas e caminhos para a melhoria do atendimento público em Moçambique

Nídio Alberto Macie *

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0002-6555-1159>

Narciso Manuel Domingos Rondinho **

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0002-5928-6838>

Resumo: O presente artigo tem como objetivo analisar a bioética e as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem em Unidades Sanitárias. O problema visava perceber o que está por detrás do comportamento e atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem em Unidades Sanitárias? A hipótese que norteou o trabalho foi a de que as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem estão relacionados com a má formação e perda de valores éticos e deontológicos por parte dos profissionais de saúde. O artigo quanto a natureza é descritivo e quanto aos objetivos é explicativa. O método de procedimento utilizado foi bibliográfico. Os resultados da pesquisa mostram que falar da bioética é preocupar-se com a qualidade no atendimento de pacientes e na condição do bem-estar do ser humano. É permitir que este possa existir com dignidade, em situações que lhe garantam o viver pleno, saudável em convivência com os outros, sem ameaça a sua condição de humano. Assim o cuidado humano permeia todo processo de viver e ser saudável, permitindo que este tenha uma morte digna dentro dos princípios éticos e morais.

Palavras-chave: Bioética; Atitudes antiéticas; Enfermeiros; Médicos

Bioethics and unethical attitudes of nurses and doctors in the care of patients in triage: problems and ways to improve public care in Mozambique

Abstract: This article aims to analyze the bioethics and unethical attitudes of nurses and doctors in the care of patients in the triage in Health Units. The problem aimed to understand what is behind the behavior and unethical attitudes of nurses and doctors in the care of patients in the triage in Health Units? The hypothesis that guided the work was that the unethical attitudes of nurses and doctors in the care of patients in triage are related to poor training and loss of ethical and deontological values on the part of health professionals. The article as to the nature is descriptive and as to the objectives is explanatory. The procedure method used was bibliographic. The research results show that talking about bioethics is to be concerned with the quality of patient care and the condition of human well-being. It means allowing them to exist with dignity, in situations that guarantee them a full, healthy life in coexistence with others, without threatening their human condition. Thus, human care permeates the entire process of living and being healthy, allowing them to have a dignified death within ethical and moral principles.

* Mestrando em Saúde Pública na Universidade Aberta UNISCED, Licenciado em Gestão Ambiental, E-mail: nmacie2@isced.ac.mz

** Mestrando do curso de Saúde Pública na Universidade Aberta UNISCED, Médico de Clínica Geral, E-mail: nrondinho@isced.ac.mz

Keywords: Bioethics; Unethical attitudes; nurses; doctors

Introdução

A prática de profissionais de saúde no atendimento aos pacientes na triagem deve basear-se no respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos, buscando promover uma assistência segura e isenta de riscos ou danos aos pacientes. Faz-se entender que o enfermeiro e/ou médico deve conhecer os princípios éticos e as normas legais que regulamentam as obrigações e os direitos relativos ao seu exercício profissional.

No entender de Lunardi *et al.* (2004) o enfermeiro e/ou médico é responsável por seu agir e pela tomada de decisão no âmbito individual e coletivo da assistência de enfermagem. Para tanto, a função da ética no cuidado é guiar as atividades dos profissionais, além de fundamentar suas ações e responsabilidades para com o paciente, contribuindo para a constante reflexão sobre suas atitudes e comportamentos no cuidado humano, e sobre as consequências do seu agir, respeitando os princípios éticos da beneficência, autonomia e justiça.

Nas Unidades Sanitárias de Moçambique tem-se verificado ações e atitudes e comportamentos antiéticos dos enfermeiros e/ou médicos, que atentam contra a integridade e vida dos pacientes durante o exercício das atividades daqueles profissionais, apesar de estes terem o conhecimento dos valores éticos adquiridos durante a formação profissional. Estas ações evidenciam, ou melhor, colocam exposto o problema no atendimento de pacientes na triagem nas nossas Unidades Sanitárias e o dilema vivenciado pelo povo quando necessita de cuidados de saúde.

Estes e outros fatores condicionaram a realização deste trabalho com a pretensão de analisar as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem, visando delinear estratégias e caminhos para reverter a situação vivenciada pelos pacientes sempre que necessitam de cuidados de saúde.

As atitudes e comportamentos antiéticos fazem parte do quotidiano dos enfermeiros e/ou médicos na prática do cuidado de saúde nas Unidades Sanitárias. Estas atitudes e comportamentos antiéticos são conceituadas como atos ou comportamentos inadequados que implica desobediência e/ou inobservância ao disposto no código de ética profissional, relacionado as falha cometida nas relações com o paciente, assim como nas relações profissionais e organizacionais, e que levem a uma situação de risco ou dano ao outrem.

Na grande maioria das Unidades Sanitárias de Moçambique, sobretudo na triagem tem-se assistido e reportados determinados comportamentos e atitudes antiéticas dos enfermeiros e/ou médico, e estas atitudes tem preocupado não só os pacientes que precisam de um atendimento de qualidade sempre que necessitam, mas também ao governo que sempre procura garantir o bem-estar da comunidade através de alocação de recursos financeiros, humanos e materiais nos hospitais.

O mais agravante tem a ver com olhar passivo das lideranças dos hospitais e da falta de acompanhamento sistemático das atividades por parte dos governos locais, uma vez que estes podem garantir o melhor atendimento através da fiscalização permanente e assistências regulares às Unidades Sanitárias. Portanto, as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem ganham grandes proporções pelas consequências que atingem, por desconhecimento, perda dos valores éticos e deontológicos de alguns profissionais e as vezes pela simples negligência, o que nos remate a seguinte questão de partida: O que está de trás do comportamento e atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem em Unidades Sanitárias?

Para Marconi e Lakatos (2003) hipótese é uma proposição, condição ou princípio, que é aceite provisoriamente para obter consequências lógicas e por intermediário de um método. No entender destas autoras as hipóteses são suposições que se fazem na tentativa de explicar o que se desconhece. Para o presente trabalho as hipóteses são: É provável que as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem podem estar relacionados com a má formação e perda de valores éticos e deontológicos por parte dos profissionais de saúde. É provável que as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem podem não estar relacionados com a má formação e perda de valores éticos e deontológicos por parte dos profissionais de saúde.

A pesquisa visa analisar a bioética e as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem em Unidades Sanitárias. Especificamente, a pesquisa visa (i) Identificar os problemas de comportamentos e atitudes antiéticas dos enfermeiros e/ou médico no atendimento na triagem em Unidades Sanitárias; (ii) Descrever os impactos de comportamentos e atitudes antiéticas dos enfermeiros e/ou médico no atendimento na triagem em Unidades Sanitárias; (iii) Propor estratégias ou Caminhos para a Melhoria do Atendimento Público.

A pesquisa é relevante porque nos últimos anos está muito claro e evidente que a bioética é um fator indispensável e determinante para que as instituições ou organizações se destaquem no atendimento público de qualidade. Portanto, este trabalho demonstra-se relevante e pertinente porque procura resgatar as boas ações e valores atitudinais adormecidas em alguns profissionais de saúde no desenvolvimento das suas atividades, ciente de que constituem responsabilidades éticas e legais deles no comprometimento em prestar um atendimento melhor, seguro e humanizado aos pacientes assistidos nas Unidades Sanitárias (US).

A nível social, o desenvolvimento deste tema mostra-se relevante e importante pelo fato de se preocupar em trazer à superfície propostas de solução para a comunidade pois, estes podem fazer mudanças transmitindo conhecimentos as pessoas circundantes, sobre os impactos dos comportamentos e atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem em Unidades Sanitárias, a através da demonstração e sugestões que explicam cientificamente a importância da bioética nas instituições.

Este trabalho também visa contribuir com subsídios para que os profissionais de saúde geral repensem em suas ações para salvar vidas através da prestação de melhores serviços de qualidade nas Unidades Sanitárias. É na sequência disso que se achou pertinente desenvolver um estudo que incidisse sobre a bioética olhando para comportamentos e atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem em Unidades Sanitárias. No âmbito acadêmico, o estudo é relevante porque visa ser um orientador aos demais estudantes que pretendem escrever sobre esta temática, podendo servir de material de consulta para no desenvolvimento de outros estudos de similares.

Estruturalmente o presente artigo encontra-se dividido em três secções sendo: a primeira apresenta os Elementos pré-textuais, a segunda Elementos textuais como Introdução, o problema, as hipóteses, os objetivos (geral e específicos), relevância da pesquisa, desenvolvimento (que discussões teóricas, a metodologia e análises), Conclusão e sugestões ou recomendações e em ultimo lugar os Elementos pós-textuais.

1.Aspectos conceituais e introdutórios dos estudos bioéticos

A bioética é uma ética aplicada que se preocupa do uso correto das novas tecnologias na área das ciências médicas e das soluções adequadas dos dilemas morais por ela apresentados. Trata-se, portanto, de um ramo específico da filosofia moral com características próprias (CLOTET, 2003). A bioética como conhecemos hoje nasceu nos

Estados Unidos entre o final dos anos de 1960 e início dos anos 1970, quando uma série de fatores histórico-culturais chamaram a atenção para a ética aplicada. O termo bioética foi usado pela primeira vez pelo médico oncologista Van Rensselaer Potter da Universidade de Wisconsin, na obra intitulada *bioethics a bridge to the future*. Para Potter a bioética seria a ciência que garantiria a sobrevivência do planeta (Prudente, 2000).

A definição de bioética que se impôs e se tornou clássica, foi descrita pela renomada Enciclopédia de Bioética do Instituto Kennedy, como sendo um estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar abrindo espaço para o diálogo transdisciplinar na área das ciências da saúde e da vida, enquanto esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais (Canto-Sperber, 2003).

2.A Bioética tem o seguinte sentido e abrangência VS Princípios da Bioética

A bioética abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados a valores, que surgem da relação entre médico e paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo com quatro aspectos importantes:

1. Compreende os problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões da saúde, inclusive nas profissões a fins;
2. Aplica-se às investigações biomédicas e às de comportamento, independente de influírem ou não de forma direta na terapêutica;
3. Aborda uma ampla gama de questões sociais, como as que se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética de controlo de natalidade, entre outras;
4. Vai além da vida e da saúde humana, enquanto compreende questões relativas à dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações e as demandas ambientais conflitivas (Jungles, 1999).

Com o surgimento da bioética, na década de 70, era necessário estabelecer uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que emergiam da prática da assistência à saúde. Em 1979, os norte americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram um livro chamado *Principles of Biomedical Ethics*, onde expõem uma teoria, fundamentada em quatro princípios básicos - não maleficência, beneficência, autonomia e justiça - que, a partir de então, tornaram-se fundamentais para o desenvolvimento da Bioética e ditaram uma forma peculiar de definir e manejar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes (Prudente,

2000; Rego, Palacios, Siqueira-Batista, 2009). Estes quatro princípios receberam na bioética a denominação de **princípioalismo** e dão foram discutidos com pormenor nos estudos de Beauchamp e Childress(2002), Diniz e Guilhem (2008), Garrafa (2005) e Garrafa e Porto (2003).

O princípioalismo surgiu em função da necessidade dos profissionais da área da saúde de possuírem um eixo de regras morais capazes de ajudá-los a enfrentar as novas situações criadas com o avanço dos direitos do paciente. Até o surgimento do princípioalismo a doutrina ética utilizada pelos profissionais da área da saúde era a ética das virtudes. Baseada na reflexão ética de Aristóteles, a ética das virtudes supõe que o agente seja capaz de estabelecer o bem do paciente e, com isso, ter uma conduta moralmente correta para com ele, isso significa dizer que nas questões como diagnóstico, prognóstico, tratamento adequado e cuidado, o profissional da saúde utiliza-se da prudência (CLOTET, 2003).

2.1 O Princípio da Autonomia

Autonomia significa a capacidade da pessoa humana de estabelecer os fins para sua conduta em função de seus valores e de escolher os meios adequados para atingi-los. O conceito de autonomia abrange uma série de dimensões da existência humana sendo que duas delas se destacam: a moral e a jurídica. Moral diz respeito a autodeterminação ou auto-governo, ou seja, ausência de limites para decidir sobre si mesmo, respeitando a liberdade do ser humano, lembrando que a Auto governabilidade só deve ser respeitada quando a decisão de uma pessoa não resulte em danos para outro ser humano. A violação da autonomia só é aceita quando o bem público se sobrepõe ao bem individual. A dimensão jurídica, denominada também de princípio da intimidade, tem a função de garantir a liberdade individual que nos dias de hoje tem um vasto espaço a ser exercida, direito esse reconhecido e garantido judicialmente (Prudente, 2000).

O princípio moral da autonomia e o princípio jurídico da intimidade, introduziram na área da saúde o conceito de consentimento livre e esclarecido, que garante ao paciente o direito de contar com informações suficientes que o tornem livre de qualquer forma de coerção ou engano por parte da equipe de saúde, bem como, lhe dá condições para fazer uma escolha racional de aceitar ou não a realização de um diagnóstico ou procedimento e fazer ou recusar um tratamento (PRUDENTE, 2000).

2.2 O Princípio da Beneficência

Beauchamp e Childress definem beneficência como sendo uma acção feita no benefício de outros. O princípio da beneficência é que estabelece esta obrigação moral de agir em benefício dos outros. A beneficência tem sido associada à excelência profissional desde os tempos da medicina grega, e está expressa no Juramento de Hipócrates: Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-lo” (KIPPER; CLOTET, 1998). Beneficência quer dizer fazer o bem. Isto significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro.

De acordo com Rego, Palacios, Siqueira-Batista (2009), o princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da não-maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem-estar dos pacientes, promovendo ações para prevenir e remover o mal ou dano que, neste caso, é a doença e a incapacidade para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, emocional e mental. A beneficência requer ações positivas, ou seja, é necessário que o profissional atue para beneficiar seu paciente. Além disso, é preciso avaliar a utilidade do ato, pesando benefícios versus riscos e/ou custos (Pessini & barchifontaine, 1998).

2.3 O Princípio da Não-maleficência

Segundo os autores Kipper e Clotet (1998), este novo princípio poderia ser entendido como "a obrigação de não causar danos". Ou seja, o uso da prudência diante de situações que exijam do profissional de saúde a não intervenção, já que, dependendo do caso, a ação “beneficência”, poderia causar um mal maior que os benefícios decorrentes. Esta teoria tornou-se muito popular devido à clareza e objetividade com que lida com situações complexas, proporcionando, assim, sua rápida assimilação pelos profissionais ligados à área de saúde.

A não-maleficência é considerada por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, tem suas raízes em uma máxima que preconiza: “*cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos*” (Kipper & Clotet, 1998, p. 123). Trata-se, portanto, de um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões da área de medicina. A não-maleficência tem importância porque, muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de uma ação ou procedimento que está moralmente indicado.

2.4 O Princípio da Justiça

Para Prudente (2000): Justiça refere-se ao tratamento que as pessoas esperam receber, como iguais ou em função de suas diferenças sociais, dos demais membros da coletividade e do ordenamento jurídico que regula as relações entre eles. O princípio da justiça está relacionado à distribuição correta e adequada de deveres e benefícios sociais. Entende-se, dessa forma, que os seres humanos são iguais desde seu nascimento, não lhes podendo ser negado qualquer tratamento ou assistência em função de nenhum tipo de discriminação, seja social, racial ou outro fator, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens (Jungles, 1999).

3.O Princípio da Cuidado na Enfermagem

A história da humanidade é permeada por ações de cuidar. O cuidado sempre existiu como prioritário à manutenção da vida humana, do nascimento à morte. Porém, no século XIX, tal prática revelou-se mais que uma necessidade. Neste contexto, emerge na Inglaterra, Florence Nightingale, a grande personagem (que treinava pessoas para cuidar de pessoas) e transformou o cuidado em um campo de conhecimento singular, com métodos e técnicas específicas, diferentes das anteriormente executadas. Na sua origem a enfermagem era exclusivamente desenvolvida por mulheres e voltada mais para a maternidade (Barbosa & Silva, 2007).

Neste sentido a bioética vem para contribuir, sendo uma ponte entre o conhecimento biológico e o conhecimento humano. No entanto, a bioética abrange além das ciências da vida e da saúde, outras áreas do conhecimento que tenham a ver com a vida. Sendo assim destacam-se os quatro princípios da bioética que contribuem para a prática dos cuidados de enfermagem, baseando suas ações no que será melhor para o paciente (Koerich, Machado & Costa, 2004).

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (Zoboli & Sartório, 2006).

4. Metodologia e análises

De acordo com Ferreira (1998), a metodologia é a parte do trabalho onde se descreve de forma breve e clara as técnicas e processos empregues na pesquisa, bem como o delineamento experimental. Para este autor metodologias são os procedimentos ou técnicas utilizadas para se chegar ao um conhecimento. Este artigo científico é tipo *descritivo - explicativo*, pelo fato de ser motivada pela curiosidade e suas descobertas devem ser divulgadas para toda a comunidade, possibilitando assim a transmissão e debate do conhecimento. Portanto, traz consigo técnicas interpretativas para descrição e descodificação dos componentes de um sistema complexo de significados, valores, opiniões que conformam a prática dos atores sociais.

Tem também como objetivo a identificação dos fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de um fenômeno. É o tipo de artigo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois tenta explicar a razão e as relações de causa e efeito dos fenômenos. Como Método de Procedimento utilizou-se o método bibliográfico aquele que consiste no levantamento geral dos principais documentos e trabalhos realizados a respeito do tema escolhido, abordados anteriormente por outros pesquisadores para a obtenção de dados e essa bibliografia deve ser capaz de fornecer informações sobre a bioética. Para melhor compreensão em torno a bioética e as atitudes antiéticas de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem realizou-se o levantamento de acervos bibliográficos de documentos e trabalhos publicados que versam sobre o tema. Esta pretensão permitiu captar as percepções sobre o tema, tanto por parte teóricos assim como por parte técnicos que trabalham dia pós dia para que haja melhor atendimento.

Existem problemas antiéticos praticados pelos profissionais de saúde no atendimento de pacientes na triagem e esses têm a ver com a prática de atitudes de exposição e discriminação com o paciente. No que diz respeito à exposição, os discursos apontaram para uma compreensão na perspectiva da concessão e troca de informações entre os profissionais de saúde, que por vezes podem violar a privacidade do paciente ao realizarem comentários sobre experiências vividas durante as ações de cuidado.

O paciente confia no profissional e oferece detalhes sobre sua vida, a fim de que este possa entender a natureza e a causa do problema de saúde que possui. Neste processo surgem revelações de fatos, muitas vezes, de caráter íntimo, que os confidentes não pretendem que sejam revelados. A privacidade das informações sempre foi considerada uma das principais características da bioética e da deontologia obrigatória

dos profissionais de saúde. O profissional de saúde precisa ser sigiloso. Podemos dar exemplo de uma mulher que sofreu violência física do seu parceiro. Se o médico não demonstra segurança jamais poderá obter detalhes sobre onde sofreu espancamento, por exemplo. O profissional precisa dar segurança, mostrar que é meramente profissional e que as informações detalhadas na consulta ou no tratamento serão confidenciais e tratadas apenas pelos profissionais.

As revelações de informações confidenciais dos pacientes devem ser rechaçadas e denunciadas ao superior hierárquico para que o profissional seja advertido. Lidamos com vida humana e o respeito deve estar acima de tudo. O mesmo se pode dizer com relação as pesquisas em seres humanos seria importante que o procedimento fosse o mesmo. Os voluntários da pesquisa devem ser preservados incluindo a identidade. É importante que os voluntários sejam codificados, porque o mais importante é os dados da pesquisa e não a identidade participante da pesquisa. A ética em pesquisa científica orienta que as identidades sejam protegidas para evitar que os voluntários sejam constrangidos.

Um investigador/pesquisador que se comporta contrário a este comportamento de ser excluído e a pesquisa cancelada, a não ser que a publicação tenha sido consentida voluntariamente pelo participante da pesquisa. Nessa relação, o paciente procura o profissional com a confiança de encontrar alívio para sua condição e com a segurança de não sofrer danos. Consequentemente, a confiança se constitui como condição fundamental para um tratamento efetivo. Na mesma perspectiva, ressalta-se que a primeira forma de confidencialidade se estabelece numa relação interpessoal, desde que exista comprometimento das pessoas que compartilham a informação.

A segunda forma é a confidencialidade do registro desta informação por parte dos profissionais de saúde que deixam a desejar, o que demonstra a falta de sigilo profissional. O exemplo mais evidente é o da exposição dos depoimentos ou detalhes das informações deixadas pelo paciente em que à porta de saída, os outros enfermeiros e ou médicos dispõem-se das mesmas fora do consentimento daquele, um sinal de falta de profissionalismo.

O outro problema que se verifica nas Unidades Sanitárias esta relacionado com a discriminação, pois nas falas dos profissionais é possível perceber uma onipotência velada quando se julgam aptos para realizar tratamentos diferenciados de acordo com certos tipos de pacientes ou tratar com desprezo algumas situações inusitadas relacionadas ao paciente revelada pelo preconceito, fato de o profissional não conseguir perceber que sua visão preconcebida da realidade decorre de sua própria dificuldade de

lidar com determinadas situações diferenciadas, o que atenta a bioética e aos princípios éticos e morais que regulamentam as instituições de saúde. O exemplo que demonstra a discriminação e preconceito tem a ver com a falta de sentimento e identificação, isto é, sentir e identificar-se com os problemas ou causa dos pacientes que se fazem às Unidades Sanitárias, pois o que temos notado é o total desprezo e despreocupação da parte dos profissionais de saúde, onde uns podem estar a conversar, trocar impressões no lugar de atender com prudência e zelo os pacientes nas longas filas de espera. O outro tem a ver com a falta de critérios claros de definição de prioridades em função da gravidade e necessidade de cuidados, onde assistimos um total nepotismo por parte de quem tem domínio das consequências de não observância do está plasmado nos regulamentos que guiam o exercício da profissão que exercem.

A ausência de um trabalho reflexivo caracteriza o preconceito. O profissional manifesta uma onipotência velada ou até mesmo transparente, julgando-se superior à situação ou à pessoa correspondente e aos pacientes que eles devem cuidar, e acabam não dando bem a importância ou lidar com o sofrimento proveniente da realidade apresentada pelo paciente, devido a negligência e perda de valores éticos e deontológicos por boa parte de profissionais de saúde que valoram atitudes antiéticos do que a melhor prestação de serviços de qualidade como a própria máxima do sector preconiza “*o nosso maior valor é a vida*”, um problema que a formação profissional não conseguiu o resolver.

Para exemplificar nesta perspectiva pode-se tomar como base o preconizado na formação e ou no curso de enfermagem que os profissionais desta área de saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, devem a desenvolver as suas atividades com o objetivo de promover, prevenir a ocorrência de doenças, recuperar e reabilitar a saúde, atuando como equipe, portanto estas qualidades precisam de ser resgatadas no seio dos profissionais da saúde, através de formações e ou capacitações contínuas.

Conclusão

Tomando em consideração os dados analisados, chegou-se à conclusão de que falar da bioética é preocupar-se com a qualidade no atendimento de pacientes e na condição do bem-estar do ser humano. É permitir que este possa existir com dignidade, em situações que lhe garantam o viver pleno, saudável em convivência com os outros, sem ameaça a sua condição de humano. Assim o cuidado humano permeia todo

processo de viver e ser saudável, permitindo que este tenha uma morte digna dentro dos princípios éticos e morais. O cuidado humano é o modo de ser do indivíduo, é o que aproxima e dá sentido à vida. É um existencial que caracteriza o ser como singular e próprio, contudo pressupõe motivação, nutrir-se, querer viver com o outro e respeitando-o em seus valores fundamentais.

Esta situação que se descreveu aqui prova e valida a nossa primeira hipótese, segundo a qual é provável que as atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem podem estar relacionados com a má formação e perda de valores éticos e deontológicos por parte dos profissionais de saúde, por que existem problemas antiéticos praticados pelos profissionais de saúde no atendimento de pacientes na triagem e esses tem a ver com a prática de atitudes de exposição e discriminação com o paciente. A enfermagem aplica os princípios da bioética no seu quotidiano quando respeita a individualidade do paciente (autonomia), atende as necessidades de cada paciente direcionando o cuidado a essas necessidades, presta uma assistência isenta de riscos e danos físicos ou morais ou sempre quando informa a ação a ser executada ao sujeito, dando-lhe o direito de aceitá-la ou recusá-la.

Adicionalmente conclui-se que o profissional da saúde deve orientar a sua prática pelo “compromisso ético do cuidado” e guia seu agir por uma atitude que ultrapasse os limites da consciência profissional, traçando a ponte para a “convivialidade” do cuidado técnico e o cuidado-ético (...). Enquanto a consciência profissional nos leva a trabalhar duro para cumprir com as tarefas e os deveres, o compromisso do cuidado nos mobiliza no sentido de uma responsabilização radical para com a promoção da pessoa, respeitando e promovendo sua autonomia, cidadania, dignidade e saúde. No decurso de estudo que se apresentou aqui, mostrou-se necessária a apresentação de algumas sugestões que possam melhorar o atendimento de pacientes na triagem e evitar comportamentos e atitudes antiéticos dos enfermeiros e médicos na triagem. Neste sentido, tomando em consideração a conclusão, com a pesquisa sugere-se o seguinte:

- a) Sugere-se que as direções de Unidades Sanitárias de Moçambique devem aproveitar as reuniões periódicas com os enfermeiros e médicos para falar sobre a importância da bioética no atendimento de pacientes, falar dos aspectos bons, aconselhar profissionais de saúde a serem mais atenciosos com os pacientes evitando desta forma situações de antiéticos no exercício das suas funções (exposição e discriminação).
- b) Sugere-se que as direções de Unidades Sanitárias de Moçambique devem mostrar aos enfermeiros e médicos que o sucesso do exercício das suas atividades e

consequentemente da instituição não depende apenas dos líderes ou gestores, mas das boas atitudes e comportamento de cada um e dos cuidados de qualidade que prestam aos pacientes, portanto, conhecendo as limitações e as aptidões de cada um podem contribuir de forma significativa na melhoria do atendimento.

- c) Propõe-se que o MISAU desenhe estratégias curriculares tendo em conta a situação real dos hospitais do país, como por exemplo, na formação dos enfermeiros e médicos podem abordar temas que falam sobre da bioética, como evitar situações e atitudes antiéticos no atendimento aos pacientes, estes podem por sua vez evitar casos de falta de deontologia profissional.
- d) A direção de Saúde a nível de cada distrito deve fazer um acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde nas Unidades Sanitárias, para garantir o melhor atendimento através da fiscalização permanente e assistências regulares às mesmas.

Referências

- Beauchamp, T. L.; Childress, J F. Princípios de Ética Biomédica. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.
- Clotet, J. *Bioética*. Porto Alegre: Ed. PUCRS, 2001.
- Clotet, J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: Ed. PUCRS, 2003.
- Diniz, D.; Guilhem, D. *O que é bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- Ferreira, R. A. *A Pesquisa Científica nas Ciências Sociais: caracterização e procedimentos*. Recife: UFPE, 1998.
- Garrafa, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*. Vol.1, nº2, p.122-32, 2005.
- Garrafa, V.; Porto, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa, V. ; Pessini L. (Org.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- Jungles, J. R. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.
- Kipper, D.; Clotet, J. “Princípios da beneficência e não-maleficência”. In: Costa, S. I. F.; Garrafa, V. O. selka, G. (Org.). *Iniciação à Bioética*. Brasília: CFM, 1998, p.37-51.
- Koerich, M.S.; Machado, R. R.; Costa, E. “Ética e Bioética: para dar início à reflexão”. *Texto contexto – enfermagem*. vol.14, n.1, p. 106-110, 2005.
- Machado, M. H.; Costa H. Programa de Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros. In: Souza, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002, p. 125– 132.

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 2003.

Pessini, L.; Barchifontaine, C. de P. de. *Problemas atuais da bioética*. São Paulo: Loyola, 1991.

Rego, S.; Palácios, M.; Siqueira-Batista, R. Bioética: histórico e conceitos. Bioética para profissionais da saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 13-38.

Zoboli, E. L. C. P.; Sartório, N. A. *Bioética e Enfermagem uma interface no cuidado*. 2009. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundosaude/38/bioeticaeenfermagem>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Recebido em: 10/05/2022

Aceito em: 25/09/2022

Para citar este texto (ABNT): MACIE, Nídio Alberto; RONDINHO, Narciso Manuel Domingos. A bioética e as atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem: problemas e caminhos para a melhoria do atendimento público em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.96-109, 2022.

Para citar este texto (APA): Macie, Nídio Alberto; Rondinho, Narciso Manuel Domingos.(2022). A bioética e as atitudes antiéticos de enfermeiros e médicos no atendimento de pacientes na triagem: problemas e caminhos para a melhoria do atendimento público em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 96-109.

Procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio

Marília de Moraes Pugas *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-1087-2940>

Augusto Lucas Jone **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-8684-5036>

Janete Alberto Wilson Nipquete Binana ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-1907-159X>

Resumo: A importância que dilemas éticos assumem na urgência pelas suas repercussões sobre ensino, assistência e formação de médicos justifica a discussão permanente acerca do tema. Constitui objetivo geral do presente estudo, compreender os procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio, que por sua vez os objetivos específicos levantados foram caracterizar as formas de atendimento no serviço de Urgência e descrever os procedimentos éticos levados em conta no processo de atendimento dos pacientes. A metodologia usada foi observacional transversal. Decorreu nos Serviços de Urgência concretamente no Banco de Socorros do Hospital Provincial de Chimoio no ano de 2022, **inquirindo** um total de 18 pacientes. Os dados foram processados na base do Microsoft Excel. Das entrevistas foi possível constatar que maior parte dos pacientes entrevistados reclamaram de demora no atendimento, contudo foi possível compreender que os pacientes reclamavam porem não entendem como funciona a Classificação de Risco e houve a observação de procedimentos éticos embora com pouca incidência. A percentagem de aspectos éticos foram respondidos, existe também uma percentagem não boa em termos da falta de observância de aspectos éticos.

Palavras-chaves: Serviços de urgência, Ético; Atendimento

Ethical procedures in the emergency services of the Provincial Hospital of Chimoio

Abstract: The importance that ethical dilemmas assume in the urgency due to their repercussions on teaching, care and training of doctors justifies the permanent discussion on the subject. The aim of this study is to understand the ethical procedures in the emergency services of the Provincial Hospital of Chimoio. In turn, the specifics raised were to characterize the forms of care in the Emergency Department and describe the ethical

* Médica Clínica Geral no Hospital Provincial de Chimoio-Moçambique, Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Aberta, Instituto Superior de Ciências e Educação à Distancia (ISCED). e-mail: mpugas@isced.ac.mz

** Mestrando em Saúde Pública, na Universidade Aberta, Instituto Superior de Ciências e Educação à Distancia (ISCED), Técnico de medicina, Licenciado em Ensino de Biologia, e-mail: augustojone@gmail.com

*** Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Aberta, Instituto Superior de Ciências e Educação à Distancia (ISCED) Técnica Superior em Administração Hospitalar e Psicologia Educacional em Nampula-Moçambique, E-mail: jbinana@isced.ac.mz

procedures taken into account in the process of patient care. The methodology used was cross-sectional observational. It took place in the Emergency Services, specifically in the Aid Bank of the Provincial Hospital of Chimoio in 2022, inquiring a total of 18 patients. Data were processed using Microsoft Excel. From the interviews it was possible to verify that most of the interviewed patients complained of delay in care, however it was possible to understand that the patients complained but did not understand how the Risk Classification works and there was the observation of ethical procedures although with little incidence. The percentage of ethical aspects were answered, there is also a not good percentage in terms of non-compliance with ethical aspects.

Keywords: Urgent; ethical; Care services

Introdução

O conceito de “emergência e urgência médica” é referido no Plano Nacional de Saúde e definido no Despacho nº 18459/2006 do Ministro da Saúde de Portugal, como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”. Na literatura anglo-saxónica define-se como uma emergência uma situação que se traduz em risco imediato para a vida ou para a saúde da pessoa, e como urgente uma lesão ou doença inesperada que necessita de rápida atenção médica, mas não representa um risco imediato para a vida ou saúde da pessoa.

De uma forma genérica, a área da urgência hospitalar tem conhecido uma evolução positiva e planificada ao longo dos tempos, nomeadamente através da introdução nos serviços de urgência de equipas fixas, que asseguram de forma completa ou incompleta, a continuidade assistencial e de gestão. Contudo, o excessivo recurso às urgências pelos utentes, a falta de ambiente, a precaridade de tempo para observação e a necessidade de decisões rápidas, tornam impessoal a maioria dos atendimentos, prejudicando a relação médico-doente e proporcionando uma atmosfera de insegurança e atitudes defensivas que conduzem a atuações médicas variáveis ante situações similares e gerando frequentemente conflitos de natureza ética, (Jacquemot, s/a.p.).

Todos os profissionais de saúde que atuam nesta área devem familiarizar-se com os princípios éticos no atendimento de urgência, como autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, que são imutáveis em todos os momentos, encontrando-se acima de conceitos ideológicos ou políticos, nomeadamente o respeito pela vida humana e sua dignidade, o dever da não discriminação, a proteção dos deficientes e outras camadas vulneráveis, o respeito pelo segredo médico e o dever de contribuir para o progresso da medicina (Pereira e Lima, 2006). Segundo o Ghiorzi (2003), a aplicação dos princípios

éticos como a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça é fundamental. O princípio da autonomia permite ao doente a liberdade de decisão, com conhecimento de causa e sem coação, mediante prévia informação correta. O princípio da beneficência baseia-se no conceito de fazer o bem e o da não-maleficência em não causar dano.

Segundo Campo (2014) continua defendendo o seu pensamento dizendo que o princípio da justiça faz referência à distribuição equitativa dos recursos necessários à assistência, bem como à garantia de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos. A formulação de uma decisão ética é baseada na compreensão destes princípios fundamentais de bioética que se aplicam a problemas comuns da prática clínica e é facilitada quando a responsabilidade institucional e individual são bem definidas.

Os dilemas éticos assumem nos serviços de urgência uma importância em relação à assistência e formação de profissionais da área de saúde o que justifica a discussão em torno do tema. Com base nesta afirmação constitui objetivo do presente estudo, entender os procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio. Em que por sua vez os específicos levantados foram caracterizar as formas de atendimento no serviço de Urgência e descrever os procedimentos éticos levados em conta no processo de atendimento dos pacientes. E as hipóteses levantadas foram: a nula (H0): Não são observados os procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio e a alternativa (H1): são observados os procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio.

Os princípios básicos da bioética são universais e permitem que os profissionais de saúde e os utentes estejam num processo de equilíbrio, respeito e harmonia, permitindo conduzir uma prática mais correta possível observando o princípio de beneficência autonomia, não maleficência e justiça. Há necessidade dos profissionais de saúde oferecerem informações claras e consistentes para auxiliar o paciente na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde, tratamento e alternativas possíveis, permitindo desta maneira exercer sua autonomia consciente. Não maleficência é o ato de não fazer mal ao paciente, pautando por uma boa conduta e zelo; a beneficência trata sobre o dever moral de fazer bem ao outro, potencializando os benefícios e minimizar os possíveis prejuízos. A justiça para que se garanta a igualdade e equilíbrio no atendimento.

No que tange a estrutura, o artigo apresenta uma introdução, metodologia, resultados e discussão, conclusão e referências bibliográficas. Na introdução, foi identificado o problema, a justificativa, as hipóteses levantadas e o objetivo gerais e os

específicos, na metodologia foram descritos os métodos e recursos usados para o alcance dos objetivos, nos resultados e discussão foram apresentados os dados processados e discutidos, na conclusão foram expostos as ideias conclusivas levando em conta as hipóteses e os objetivos e nas referências bibliográficas foram alistadas todas obras usadas e citadas.

Metodologia

A metodologia usada foi observacional transversal de modo a acompanhar todos os procedimentos desde da chegada do paciente na recepção dentro dos serviços de urgência até a decisão clínica de acordo com a gravidade do estado de saúde de cada caso que der entrada na Unidade durante o período do trabalho. Decorreu nos Serviços de Urgência concretamente no Banco de Socorros do Hospital Provincial de Chimoio no Mês de Abril de 2022. Estudaram-se cinco parâmetros que definem as características epidemiológicas da população médica selecionada: idade, gênero, especialização, anos de especialização e cursos prévios de bioética.

Foto 1: Banco de Socorros do Hospital Provincial de Chimoio



Fonte: Arquivo pessoal

O Banco de socorros do Hospital Provincial de Chimoio é uma unidade de atendimento de urgência que constitui o primeiro contacto que o paciente tem com o hospital em busca de atendimento de urgência. A maioria dos utentes desta unidade de atendimento vem do seu domicílio e outros são transferidos de outras unidades sanitárias da cidade assim como dos Distritos, e trazem guias de transferência. Pela localização geográfica da cidade o serviço de urgência tem sido o palco de atendimento de casos acidentados nas ruas e na estrada nacional número 6.

Frequentemente são atendidos aqui casos de traumas e politraumatismo, este serviço tem uma capacidade de 36 camas, atualmente em funcionamento 19 camas distribuídas da seguinte maneira: 3 no Sector de trauma, 4 no Sector de isolamento, e as restantes camas na sala de observação estando separadas para masculino e feminino. Futuramente prevê-se que entrem em funcionamento outras 17 camas após a conclusão dos trabalhos de ampliação que estão em curso, com reserva de sala para masculino e feminino no sector de trauma. Atualmente é impossível respeitar a privacidade dos pacientes, o que faz com que sejam atendidos no mesmo espaço.

Foto 2: Sala de Observação do Banco de Socorros do HPC



Fonte: Arquivo Pessoal

Ainda neste sector temos a recepção de pacientes onde faz-se abertura do boletim e encaminha se o paciente segundo os critérios de Manchester. Dando continuidade ao

atendimento estão duas tendas que funcionam como triagem para pacientes entrados nos serviços de urgência, um alpendre que permite que o paciente espere para seu atendimento nas triagens e se posicionam sentados com os seu boletim enumerado. Importa referir que o paciente grave tem prioridades no atendimento seguindo os mesmos critérios. Ainda no Banco de Socorros funciona uma Farmácia de urgência que atende 24 horas por dia sem interrupção. Uma sala de espera interna permite que os pacientes aguardem para atendimento na pequena cirurgia e sala de gesso.

Foto 2: Profissionais do Banco de Socorros do HPC



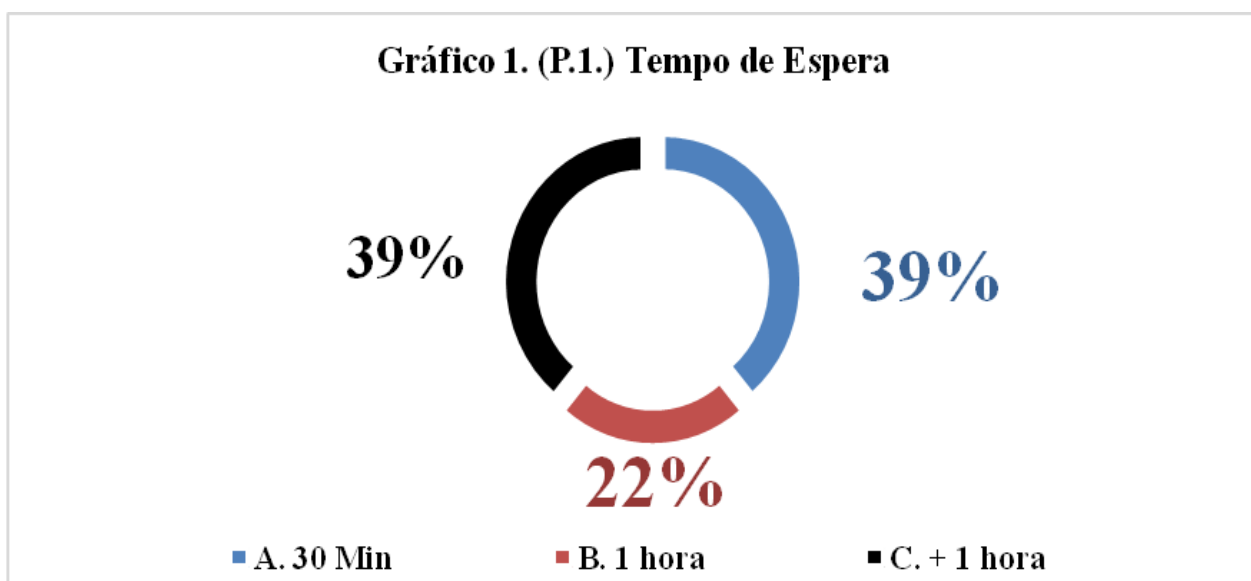
Fonte: Arquivo Pessoal

Para garantir o atendimento, o serviço de urgências funciona com uma equipa de profissionais presentes 24 horas sendo 3 Médicos de clínica geral permanentes no turno das 8h as 14h, 2 Médicos das 14h as 19h, 11 medico das 19h as 8h. No banco de Socorros os turnos de enfermagem são constituídos por 4 enfermeiros e 3 técnicos de medicina geral, 2 Agentes de Serviço, 2 Administrativos, 2 Técnicos de Farmácia, 2 do Laboratório e 1 de Radiologia. Para completar existe a escala de Médicos especializados permanente das 8 as 20h e posteriormente solicitados sempre que houver casos das 20h as 7h da manhã. O Hospital tem atendimento de especialidades em Cirúrgia, Ortopedia, Internista, Intensivista assim como Otorrinolaringologia, Maxilo Facial, Urologista e Oftalmologia.

Para garantir a pronta intervenção dos especialistas de chamada após as 20h existe uma cabine telefónica BPX e duas Ambulâncias facilitando a comunicação e a movimentação da equipa médica e do bloco operatório havendo casos para intervenção e a segunda ambulância garante evacuação dos pacientes graves ao Hospital Central d Beira que serve de referência. Foi desenvolvido um inquérito por questionário de resposta anónima junto dos médicos que realizaram urgência durante o estudo. Cada questionário era constituído por dez (16) questões, que pretendiam descrever situações comuns da prática clínica de um serviço de urgência, com quatro a cinco opções de resposta, que permitiam avaliar as decisões éticas médicas. Os questionários obedeceram ao princípio de autonomia, de beneficência, de não-maleficência e de Justiça. Os dados foram analisados e processados na base no Microsoft Excel 2013. Tendo terminado o processo de coleta dos dados, realizada de acordo com as técnicas seleccionadas e aplicadas no presente trabalho, seguiu-se a análise dos dados. Depois de coleta o primeiro passo dado pelos pesquisadores consistiu em submeter o material a uma verificação crítica, com objetivo de detectar as informações confusas, desnecessárias e incompletas, que pode condicionar os resultados da pesquisa. A segunda fase da elaboração dos dados consistiu na transformação do qualitativo em quantitativo, para facilitar a tabulação dos dados. E por último, fez-se a disposição dos dados em gráficos, tendo condicionado maior qualidade na verificação das inter - relações entre os dados. Em relação ao preenchimento do questionário por partes dos dezoito pacientes (18) pacientes foi usado um espaço do Banco de Socorro no horário normal de trabalho. Os resultados produzidos por via de questionário permitiram categorizar as informações.

Resultados e discussão

A amostra foi constituída por 18 entrevistados, os quais foram questionados a respeito da percepção sobre os conhecimentos dos direitos dos utentes, e procedimentos éticos no ato de atendimentos dos utentes nos Serviços de Urgência (Banco de Socorros) do Hospital Provincial de Chimoio. Diante dessa situação procurou-se entender o tempo que o paciente chegou ao banco de socorro, dos quais 39% dos entrevistados haviam chegado a mais de uma hora, 22% a uma hora e 39% a 30 minutos como ilustra o gráfico 1.



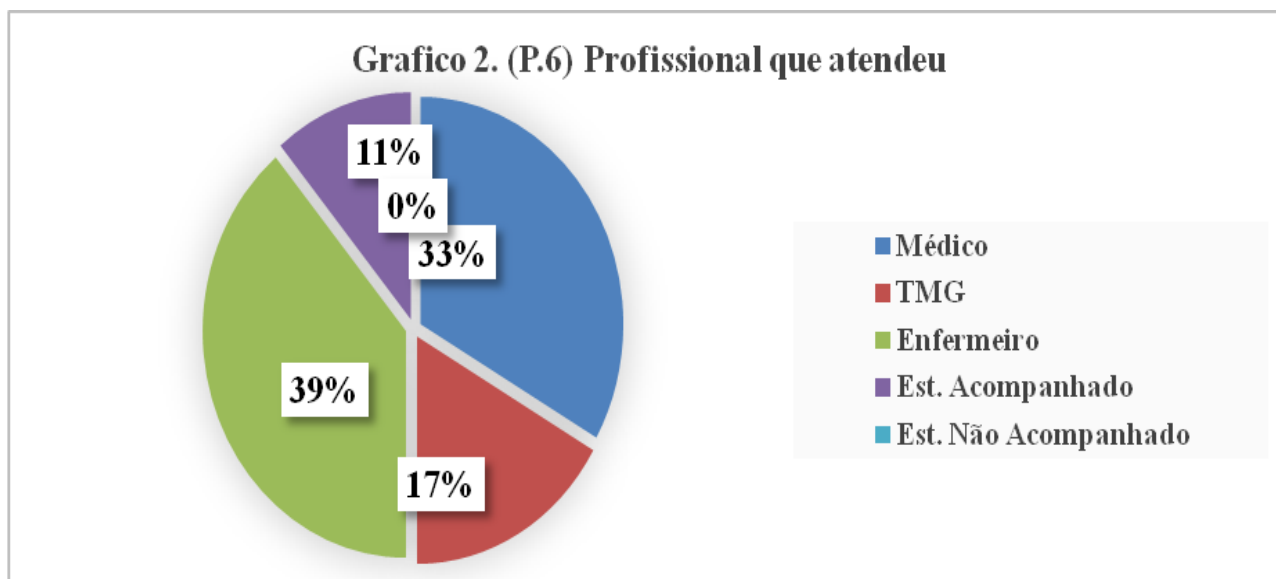
Fonte: Dados da Pesquisa

Maior parte dos pacientes entrevistados reclamou de demora no atendimento. Contudo, foi possível compreender que os pacientes reclamavam porque não entendem como funciona a Classificação de Risco que define as prioridades de atendimento. Maiores casos eram de cor amarela e verde que permite que o paciente espere até 1 hora e/ou mais de uma hora. Para melhor ilustração Jaime (2018) faz a seguinte classificação:

- ✓ **Vermelha – Emergência:** atendimento imediato;
- ✓ **Laranja – Muito urgente:** espera de até 10 minutos;
- ✓ **Amarelo – Urgente:** espera de até 1 hora;
- ✓ **Verde – Pouco urgente:** espera de até 2 horas;
- ✓ **Azul – Não urgente:** espera de até 4 horas.

No Protocolo de Manchester, os profissionais de saúde precisam efetuar uma avaliação do quadro clínico do paciente. O objetivo é identificar o risco do quadro em questão, a gravidade e a priorização do seu atendimento. Assim sendo, o tempo de espera pode variar de 10min a 1 hora de acordo com o quadro clínico e gravidade da lesão no paciente. Analisados os motivos que levam os pacientes ao SUR (*pergunta 2: como foi que lhe receberam?*) observou-se que a maior parte deles não tem critérios para atendimentos em regime de urgência (a maior parte referiram dores de cabeça), portanto, o tempo de espera pode se considerar aceitável de acordo com os padrões internacionais.

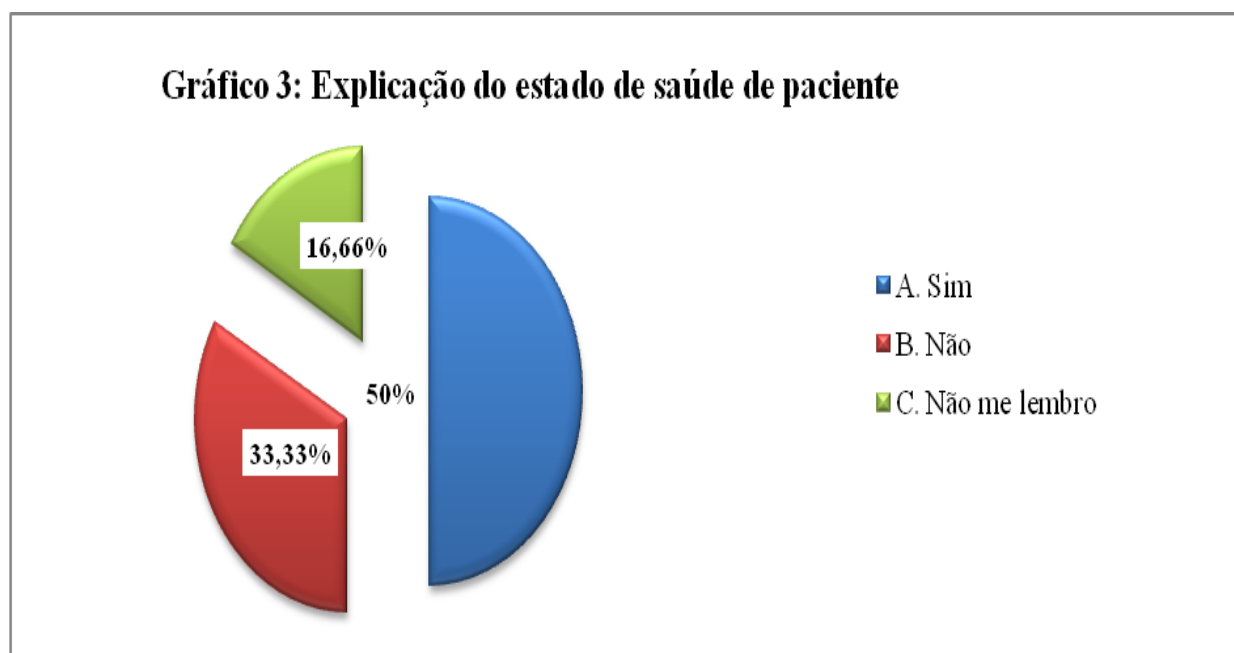
No concernente a pergunta 3: conhece o seu estado de saúde? 100% dos entrevistados, ou seja, todos responderam que não e esse era o motivo pelo qual os levava ao hospital, pois se conhecessem o estado da sua saúde não haveria necessidade de aproximar a unidade sanitária. No decorrer da entrevista procurou-se saber qual foi o profissional da saúde que havia atendido os pacientes, dos quais 39% (maior percentagem) foram atendidos por enfermeiros, seguidos de 33% que foram atendidos pelos médicos como ilustra o gráfico 2.



Fonte: Dados da Pesquisa

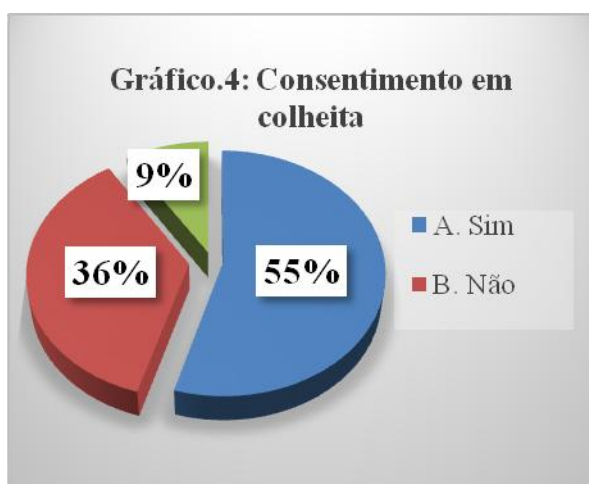
Pode se assumir que os enfermeiros continuam sendo os profissionais que tem maior contacto com os doentes, fato positivo, foi que nenhum paciente referiu ter sido atendido por um estudante não acompanhado. A Bioética tem quatro princípios que devem ser analisados para resolver dilemas éticos sobre atendimentos ou tratamentos de saúde. Os princípios são autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esses princípios foram respondidos na base 4, 5 e 6 onde buscou-se saber se o paciente foi explicado seu estado de saúde e se a coleta de sangue foi do consentimento do paciente.

As respostas dos pacientes mostraram que maior parte (50%) foi explicada sobre o seu estado de saúde como ilustra o gráfico 3. Contudo também existe uma percentagem considerável (33,33%) sem explicação a respeito do seu estado de saúde, revelando ainda que existe um desafio nos profissionais da saúde quanto ao cumprimento dos 4 principais princípios da Bioética.



Fonte: Dados da Pesquisa

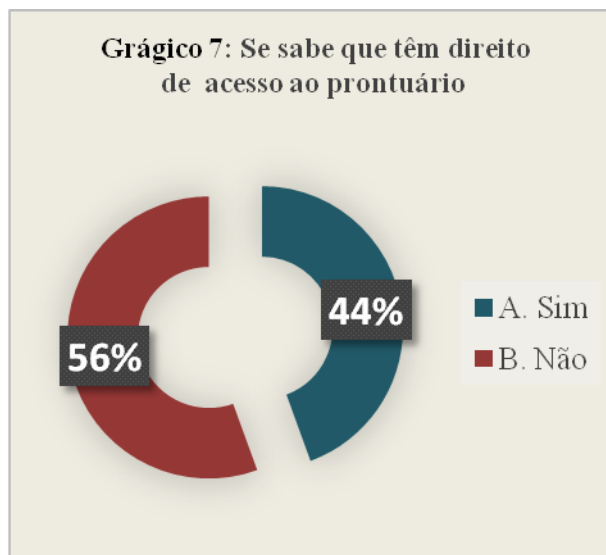
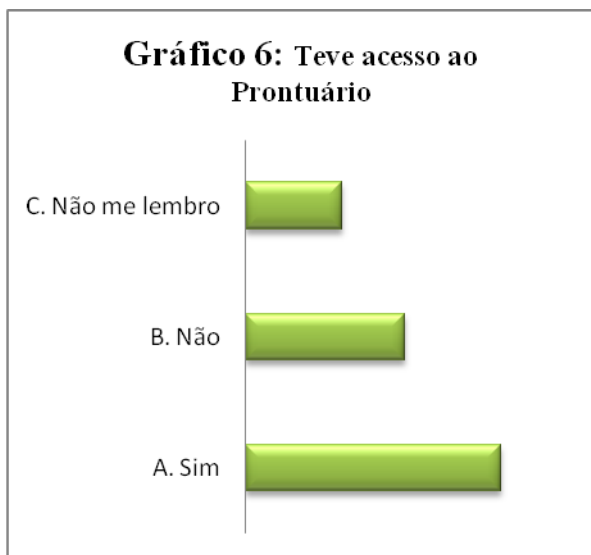
Se por um lado, 55% dos profissionais como ilustra o gráfico 4, tiveram consentimento para fazer as colheitas de sangue para análises, é possível observar por outro lado, que os resultados dos exames não são interpretados aos doentes, isto pode estar a revelar uma fragilidade na comunicação com os doentes, violando o princípio da Justiça que determina que o acesso ao atendimento médico e aos tratamentos de saúde deve acontecer de forma justa, observando-se as necessidades dos pacientes.



Fonte: Dados da Pesquisa



Levantaram-se também aspectos inerentes a acesso de prontuário. Embora a maior parte dos doentes tenham respondido positivamente sobre o acesso ao prontuário ou boletim, é notável por outro lado o desconhecimento destes em relação ao direito do acesso ao prontuário.



Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto às perguntas seis e sete (P6 e P7), os gráficos mostram que um número considerável de pacientes sabe que tem direito e teve acesso ao prontuário. Mas, os resultados não deixam de ser preocupantes, uma vez que aproximadamente a 60% não tiveram acesso e não sabe que tem direito a prontuário. Para tal, há necessidade em divulgar constantemente os direitos que os pacientes têm, usando palestras, cartazes, TV, rádio, etc.

É importante observar o fluxograma do atendimento no SUR-HPC, ou seja, a resposta positiva dada na pergunta 14, pode de certa forma estar relacionado ao fluxograma de atendimento, uma vez que no SUR-HPC, a chegada o paciente abre o boletim (*contendo apenas os dados de identificação do doente*) junto ao Guiché na entrada, de seguida o mesmo doente transporta o boletim ao serviço que lhe vai atender (*P. Cirurgia, S. Observação, Triagem ou Traumatologia*). Portanto este processo de transportar o boletim, com seus dados, pode ter influenciado na resposta, embora, o prontuário referido na pergunta seja aquele contendo para além dos dados do doente, a

sua informação médica e o seguimento feito (*sobre seu estado de saúde, procedimentos feitos e recomendações dadas*).

Conclusão

O presente trabalho tinha como objetivo geral: compreender os procedimentos éticos nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio e como os objetivos específicos: caracterizar as formas de atendimento no serviço de Urgência e descrever os procedimentos éticos levados em conta no processo de atendimento dos pacientes.

Terminado o processo de coleta de dados, análise e discussão, categorização do questionário, concluiu-se que a maior parte dos pacientes entrevistados reclamaram de demora no atendimento. Contudo, foi possível compreender que os pacientes reclamavam porque não entendem como funciona a Classificação de Risco e houve a observação de procedimentos éticos embora com pouca incidência. A percentagem de aspectos éticos foram respondidos, existe também uma percentagem não boa em termos da falta de observância de aspectos éticos.

Quanto aos métodos e as técnicas usadas neste trabalho mostraram ser eficazes, uma vez que conseguiu-se trazer uma informação que pode ser útil para o bom funcionamento do Banco de Socorro e do Sector de Saúde em geral. Para terminar, partindo do “SLOGAN” usado pelo Ministério da Saúde em Moçambique. O lema “O nosso Maior Valor é a Vida” urge a necessidade por parte do Governo de Moçambique, do Ministério, dos profissionais da saúde, parceiros e a Sociedade Civil juntar esforços na construção de infraestruturas; alocação de equipamentos médicos quantitativos e qualitativos; reforçar o pessoal médico, para garantir uma boa prestação dos serviços aos utentes, atendimento humanizado.

Referências

- Campos L. (2014). *Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS.
- Ghiorzi, A. R. (2003). O quotidiano dos trabalhadores em saúde. *Texto & Contexto Enferm.* vol.12, nº4, p.551-558.
- Giglio-Jacquemot, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários (online). Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2005, p.137-139.

Jaime, C. (2018). *A classificação de riscos*. Universidade Estadual Paulista. São Paulo: S.e.

Lima, J. C. F. (2006). *Neoliberalismo e formação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: e.d.

Pereira, I. B. (2005). *Políticas de Saúde e Formação de Trabalhador*. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pereira, W. A. P; Lima, M. A. D. S. (2006). Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm.* vol.19, nº3, p. 279-283.

Portugal. (2006). *Diário da República*, 2ª série, nº 176, 12 set. 2006. Despacho nº 18 459/2006.

Recebido em: 21/05/2022

Aceito em: 20/09/2022

Para citar este texto (ABNT): PUGAS, Marília de Moraes; JONE, Augusto Lucas; BINANA, Janete Alberto Wilson Nipquete. Procedimentos éticos nos serviços de urgência do hospital provincial de Chimoio. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 110-122, 2022.

Para citar este texto (APA): Pugas, Marília de Moraes; Jone, Augusto Lucas; Binana, Janete Alberto Wilson Nipquete (2022). Procedimentos éticos nos serviços de urgência do hospital provincial de Chimoio. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 110-122

A bioética, direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no hospital provincial de Lichinga - Moçambique

Augusto Mina *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0973-7714>

Esmeralda Amélia Malate **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0973-7714>

Fernando Meque ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-5840-986X>

Resumo: A Bioética tem sido um recurso importante para a reflexão e prescrição de ações moralmente justificáveis perante a sociedade. Isso não quer dizer, no entanto, que os códigos de ética profissionais ou códigos de deontologia profissional tenham perdido sua validade. Este artigo tem por objetivo de compreender os direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no Hospital Provincial de Lichinga. A metodologia usada foi quantitativa e observacional de modo a acompanhar todos os procedimentos desde o atendimento até a prestação dos serviços médicos pelos profissionais da saúde. O levantamento de dados decorreu ao nível do Hospital Provincial de Lichinga no ano 2022. Estudaram-se os direitos humanos e deontológicos no processo da assistência dos pacientes. Foi desenvolvido um inquérito por questionário de resposta anônima junto aos pacientes. Cada questionário era constituído por Quatro questões, que pretendiam descrever situações comuns da prática no hospital. O artigo revelou que no Hospital Provincial de Lichinga tem ocorrido um bom atendimento e assistência aos pacientes, e são observados no seio do hospital os quatro princípios da Bioética a saber a justiça, a autonomia, a beneficência e a não-maleficência. Os profissionais do hospital demonstraram possuir sigilo profissional.

Palavras-chaves: Deontologia; Direitos humanos; Assistência; Moçambique

Bioethics, human rights and deontology in the assistance of patients at the provincial hospital of Lichinga - Mozambique

Abstract: Bioethics has been an important resource for the reflection and prescription of morally justifiable actions before society. This is not to say, however, that codes of professional ethics or codes of professional deontology have lost their validity. This article aims to understand human and deontological rights in patient care at the Lichinga Provincial Hospital. The methodology used was quantitative and observational in order to monitor all procedures from the care to the provision of medical services by health professionals. Data collection took place at the Lichinga provincial hospital level in 2022. Human and deontological rights were studied in the process of patient care. An

* Licenciado em Psicologia na Universidade Pedagógica, Mestrando em Saúde Pública na UNISCED- Instituto Superior de Ciências de Educação à Distância, e-mail: amina@isced.ac.mz

** Licenciado em Psicologia na Universidade Pedagógica, Mestrando em Saúde Pública na UNISCED- Instituto Superior de Ciências de Educação à Distância, e-mail: amina@isced.ac.mz

*** Licenciado em Ensino de Química na Universidade Pedagógica, Mestrando em Saúde Pública na UNISCED- Instituto Superior de Ciências de Educação à Distância, e-mail: fmeque1@isced.ac.mz

anonymous questionnaire survey was developed among the patients. Each questionnaire consisted of four questions, which were intended to describe common situations in hospital practice. The article revealed that at Lichinga Provincial Hospital there has been good care and assistance to patients, and the four principles of Bioethics are observed within the hospital, namely justice, autonomy, beneficence and non-maleficence. Hospital professionals demonstrated professional secrecy.

Keywords: Deontology; Human rights; Assistance; Mozambique

Introdução

As violações de direitos humanos dos pacientes nas relações diárias e os cuidados em saúde são problemas ainda pouco abordados em Moçambique. As pessoas idosas, em especial, por sua condição de vulnerabilidade acrescida, estão particularmente sujeitas a violações de direitos humanos, sobretudo no contexto dos cuidados em saúde (Forte,1998). Muitos idosos são abandonados, acusados de feiticeiros e deixados a sua sorte. As políticas públicas raramente olham para essa camada social e não há assistência para esse grupo social.

A negligência caracteriza-se pela omissão de familiares ou instituições responsáveis pelos cuidados básicos das pessoas idosas, e envolvem privação de medicamentos, descuido com a higiene e saúde, ausência de proteção contra o frio e calor, incluindo o lazer. Não existe instituições de lazer destinados aos idosos para que eles possam praticar desporto, assistir filmes, jogar, dançar ou praticar outras atividades de lazer. Isso faz com que a expectativa de vida se reduza cada vez mais, podendo morrer antes do tempo devido a falta de cuidados da família, da sociedade e do Estado. A mistanásia é

...conhecida como eutanásia social, e ou mistanásia ativa e passiva, configura-se no descaso com a população mais miserável e necessitada, na falta de compromisso com dos profissionais da saúde e na maldade desses para com seus pacientes. A falta de uma infraestrutura nas unidades públicas de saúde, corrobora para o desenvolvimento da eutanásia social. A morte prematura ou miserável dos que vivem à margem da vontade do Estado em busca de uma qualidade de vida, culmina, no exercício da falta ou ausência absoluta de direito coletivo, da dignidade da pessoa humana e nas violações de direitos fundamentais. Decorre assim, a pura e insana cidadania brasileira em razão da ausência do verdadeiro conceito de Estado Democrático de Direito.(Gomes e Beffa, 2015, p.1).

É preciso que se internalize uma cultura de cuidados e proteção às pessoas idosas que envolva alimentação adequada, assistência na sua mobilidade, uma melhor comunicação do profissional da saúde com pacientes que sofrem de demência, cuidados adequados no asseio quotidiano, o que representa, em última análise, o respeito à dignidade dessas pessoas (Carvalho, 2002).

A Bioética tem sido um recurso importante para a reflexão e prescrição de ações moralmente justificáveis perante a sociedade. Isso não quer dizer, no entanto, que os códigos de ética profissional ou códigos de deontologia profissional tenham perdido sua validade. A ética profissional, consubstanciada nos diferentes códigos deontológicos, representa um subconjunto da Bioética, isto é, a ética deontológica está inserida no campo maior de análise moral que é a Bioética (Abreu e Fortes, 2014).

Este artigo tem por objetivo de compreender o respeito aos direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no Hospital Provincial de Lichinga. Na primeira parte, delimitou-se o conceito de deontologia buscando caracterizar sua importância para a 'boa' prática profissional. Não se trata de uma discussão de cunho filosófico, mas que tão somente visa a estabelecer os limites que a deontologia possui para a reflexão sobre os conflitos e dilemas morais contemporâneos referentes às práticas no campo das ciências da vida e da saúde.

Na sequência da afirmação acima faz-se a seguinte questão: observam-se os direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no Hospital Provincial de Lichinga? Perante a esta pergunta levantou-se as seguintes hipóteses: a nula (H_0): Não são observados direitos humanos e deontológicos na assistência os pacientes no Hospital Provincial de Lichinga e a alternativa (H_1): são observados direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no Hospital Provincial de Lichinga. Quanto a estrutura, vem patente no artigo a introdução, metodologia, os resultados e discussão, conclusão e referências bibliográficas.

2.Fundamentação teóricos

2.1.Conceito básico sobre direitos humanos

Direitos humanos são direitos que permitem a concretização da dignidade da pessoa humana na sociedade. (Paranhos, 2018). A constituição da República assegura o acesso a saúde como um direito para todos os Moçambicanos, e é dever do Estado. Para garantir esse direito criou – se o Sistema Nacional de Saúde, um dos maiores sistemas públicos de saúde no País, para oferecer o acesso aos cuidados primários de saúde e garantir serviços gratuitos que vão desde a consulta médica até aos procedimentos mais complexos. (Jona, 2016).

2.2. Deveres dos Profissionais de Saúde na Assistência ao Paciente

A deontologia profissional refere – se a parte da ética que regula uma determinada profissão. A palavra deontologia prove do grego que significa ciência de tratados, pode ser definida como conjunto de princípios ou regras, que regulam uma determinada profissão, ou seja, cada profissão possui suas normas deontológicas. Os profissionais de saúde no exercício da sua profissão são regidos por regras deontológicas e éticas que são elaborados observando os direitos humanos. Devendo prestar cuidados aos pacientes observando o respeito aos direitos humanos, tomando-os como princípios orientadores e assumindo deveres em relação aos direitos humanos.

No exercício das suas funções os profissionais de saúde devem optar pela igualdade de valores entre os seus clientes, sendo proibido qualquer tipo de discriminação, assim são chamados todos os profissionais a adoptar a teoria do principialismo, que consiste na beneficência, a não maleficência, ao respeito a autonomia e justiça. Esses salvaguardam os direitos do paciente em especial aos mais vulneráveis, como as crianças, idosos e pessoas com deficiência. Neste sentido o profissional de saúde diante desses princípios serve como um advogado do paciente vulnerável, agindo sempre em benefício do paciente.

Na assistência aos cuidados de saúde o profissional de saúde segundo a ordem dos enfermeiros (2015) deve: a) Cuidar do paciente sem nenhuma discriminação; b) Salvaguardar os direitos das pessoas vulneráveis, como as crianças, idosos e pessoas com deficiência; c) Respeitar a autonomia do paciente; d) Respeitar as opções políticas, religiosas, culturais abrindo espaço para que exerça os seus direitos.

No entanto no serviço nacional de saúde, ainda não existe uma rigorosidade no tratamento das questões dos direitos humanos na sua íntegra, visto que as leis que protegem os pacientes estão espalhadas em diversos regulamentos e a falta de uma carta dos direitos humanos específicos para quem esta sob cuidados de saúde. O tema direitos humanos nos cuidados de saúde e direitos dos pacientes até os dias atuais em Moçambique em geral ainda é estranho e desconhecido pela população, deixando os profissionais de saúde a agirem em seu melhor interesse.

Segundo a ordem dos médicos de Moçambique os direitos dos pacientes são: O doente tem o direito de ser atendido com dignidade independentemente da sua religião, cultura, nível social, condição física e orientação sexual; Tem o direito de receber os cuidados de saúde apropriados a sua patologia, podendo ser cuidados curativos,

preventivos, de reabilitação ou terminais; Tem o direito a privacidade na prestação de todos atos clínicos; Tem direito de ser informado sobre sua situação de saúde e ser guiado para a melhor tomada de decisão e ser envolvido no plano de seus cuidados sempre que possível desde que solicite formalmente através de um documento; Tem direito de dar o seu consentimento ou recusá-lo, antes ou depois de um ato clínico ou de participar numa investigação ou tratamento; Tem direito de confidencialidade de todas as informações clínicas ao seu respeito e elementos que o identifique; Tem direito ao acesso de dados do seu processo individual; Tem direito a apresentar reclamações, sugestões, e queixas; Quando internado tem direito de receber visitas de familiares e amigos; Direitos a compensação por danos causados pela negligência dos serviços; Tem direito a não sofrer dor desnecessariamente; Tem o direito de envolver os familiares ou o cuidador principal no processo de recuperação ou manutenção da sua saúde sempre que possível; Tem direito de assistência religiosa ou espiritual desde que não cause transtornos ao serviço de saúde e outros doentes internos.

Estes direitos constam na constituição da República e vão em concordância com os direitos humanos e éticos com vista a fornecer ao doente a dignidade que é um direito nato e a humanização dos cuidados de saúde. Há que realçar que “uma decisão ética resulta de uma deliberação, de uma escolha consciente diante da pluralidade de elementos que envolvem determinada questão. Sendo que sua decisão terá implicações para si mesmo, para o usuário do serviço, para a instituição e para o conjunto da sociedade” (p.91)

3. Metodologia

A metodologia usada foi quantitativa e observacional de modo a acompanhar todos os procedimentos desde o atendimento até a prestação dos serviços médicos pelos profissionais da saúde. O levantamento de dados decorreu ao nível do hospital provincial de Lichinga no ano de 2022. Estudaram-se os direitos humanos e deontológicos no processo da assistência dos pacientes. O questionário foi dirigido aos pacientes que foram atendidos na primeira semana do mês de Abril do ano 2022, estiveram envolvidos três voluntários que participaram e dirigiram a entrevista dentro duma semana de uma forma aleatória.

Foi desenvolvido um inquérito por questionário de resposta anônima junto aos pacientes. Cada questionário era constituído por dez questões, que pretendiam descrever situações comuns da prática no hospital, com quatro a cinco opções de resposta, que

permitiam avaliar as decisões éticas médicas. Os questionários obedeceram ao princípio de autonomia, de beneficência, de não-maleficência e de Justiça. Os dados foram analisados e processados na base no Microsoft Excel 2013.

Foto 1: Hospital Provincial de Lichinga



Fonte: Arquivo pessoal

O Hospital Provincial de Lichinga está situado a norte de Moçambique, concretamente na Província de Niassa, na cidade de Lichinga, é a maior unidade hospitalar provincial, com 996 funcionários, dentre estes podemos destacar 17 médicos especialistas de varias áreas como oftalmologia, cirurgia, pediatria, maternidade e outras, assim como 44 médicos de clínica geral. De referir que este hospital ainda esta em reabilitação, como podem-se ver outros compartimentos ao lado desta parte frontal, razão pela qual ainda não tem inscrições que o identificam só pela imagem.

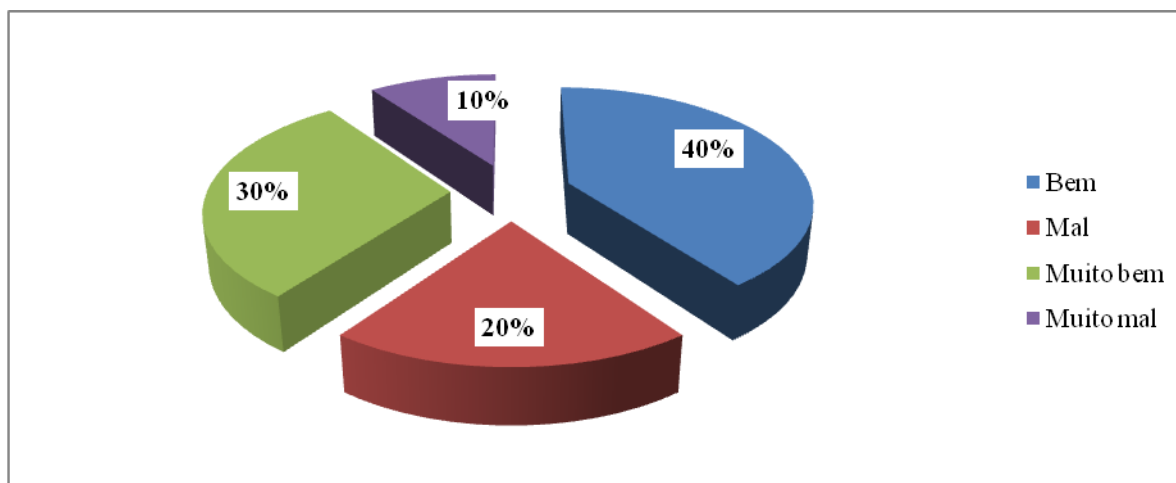
Segundo o Decreto nº76/2007 na sua Resolução nº 73/2007 diz que o doente tem o direito de ser tratado com qualidade e em instalações de boa qualidade com material adequado e com profissionais qualificados. Neste aspecto verifica-se aqui um grande esforço de melhoramento das condições no geral, a começar com a infraestrutura que é visível na imagem assim como pessoal qualificado que o hospital possui neste momento.

A Constituição da República de Moçambique (2004) em seu Art.40 defende que todo cidadão tem direito à vida. A vida é um direito e dever do Estado. Por isso, os hospitais públicas precisam prestar todo apoio necessário para que os serviços de saúde atendam a população de forma plena e com qualidade. Isso passa necessariamente por estabelecimento de políticas públicas de saúde que efetivamente defendam a saúde. O Art. 89º e o Art. 116º da Constituição da República (2004) defendem a saúde como fatores inegociáveis e daí que maior parte do orçamento do Estado é dirigido à saúde.

4.Resultados e discussão

4.1.Forma de atendimento

Grafico1: Forma como os doentes foram atendidos.



Fonte: Dados da pesquisa

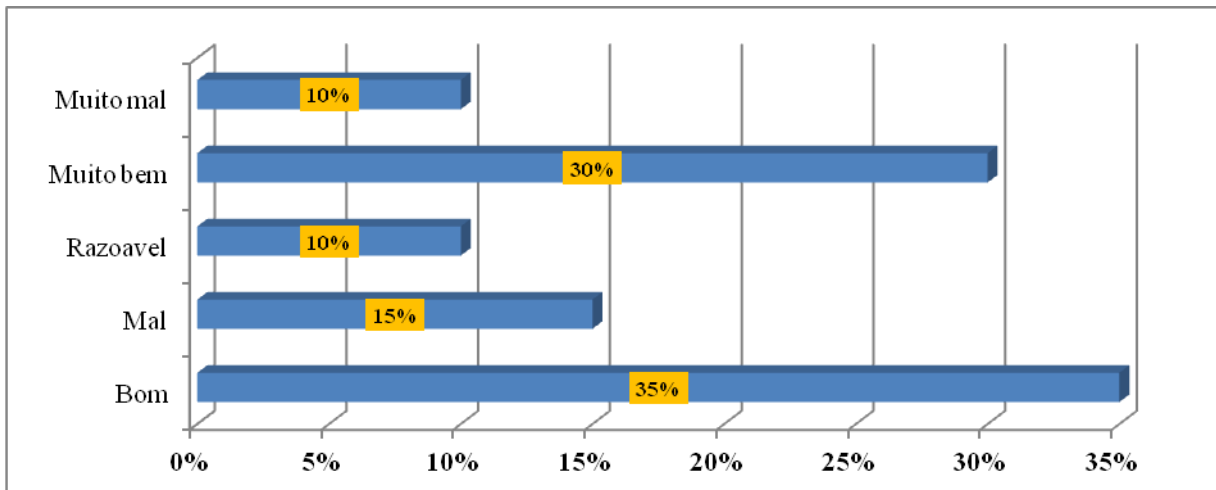
Numa amostra total de 20 indivíduos inquiridos, dos quais 40% revelaram que foram bem atendidos, 30% muito bem atendidos e 20% foram mal atendimento de acordo com o gráfico-1. Mediante esses resultados foi possível constatar que o Hospital Provincial de Lichinga tem providenciado um bom atendimento aos seus pacientes, constituindo um direito aos mesmos, assim como a carta Africana dos direitos humanos e dos povos preconiza que o bom atendimento e a satisfação fazem parte dos direitos dos civis e políticos.

Importa referir que a qualidade do atendimento hospitalar é de extrema importância, e pode ser um imenso desafio. Muitas das vezes a procura pelo hospital é decorrente de situações em que o paciente se encontra em estado de vulnerabilidade, por isso o mesmo deve se sentir inteiramente acolhido, desde o primeiro contacto com a

instituição médica até o fim dele. É importante que a experiência não seja algo desagradável ou traumatizante.

4.2. Prestação dos cuidados médicos

Gráfico 2: Qualidade do atendimento

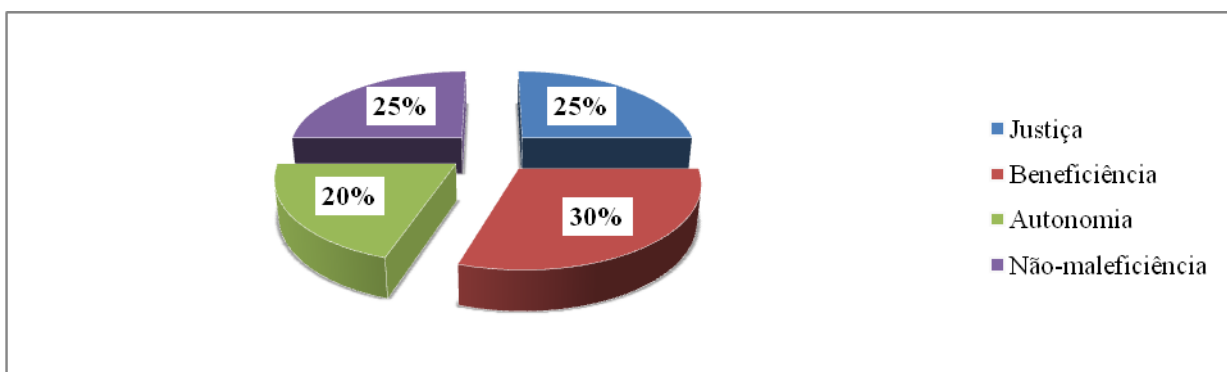


Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao atendimento os pacientes entrevistados deram a perceber que tem sido bom, pois os dados revelaram que 35% dos entrevistados disseram que o atendimento era mesmo bom, seguidos de 30% com a resposta de muito bom, o faz um total de 65% de um atendimento bom aos pacientes.

4.3. Princípios éticos no atendimento

Gráfico 3: Observância de Princípios éticos



Fonte: Dados da pesquisa

Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. Entretanto, na prática, o cuidado se apresenta de forma

histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa. Neste sentido o cuidado é importante, mas só ele não basta, o principialismo é um outro enfoque bastante difundido da bioética, e que pode contribuir bastante para a enfermagem. Existem 4 princípios da Bioética a justiça, beneficência, autonomia e não-maleficência.

Na base dos entrevistados foi possível constatar que os princípios da Bioética são observados na assistência de pacientes do Hospital Provincial de Lichinga, correspondendo os 30% a beneficência que estabelece esta obrigação moral de agir em benefício dos outros, 25% de não-maleficência (este novo princípio poderia ser entendido como "a obrigação de não causar danos". Ou seja, o uso da prudência diante de situações que exijam do profissional de saúde a não intervenção, já que, dependendo do caso, a ação "beneficência", poderia causar um mal maior que os benefícios decorrentes.

Os 25% correspondem a justiça, está relacionado à distribuição correta e adequada de deveres e benefícios sociais. Entende-se, dessa forma, que os seres humanos são iguais desde seu nascimento, não lhes podendo ser negado qualquer tratamento ou assistência em função de nenhum tipo de discriminação, seja social, racial ou outro factor, preocupando-se com a 8 equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens e por fim 20% de autonomia, significa a capacidade da pessoa humana de estabelecer os fins para sua conduta em função de seus valores e de escolher os meios adequados para atingi-los, como ilustra o gráfico-3.

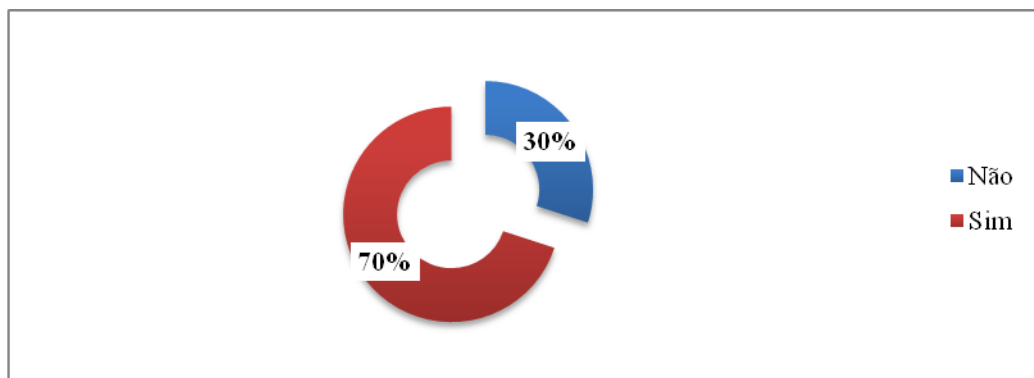
4.4.Sigilo Profissional

Os dados revelam que no Hospital Provincial de Lichinga, há observância do sigilo profissional, de acordo com o gráfico 4, 70% dos entrevistados revelaram a existência de sigilo profissional por parte dos profissionais da saúde. Como visto, o sigilo é simultaneamente direito do paciente e dever do profissional. Para Diego Gracia, é até mais dever que direito, porquanto assentado num compromisso de proteção que ultrapassa e dispensa o pedido do interessado. Ele é devido por todos aqueles que tiverem acesso aos dados pessoais do paciente em razão de sua atividade profissional (Cunha e Patrício, 2008).

O sigilo das atividades dos profissionais de saúde é fundamental porque garante a privacidade dos pacientes, assim como dos colegas que atuam na área. De acordo com Sampaio e Rodrigues (2014, p.86) "o sigilo profissional trata de uma informação a ser

protegida, impõe uma relação entre privacidade e publicidade, cujo dever profissional se estabelece desde a se ater ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho, a não informar a matéria sigilosa.”

Gráfico-4: Observância de Sigilo Profissional



Fonte: Dados da pesquisa

Assim é que médicos, enfermeiros, auxiliares técnicos, psicólogos, assistentes sociais que receberam as informações diretamente do paciente, como também aqueles que tiverem acesso ao seu prontuário, como arquivistas, auditores, entre outros os quais devem ser em menor número possível, estão obrigados a manter em segredo tudo o que souber nessas (Costa, 1995).

Nesse escopo, é mister recomendar particular cuidado com prontuários e fichas, os quais não devem ficar acessíveis a qualquer pessoa, bem como guardar atenção às conversas de corredor e à troca de impressões, mesmo com colegas de profissão, que permitam a identificação do paciente, evitando-se passar adiante informações que só a seu titular dizem respeito, a fim de preservar ao máximo a intimidade do paciente (Cunha e Patrício, 2008).

Conclusão

Vive-se em um país de graves desigualdades econômicas e sociais. Neste contexto, a ação dos serviços e dos profissionais da saúde assume extrema relevância. O compromisso ético de garantir uma assistência adequada e atenta às especificidades de nossa população é um imperativo para todas as categorias profissionais em saúde. O artigo revelou que no Hospital Provincial de Lichinga tem ocorrido um bom atendimento e assistência aos pacientes, e são observados no seio do hospital os quatro princípios da

Bioética a saber a justiça, a autonomia, a beneficência e a não-maleficência. Os profissionais do hospital demonstraram possuir sigilo profissional.

Os profissionais de saúde precisam ficar atentos aos princípios da bioética por forma a que se possa respeitar os direitos dos cidadãos. A assistência aos pacientes deve ocorrer dentro (por meio de médicos, enfermeiros) e fora das instalações de saúde (família). No caso, seria interessante que se possa evitar a **mistanásia** que é conhecida como **eutanásia social**, uma vez que consiste na ocorrência de mortes precoces causadas por fatores políticos, sociais e econômicos. É a exclusão do indivíduo dos processos de inserção social e construção da cidadania (Soares, Freire, 2020, p.157).

Conclui-se que no Hospital Provincial de Lichinga tem ocorrido um bom atendimento e assistência aos pacientes, e são observados no seio do hospital os quatro princípios da Bioética a saber a justiça, a autonomia, a beneficência e a não-maleficência. Com isso não se pretendeu afirmar que não haja dificuldades, falta de infraestruturas e nem insumos hospitalares. Há sempre desafios porque estamos falando de um hospital de um país subdesenvolvido, com dificuldades próprias. A formação de profissionais de saúde com qualidade precisa ser encorajada para além de seminários e reciclagem que permite a atualização de conhecimentos.

Da pesquisa se conclui que os profissionais do hospital que foi objeto de estudo demonstraram possuir sigilo profissional. Isso é fundamental e deve continuar assim. Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) ampliou os princípios dos anos 70 e de 4 passaram para 15 princípios: Artigo 3º – Dignidade Humana e Direitos Humanos; Artigo 4º – Benefício e Dano; Artigo 5º – Autonomia e Responsabilidade Individual; Artigo 6º – Consentimento; Artigo 7º – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir; Artigo 8º – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual; Artigo 9º – Privacidade e Confidencialidade; Artigo 10º – Igualdade, Justiça e Equidade; Artigo 11º – Não-Discriminação e Não-Estigmatização; Artigo 12º – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo; Artigo 13º – Solidariedade e Cooperação; Artigo 14º – Responsabilidade Social e Saúde; Artigo 15º – Compartilhamento de Benefícios; Artigo 16º – Proteção das Gerações Futuras; Artigo 17º – Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade.(UNESCO, 2005).

Concluimos esta pesquisa analisando que a exclusão social “é um fenômeno expropriador, excludente, alienador da própria condição humana. O homem excluído é o homem destituído de importância econômica e viabilidade no mundo da produção e do

consumo.” (Soares, Freire, 2020, p.161). O respeito aos Direitos Humanos é fundamental para que a dignidade prevaleça na sociedade.

Referências

- Abreu C. B. B.; Fortes P. A. C. (2014). Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Revista Bioética*. vol. 22, nº2, p. 299-308.
- Carvalho J. C. M. (2002). *Responsabilidade civil médica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Destaque; 2002.
- Costa Jr. P. J. (1995). *O direito de estar só: tutela penal da intimidade*. 2.ed. São Paulo: RT.
- Cunha, L.; Patrício Z. M. (2008). Confidencialidade e privacidade em planos de saúde. *Revista Bioética*. vol.16, nº1, p.141-54.
- Forte, P. A. C. (1998). *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direito dos pacientes, estudo de casos*. São Paulo: EPU.
- Gomes, L. G. do C.; Beffa, I. K.(2015). Da mistanásia e da bioética: violações do direito fundamental à saúde. *Anais Eletrônico IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar*. n. 9, p. 4-8.
- Jona O. M. (2016). O direito a saúde como um direito humano em Moçambique. *Cad-Ibero-Amero*. Brasília. Vol. 5, nº1, p.152-164.
- Moçambique. (2004). *Constituição da República de Moçambique*. Maputo: Assembleia da República.
- Moçambique. *Decreto nº76/2007 de 18 de Dezembro que aprova a carta dos direitos e Deveres dos doentes*. Maputo: Diário Oficial.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional da enfermagem: 25 carta dos direitos fundamentais da união europeia; Lei nº 134/99; v.352-367*).
- Paranhos, D. (2018). *Direitos humanos dos pacientes idosos*. Rio de Janeiro: Lumen Luris.
- Sampaio, S. S.; Rodrigues, F. W. Ética e sigilo profissional. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 117, p. 84-93, jan./mar. 2014
- Soares, E. C. de M.; Freire, L. O. Prisão, Morte Social e Direitos Humanos. *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, [S.l.], vol. 20, p. 153-164, dez. 2020.
- UNESCO. *Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco, 2005 (de 2005 com 28 artigos). Trad.: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado, Revisão: Volnei Garrafa (33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO).

União Africana. *CADHP carta Africana dos Direitos Humanos e Povos*. Aprovada pela Conferência Ministerial da Organização da Unidade Africana (OUA) em Banjul, Gâmbia, em janeiro de 1981, e adotada pela XVIII Assembléia dos Chefes de Estado e Governo da Organização da Unidade Africana (OUA) em Nairóbi, Quênia, em 27 de julho de 1981.

7.APÊNDICES

Questionário

1. Como foi atendido na unidade sanitária

Bem	8	40%
Mal	4	20%
Muito bem	6	30%
Muito mal	2	10%

1

2. Prestação dos cuidados médicos

Bom	7	35%
Mal	3	15%
Razoável	2	10%
Muito bem	6	30%
Muito mal	2	10%

3. Princípios éticos no atendimento

Justiça	5	25%
Beneficência	6	30%
Autonomia	4	20%
Não-maleficência	5	25%

20

4. Existia sigilo profissional por parte dos profissionais

Não	6	30%
Sim	14	70%

20

Recebido em: 01/05/2022

Aceito em: 25/09/2022

Para citar este texto (ABNT): MINA, Augusto; MALATE, Esmeralda Amélia, MEQUE Fernando. A bioética, direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no hospital provincial de Lichinga-Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 123-136, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Mina, Augusto Malate, Esmeralda Amélia, MEQUE Fernando. (dez. 2022) A bioética, direitos humanos e deontológicos na assistência dos pacientes no hospital provincial de Lichinga-Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 123-136.



Njinga & Sepé: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape>

Análise de questões de Bioética no atendimento dos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga, Janeiro – Março de 2022

Domingos Ricardo Domingos Tapa *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0818-1005>

Mário Ivo Muchanga **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6376-5228>

Armindo Joaquim Mahite ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-0797-2190>

Resumo: Este trabalho tem como objetivo analisar as questões de Bioética no atendimento dos pacientes nas Unidades Sanitárias de Moçambique, concretamente nos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e do Hospital Provincial de Lichinga, uma vez que o atendimento dos pacientes no Sistema Nacional de Saúde tem vindo a ser criticado pela sociedade civil devido a forma como são tratados aspectos relacionados a Bioética, ora vejamos, os resultados de alguns instrumentos de medição de satisfação de utentes em Laboratórios têm revelado índices de insatisfação ligados a forma como o atendimento é feito, preocupando deste modo as autoridades sanitárias do País e dos Hospital Militar de Maputo e do Hospital Provincial de Lichinga em particular. Através da aplicação dum questionário, foi inferido o grau de conhecimento sobre Bioética, levando a constatação do conhecimento sim do tema, mas, falta de domínio e confusão de aplicação, recomendando a capacitação dos técnicos de laboratório nessa matéria e na matéria sobre o decreto 73/2007 sobre Direitos e deveres do doente.

Palavras chave: Bioética; Atendimento; Laboratório

Analysis of Bioethics issues in the attendance of the Laboratories of the Maputo Military Hospital and Lichinga Provincial Hospital, January – March 2022

Abstract: This work aims to analyze the issues of Bioethics in the care of patients in the Health Units of Mozambique, specifically in the Laboratories of the Maputo Military Hospital and the Lichinga Provincial Hospital, since the care of patients in the National Health System has been criticized by civil society due to the way aspects related to Bioethics are treated, let's see, the results of some instruments for measuring user satisfaction in Laboratories have revealed indices of dissatisfaction linked to the way in which the service is provided, thus worrying the health authorities in the country and the Hospital Militar de Maputo and the Hospital Provincial de Lichinga in particular. By using an inquiry, the study estimate de probability of one technetium known the principles of

* Mestrando em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância (ISCED), licenciado em Ensino de Biologia. Atuando no Hospital Militar de Maputo. Email: dtepa@isced.ac.mz,

** Mestrando em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância (ISCED), licenciado em medicina geral. Atuando no Hospital Rural de Mandlakazi. Email: mmuchanga@isced.ac.mz

*** Mestrando em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância (ISCED), licenciado em Ensino de Biologia. Atuando no Hospital Provincial de Lichinga. Email: amahite@isced.ac.mz,

bioethics and known how to use it in contact with de patient. The study conclude that: the technetium of laboratory don't have the domino of the application of the principles of bioethics and recommend the capacitation of the all technetium in Principiules of bioethics and the decret 73/2007 of the patient's rights and duties.

Keywords: Bioethics, Service, Laboratory

Introdução

A Bioética sendo uma ciência multidisciplinar que se preocupa com o bem-estar da vida, ela encontra-se inserida em todos os campos que geralmente lidam com a saúde humana. O atendimento dos pacientes nas unidades sanitárias do nosso país ainda constitui um desafio quando o assunto é ética e direitos humanos. A pesquisa foi realizada no Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga, e visou apurar como é as questões de éticas são levadas em consideração no atendimento a nível dos Laboratórios destas Unidades Sanitárias.

O atendimento a nível das Unidades de todo mundo devem rever das leis ou dos fundamentos ou princípios da Bioética que resumem-se na beneficência, na autonomia, na justiça e não maleficência. Durante o atendimento nas Unidades Sanitárias e nos Laboratórios em particular, deve-se levar em consideração todos estes princípios acima mencionados, onde os profissionais de saúde ou servidores devem colocar-se sempre no lugar dos pacientes, procurando sempre fazer o bem para o paciente, agir sempre com justiça, promover sempre a beneficência e nunca a não maleficência.

No Laboratório do Hospital Provincial de Lichinga, o atendimento dos pacientes observa os 4 princípios da Bioética más ainda precisam ser melhoradas alguns aspectos relacionados com a justiça, pois, de acordo com a medição de satisfação através satisfatómetros, vários pacientes relataram o fato de chegarem primeiro para o atendimento más verem situações em que os que chegam mais tarde serem atendidos sem se obedecer a bicha, o que deixa-lhes bastantes intrigados com os provedores.

Já no Laboratório do Hospital Militar de Maputo, o atendimento dos pacientes é feito tendo em conta, por um lado, a hora de chegada e prioridade (Mulheres grávidas, idosos e deficientes), e usando o critério de patente militar (Militar se apresentando uniformizado), visto existir uma hierarquia a ser observada também no atendimento, entre soldado, sargento e oficiais, sendo a prioridade de cima para baixo, da mais alta patente, General do exercício ou Almirante, para a mais baixa, Soldado.

Aqui referenciar que, se observam atropelos a prioridade tendo em conta hora de chegada, devido ao atendimento de familiares, amigos e conhecidos por parte dos

técnicos, influenciada por alguns elementos com maior patente militar ou por parte do próprio provedor. A pesquisa é de extrema importância pelo facto de poder trazer resultados que beneficiarão o bom atendimento ou a boa prestação de serviços para mais pacientes que frequentam os Laboratórios das Unidades Sanitárias em destaque, mas não só, os resultados da pesquisa podem ser usados para melhorar o atendimento em outros Laboratórios das Unidades Sanitárias do País.

Face a estes argumentos, pretende-se com esta pesquisa, saber até que ponto há observância dos aspectos bioéticos no atendimento aos pacientes que frequentam os laboratórios dos Hospitais Militar de Maputo e Provincial de Lichinga? De acordo com os relatos feitos nestas Unidades Sanitárias, há lacunas no cumprimento dos princípios bioéticos por parte de alguns profissionais que trabalham nos Laboratórios, o que abate psicologicamente os pacientes.

A pesquisa tem como objetivo geral, avaliar o cumprimento dos aspectos bioéticos no atendimento dos pacientes nos laboratórios do Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga no período de Janeiro a Março de 2022. Para se alcançar este objetivo, medir-se-á se o grau de satisfação dos pacientes usando os satisfatómetros; inquerir-se-á aos provedores de saúde para aferir os seus conhecimentos sobre aspectos bioéticos e colher-se-á experiência de outros Laboratórios através de leituras bibliográficas.

Fundamentação teórica

Figueiredo (2015), afirma que o laboratório de análises clínicas (LAC) ou simplesmente testes complementares de diagnóstico médico (nome dado a todos procedimentos que vão garantir a correta identificação da patologia ou enfermidade), evoluíram de simples médicos, químicos e boticários, que aplicavam testes simples de química para confirmação de diagnóstico, para uma vasta gama de testes específicos e padronizados e até mesmo automatizados (vistos quase em toda áreas da LAC), e sendo realizados por pessoal formado em áreas da saúde e fora da saúde, com relação com laboratório no seu geral.

De acordo com Figueiredo (2015), ao longo da implementação dos laboratórios clínicos foram atropelos aos princípios bioéticos com destaque para os erros laboratórios e a forma de atendimento de pacientes, por além do atropelo das seguintes regras morais ou normas de conduta das LAC: a integridade de conduta, o respeito pelas pessoas e responsabilidade social.

Observando essas regras morais, observamos a sua relação com os princípios bioéticos das teorias principalistas de Beauchamps e Childress, na sua obra *Principles of biomedical ethics*, onde encontramos os princípios de Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência (Figueiredo, 2015; Junqueira, 2012; Nunes & De Andrade, 2013).

De acordo com Autolac (2022)a e b, os laboratórios de análise clínica devem adotar um código de ética, de modo a garantir a sua funcionalidade, onde se destacam em relação a relação o profissional e o paciente, os Princípios gerais e as relação internas e externas, bem como as sanções por incumprimento destas. Concordando com esta posição, Figueiredo (2015), afirma que os laboratórios necessitam de seguir de forma seria um código de ética capaz de solucionar os vários dilemas éticos enfrentados na relação LAC – Paciente.

De acordo com a Resolução 73-2007 de 18 de Dezembro, A carta dos direitos e deveres dos doentes/pacientes, os direitos dos doentes estão extremamente ligados aos princípios da Bioética, onde observamos, por exemplo, no seu ponto 8, a seguinte afirmação: “*O doente tem direito de dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto medico ou participação em investigação ou ensino clinico*”, podemos observar claramente que tem origem no princípio da autonomia.

Segundo a ONG Observatório cidadão para a saúde (OCS), na sua análise sobre a Resolução 73 – 2007, em 2020, 13 anos depois da aprovação e publicação desde, esta é de fraco conhecimento por parte da população, fazendo com que ainda se observem injustiças em relação ao acesso universal a saúde e o direito a saúde, este ultimo plasmado em nossa Constituição da República, no seu artigo 89. Falando sobre as ética das virtudes em análises clínicas, Neufeld (2015, p.65) explica que

apesar da existência de muitas correntes éticas, a ética da virtude tem uma estrutura teórica sólida e útil para se compreender a moralidade, discernir o que se deve fazer e ser, defender virtudes específicas relacionadas a problemas morais correntes e compreender a psicologia moral das pessoas virtuosas. Numa menção ao conceito de virtude que, em Aristóteles, é a disposição que torna o homem bom e o faz desempenhar bem a sua função, é possível ter, como noção de virtude, o correto desempenho da função. No caso da bioética, para determinar [em essência] o que seria um homem bom, deve-se analisar não o homem em si, mas a função que ele desempenha. Em análises clínicas, parte-se da ideia da prevalência do interesse do paciente e sua busca pela saúde e bem-estar. Obter o bom desempenho da função de analista clínico, conforme Aristóteles, é verificar a aproximação da conduta profissional a esse fim. A ética das virtudes poderia proporcionar uma base conceitual para a ética profissional. Neste sentido, a virtude poderia ser entendida como um conceito normativo para a ética da profissão de analista clínico.

Metodologia e Método

Para a elaboração desta pesquisa, foi realizada uma análise documental de obras que debruçam sobre a Ética e Bioética no LAC, de modo a observar quais são e a elaboração de um pequeno questionário para os técnicos de laboratório de modo a aferir o seu conhecimento e domínio sobre os princípios bioéticos a serem aplicados no decurso das suas atividades laborais. Os autores deste artigo também apresentam um resumo dos aspectos éticos e bióticos por se vivenciados ao longo das suas atividades laborais, que foram a base para essa pesquisa.

O presente artigo é o início de uma pesquisa mais aprofundada, que poderá verificar o conhecimento e aplicação dos princípios bioéticos pelos técnicos e responsáveis dos diversos laboratórios de análises clínicas a nível nacional, bem como a implementação, se inexistente, de um código de Ética para LAC. Esta pesquisa foi feita nos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo, no Hospital Provincial de Lichinga e laboratórios de Gaza, implementando o inquérito de modo a obter o n mínimo de 30 participantes, para uma amostragem mínima.

Para a realização desta pesquisa, elaborou-se um questionário compreendido por 12 questões, onde principalmente se pretendia saber qual é o nível de conhecimentos que possuem sobre a forma de atendimentos aos pacientes, principalmente que concerne aos aspectos Bioéticos. Fizeram parte da pesquisa os profissionais de Saúde afetos nos afetos nos Laboratórios das duas Unidades Sanitárias em estudo e alguns fora destas. Ser profissional do Laboratório do Hospital Provincial de Lichinga, constituíram critérios de aceitação para o estudo, e não ser profissional do Laboratório constituiu como critério de rejeição.

Como fator limitante, tivemos a fraca participação dos técnicos dos laboratórios que são o objeto de estudo, influenciando negativamente nos nossos resultados, mas através da abertura para outras las's, obtive a amostra de 18 participantes, sendo 6 para cada objeto de estudo, e mais 6 de outras lac's. Em relação a análise de dados iremos codificar o inquérito, vide anexo 1, para a sua análise no Excel, vide, ficheiro Excel anexado ao presente trabalho.

No anexo IV, temos a codificação das questões do inquérito, as quais através da seguinte análise de correlação iremos analisar a relação entre princípios bioéticos e atendimento aos pacientes e respeito ao decreto 73/2007 sobre direitos e deveres dos doentes:

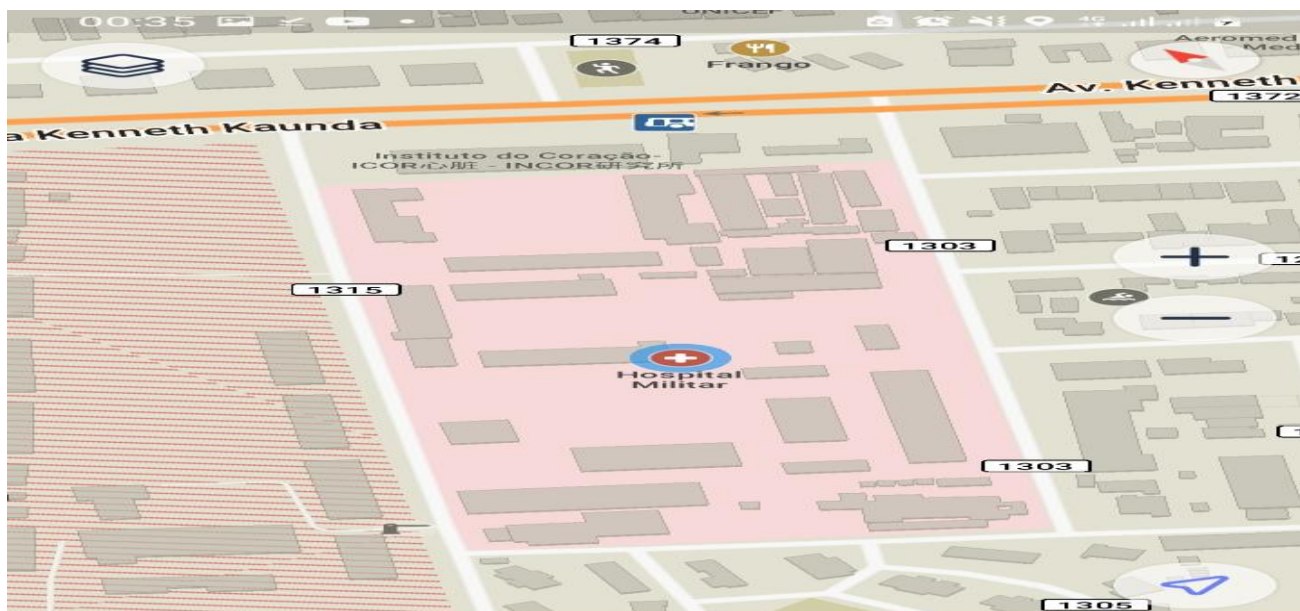
- BLI01 vs BLII 01 – Relação entre a origem dos participantes do inquérito e conhecimento sobre bioética;
- BLI06 vs BLII01 e BLII05 – conhecimento sobre o decreto 73/2007 e a conhecimentos sobre os princípios da bioética;
- BLI05 vs BLII01, BLII02, BLII05 e BLII06 – área de formação e conhecimentos sobre os princípios da bioética;
- BLII1 vs BLIII 01 a BLIII 04 – Relação saber sobre a ética e bioética e a sua aplicação num contexto fictício.
- Análise da questão aberta sobre prioridades de atendimento entre idosos, mulher grávida e atendimento a dirigentes (Chefes e seus descendentes).

Discrição do objecto de estudo – LAC HMM e LAC HPL

- **Caracterização do Hospital Militar de Maputo**

Segundo Jofrice (2004) e Bule (2017), o Hospital Militar de Maputo localiza-se na Bairro Sommerschild, entre as Rua General Teixeira Botelho (devemos ter atenção que no local esta Rua Bandula Kumbula), Av. Kenneth Kaunda, Rua de Pero d' Anay e Av. Cahora Bassa, Cidade de Maputo, localização espacial -25,957321,32.5992133.

Mapa 1: Mapa de localização do Hospital Militar de Maputo



Fonte: Aplicativo para celular *Maps me*.

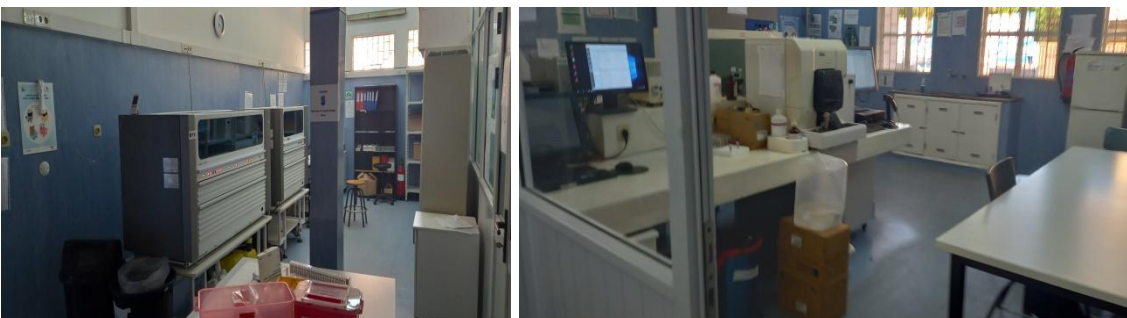
Foto 1: Hospital Militar de Maputo



Fonte: Arquivo pessoal

Este Hospital contém vários sectores, um dos quais é o Laboratório, o qual está constituído por 7 compartimentos a saber: Hematologia, Bioquímica, Parasitologia, Microbiologia, Imunologia, Biologia Molecular.

Imagem 2: Sectores do Laboratório do Hospital Militar do Maputo, átrio do laboratório e sectores, Biologia Molecular e Hematologia.



Fonte: O autor

E neste Laboratório são atendidos cerca de 65 pacientes ambulatoriais diariamente, para diferentes exames, e cerca de 20 pacientes internados. Em termos de Recursos Humanos, o Laboratório conta com um total de 45 técnicos de várias áreas de formação, desde quadros Superiores e Médios, Pessoal Administrativo, e Pessoal. Más trabalham também técnicos Administrativos sem formação específica para área da saúde. Este Laboratório é bastante relevante pelo fato de ser o maior laboratório de referência a nível de Saúde Militar do País.

- **Caracterização do Hospital Provincial de Lichinga**

O Hospital Provincial de Lichinga localiza-se na Avenida do Trabalho, Rua da Direção Provincial de Saúde - Cidade de Lichinga.

Imagem 3: Novo Edifício do Hospital Provincial de Lichinga



Fonte: O autor

O Laboratório conta com um total de 8 subsectores, sendo eles: Sala de Colheitas, Hematologia, Bioquímica, Parasitologia, Bacteriologia, Citometria de fluxo, sector Covid-19, Recepção, Vestiário, Gestão.

Imagem 4: Sectores do Laboratório do Hospital Provincial de Lichinga



Fonte: Arquivo pessoal

Neste Laboratório são atendidos em média 120 pessoas, desde os pacientes que vem fazer os exames laboratoriais, os que vem levantar os resultados, os que vem marcar as análises para a colheita de amostras no dia seguinte, os motoristas que vem recolher resultados para o referenciamento, entre outros. O Laboratório do Hospital Provincial de Lichinga é o maior da província e, por conseguinte o de Convergência de amostras, sendo o de grande valia pelo fato de ser o local onde convergem todas as amostras vindas dos distritos e unidades sanitárias periféricas, e por ser o que melhores equipamentos possui para o diagnóstico. Portanto, é uma infraestrutura de grande importância para a província. Conta com um total de 50 profissionais, desde os técnicos médios de Laboratórios, Superiores de Laboratórios, Técnicos Superiores N1, Administrativos e Agentes de Serviço, portanto, nem todos de Formação Profissional e muito menos passaram por uma formação em princípios bioéticos.

Vivências diárias, Resultados, Análise e Discussão dos resultados

Hospital Provincial de Lichinga Vs aspectos Bioéticos

Como se disse ao longo das aulas, a Bioética é uma área de estudo interdisciplinar que envolve as problematizações éticas, o direito e a Biologia enquanto ciência que estuda a vida. A bioética na área saúde preocupa-se com os problemas relacionados com os valores que surgem da relação entre o provedor de saúde e o paciente. Neste sentido, tomando em consideração que a Bioética centra-se basicamente em 4 princípios básicos, de entre eles, a Beneficência, a Justiça, a Autonomia e a Maleficência.

No que refere a Beneficência, no Laboratório do Hospital provincial de Lichinga, está bem claro que todos os provedores tem a noção de que todas as atenções devem estar viradas para fazer o bem para o paciente, procurando servi-lo cada vez melhor, aplicar todas as práticas tecno laboratoriais que procuram no máximo afastar prejuízos ao paciente, uma das práticas que evidenciam a prática da beneficência no Laboratório da Unidade Sanitária acima descrita, é o fato de atualmente aparecerem nos kits dos testes rápidos de Malária, umas lancetas com uma ponta perfuro cortante maior, e para inverter o mal que estas poderiam causar, os provedores procuram substituir com outras lancetas de ponta muito fina para reduzir no máximo a dor que o paciente poderia correr se fosse aplicada a lanceta original que vem no kit, entre vários outros aspectos. Contudo, ainda se pode notar alguns provedores que parece que não tiveram a formação em Bioética, acabando por atropelar ou não respeitam este princípio.

No concernente a Justiça, ainda nota-se uma iniquidade no atendimento aos pacientes, isto tudo perpetuado por uma pequena porção de profissionais que estão no laboratório e agem como se não tivessem tido pelo menos uma formação de trabalho em matérias de ética e bioética médica. Esta prática é notória e relatada no livro de reclamações do sector, e deixa agastados os pacientes que frequentam a aquele sector. Um dos exemplos relatados pelos pacientes, tem a ver com o fato de alguns pacientes chegarem nas primeiras horas da manhã com a convicção de terem o atendimento quanto antes, mas que tal situação passa por uma utopia, pois, as vezes são atendidos outros pacientes que não cumprem as bichas.

No que tange a Autonomia, felizmente no Laboratório Clínico do Hospital do Hospital Provincial de Lichinga, este princípio é cumprido e muito bem, até porque alguns exames são marcados para o dia seguinte após a consulta, antecidos por uma explicação detalhada sobre o tipo de exame que o paciente será submetido, o tipo de amostra que deverá trazer consigo e em que circunstâncias, bem como a hora que o paciente deve se fazer presente para a realização do exame.

E no que refere a Maleficência, na verdade nada deve ser feito ao paciente sabendo que não trará benefícios a este, não se deveria praticar a maleficência para nenhum paciente, más a partir do momento que encontramos certas reclamações nos livros para o efeito, pode ser sinónimo de que podem estar a ser feitas algumas práticas que lesam o paciente.

Hospital militar de Maputo Vs Princípios Bioéticos

A Beneficência é observada nas atividades dos Técnicos em suas atividades, olhando para algumas situações de conflito moral, como na colheita de Exsudado vaginal, com falta de técnicos do sexo masculino na sala de colheita, sempre fui requisitada uma técnica do sexo feminino para a realização dessa colheita ou na ausência de uma, sempre foi aconselha a realização da colheita no dia seguinte, de modo a preservar os direitos da paciente à privacidade.

A Justiça está meio camuflada com o cumprimento do respeito pela hierarquia militar, devido a um decreto no boletim da república e normais militares de convivência, que preconizam o atendimento privilegiado em relação a maior patente presente no local, criando constrangimentos, vistos, por exemplo, na chegada dos militares e seus dependentes, enquanto um soldado ou sargento, deve cumprir o tempo de chegada ao local, um general e seus dependentes, tem atendimento especial, existindo até um protocolo próprio para atendimento personalidade deste grupo em particular, que até pode consistir no deslocamento do pessoal técnico (Médico, Técnico de Laboratório e outros) para a residência do general, tendo em conta o decreto sobre Assistência medica e medicamentosa para as FADM (Boletim da República, 2003). Ai surge a seguinte questão: qual é a justiça que existe nesse atendimento, se alguém que chega as 5-6 horas da manha é atendido depois de alguém que chegou às 9 horas?

A Autonomia e a Não Maleficência são verificadas, respeitando todos os ditames de comportamento profissional. Neste aspecto, precisamos verificar o papel do Médico no levantamento de resultados de exames de seus pacientes, visto ser muito comum essa situação, principalmente envolvendo exames de altos dirigentes do estado e generais (Esses são atendidos numa área especifica do Hospital, designada de Consultas VIP's que esta abertas para atendimento da população geral sem relação as FADM).

Resultados dos questionários

Temos a seguinte relação da questão mais respondida em relação as questões:

Secção BLI: BLI01-3, BLI02-1, BLI03-2, BLI04-2, BLI05-1, BLI06-1, BLI07-1;

- Temos a participação de elementos em número nos três casos, mas, notamos a ausência total de comprometimento com o estudo em relação aos técnicos dos hospitais em estudo, isso significa que falar de bioética mexe com certas sensibilidades em qualquer laboratório que pode ser objeto de estudo, onde observamos uma demora na entrega das respostas de mais de 5 dias, sendo necessário recorda-los sobre essa

atividade, sendo que muitos se absterão de participar, mais de 50% dos técnicos do HMM não participaram, mesmo tendo informação de que era um estudo preliminar. A maioria dos participantes foi do sexo masculino, com idades entre 25-35 anos, da área técnica dos laboratórios, com formação em cursos de saúde, tendo contacto com os pacientes na fase pré - analítica, na colheita das amostras.

Secção BLII: BLII01-1, BLII02-1, BLII03-2, BLII04-2, BLII05-1, BLII06-1;

- Os técnicos inquiridos tem conhecimentos sobre ética e bioética e tem aplicado na sua relação com os pacientes, as vezes tem dificuldades na aplicação dos princípios da bioética e muitos reconhecem o princípio da justiça, como um dos princípios da bioética, muitos conhecem o decreto-lei sobre os direitos dos pacientes e existe um código de bioética em seu local de trabalho.

Secção BLIII: BLIII01-2, BLIII02-2, BLIII03-5, BLIII04-2;

- Em relação as situações de conflito moral fictícias propostas pelo estudo, os técnicos concordaram que numa situação de reclamação dum paciente devido a troca de resultados, estes irão encaminhar o caso para a quem de direito, a recepção, para a sua resolução aplicando o princípio de justiça. Para a situação sobre prioridade de atendimento, a maioria indicou que a ordem deve ser seguida tendo em conta os princípios da bioética e o decreto 73/2007, tendo em conta mais uma vez ao princípio de justiça.

Questão Aberta: sendo uma continuidade da questão BLIII03, queríamos ouvir do técnico a razão da sua escolha da ordem de prioridade, vide as respostas dos técnicos no anexo III, e a maioria afirmou que iriam seguir as regras pré – estabelecidas.

Correlações (Anexo VI em separado do trabalho final devido a configuração da página, landscape – para albergar de melhor forma as tabelas de estatística descritiva e correlação).

- BLI01 vs BLII 01 - correlação de 100% - todos técnicos conhece ética e bioética;

- BLI06 (Contacto com pacientes) vs BLII01 e BLII05 (Conhecimento sobre bioética e decreto lei 73/2007) – Correlação negativa entre BLI06 E BLII05 de -0.05882, o que sugere que os participantes não disseram a verdade em relação ao seu conhecimento

Domingos R. D. Tapa, Mário I. Muchanga, Armindo J. Mahite, *Análise de questões de Bioética no ...* sobre o decreto 73/2007 e sua relação com os princípios da bioética, tendo alguma dificuldade em relação aos dois conteúdos;

- BLI05 (Área de formação) vs BLII01, BLII02, BLII05 e BLII06 (conhecimento e aplicação da bioética) – correlação positiva entre BLI05 e BLII03, BLII05 e BLII06, de 0,388685, 0,328319 e 0,328319 respectivamente, e uma relação negativa com BLII02 de -0,09339; levando a determinar que durante o atendimento de pacientes temos uma chance de 32% em 18 técnicos de aplicarem os princípios da bioética, o que nos diz que mais de 50% dos nossos inquiridos omitiu algo em relação a sua real situação sobre conhecimento dos princípios da bioética e sua aplicação;

- Presença de código de Ética – Sem razão para análise;

- BLII1 vs BLIII 01 a BLIII 04 – Não apurada essa correlação.

Discussão conclusiva: Olhando para a resposta da questão aberta, onde 3 dos 18 técnicos preferiu afirmar sem comentários ou simplesmente não responder, muitos usam o subterfúgio das leis vigentes e não perceberam a ratoeira da questão, o chefe ou dirigente da área da saúde que subentende os laboratórios, apresenta na nossa situação fictícia, uma situação anômala – O seu dependente já não tem direitos ao atendimento, o que pressupõem que este é maior de idade, logicamente, deve assumir as suas custas em relação ao seu atendimento, em uma unidade sanitária que se paga pelos serviços de laboratório ou outros serviços. Ficando claro que só o fato de ser um chefe, a se apresentar em nossos laboratórios, este é um fator intimidador aos técnicos, fazendo com que seja atendido, mesmo numa situação na qual por lei não devemos atender os seus dependentes, visto já não possuírem direitos por terem atingido maior idade.

Conclusões e Recomendações

O presente estudo é uma análise preliminar, não podendo inferir com exatidão o domínio dos conteúdos e aplicação dos princípios da bioética, tendo tido a limitação da amostra, $n < 30$: 18 participantes, número que não pode ser usado como base de inferência estatística confiável.

A formação do técnico de laboratório em cursos da área de saúde contribui de forma significativa para o conhecimento e aplicação de princípios da bioética, ao passo

que a formação em áreas como ensino e química industrial, apresentam algumas limitações na sua aplicação por terem éticas próprias para o ensino e para a indústria.

Nos Laboratórios dos Hospitais (Provincial de Lichinga) e (Militar de Maputo) temos vários colegas que não tiveram a formação em matérias de Bioética durante a sua formação, sendo necessário a capacitação destes nessa matéria.

Os técnicos inquiridos, não foram honestos em relação a existência de um código de ética nos seus laboratórios, ou não perceberam a questão, daí que não analisamos este aspecto em nossa análise de dados.

Recomenda-se ao Estado, ao MISAU, para investir em e promoverem mais palestras e formações em trabalho para divulgação de matérias relacionadas com a Bioética humana, concretamente nos seus princípios básicos (Benevolência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça) para devolver-se confiança dos cidadãos aos serviços prestados nos Laboratórios das Unidades Sanitárias do nosso belo Moçambique e garantir uma maior qualidade dos serviços.

Encorajamos a quem de direito ou estudantes (Diversas áreas da saúde e administração pública preocupadas com o tema) para fazer um estudo a nível nacional sobre o domínio de Conteúdos sobre bioética, de modo a dar seguimento do presente estudo preliminar.

Referências

Autolac (2022a) *Código de ética para laboratórios de análises clínicas: por que seguir?* Blog [Online]. Disponível em: <http://autolac.com.br>. Acesso em: 27 mar. 2022.

Autolac (2022b) *Qual a importância do código de ética para laboratórios de análises clínicas?* Blog [Online]. Disponível em: <http://autolac.com.br>. Acesso em: 23 abr. 2022.

Bule, I. Q. da G. B, (2017). *Articulação Entre o Serviço de Saúde Militar e os demais serviços públicos de saúde no controle do HIV/SIDA: Caso do Hospital Militar de Maputo*, INS – Instituto Nacional de Saúde, Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro [online]. Disponível em: www.arca.fiocruz.br Acesso em: 10 abr. 2022.

Figueiredo, T. de A. B. (2015). *Erros laboratoriais: uma análise bioética*. Dissertação para obtenção de grau de mestre, UFF, Niterói, Rio de Janeiro [Online]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle>. Acesso em: 27 mar. 2022.

Jofrice, L. D. (2004) *O sistema de Administração e Gestão na Saúde: Avaliação da qualidade de assistência médica, medicamentosa no Hospital militar de Maputo no*

Domingos R. D. Tapa, Mário I. Muchanga, Armindo J. Mahite, *Análise de questões de Bioética no ... período compreendido entre 2001-2004*, Monografia Científica, Departamento de Ciências Política e Administração Pública, Faculdade de Letras e Ciências Sociais – UEM [online]. Disponível em: <http://monografias.uem.mz>. Acesso em: 27 mar. 2022.

Junqueira, C. R. (2012). *Bioética [Online]*. Aula 2 – ESDH, plataforma moodle – Uniscad ou em: Disponível em: www.unasus.unifesp.br. Acesso em: 22 fev. 2022.

Moçambique, Boletim da República (2007) *Carta dos direitos e deveres do doente - Resolução 73/2007 de 18 de Dezembro [Online]*. Disponível em: www.misau.gov.mz. Acesso em: 20 abr. 2022.

Moçambique. Boletim da República (2003). *Regulamento de Assistência Médica e medicamentosa aos Militares das forças armadas de defesa de Moçambique, Decreto nº 64/2003 de 24 de Dezembro, 2º Suplemento [Online]*. Disponível em: <https://gazettes.africa>. Acesso em: 03 out. 2021.

Neufeld, P. M. Ética das virtudes em análises clínicas. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. Vol.47, nº3, p.64-65, 2015.

Nunes, L. de L. & Da Trindade, G. G. (2013) *Princípios de ética Biomédica: A Abordagem Principialista De Beauchamp E Childress e a resolução de conflitos morais*. Revista Eletrônica de Filosofia, São Paulo: Centro de Estudos de Pragmatismo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Vol. 10, nº 1, p. 55-66 jan.-jun. 2013.

Observatório Cidadão Para a Saúde (2022) *Carta dos direitos e deveres do doente desajustada à actual realidade*, Blog [Online]. Disponível em: <http://observatoriodesaude.org>. Acesso em: 10 abr. 2022.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 20/09/2022

Para citar este texto (ABNT): TEPA, Domingos Ricardo Domingos; MUCHANGA, Mário Ivo; MAHITE, Armindo Joaquim. *Análise de questões de Bioética no atendimento dos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga*, Jan.-Mar. 2022. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 137-151, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Tapa, Domingos Ricardo Domingos; Muchanga, Mário Ivo; Mahite, Armindo Joaquim (dez. 2022). *Análise de questões de Bioética no atendimento dos Laboratórios do Hospital Militar de Maputo e Hospital Provincial de Lichinga*, Jan.-Mar. 2022. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 137-151.

Procedimentos éticos no anúncio do óbito, do preenchimento e da entrega do certificado no Hospital Provincial de Chimoio

Sebastião João Mauta Cangerá *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-6267-6300>

Armindo Mineses Tembenuca **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-0942-2539>

Castelio Gabriel Muavassa ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4131-3180>

Resumo: O presente artigo tem como tema os Procedimentos éticos no anúncio do óbito, do preenchimento e da entrega do certificado no Hospital Provincial de Chimoio. O artigo contempla como principal objectivo analisar os procedimentos éticos no pronunciamento, na declaração e na emissão do certificado de óbito e os específicos nomeadamente caracterizar a morte; descrever o processo comunicação de informações difíceis (morte) levando em conta os aspectos éticos e caracterizar o papel do médico observando aspectos éticos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa bibliográfica foi conduzida nas bases de dados: States National Library of Medicine, Scientific Electronic Library Online, e Google Scholar. Também foram consultados livros e documentos com relevância para o tema. A colecta dos dados foi realizada 18 de Abril de 2022. Durante o acto da comunicação é de extrema importância a aplicação da ética médica desde o pronunciamento de óbito, no preenchimento da declaração até a emissão do certificado de óbito no Hospital Provincial de Chimoio (HPC).

Palavras-chaves: Óbito; Declaração de óbito; Ética

Ethical procedures in the announcement of death, completion and delivery of the certificate at the Provincial Hospital of Chimoio

Abstract: This article has as its theme the Ethical Procedures in the announcement of death, completion and delivery of the certificate at the Provincial Hospital of Chimoio. The article has as main objective to analyze the ethical procedures in the pronouncement, in the declaration and in the issuance of the death certificate and the specific ones, namely to characterize the death; to describe the process of communicating difficult information (death) taking into account ethical aspects and to characterize the role of the physician observing ethical aspects. This is an integrative literature review. The bibliographic search was conducted in the following databases: States National Library of Medicine, Scientific Electronic Library Online, and Google Scholar. Books and documents relevant to the topic were also consulted. Data collection was carried out on April 18, 2022. During the act of communication, it is extremely important to apply medical ethics from the pronouncement

* Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Aberta UNISCED, Manica, Moçambique. Licenciado em Administração e Gestão Pública, pelo ISCTEM-Maputo, Email: sebastiaocangera@yahoo.com, scangera@iscsed.ac.mz

** Mestrando em Saúde Pública, Licenciado em Direito pela ISCED, e Ensino da História, pela UCM-Chimoio e E-mail: atembenuca@iscsed.ac.mz,

*** Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Aberta, cmuavassa@iscsed.ac.mz, Técnico superior em Administração hospitalar.

of death, filling in the declaration until the issuance of the death certificate at the Provincial Hospital of Chimoio (HPC).

Keywords: Death; Death Certificate; Ethics

Introdução

A morte cerebral é a cessão irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, onde se situam estruturas responsáveis pela manutenção dos processos vitais autônomos, como a pressão arterial e a função respiratória. Segundo Dos Santos (1997, p.333) “negar a morte a qualquer nível é negar a natureza básica do homem”. O nosso medo de morrer é permanente e de tal magnitude que uma parte de nossa energia vital é consumida na tarefa de negar a morte”.

A citação acima permite nos perceber que a morte é irreversível e é uma certeza para o ser humano, mas quando acontece a morte de um paciente os profissionais de saúde têm de enfrentar uma das tarefas mais difíceis ao comunicar os parentes, pois implica um forte impacto psicológico aos familiares. Contudo não há como evitar. Durante o ato da comunicação é de extrema importância a aplicação da ética médica desde o pronunciamento de óbito, no preenchimento da declaração até a emissão do certificado de óbito

A ética médica é a aplicação de conceitos no exercício da prática médica, baseado em valores e princípios. Os médicos foram educados para cuidar da vida, a morte é vista como um fracasso, uma derrota. Diante de um paciente em fase terminal, fora da expectativa de cura, a comunicação, que deve ser honesta e compassiva entre eles e os seus pacientes e familiares, parece inadequada, isso devido a um despreparo por parte de muitos médicos que lidam com essa situação (Martins, 2005). É de considerável importância abordar a conduta médica frente à morte, visto que os pacientes que estão internados assim como seus acompanhantes e familiares passam por momentos de fragilidade, tanto física quanto emocional. A postura médica, além de correta em todo o âmbito ético, deve ser também acolhedora (Pessotti, 1996).

A morte, fato da vida, nem sempre é devidamente encarada pelos médicos hoje em dia. Diversos fatores parecem influenciar o comportamento médico frente ao paciente terminal ou gravemente enfermo com um prognóstico muito reservado. A falta de uma formação específica para lidar com esta situação; uma estrutura educacional fragilizada e uma soberba intelectual que se recusa a admitir a falibilidade da ciência médica e a

finitude humana parecem ser os fatores que mais influenciam este comportamento (Oliveira, 2011).

Diante da descrição acima feita foram levantadas as seguintes hipóteses, a nula (H0): Não são observados procedimentos éticos no pronunciamento, na declaração e na emissão do certificado de óbito e a alternativa (H1): são observados procedimentos éticos no pronunciamento, na declaração e na emissão do certificado de óbito.

O artigo contempla como principal objetivo analisar os procedimentos éticos no pronunciamento, na declaração e na emissão do certificado de óbito no Hospital Provincial de Chimoio e os específicos nomeadamente caracterizar a morte; descrever o processo comunicação de informações difíceis (morte) levando em conta os aspectos éticos e caracterizar o papel do médico observando aspectos éticos.

Quanto a estrutura, vem patente no artigo a introdução, desenvolvimento, metodologia e conclusão. Na introdução, foi identificado o problema, a justificativa, as hipóteses levantadas e os objetivos gerais e os específicos. No desenvolvimento foi arrolado todos os aspectos teóricos e práticos sobre o tema, na metodologia foram descritos os métodos e recursos usados para o alcance dos objetivos e na conclusão foram expostos as ideias conclusivas levando em conta as hipóteses e os objetivos.

Breve abordagem sobre a morte

Não podemos falar da morte sem antes tentar conceituá-la. Para Oliveira (2011, p.21) "a pergunta 'o que é morte' tem múltiplas respostas e nenhuma delas conclusivas, pois a questão transcende os aspectos naturais ou materialistas e, até biologicamente, é difícil obter uma resposta unânime". Morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda atividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crônica - degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos (Pessini, 2007).

Silva (2006) reforça que a situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer e da morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas, mas também de significações sociais, culturais e principalmente subjectivas. Acrescenta ainda que a morte não é somente um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a morte está presente em nosso quotidiano e, independente de suas causas ou formas, seu grande palco continua sendo

os hospitais e instituições de saúde (Oliveira, 2011). A morte propriamente dita é a cessação dos fenômenos vitais, por parada das funções cerebral, respiratória e circulatórias, com surgimento dos fenômenos abióticos, lentos e progressivos, que causam lesões irreversíveis nos órgãos e tecidos.

A comunicação de informações difíceis (morte)

A literatura esclarece que a comunicação de notícias difíceis é uma das mais penosas tarefas do profissional da saúde. Isso porque eles aprendem, nos bancos da academia, a salvar vidas e procurar a saúde, e não, a lidar com circunstâncias de perdas de saúde, vitalidade, esperança e morte. Os momentos de comunicação de notícias difíceis ocasionam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, e provoca nos profissionais, principalmente nos enfermeiros, e nos pacientes medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação (Kubler-Ross, 1998).

Esses aspectos conduzem, não raras vezes, a mecanismos de fuga nos profissionais, e devido ao medo de ser agredidos verbalmente, comunicam, comumente, de uma forma menos cuidada e menos simpática. Nesse contexto, são primordiais a percepção e a interpretação dos sinais não-verbais do paciente, que consentirão a identificação do estado emocional do doente e mostrarão ao profissional até onde ir naquele momento. Ao comunicar notícias difíceis, é essencial que o profissional desponte atenção, empatia e carinho em seu comportamento e sinais não-verbais (Moritz, 2005).

Pessotti (1996), a expressão facial, o contacto visual, a distância adequada e o toque em mãos, braços ou ombros auxiliam a evidenciar empatia e proporcionar apoio e conforto. Nesse momento, a assistência do enfermeiro é primordial, uma vez que seu cuidado é baseado em uma atitude humanística, que contempla desvelo, solicitude, diligência, zelo, responsabilidade, preocupação e envolvimento com o paciente. Após o anúncio de notícias difíceis existem procedimentos que se seguem que é o Preenchimento da **declaração de óbito e emissão de certificado**.

Segundo Sanchez e Friz argumenta que “no contexto mundial, gradativamente, os direitos humanos estabeleceram-se como cerne para edificação de um conceito mais universal de ética médica, pois, em função do pluralismo das nações, das inúmeras referências culturais e das diversas tradições morais, torna-se necessária uma convergência da concepção ética, a fim de salvaguardar os princípios médicos comuns e condizentes com a integridade e a dignidade humanas.” (Sanchez, Fraiz, 2022, p.287).

As citações acima permitem concluir que estando diante de uma morte os profissionais de Saúde deverão manter a firmeza e a concentração de modo que consiga comunicar aos familiares do finado sobre o desaparecimento do seu ente querido usando um tom baixo, gesto e facialmente. E, por último oficializar a morte por meio do preenchimento da declaração de óbito e respectiva emissão do certificado.

Declaração de Óbito (DO) e o papel do médico observando aspectos éticos

A Declaração de Óbito (DO) é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias auto copiativas, pré numeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde conforme fluxo padronizado para todo o país. Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria. Portanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico (Organização Mundial da Saúde, 1985).

A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do país. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isso o formulário oficial “Declaração de Óbito”, acima mencionado. A relação entre os princípios bioéticos e o comportamento médico é fundamental uma vez que na Declaração de Óbito constam informações detalhadas sobre a causa da morte. E, essa informação será útil para o Ministério da Saúde produzir dados estatísticos das mortes por cada tipo de doenças. Por último, essa informação ajudará o Ministério da Saúde, o Governo, os Parceiros de Cooperação e a Sociedade Civil a desenhar e implementar políticas capazes de responder as exigências do momento no Sector.

Metodologia e análises

O artigo científico foi realizado com base em pesquisa bibliográfica que se baseou na leitura e discussão das teorias sobre o papel do médico diante do paciente terminal e daqueles criticamente doentes, a partir de livros de ética/bioética médica e de artigos científicos. Os artigos científicos foram selecionados através das bases de dados: LILACS, SCIELO, BIREME e PUBMED.

Os limites convencionais foram: língua portuguesa e língua inglesa sem limites de anos. As palavras-chave utilizadas foram: aspectos éticos, óbito, declaração e certificado

de óbito. As referências estrangeiras foram excluídas, devido ao fato de não atenderem à realidade Moçambicana, em particular em Manica.

No caso concreto do Hospital de Chimoio, os médicos tem observado tem todos princípios bioéticos na comunicação da morte aos familiares; na emissão da Declaração de Óbito; na preparação do corpo para morgue e na sensibilização dos familiares do finado. De uma forma geral, O Hospital de Chimoio possui uma equipada medica invejável, comprometida e disposta a salvar vidas independentemente de a doença ser grave ou ligeira, é um Hospital de referência.

O que o médico deve fazer

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1995), o médico deve:

- ✓ Preencher os dados de identificação com base em um documento da pessoa falecida. Na ausência de documento, caberá à autoridade policial proceder o reconhecimento do cadáver.
- ✓ Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.
- ✓ Registrar as causas da morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais, anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.
- ✓ Revisar se todos os campos estão preenchidos correctamente antes de assinar.

Segundo a World Health Organization, (1948), o médico não deve:

- ✓ Assinar a DO em branco.
- ✓ Preencher a DO sem, pessoalmente, examinar o corpo e constatar a morte.
- ✓ Utilizar termos vagos para o registo das causas de morte, como parada cardíaca, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos.
- ✓ Cobrar pela emissão da DO.
- ✓ Nota: O ato médico de examinar e constatar o óbito poderá ser cobrado desde que se trate de paciente particular a quem não vinha prestando assistência.

Diante de Laurenti e Mello Jorge (2004), a DO deve se emitir em seguintes situações:

- ✓ Em todos os óbitos (natural ou violento).
- ✓ Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.

- ✓ No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Continuando, não deve se emitir a DO nas seguintes situações:

- ✓ No óbito fetal, com gestação de menos de 20 semanas, ou feto com peso menor que 500 gramas, ou estatura menor que 25 centímetros.
- ✓ Nota: A legislação actualmente existente permite que, na prática, a emissão da DO seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção.
- ✓ Peças anatómicas amputadas.
- ✓ Para peças anatómicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados.
- ✓ Nesses casos, o médico elaborará um relatório em papel timbrado do hospital descrevendo o procedimento realizado. Esse documento será levado ao cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

Itens que compõem a DO

A DO é composta por nove blocos de informações de preenchimento obrigatório, a saber:

- ✓ É a parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório de Registro Civil.
- ✓ Identificação do falecido: o médico deve dar especial atenção a esse bloco, dada a importância jurídica do documento.
- ✓ Residência: endereço habitual.
- ✓ Local de ocorrência do óbito.
- ✓ Específico para óbitos fetais e de menores de um ano: são dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil.
- ✓ Condições e causas do óbito: destacam-se os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para a mesma, ou estiveram presentes no momento do óbito. Dar especial atenção a óbitos de mulheres em idade fértil ao preencher os campos respectivos (43 e 44 do modelo vigente), visando estudos sobre mortalidade materna.
- ✓ Os dados do médico que assinou a DO são importantes e devem ser preenchidos de maneira legível, pois trata-se de documento oficial, cujo responsável é o médico. Para elucidação de dúvidas sobre informações prestadas, o médico poderá ser contactado pelos órgãos competentes.

- ✓ Causas externas: os campos deverão ser preenchidos sempre que se tratar de morte decorrente de lesões causadas por homicídios, suicídios, acidentes ou mortes suspeitas.
- ✓ A ser utilizado em localidade onde não exista médico, quando, então, o registo oficial do óbito será feito por duas testemunhas.

A ética é muito importante e é resultado do juramento de Hipócrates. O Hipócrates, que nasceu na Grécia, em Cós, ilha grega do Dodecaneso, em torno de 460 a.C. é, ainda hoje, considerado o “Pai da Medicina”. Sua obra, que inclui os famosos Aforismos; os Quatro Princípios Fundamentais (jamais prejudicar o enfermo/não buscar aquilo que não é possível oferecer ao paciente, os famosos milagres/lutar contra o que está provocando a enfermidade/ acreditar no poder de cura da Natureza); e o Juramento que leva o seu nome, permanece atual (Filho, 2016). O anúncio da morte deve ser ético, deve ser observado de forma respeitosa usando os “procedimentos éticos no anúncio do óbito”.

Conclusão

O presente estudo, por meio do qual se abordou sobre os procedimentos éticos no pronunciamento de óbitos, no preenchimento de declaração de óbitos e emissão de certificado de óbito, ressalta que esta tarefa é difícil de ser realizada, devido à falta de preparo para lidar com os aspectos subjetivos que envolvem esse processo, como o sofrimento manifestado pelo profissional e as reações do paciente.

Ficou evidente, através dos depoimentos dos participantes do estudo, que os enfermeiros assumem papel fundamental na integralidade do cuidado, ao desenvolver estratégias que ajudam o paciente a compreender sua situação atual e a aderir ao tratamento, promovendo um relacionamento interpessoal efetivo. Portanto, o estudo colaborou no avanço do conhecimento da área de enfermagem, visto que evidenciou a relevância da comunicação de notícias difíceis de forma eficaz, como uma estratégia fundamental para respaldar a prática clínica do enfermeiro, direcionada ao paciente sem possibilidades de cura.

No que tange ao primeiro objetivo específico (caracterizar a morte) concluiu-se que morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda atividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crônicas - degenerativas). Quanto ao segundo objetivo

(descrever o processo comunicação de informações difíceis “morte” tendo em conta os aspectos éticos), concluiu-se que ao comunicar notícias difíceis, é essencial que o profissional desponte atenção, empatia e carinho em seu comportamento e sinais não-verbais.

Indo para o último objetivo (caracterizar o papel do médico observando aspectos éticos), concluiu-se que a emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do país. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isso o formulário oficial “Declaração de Óbito”. A relação entre os princípios bioéticos e o comportamento médico é fundamental uma vez que na Declaração de Óbito constam informações detalhadas sobre a causa da morte. Como recomendação, os médicos no exercício das suas atividades devem pautar pela observância dos princípios bioéticos constituídos essencialmente por autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Referências

- Dos Santos, M.C.C.L. (1997). *Conceito Médico-forense de Morte*. São Paulo.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Filho, C.M. (2016). O juramento de Hipócrates e o código de ética médica. *Residência Pediátrica*, vol.6, nº1, p.45-46.
- LAURENTI, R.; MELLO J., M. H. P. de. (2004). O atestado de óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.
- Martins, A. (2005). *Biopolítica: poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde*. Interface-Comunic Saúde Educ.
- Moritz, R.D (2005). Os profissionais da saúde diante da morte e do morrer. *Revista Bioética*. Florianópolis, vol. 13, nº2, p.51-63.
- Oliveira, F.T. et al. (2011). Bioética e humanização na fase da vida: visão de médicos. *Rev. Bioética*. Bauru, vol. 19, nº 1, p. 247-258.
- OMS (1985). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro da OMS.
- Pessini, L. (2007). Eutanásia. Por que abreviar a vida? In: Pessini, L. (Org.). *Problemas actuais de bioética*. 8.ed. São Paulo: Edições Loyola. p. 351-370.
- Pessotti, I. (1996). *A formação humanística do médico*. Medicina. Vol.29, p.440-448.
- Sanchez, T. H. B.; Fraiz, I. C. (2022). Ética médica e formação do médico. *Rev. bioét.* Vol.30, nº2, p.284-99.

Westphal, G. A.; Veiga, V.C.; Franke, C. A. (2019). Determinação da morte encefálica no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. Vol.31, nº3, p.403-409.

World Health Organization, (1948). *Manual of the international statistics classification of diseases, injuries, and causes of death: 6th revision*. Geneve. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/40492> Acesso em: 11 abr.2022.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 25/08/2022

Para citar este texto (ABNT): CANGERA, Sebastião João Mauta; TEMBENUCA, Armindo Mineses; MUAVASSA, Castelio Gabriel. Procedimentos éticos no anúncio do óbito, do preenchimento e da entrega do certificado no hospital provincial de Chimoio. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 152-161, dez.2022.

Para citar este texto (APA): Canger, Sebastião João Mauta; Tembenuca, Armindo Mineses; Muavassa, Castelio Gabriel.(dez.2022). Procedimentos éticos no anúncio do óbito, do preenchimento e da entrega do certificado no hospital provincial de Chimoio. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 152-161.

Combate da malária e problemas éticos aos atendimentos e na divulgação dos cuidados perante a população do distrito de Massinga e Sussundenga

Zefanias Alexandre Mazive *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-5186-6387>

Samuel Sulemane Roque **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-8212-0206>

José Luís Selemane ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-7912-4369>

Resumo: A malária é a causa mais comum de atendimento nas consultas externas, bem como a causa mais frequente de procura de cuidados de saúde. O presente artigo objetivou analisar as estratégias de combate da malária e os dilemas éticos no atendimento e a divulgação do cuidado nos distritos de Sussundenga e Massinga, para tal, foi usada a pesquisa bibliográfica e de campo, com auxílio das técnicas de colecta de dados: observação assistemática, entrevista semiestruturada e questionários, com 62 entrevistados, sob amostragem por acessibilidade ou conveniência, e os dados foram processados no SPSS 21. Nas estratégias de controlo da malária, 35% responderam que a estratégia mais usada são as medidas de controlo vectorial. Nos problemas éticos mais comuns, 25% tem como génese a relação profissional-paciente. Tendo concluído que devem ser tomadas medidas que visam maximizar o bem-estar do paciente e reconhecer o direito da decisão da autonomia do paciente. E recomendado que essas medidas sejam seguidas e divulgadas por todos profissionais da saúde e com toda força viva da sociedade.

Palavras-chave: Controlo Da Malária; Dilemas Éticos; Atendimento E Divulgação.

Combating malaria and ethical problems in care and in the dissemination of care to the population of the district of Massinga and Sussundenga

Abstract: Malaria is the most common cause of outpatient consultations, as well as the most frequent cause of admission to health units. The present article pretended to analyze malaria control strategies and ethics in the dilemma and the dissemination of care in the service districts of Sussundenga and Massinga, To this end, bibliographic and field research was used, with the help of data collection: unsystematic observation, semi-structured interview and 62, under the ease of accessibility or due, and the data were processed in SPSS 21. In the strategies of Malaria control, 35% responding that the most

* Mestrando em Saúde Pública-epidemiologia na Unisced, licenciado em Engenharia Ambiental no INSCIG–Nacala, funcionário-DPS-Inhambane. E-mail: zmazive1@isced.ac.mz

** Mestrando em saúde Pública-epidemiologia na Unisced, licenciado em Saúde Pública no ISMU-Chimoio, funcionário do DPS-PNCM-Manica. Email: samuel.sulemane@gmail.com/

*** Mestrando em Saúde Publica-Epidemiologia na Unisced, licenciado em Biologia na UCM-Nampula-funcionário de SDSMAS de Monapo. Email: jseleman1@isced.ac.mz

used strategy is the control icon. In the most common ethical dilemmas, 25% answered the bad ones treatments to patients. Having concluded that measures must be taken to maximize the patient's well-being and recognize the decision-making right of autonomy of the patient. And recommendations that these measures be followed and disseminated by all health professionals.

Keywords: Malaria Control; Ethical Dilemmas; Service And Dissemination.

Introdução

De Acordo com o Ministério da Saúde (2012, p.4) a malária ainda constitui um grande problema de saúde pública em Moçambique. Embora se registe uma diminuição da taxa de letalidade por malária verificada nos últimos anos, esta doença ainda constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade. A taxa de prevalência em crianças menores de cinco anos de idade varia entre 35% e 60% e destas crianças mais de 80% apresentam-se com anemia, uma das principais complicações da malária.

A malária é a causa mais comum de atendimento nas consultas externas, bem como a causa mais frequente de admissão nas unidades de internamento. A doença grave e/ou complicada tende a invasão do quadro clínico a diferentes órgãos e sistemas (PNCM, 2003). A malária representa um peso enorme para as autoridades sanitárias de Moçambique. Cerca de 44% das consultas externas, são devido à esta doença, enquanto nas admissões, sobretudo nas enfermarias de pediatria é de 57% e em relação às mortes intra-hospitalares, a malária contribui em cerca de 23%.

O problema de pesquisa dá-se pelo seguinte questionamento: que medidas devem ser aplicadas nos problemas éticos no atendimento e na divulgação do cuidado no controlo da malária, na população dos distritos de Sussundenga e Massinga? Para responder essa questão, foi delineado como objetivo geral, análise das estratégias de controlo da malária e os dilemas éticos no atendimento e a divulgação do cuidado nos distritos de Sussundenga e Massinga. Para alcançar esse objetivo foi necessário: identificar as estratégias de controlo da malária a nível local; descrever os dilemas éticos mais comuns no atendimento e divulgação do cuidado; e propor mecanismos de resolução dos dilemas éticos.

A assistência médica universal é um dos principais contribuintes para o bem-estar de um país, pois melhora a equidade em saúde, cobrindo as necessidades de saúde de toda a população (WHO, 2016). O acesso aos serviços de saúde de qualidade é crucial para uma saúde boa e equitativa. O sistema de saúde é um determinante social da saúde que é influenciado e influencia outros determinantes sociais. A classe social, o gênero, a

etnia e o local de residência estão intimamente ligados ao acesso, experiências e benefícios das pessoas em relação à assistência médica (CSDH, 2008).

O presente artigo está estruturado em 3 seções, nomeadamente: introdução, desenvolvimento e conclusão. Na primeira seção introdutória são apresentados o problema, os objetivos e relevância da pesquisa. Na segunda são mostrados os conceitos, características, tipos e estratégias de dilemas éticos. E na última seção apresenta as principais conclusões e recomendações.

Discussões teóricas: Controlo da malária

As principais estratégias de controlo da malária incluem medidas de controlo vectorial, tratamento preventivo durante a gravidez, diagnóstico atempado e tratamento efetivo de casos de malária e comunicação e mobilização social através de atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC). O fortalecimento da gestão do programa com foco na planificação, monitoria e avaliação, pesquisa operacional e coordenação de todos os atores envolvidos nas atividades de controlo da malária também fazem parte das prioridades do Ministério da Saúde (MISAU).

Esta Política Nacional da Malária oferece a estrutura e as principais linhas orientadoras para todos os intervenientes que pretendem implementar as intervenções de controlo da malária no país, tais como órgãos do Governo, instituições doadoras, o sector privado e outros parceiros. Por isso, Manguela (2011) recomenda a todos os implementadores das intervenções de controlo da malária no país a materializar em os anseios desta política, de modo a apoiar o país a atingir a sua visão de Moçambique livre de malária, que é um contributo para a redução da pobreza em Moçambique.

Dilemas éticos

Um dilema ético acontece no momento em que uma pessoa necessariamente precisa tomar uma decisão a respeito de duas opções moralmente corretas, porém, ela está em conflito com os limites que são estabelecidas pela empresa, uma lei ou uma organização governamental (CRMSC, 1995). Tal que nos distrito de sussundenga e Massinga os pacientes mesmo sem critério tencionam fazer o teste de malária, o que algum momento constituiu dilema para a sua dissipação técnica.

Um dilema ético envolve uma situação que obriga uma pessoa a questionar qual a coisa “certa” ou “errada” a fazer. Os DEs estimulam as pessoas a pensar acerca das suas

obrigações, deveres ou responsabilidades. Estes dilemas podem ser extremamente complexos e difíceis de resolver, pois na sua maioria envolvem temas tratados de formas contraditórias em diferentes campos (religião, justiça, ciência, etc.).

Características dos dilemas éticos:

Munson (1979) refere que para um problema ser considerado dilema ético, deve ter 3 características: (i) O problema não pode ser resolvido só com dados empíricos, isto é, dados que provêm de observações ou experiências pessoais ou coletivas; (ii) O problema deve ser ambíguo, de forma que decidir por um único lado deve ser muito difícil; (iii) Os resultados do problema, devem afetar mais do que a situação imediata e não devem ter efeitos de longo alcance.

Alguns tipos de Dilemas éticos comuns

Os dilemas éticos podem surgir quando há conflitos entre princípios éticos. Abaixo apresentamos exemplos de alguns tipos de dilemas comuns da ética médica (CRMSC, 1995): a) Conflito entre princípios de **Autonomia e Beneficência** podem ocorrer quando o paciente não concorda com as recomendações do clínico. Por exemplo pode não querer submeter-se a um certo tratamento ou meio de diagnóstico invasivo; b) Conflito entre a **Justiça e a Dignidade** (que implica confidencialidade e beneficência).

Por exemplo, uma paciente que se apresenta com uma ITS, e não quer que o seu marido seja informado; c) **Veracidade e Beneficência** (que implica confiança entre o paciente e o clínico). Por exemplo: Frequentemente sinais/sintomas não são suficientemente específicos para chegar a um diagnóstico definitivo, mas admitindo isso pode-se arriscar a perder a confiança do paciente (e assim o seu tratamento pode ser prejudicado).

Estratégias usadas para resolver os dilemas

Não existe uma maneira clara de resolver os dilemas. Estratégias diferentes podem ser usadas para tentar resolver os dilemas. Primeiro, o clínico define as suas obrigações para com os pacientes e os seus colegas, para analisar melhor o conflito ético. Burn (1977) propõe 6 considerações úteis para definir as suas obrigações: 1. Maximizar o bem-estar do paciente; 2. Reconhecer que o paciente tem direito de decidir (autonomia). Em outras palavras deve tentar convencer-lhe a tomar a decisão que maximiza o seu bem-

estar, mas no fim a decisão é do paciente; 3. Dar suporte a cada membro da família e melhorar o sistema de apoio à família; 4. Levar a cabo as políticas do hospital; 5. Proteger o bem-estar dos outros pacientes; 6. Proteger os seus próprios padrões de atendimento.

Depois de examinar as obrigações, geralmente é recomendável que quatro medidas adicionais sejam tomadas: a) Recolha o máximo de informação possível sobre o paciente e outras pessoas envolvidas na situação; b) Descreva as consequências prováveis de cada um dos cursos de ação a ser considerada, para o paciente e os outros envolvidos (p.ex. familiares) em cada um dos cursos de ação; c) Considere quem deve tomar a decisão final sobre o assunto; d) Consultar outros profissionais de saúde, especialmente aqueles que são preparados para prática, a comissão de ética e educação para contribuir significativamente para a resolução de problemas de natureza ética.

Mesmo depois de tomar os passos descritos acima, as soluções não podem ser necessariamente breves quando os conflitos éticos estão presentes. Compromisso com padrões éticos de conduta é uma parte essencial do cuidado médico, como é o compromisso de respeitar os direitos e a dignidade da pessoa que recebe cuidados (Burn, 1977).

Materiais e métodos

Para o presente artigo, quanto ao problema (abordagem) foi empregada a pesquisa quantitativa. Nos procedimentos metodológicos, foi usada a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo (trabalho de campo). A pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, foram implementadas através de estudo de caso, utilizando-se para tal, os recursos da pesquisa bibliográfica neste caso concreto, artigos científicos, obtidos na biblioteca física e virtual. A coleta de dados que foi desencadeada através da pesquisa de campo foi realizada através do recurso a observação assistemática, e os instrumentos de coleta de dados, como é o caso de entrevista semiestruturada e questionários com a população dos distritos de Sussundenga e Massinga.

Em relação a amostra, tendo em conta que o estudo foi realizado em dois distritos, teve-se como amostra 1 director do Hospital Distrital de Sussundenga (HDS), 1 director do Hospital Distrital de Massinga (HDM), 10 técnicos de saúde (5 clínicos e 5 enfermeiros) do HDS e 10 técnicos de saúde (5 clínicos e 5 enfermeiros) do HDM, e 40 pacientes (20 do HDS e 20 do HDM), como ilustra a Tabela 1.

Tabela 1: Amostra

Público-alvo		Amostra
Directores		2
Técnicos de saúde	Enfermagem Geral	10
	Medicina Geral/Clinico	10
Pacientes/utentes		40
Total		62

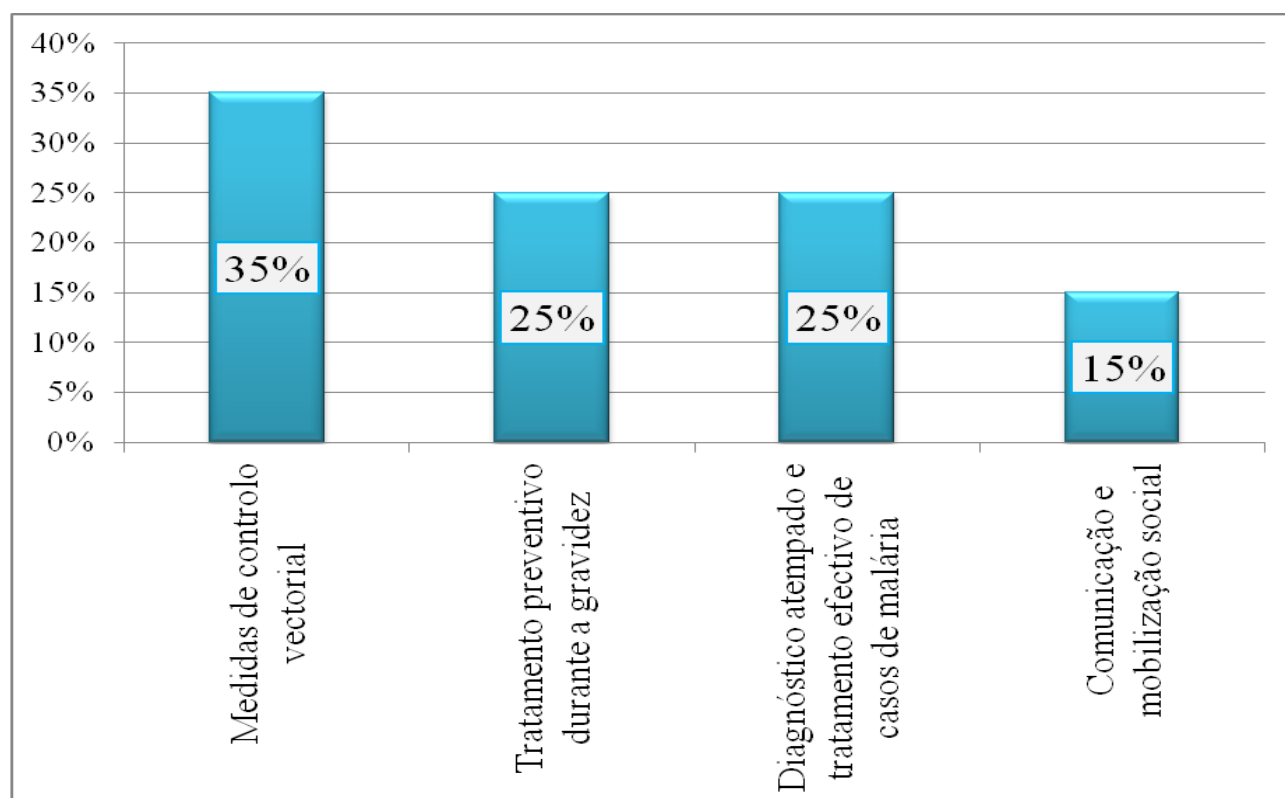
Fonte: Dados da pesquisa.

Foi usada a amostragem não probabilística por acessibilidade ou conveniência, onde eram seleccionados os entrevistados (os pacientes) que o pesquisador tinha acesso. A recolha de dados foi feita com recurso a Tablets, e os dados foram processados no programa estatístico SPSS 21.

Resultados

Em relação a caracterização dos entrevistados, 60% são do sexo masculino e 40% são do sexo feminino, sendo que as idades dos entrevistados variam de 18 – 35 anos. Relativamente as principais estratégias de controlo da malária, a maioria dos entrevistados (35%) responderam que a estratégia mais usada são as medidas de controlo vectorial (rede mosquiteira) e a menos usada é comunicação e mobilização social

Gráfico 1: Estratégias de combate a malária



Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 1, ilustra o conhecimento dos respondentes sobre a prevenção da malária onde 35% mostraram conhecimento pelo menos de uma medida do controlo de vetores (rede mosquiteira) e a comunicação social apenas 15% afirmaram ter ouvido *spot* radiofónicos e/ou televisiva que fala sobre a prevenção da malária. Ferrão et al. (2021), corroborroborra afirmando que a população de Sussundenga percebe sobre os riscos de *plasmodium falciparum* e o uso da rede mosquiteira.

É importante referir que ambos os Hospitais Distritais (HDs) usam a estratégia de medidas de controlo vectorial, que basicamente consiste na redução do risco de transmissão, prevenindo a ocorrência da malária, com a consequente redução da morbilidade infantil e mulheres grávidas. A respeito dos dilemas éticos mais comuns nas duas áreas de estudo estão apresentados na Tabela 2, os maus tratos a pacientes foi o dilema mais relatado no seio dos pacientes, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2: Dilemas éticos mais comuns em Sussundenga e Massinga.

Problemas – Dilemas	Sussundenga	Massinga
Condutas impróprias na realização de procedimentos de testagem (TDRm)	15%	18%
Falta de respeito nas Relações Interpessoais	10%	9%
Exercício ilegal de profissões/não reconhecimento da interdisciplinaridade	5%	6%
Maus tratos a pacientes	25%	23%
Assédio Moral	15%	17%
Não cumprir as atribuições dos provedores	5%	1%
Abandono de Plantão	5%	11%
Calúnia e difamação	15%	10%
Suborno	5%	5%

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 2, mostra que 25% e 23% respectivamente os pacientes queixaram-se de maus tratos nos centros de saúde locais, como falta de designação pelo seu nome, escuta activa dos seus problemas e falta de critérios para priorização nas consultas. 15% e 18% dos respondentes admitiram que os testes de malária não se faz preparação psicológica e são colocados a disposição dos utentes onde cada, pode ver os resultados de outro paciente. Assim como é referenciado por Paganini (2017), os maus tratos ao paciente: ofender, humilhar, não alimentar, agressões físicas e assédio sexual. Os profissionais admitiram que algum momento têm havido calúnias e difamação por parte dos funcionários, principalmente para sussundenga, quando uma ou um paciente demora no atendimento enquanto o provedor for do sexo oposto.

Em relação aos mecanismos de resolução dos dilemas éticos, a proposta de Burn (1977), tem-se mostrado eficaz em países que tem o mesmo sistema de saúde que Moçambique, que são: maximizar o bem-estar do paciente; reconhecer que o paciente goza dos princípios da bioética tal como o de (autonomia); dar suporte a cada membro da família e melhorar o sistema de apoio à mesma; levar a cabo as políticas do hospital; garantir o bem-estar dos outros pacientes; e proteger os seus próprios padrões de atendimento.

Conclusões e recomendações

O presente artigo pretendeu analisar as estratégias do combate da malária e os dilemas éticos no atendimento e a divulgação do cuidado nos distritos de Sussundenga e Massinga, com base nos resultados obtidos pode se chegar as seguintes conclusões: Existe conhecimento sobre as medidas de controlo vectorial em ambos distritos, no entanto, há que incrementar a divulgação de medidas preventivas usando vários recursos disponíveis, desde ativistas e rádios comunitário e incentivar as mulheres grávidas a frequentar as CPNs logo no primeiro trimestre de gestação e garantir que os provedores sejam capacitados na matéria de princípios da bioética, pois há fraca aplicação da ética profissional pelos provedores.

Para evitar os principais problemas éticos encontrados, urge a necessidade de criação de um comitê de bioética distrital para remir os conflito/dilemas éticos emergentes. Para os HDs, sugere-se que se siga as seguintes recomendações: a) Promover mais outras estratégias de controlo da malária, através de troca de experiência profissional; b) Reduzir os dilemas éticos no atendimento aos pacientes, com vista que haja humanização nos cuidados hospitalares através de criação de comité da ética do hospital distrital ou dos serviços distritais.

Referências

- Brasil. Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. (1995). *Manual de orientação ética e disciplinar*. Vol 1 p.18-9. Florianópolis: CRMSC.
- Burn, R. C. (1977). *Legados na ética e medicina (Legacies in the ethics and medicine)*. New York: Science and History Publications.
- CSDH. (2008). WHO Commission on Social Determinants of Health: closing the gap in a generation. Available in: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/commission-on-social-determinants-of-health-closing-the-gap-in-a-generation> Acess: 12 Jan. 2015.
- Manguele, A. (2011). *Política Nacional da Malária*. Direcção Nacional de Saúde pública. Maputo: MISAU.
- Ministério da Saúde. (2012). *Polícia nacional da Malária*. Maputo: Misau. Disponível em: <<https://endmalaria.org/sites/default/files/mozambique2012.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2021.
- Moçambique. Programa Nacional de Controlo da Malária - PNCM. (2003). *Relatório Anual*. Departamento de Epidemiologia e Endemias. MISAU.

World Health Organization. (2016). *Mozambique Factsheet. African Health Observatory*. Disponível em:

http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Index#cite_note-1. Acesso: 25.04.22.

Munson R. (1979). *Intervenção e reflexão: assuntos básicos de ética médica*. Belmont: Wadsworth Publishing. p.33-9.

Paganini, M. C. (2017). *Dilemas éticos do cotidiano das instituições de saúde*. USP. , v.7, n.6, p.57210-57231.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 20/08/2022

Para citar este texto (ABNT): MAZIVE, Zefanias Alexandre, ROQUE, Samuel Sulemane. SELEMANE, José Luís. Combate da malária e problemas éticos aos atendimentos e na divulgação dos cuidados perante a população do distrito de Massinga e Sussundenga. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 162-171, dez.2022.

Para citar este texto (APA): Mazive, Zefanias Alexandre; Roque, Samuel Sulemane; Selemene, José Luís.(dez.2022). Combate da malária e problemas éticos aos atendimentos e na divulgação dos cuidados perante a população do distrito de Massinga e Sussundenga. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 162-171.

A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular: engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique

Domingas Jerónimo Nhenheze Chapepa Julião *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0866-8374>

Fátima Dalila Madalena De Sousa **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-4742-8146>

Resumo: Moçambique adoptou o conceito de promoção da saúde desde a Declaração de Alma Ata, em 1978. Foi um dos países que assinou o compromisso de promoção da saúde durante a Conferência de Promoção da Saúde em Ottawa em 1986. O objetivo deste artigo é analisar os principais pressupostos da promoção da saúde em Moçambique. A metodologia optada consiste na revisão integrativa da literatura, usando sobremaneira de revistas académicas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MISAU), das bases de dados Pubmed, Hinari, Scielo e de Jornais da Saúde Africanos. Dos resultados obtidos, verificou-se que o Ministério da Saúde de Moçambique, em parceria com outras Organizações Não-Governamentais (ONGs), está implementando programas de promoção da saúde que visam melhorar a qualidade de vida da população, através da criação de ambientes favoráveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, construção de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e envolvimento comunitário. Conclui-se que, Moçambique está a adoptar princípios de promoção da saúde desde o seu início, 1978, mas enfrenta vários desafios que incluem a falta de profissionais formados, recursos financeiros e materiais, dificuldades na tradução de documentos escritos em língua inglesa para o português.

Palavras-chave: Saúde ocular; Educação para Saúde; Moçambique.

Bioethics and the social impacts of eye health: community engagement and health promotion Mozambique

Abstract: Mozambique has adopted the concept of health promotion since the Declaration of Alma Ata in 1978. It was one of the countries that signed the health promotion commitment during the Health Promotion Conference in Ottawa in 1986. The purpose of this article is to analyze the main assumptions of health promotion in Mozambique. The methodology consists of an integrative literature review, using academic journals from the World Health Organization (WHO), the Ministry of Health (MISAU), the Pubmed, Hinari, Scielo and African Medical Journals databases. From the results obtained, it was found that the Ministry of Health of Mozambique, in partnership with other Non-Governmental Organizations (NGOs), is implementing health promotion programs that aim to improve the quality of life of the population, through the creation of supportive environments, development of personal skills, construction of healthy public policies, reorientation of health services and community participation. It is concluded that Mozambique has been adopting principles of health promotion since its beginning in 1978, but faces several

* Mestrada em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, E-mail: djuliao1@isced.ac.mz

** Mestrada em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, E-mail: fdesousa2@isced.ac.mz

challenges that include the lack of trained professionals, financial and material resources, and difficulties in translating documents written in English to Portuguese language.

Keywords: Health promotion; Health education; Mozambique

Introdução

De acordo com Guedes (2007, p.3), a deficiência visual não apresenta distribuição uniforme pelo mundo: as regiões menos desenvolvidas são responsáveis pela maior parte. Segundo dados da OMS, a prevalência da cegueira no mundo pode variar de 1% na África a 0,2% na Europa ocidental e nos Estados Unidos. Do mesmo modo, a prevalência de deficiência visual (baixa visual significativa com melhor correção possível, sem levar em consideração, deste modo, os erros refrativos como a miopia, a hipermetropia e o astigmatismo) varia de 3% na África a 1,1% na Europa ocidental.

Este estudo teve como objetivo examinar diferentes componentes do sistema de saúde ocular em Moçambique e avaliar as suas ligações com o sistema de saúde mais amplo. O estudo descreve a natureza, o âmbito e as funções do sistema e identificou várias fraquezas e pontos fortes que precisam ser levados em conta ao planificar políticas e programas futuros de cuidados oculares. Estes são resumidos abaixo.

A maioria das pessoas com deficiências visuais vive em países de baixa e média renda. No entanto, o escopo das intervenções de saúde ocular em muitos desses ambientes é limitado devido às fraquezas dos sistemas de saúde gerais. Ademais, em muitos serviços de saúde periféricos, os serviços de saúde ocular não estão totalmente integrados aos sistemas de saúde gerais, resultando numa planificação inadequada, falta de coordenação e prestação inadequada de serviços.

Diante dos cenários acima referenciados segue-se a seguinte pergunta de partida: ***Quais são os fatores de risco associados a ocorrência dos impactos sociais da saúde ocular em Moçambique?*** Os factores de risco associados a ***ocorrência dos impactos sociais da saúde ocular em Moçambique*** é à alta prevalência de doenças tropicais negligenciadas, como tracoma e oncocercose.

É amplamente reconhecido que a eficácia dos programas de cuidados oculares somente pode ser melhorada através de uma melhor compreensão de como os sistemas de saúde ocular funcionam e estão integrados nos sistemas de saúde gerais. A pesquisa visa analisar os princípios da Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular, engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique. Como objetivos específicos, a pesquisa visa Descrever a natureza e funções do Sistema de saúde em

Moçambique no seu todo; Descrever a natureza, escopo e funções do sistema de saúde ocular e a sua integração no Sistema de saúde mais amplo em Moçambique; Determinar pontos fortes e fracos relativos do sistema de saúde ocular para orientar as ações específicas do país para o fortalecimento do sistema de saúde ocular.

A pesquisa é relevante porque no âmbito social a partir do momento que o sistema de saúde ocular em Moçambique cumpre os mesmos regulamentos que o sistema de saúde geral. As normas, protocolos, códigos de conduta e procedimentos de certificação são os mesmos do sistema geral de saúde. E pautar pelos atos que visam a salvaguardar o seu bem-estar bem como da população quer internamente assim como externamente visto que esta área de serviço tem maiores aderências das pessoas no que se refere as questões precisas da saúde.

A pesquisa é relevante no âmbito científico a partir do momento em que chamará a atenção a toda comunidade científica e principalmente a Universidade ISCED para os do curso de Mestrado em Saúde Pública, a estudar a Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular: engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique, elaborado novas teses, artigos científicos, revistas, monografias, dissertação, na qual será criticando as ideias já existente com fim de consolidar a matéria a ser pesquisada. O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: contém duas partes que apresentamos a introdução, metodologia da pesquisa, outra parte faz abordagem sobre o desenvolvimento da pesquisa, sobre a conclusão, sugestões e elementos pré-textuais. O trabalho foi elaborado obedecendo este conjunto de dados.

Estrutura dos serviços de saúde em Moçambique

O Sistema nacional de saúde (SNS) está organizado em quatro níveis: Nível primário que inclui serviços básicos de cuidados comunitários. A este nível, as atividades de promoção e prevenção da saúde são prestados às famílias nos bairros e povoações, muitas vezes ao lado dos programas de controlo de doenças; **Nível secundário** que inclui cuidados intermédios e serviços distritais; **Nível terciário** que inclui cuidados ao nível provincial e hospitais centrais regionais; **Nível quaternário** que inclui o hospital central de Maputo.

A saúde comunitária em Moçambique é o primeiro elo entre a população e o serviço nacional de saúde (SNS). Nesta perspectiva este sistema inclui uma variedade de abordagens, como o GAAC (grupos de apoio e adesão comunitária) para melhorar a adesão à terapia antirretroviral (TARV) e grupos de apoio mãe-a-mãe através dos quais

Domingas J.N. C. Julião & Fátima Dalila M. De Sousa A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular informações sobre cuidados SMI, nutrição e PTV (prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho) é disseminada.

As estruturas de saúde da comunidade também incluem agentes polivalentes elementares (APEs) que estão presentes nos distritos em todo o país. Cerca de 70% da população de Moçambicana usa a medicina tradicional como prioridade, como produtos naturais e práticas espirituais. Algumas estimativas sugerem que há um praticante tradicional por 200 habitantes. Em 1990, o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT) foi criado para estudar, registrar e documentar plantas de medicina tradicional usadas no país. Vinte anos depois (2010), o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) foi criado para pesquisar plantas com potencial terapêutico. No entanto, o desafio de regular os praticantes de medicina tradicional permanece.

Ao se tratar do objetivo principal deste artigo analisar a história e surgimento da bioética. No entanto, por ser relativamente novo o seu estudo, especialmente dentro do âmbito jurídico, é indispensável a alocação ao leitor sobre a importância do tema tratado. O propósito da Saúde no Trabalho é servir à proteção e promoção da saúde física, mental e social e ao bem-estar dos trabalhadores, individualmente e coletivamente. O exemplo é que o exercício da Saúde no Trabalho deve ser realizado de acordo com os mais elevados padrões profissionais e princípios éticos. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem contribuir para a saúde ambiental e comunitária.

Assim, objetiva-se contextualizar a premissa da disciplina multifacetária da bioética para somente então, analisar-se a questão principiológica que o rege. Todo um contexto histórico pode colaborar em tal compreensão. Os direitos humanos e a saúde ocular. O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana.

A ideia aparece no artigo 25: Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

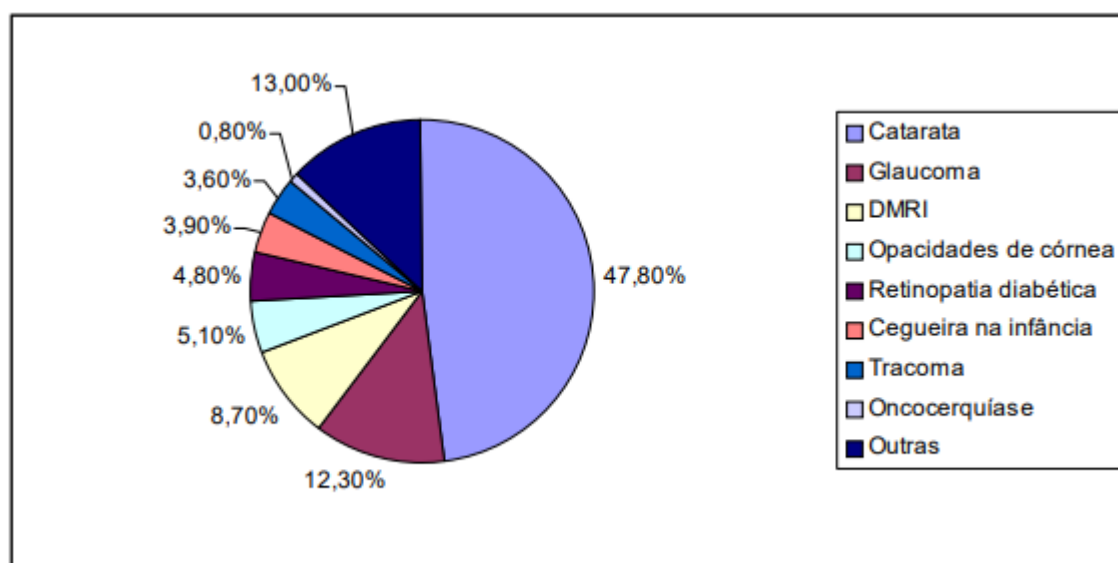
O direito humano pelo fato dos direitos humanos serem direitos interdependentes e interrelacionados, no sentido de que os direitos humanos não funcionam isoladamente e que todos os direitos devem ser reconhecidos. O direito humano à saúde, não é um

direito recente, foi reconhecido com a Declaração Universal (DUDH) que assegura ao ser humano saúde e bem-estar com relação a vários fatores dos quais a assistência médica.

Saúde ocular

A questão da saúde ocular no mundo é preocupante. Ao analisar as diferentes regiões do mundo, verifica-se que, enquanto na África a proporção de cegos por catarata varia de 50 a 55% dos casos totais de cegueira, nos Estados Unidos e na Europa ocidental este índice não passa de 5%. Vejamos o gráfico a seguir:

Gráfico 1: Causas globais de cegueira (porcentagem do total de cegueira em 2002).



De acordo com Guedes (2007, p.6) “outras causas de cegueira no mundo incluem: opacidades corneanas (5,1%), retinopatia diabética (4,8%), cegueira na infância (3,9%), tracoma (3,6%), oncocerquíase (0,8%) entre outras (13%)”. No que tange à saúde ocular do indivíduo, pode-se afirmar que as causas de perda da capacidade visual são múltiplas.

Em geral, essas causas relacionam-se a fatores biológicos, sociais e ambientais, por vezes passíveis de serem evitados ou minimizados. Os serviços de saúde ocular em Moçambique são fornecidos quase inteiramente pelo sistema nacional de saúde (SNS) sob a supervisão do Ministério da Saúde (MISAU). O programa nacional de saúde ocular (PNO) é estabelecido ao nível do MISAU e faz parte da Direção Nacional de Assistência Médica.

O PNO, sob a liderança do coordenador nacional de cuidados oculares, é responsável pela implementação de políticas de saúde ocular por meio de programas de

saúde ocular. Existe também a Coligação Moçambicana de Saúde Ocular (MECC), um órgão consultivo do MISAU em assuntos relacionados com a saúde ocular. A coligação é composta, em grande parte, por organizações não-governamentais que trabalham com saúde ocular no país e especialistas técnicos do MISAU.

Tal como em muitos países da África subsariana, não houve uma pesquisa de prevalência de cegueira representativa com base na população e de nível nacional em Moçambique. Os dados disponíveis sobre a deficiência visual baseiam-se principalmente nos resultados de três estudos de avaliação rápida da cegueira evitável (ARCE, - sigla inglesa RAAB) realizados em Nampula em 2011, Sofala em 2012 e Inhambane em 2016 sobre a saúde ocular.

Em adição a esses, uma rápida avaliação de erros de refração (RARE), realizada em Nampula em 2014, forneceu dados sobre a prevalência de erros de refração e captação de óculos. Esses dados são usados para planificar serviços oftalmológicos no país. A ARCE de 2011, em Nampula, estimou a prevalência de cegueira entre as pessoas com mais de 50 anos em 7,1%; os respectivos números em Sofala e Inhambane foram de 3,2% e 6,4%. A principal causa de cegueira nas três províncias foi a catarata (73% em Nampula, 54% em Sofala e 65% em Inhambane).

A cobertura cirúrgica da catarata (CCC) em V / A <3/60 foi de 12,9% em Nampula, 29% em Inhambane e 33,1% em Sofala. A prevalência ajustada por idade e sexo da deficiência visual grave (DVG) foi de 3,0% em Inhambane, 2,6% em Nampula e 3,5% em Sofala. A principal causa do DVG foi a catarata (68,9% em Nampula, 71,2% em Inhambane e 48,4% em Sofala). Os erros de refração e doenças do segmento posterior são as outras causas principais de DVG nas três províncias.

O estudo RARE realizado em Nampula entre pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 50 estima a prevalência de baixa visão (deficiência visual grave e moderada) em 3,5%, sendo que 65,8% das pessoas com baixa visão tinham mais de 35 anos. A prevalência de erros de refração entre pessoas de 15 a 50 anos foi de 2,6%; os erros de refração foram responsáveis por 64,5% de toda a visão subnormal.

Os objetivos específicos do programa são: a) Desenvolver dentro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) um serviço de saúde ocular de qualidade e acessível a toda população; b) Fortalecer as estratégias para controle das doenças que causam cegueira em todos os níveis; c) Integrar os cuidados de saúde ocular nos cuidados de saúde primários; d) Promover a formação de recursos humanos capazes de preencher as necessidades aos diferentes níveis de atenção de saúde; e) Melhorar a infraestrutura de

Oftalmologia nas unidades sanitárias e aumentar o número de unidades sanitárias com capacidade para a prestação de cuidados de saúde ocular; f) Promover a participação da comunidade no desenvolvimento dos cuidados de saúde ocular; g) Estabelecer um mecanismo de avaliação e controle regular das atividades; h) Promover a formação contínua e investigação na área da Oftalmologia; i) Contribuir para a sensibilização das comunidades e das estruturas governamentais para a necessidade de integração dos cegos e deficientes visuais na sociedade moçambicana.

O programa nacional de oftalmologia em Moçambique enfrenta dois desafios de governação. Primeiro, a inclusão da saúde ocular nas grandes diretorias de saúde, juntamente com outros programas de controlo de doenças com alta morbilidade e mortalidade - como malária, HIV / AIDS e tuberculose - pode minar a visibilidade da saúde ocular tanto na tomada de decisões como na alocação de recursos. Em segundo lugar, o programa enfrenta o desafio de ter que contar com contribuições voluntárias de equipas especializadas que estão envolvidas em múltiplas atividades porque, atualmente, não há especialistas que estejam exclusivamente envolvidos e dedicados à gestão do programa de saúde ocular.

Existe um processo de planificação a nível nacional que começa no último mês de cada ano civil; durante este processo, as atividades a serem implementadas no ano seguinte são identificadas. A planificação leva em conta as conquistas do programa de saúde ocular nos níveis local e nacional. No entanto, alguns entrevistados apontaram que as atividades propostas nem sempre são implementadas devido aos recursos limitados e às maiores prioridades dadas a outras doenças, como malária, HIV / AIDS e tuberculose.

Engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique

Governo moçambicano reconhece que a saúde não é uma responsabilidade apenas do sector da saúde. Ela é citada na agenda de todos formuladores de políticas para que estejam cientes das decisões que tomam e permitam que a população, a partir de informações consistentes e acessíveis a ela, faça suas escolhas saudáveis.

A governança do sector de saúde em Moçambique está concentrada em três níveis que são o nível central, províncias e distritos, oferecendo serviços de saúde primários, secundários e terciários. O MISAU é responsável pelo desenvolvimento de políticas e estratégias de sector de saúde, coordenação e desenvolvimento de planos, mobilização e alocação de fundos, monitoria dos planos de implementação e o estado de saúde da

Domingas J.N. C. Julião & Fátima Dalila M. De Sousa A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular população, supervisão e auditoria de serviços e coordenação com parceiros nacionais e internacionais (MISAU, 2014).

Em 1978, Moçambique adoptou uma política de saúde pública global sobre cuidados de saúde primários que respondem de forma mais equitativa, adequada e eficaz às necessidades básicas de saúde (Magnussen, Ehiri & Jolly, 2004). O Ministério da Saúde de Moçambique reconhece princípios de cuidados de saúde primários e os componentes incluem educação para saúde sobre os problemas prevalentes, prevenção e controlo de doenças endémicas, diagnóstico e o tratamento da doença, programa de medicamentos essenciais, reconhecimento da Área de Saúde e Informação para planeamento e monitoria da participação da comunidade, autoeficácia e colaboração intersectorial.

Sua visão é alcançar progressivamente a cobertura universal de saúde que permite que a população aproveite a melhor saúde a um custo acessível e garantir equidade e qualidade dos serviços essencial de saúde. O Governo de Moçambique (GdM) está a implementar estratégias de redução da pobreza desde 2001, para contemplar os determinantes sociais da saúde que são, a educação, estabilidade económica, ambiente favorável, contexto e saúde e cuidados de saúde.

O GdM está trabalhando em parceria com várias ONGs para implementar programas de desenvolvimento comunitário e empoderamento para combater a pobreza e o desemprego. Este programa visa melhorar a qualidade de vida da população, que é o objetivo principal da promoção da saúde. O Plano de Acção de Redução da Pobreza (PARP 2011-2014) visa alcançar um crescimento económico inclusivo e reduzir a pobreza e a vulnerabilidade, concentrando-se nos três objetivos gerais: aumento da produção e produtividade nos sectores agrícola e pesqueiro, criação de emprego e desenvolvimento humano e social e desenvolvimento sustentável (PNUD 2012).

Fortalecimento da Acção Comunitária

O MISAU encoraja o envolvimento da comunidade no sistema de prestação de cuidados de saúde. Há capacitação contínua dos agentes comunitários de saúde em todos os distritos do país para que as comunidades participem da manutenção da sua saúde. Líderes comunitários e líderes religiosos e organizações comunitárias participam na implementação de programas de promoção da saúde (Strechan, 2015).

O MISAU introduziu os agentes comunitários de saúde em 1978. Eles são seleccionados e se dedicam às comunidades onde vivem (Cliffet *et al.*, 2003). Este

programa de saúde da comunidade foi em resposta à necessidade de aumentar cobertura, e qualidade dos serviços de saúde que se concentra na promoção da saúde e prevenção de doenças. Verificou-se que o programa resultou na melhoria de equidade no acesso aos cuidados de saúde, aceitabilidade e percepções da comunidade sobre a qualidade da prestação de serviços de saúde.

Os agentes comunitários de saúde são apreciados pelas comunidades, que os consideram como “médicos comunitários” que fornecem pontes para o sistema de saúde (Giveet *et al.*, 2015). As comunidades Moçambicana estão sendo envolvidas no tratamento antiretroviral (TARV) do HIV/SIDA. Existem grupos de suporte nas comunidades que ajudam os indivíduos infectados com serviços de aconselhamento para facilitar a adesão ao respectivo tratamento. Rachares (2014) destacou que o modelo *Community Action Groups* (CAG) resultou no envolvimento ativo dos pacientes, e na criação de um ambiente favorável que melhora a retenção dos mesmos no programa do TARV. Este modelo proporcionou a reorientação dos serviços de saúde para o fortalecimento das ações comunitárias.

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica. Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados.

Neste âmbito, as Redes de Referência Hospitalar (RRH) assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão. Os serviços hospitalares de saúde oftalmológico têm a Missão de prestar cuidados de qualidade, pela aplicação de boas práticas clínicas na abordagem da patologia ocular, com recurso a uma equipa de profissionais motivados e disponíveis para dar resposta às reais necessidades da comunidade. A Visão do Serviço de Oftalmologia é desenvolver a atividade assistencial de forma a tornar-se um serviço de referência na área da educação para a saúde e no diagnóstico e tratamento da patologia ocular.

Na província de Sofala, não são todos hospitais que tem o serviços de oftalmologia, porque a falta de profissionais qualificados na área. A não existência de oftalmologistas em zonas rurais viola os princípios de justiça, em que todo ser humano

Domingas J.N. C. Julião & Fátima Dalila M. De Sousa A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular independentemente da cor, raça, ou religião, estes tem direito a assistência em saúde em qualquer parte do território nacional.

Metodologia e análise

Trata-se de um estudo de revisão de literatura. A revisão de literatura é realizada para buscar consenso sobre alguma temática específica e sintetizar o conhecimento de uma dada área, por meio de etapas metodológicas que incluem a formulação de uma pergunta, identificação, seleção e avaliação crítica de estudos científicos contidos em bases de dados. A questão desta pesquisa foi: Quais são os fatores de risco associados a ocorrência dos impactos sociais da saúde ocular em Moçambique, com ênfase na saúde ocular, no programa de saúde? Foram incluídos nessa revisão de artigos indexados publicados em português e inglês. Foram consultadas as bases BIREME, SciELO, LILACS, BEDENF, MEDLINE.

A partir da combinação da matéria, saúde ocular. Estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez. Para seleção dos artigos realizou-se, primeiramente, a leitura dos resumos das publicações, com o objetivo de analisar a Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular, engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique. Incluíram-se artigos originais, que apresentavam resultados de pesquisas desenvolvidas em comunidades sobre o desenvolvimento comunitário. A avaliação crítica dos artigos consistiu na leitura do estudo na íntegra.

“A metodologia optada consiste na revisão integrativa da literatura, usando sobremaneira de revistas académicas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MISAU), das bases de dados Pubmed, Hinari, Scielo e de Jornais da Saúde Africanos”. Tem políticas públicas que apoiam pessoas carentes na saúde ocular. Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular as políticas publicas são dada à aplicação rápida de medidas simples de prevenção, que são válidas do ponto de vista técnico e factíveis. Investigações complementares deveriam verificar a eficácia destas medidas, ou se soluções mais completas devem ser desenvolvidas. Engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique a pertinência e a validade destes métodos e procedimentos deveriam ser consistentes com as evidências científicas disponíveis e com a boa prática. A vigilância deve ser realizada com o consentimento informado, não coercitivo.

Conclusão

Conclui-se que, no entanto, o escopo das intervenções de saúde ocular em muitos desses ambientes é limitado devido às fraquezas dos sistemas de saúde em geral. É amplamente reconhecido que a eficácia dos programas de cuidados oculares somente pode ser melhorada através de uma melhor compreensão de como os sistemas de saúde ocular funcionam e estão integrados nos sistemas de saúde em geral.

Concordamos com Guedes (2007) quando afirma que o profissional da saúde da família deve se inteirar das principais causas de cegueira e deficiência visual do seu meio, assim como os principais fatores de risco para seu desenvolvimento ou agravamento. Ele também deve ainda estar apto a responder de maneira correta e adequada às necessidades de saúde ocular, individuais e coletivas, daquela comunidade onde está inserido.

Para o desenvolvimento desta área sugiro que devem haver o apoio dos parceiros de desenvolvimento para recursos humanos para a saúde ocular (HReH) e coordenar com o Ministério da Saúde, no que concerne a formação de técnicos de oftalmologia e oftalmologistas. Com vista a elevar o nível de desenvolvimento da saúde ocular, com intuito destes contribuírem de forma eficiente para o alcance dos objetivos e desenvolvimento desta área, deixam-se ficar as seguintes recomendações:

a) Recomenda-se que o governo devem possuir diferentes quadros de saúde ocular implantados no sistema nacional de saúde: oftalmologistas, optometristas, técnicos de oftalmologia, ortoptistas e ópticos em toda parte do território;

b) Promover cursos a médio, curto e a longo prazo sobre a saúde ocular;

Há que realçar que “as prevenções da cegueira e da deficiência visuais devem estar entre as prioridades de todos: governos, profissionais de saúde e sociedade. Sem a ação conjunta e integralizada de todos os níveis, do individual ao coletivo, do público ao privado, da atenção básica a superespecializada, não há como combater este problema que repercute de forma tão intensa e marcante na nossa sociedade.” (Guedes, 2007, p.13).

Referências

Bank, W. (2017). *Republic of Mozambique Rapid Donor Data Collection and Donor Coordination*. África: Public Sector and Governance. Available in: www.documents.worldbank.org acesso em: 1 out. 2018.

Guedes, R.A.P. As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária à Saúde - APS. *Revista APS*, v.10, n.1, p. 66-73, jan./jun. 2007.

Ministry of Health. (2014). *Health Sector Strategic Plan PESS 2014-2019*.

Misau. (2016). *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde, 2016-2025*. Maputo: MISAU.

Misau. (2017). *Plano Nacional Visão 2020 Moçambique, 2015-2019* 20. Maputo: MISAU.

Misau.(2012). *Relatório da revisão do sector de saúde. Vol.19*. Maputo: MISAU.

Moçambique. Ministério de Saúde e Ministério de Educação. (2010). *Estratégia de promoção da Saúde e prevenção de doença na comunidade escolar*. Maputo. Disponível em: http://www.mined.gov.mz/POEMA/Biblioteca/MA-S2-Estrategia_saude_escolar_2010-2016.pdf. Acesso em: 27 nov. 2018

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion: The Move Towards a New Public Health, November 17-21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada*. WHO.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): JULIAO, Domingas Jerónimo Nhenheze Chapepa; SOUSA, Fátima Dalila Madalena de. A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular: engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 172-183, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): JULIAO, Domingas Jerónimo Nhenheze Chapepa; SOUSA, Fátima Dalila Madalena de. A (dez.2022). A Bioética e os impactos sociais da Saúde ocular: engajamento comunitário e promoção da saúde em Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 172-183.

Aspectos bioéticos de saúde pública e sua relação com atendimento no serviço de urgência no de Hospital Provincial de Chimoio

Asmina Victorino Nhapoca Luis *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-8543-1146>

Ludofina Manuel Texeira **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-5314-7423>

Resumo: Este artigo aborda sobre aspectos bioéticos com objectivo de estudar os aspectos bioéticos de saúde pública e sua relação com atendimento no serviço de urgência a partir dos indicadores obtidos no Hospital Provincial de Chimoio, nos serviços de urgência. A metodologia baseou-se em uma entrevista de 15 pacientes com intervenção de urgência para obter dados sobre aspectos bioéticos nos serviços de urgência, também a busca de artigos científicos, em sites académicos, como *Google Académico*, *SciELO* e *Pubmed*, na base dos descritores da pesquisa (*Aspectos Biológicos de Saúde Pública*). Não fizeram parte da selecção os trabalhos de tese e dissertações. Os resultados: dos títulos seleccionados (252), somente 28 artigos foram elegíveis para o estudo, apresentavam uma análise qualitativa. A conclusão: o estudo concluiu que os aspectos bioéticos de saúde pública no atendimento dos serviços de urgência 87% dos pacientes referiram ter tratamento humanizado, comunicado permanente com pacientes e tratamento justo, 93% referiram ter consentimento das intervenções e 100% provaram terem tido benefícios na intervenção, onde há necessidade de melhorar o acesso, divulgação e cumprimento de aspectos básicos relacionados a ética aos profissionais de saúde e assim como para os pacientes.

Palavras – Chave: Urgência, Aspectos Bioéticos, Serviços, Atendimento.

Bioethical Aspects of Public Health and its Relation to Emergency Service in HPC

Abstract: This article deals with bioethical aspects in order to study the bioethical aspects of public health and its relationship with care in the emergency department from the indicators obtained at the Provincial Hospital of Chimoio, in the emergency services. The methodology was based on an interview of 15 patients with emergency intervention to obtain data on bioethical aspects in emergency services, as well as the search for scientific articles on academic websites such as Google Scholar, SciELO and Pubmed, based on the descriptors of the research (Biological Aspects of Public Health). Thesis and dissertations were not included in the selection. Results: of the selected titles (252), only 28 articles were eligible for the study, presenting a qualitative analysis. Conclusion: the study concluded that the bioethical aspects of public health in the care of emergency services 87% of patients reported having humanized treatment, permanent communication with patients and fair treatment, 93% reported having consent to the interventions and 100% proved to have had benefits in the intervention, where there is a need to improve access, dissemination and compliance with basic aspects related to ethics for health professionals and patients.

Keywords: Urgency, Bioethical Aspects, Services, Assistance.

* Mestrada em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância
E-mail: aluis30@isced.ac.mz

** Mestrada em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância
E-mail: rtexeira@isced.ac.mz

1. Introdução

Este artigo científico de aspectos bióticas, com objectivo de analisar os aspectos bióticos de saúde pública e sua relação nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio. Os aspectos bioéticos no campo da ética que vela pela saúde dos homens considerado assuntos muito discutido tanto dentro dos serviços assim como fora pela sociedade. Sendo um ramo que parece menos importante, mas torna relevante, pois regula o comportamento quanto por lado do profissional assim como para o paciente garantindo que ninguém sai prejudicado. A questão de aspectos bioético da saúde pública e sua relação com os serviços de urgência ainda é pouco estudado mas apresenta maior pertinência para ser analisado por ser uma área de saúde que lida com a vida das pessoas. O pessoal de saúde tem o dever de respeitar os princípios éticos durante a intervenção.

Segundo Koerich MS. (2005, apud Trindade M. A. (2016), o termo “bioética” é mais recente, e surge com os avanços tecnológicos associados à biologia e aos problemas éticos derivados das descobertas e aplicações das ciências biológicas. A bioética consiste no estudo sistemático multidisciplinar da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, conduta essa interpretada à luz dos valores e princípios morais.

Os aspectos bióticos de saúde pública e sua relação nos serviços de urgência do Hospital Provincial de Chimoio. As reflexões da bioética não se limitam aos grandes dilemas éticos atuais, como o aborto, a eutanásia ou o genoma humano; incluem igualmente campos da experimentação em animais e seres humanos, os direitos e deveres dos profissionais de saúde e dos usuários, as práticas psiquiátricas, pediátricas e aquelas envolvendo indivíduos inconscientes, bem como as intervenções humanas no ambiente capazes de influenciar o equilíbrio das espécies vivas (Koerich MS. 2005 cit. por Trindade M. A. 2016).

Segundo Leone et. al. (2001), a Bioética (“ética da vida”) é a ciência que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações. Os primeiros estudos dos anos 70 incidiram em 4 princípios bioéticos. Mas a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) veio a estabelecer mais princípios que particularizam o ser humano na sua essência. Segundo Garrafa, Costa e Oselka (1999) a bioética do Século XXI precisa ir mais além, pensar o os direitos do ser humano na sua essência e profundamente buscando respeitá-lo de forma mais plena possível. A bioética do século XXI instiga que

os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer outra natureza, de modo a implementar os 15 princípios e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. As medidas desta declaração devem ser apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público (UNESCO, 2005; Ventura, 2010).

Qualquer pessoa tem direito ao sigilo das informações obtidas durante um atendimento na saúde. A confidencialidade das informações é tanto um dever do profissional da saúde como um direito do paciente. A quebra do sigilo só é justificada nos casos de riscos à pessoa ou a terceiros. Nesses casos, a necessidade da quebra de sigilo deverá ser comunicada à pessoa. Por isso, compartilhar informações com membros da equipe de saúde só se justifica quando se espera um real benefício àquela pessoa (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006).

De acordo com Koerich MS. (2005 apud Trindade, 2016), a ética significa caráter, e deve ser entendida como o conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um e que são estabelecidos e aceitos numa época específica. Trata-se da ciência da moral ou filosofia da moral. Centrada no ser humano, a ética pretende estimular sua perfeição, mediando a relação entre o bem e o mal. Para as teorias éticas, o desejável é o ser: ser livre e autônomo, ser que age para a benevolência e beneficência, ser que exercita a justiça e ser virtuoso no caráter. Qualquer discussão ética é pautada pelo princípio da responsabilidade, quer individual, quer pública, quer planetária, e visa à adoção de postura consciente, solidária, responsável e virtuosa de todos os seres humanos.

Os aspectos bioéticos de saúde pública e sua relação nos serviços de urgência podem apresentar-se com grandes desafios tendo em conta os quatro princípios que regem a ética, na qual independentemente do tipo de caso a intervenção com pacientes deve se pautar pelos princípios éticos na qual os direitos e deveres devem ser fundamentais, assegurados pela confidencialidade, para proteger a dignidade humana.

A pesquisa visa Analisar os aspectos bioéticos de saúde pública e sua relação nos serviços de urgência no Hospital Provincial de Chimoio. Especificamente, a pesquisa visa

- Identificar os aspectos bioéticos da saúde pública;
- Identificar os princípios bioéticos da saúde pública e
- Descrever a relação dos aspectos bióticos da saúde pública com os serviços de urgência no Hospital Provincial de Chimoio.

A pesquisa é relevante porque o tema torna relevante uma vez que o atendimento nas intervenções de cuidados para a saúde pública, atendendo que está atender os seres humanos, estes assegurados por princípios éticos, necessitando de observar os aspectos bioéticos para que todos saem sem prejuízos: no âmbito social a reduzir comportamentos imorais por parte do quadro pessoal da saúde através de estudo dos aspectos bioéticos de saúde pública nos serviços de urgência, amenizando dessa forma a maleficência e aumentando a beneficência a sociedade.

No âmbito político enquadra-se no Plano Estratégico e Social (PES) do Governo, na qual visa traçar estratégias para a implementação dos princípios éticos no atendimento dos cidadãos durante o exercício de cada profissional e garantir o princípio não maleficência, pautando por comportamentos morais nos cuidados de saúde.

Para o âmbito científico o tema em estudo enquadra-se em linha de pesquisa do ISCED, que trata da interação de Ciência, Sociedade e Tecnologia com objetivo de mostrar o contributo que a ciência pode dar para a melhoria da saúde pública proporcionando o bem-estar social, através do estudo dos aspectos bioéticos da saúde pública e sua relação nos serviços de urgência. Enquadra se ainda nas cadeiras lecionadas no ISCED, como a ética e deontologia profissional, a Antropologia Cultural, entre outras cadeiras curriculares.

2. Princípios bioéticos que fazem parte do atendimento de emergência

Segundo Pessini & Barchifontaine (2007), bioética é a defesa da dignidade da pessoa e respeito aos direitos humanos, com a prevalência do interesse público e do bem-estar de todos. Isto reforça a saúde como uma necessidade para a atuação do poder público. Os imperativos bioéticos estabelecidos impõem que a intervenção médica, seja de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, só seja realizada mediante prévio consentimento, proporcionando às pessoas a liberdade de escolha e o mais amplo esclarecimento sobre os procedimentos a serem utilizados e as consequências conhecidas ou possíveis a esse respeito.

De acordo com Campos (2014), tida como uma aplicação prática da Ética na Saúde, a Bioética é pautada em quatro princípios básicos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Sem esses conceitos, é mais difícil enfrentar os dilemas de maneira ética, tanto em questões de vida como de morte. Segundo a Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), exige-se a primazia da igualdade em dignidade e em direitos, o que demanda tratamento justo e equitativo. Tal aspecto

Asmina V. Nhapoca Luis & Ludofina M. Texeira, Aspectos Bioéticas de Saúde Pública destaca a discussão sobre o financiamento à saúde, a cobertura de sua prestação assistencial e a qualidade dos serviços oferecidos.

Decorrem também dos princípios bioéticos a necessidade de evitar discriminação ou a estigmatização, o respeito ao pluralismo e à diversidade, a solidariedade e a cooperação em saúde entre os governos. A adoção dos princípios bioéticos da Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005), como a igualdade, liberdade e autonomia, justiça e equidade, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, é essencial para construir a ponte entre os Direitos Humanos, os Determinantes Sociais da Saúde e a bioética. Segundo a Declaração de Lisboa sobre a ética da Urgência Médica, para dar decisões médicas a pacientes nos serviço de **urgência**, baseando-se nos **princípios** da **Bioética**: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

2.1 Princípio da autonomia

O segundo princípio que devemos utilizar como “ferramenta” para o enfrentamento de questões éticas é o princípio da autonomia. De acordo com esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. A autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas (Fortes & Zoboli, 2003; Oliveira et al., 2019).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 1948, manifesta logo no seu início que as pessoas são livres. Nos últimos anos, tem sido frequente a busca pela liberdade (ou autonomia). Nos casos de atendimento clínico de pacientes, podemos mencionar o Código de Defesa do Consumidor, o qual, em alguns de seus artigos, garante protecção às pessoas que buscam serviços de saúde, por exemplo, no que diz respeito ao direito de ser suficientemente informada sobre o procedimento que o profissional vai adoptar (Fortes, Zoboli, 2003).

Requer do profissional o respeito à vontade, o respeito à crença, o respeito aos valores morais do paciente, reconhecendo-lhe o domínio sobre a própria Vida e o respeito à sua intimidade. Este princípio gera diversas discussões sobre os limites morais da eutanásia, suicídio assistido, aborto, etc. Exige também definições como respeito à autonomia quando a capacidade de decisão do sujeito está comprometida – são as pessoas ou grupos considerados vulneráveis. Isto ocorre em populações e comunidades

Asmina V. Nhapoca Luis & Ludofina M. Texeira, Aspectos Bioéticas de Saúde Pública especiais como menores de idade, indígenas, débeis mentais, pacientes com dor, militares, etc. Com relação à ética em pesquisa, gera o princípio do «termo de consentimento livre e esclarecido» a ser feito pelo pesquisador e preenchido pelos sujeitos da pesquisa ou seus representantes legais sempre que a capacidade do sujeito (ou paciente) estiver comprometida (Campos, 2014).

2.2 Princípio da beneficência

Segundo Campos (2014), assegura o bem-estar das pessoas, evitando danos e garante que sejam atendidos os seus interesses. Trata-se de um princípio indissociável ao da autonomia. O primeiro princípio que devemos considerar na nossa prática profissional é o de beneficência/não maleficência (também conhecido como benefício/não malefício). O benefício (e o não malefício) do paciente (e da sociedade) sempre foi a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas (física ou psicológica).

Beneficência significa “fazer o bem”, e não maleficência significa “evitar o mal”. Desse modo, sempre que o profissional propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo em sua totalidade (todas as dimensões do ser humano devem ser consideradas: física, psicológica, social, espiritual), visando oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais do paciente. Um profissional deve, acima de tudo, desejar o melhor para o seu paciente, para restabelecer sua saúde, para prevenir um agravo, ou para promover sua saúde (Campos, 2014).

2.3 Princípio da não maleficência

Assegura que sejam minorados ou evitados danos físicos aos sujeitos da pesquisa ou pacientes. Riscos da pesquisa são as possibilidades de danos de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Dano associado ou decorrente da pesquisa é o agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à colectividade, com nexo causal comprovado, directo ou indirecto, decorrente do estudo científico (Chambisse et. al. 2017).

2.4 Princípio da justiça

O terceiro princípio a ser considerado é o princípio de justiça. Este se refere à igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, a pesquisa etc. Costumamos acrescentar outro conceito ao de justiça: o conceito de equidade que representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades.

De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar. É também a partir desse princípio que se fundamenta a chamada objecção de consciência, que representa o direito de um profissional de se recusar a realizar um procedimento, aceito pelo paciente ou mesmo legalizado (Rego, Palácios, & Siqueira-Batista, 2009).

Todos esses princípios (insistimos que eles devem ser nossas “ferramentas” de trabalho) devem ser considerados na ordem em que foram apresentados, pois existe uma hierarquia entre eles. Isso significa que, diante de um processo de decisão, devemos primeiro nos lembrar do nosso fundamento (o reconhecimento do valor da pessoa); em seguida, devemos buscar fazer o bem para aquela pessoa (e evitar um mal!); depois devemos respeitar suas escolhas (autonomia); e, por fim, devemos ser justos (Chambisse et. al. 2017). Exige equidade na distribuição de bens e benefícios em qualquer sector da ciência, como por exemplo: Medicina, Ciências da Saúde, Ciências da Vida, do meio ambiente, etc.

2.5. Princípio da proporcionalidade

Segundo Chambisse, et. al. (2017) procura o equilíbrio entre os riscos e benefícios, visando o menor mal e o major benefício às pessoas. Este princípio está intimamente relacionado com os riscos da pesquisa, os danos e o princípio da justiça.

3. Metodologia, Análises e discussão dos resultados

O presente estudo baseou-se em uma análise qualitativa na qual através da abordagem descritiva fez-se a menção dos aspectos bioéticos da saúde pública e sua relação com os serviços de urgência do HPC, foram submetidos ao estudo 15 pacientes que se encontravam em estado de emergência (com fracturas dos membros inferiores e superiores, em estado de doenças graves e com corpos estranhos no ouvido), para

fornecerem informações sobre o atendimento se observa – se aspectos éticos nas intervenções ou não.

Também a revisão de literaturas com temas correlacionados ao estudo, foram feitas buscas em sites acadêmicas no Google Acadêmico, SciELO e Pubmed, na base dos descritores dos aspectos bioéticos da saúde pública. Foram 252 resultados em busca dos quais 28 selecionados, correlacionados ao tema em estudo, onde somente 10 artigos científicos foram selecionados para o estudo, por apresentarem uma análise qualitativa, com conteúdos sobre aspectos bioéticos da saúde pública e sua relação com os serviços de urgência.

Os dados obtidos durante o estudo em 15 pacientes que fizeram parte do estudo demonstram que o atendimento no HPC, os profissionais de saúde observa os aspectos bioéticos em quase todos procedimentos.

Tabela nº 1: variáveis que estiveram em torno do estudo no HPC

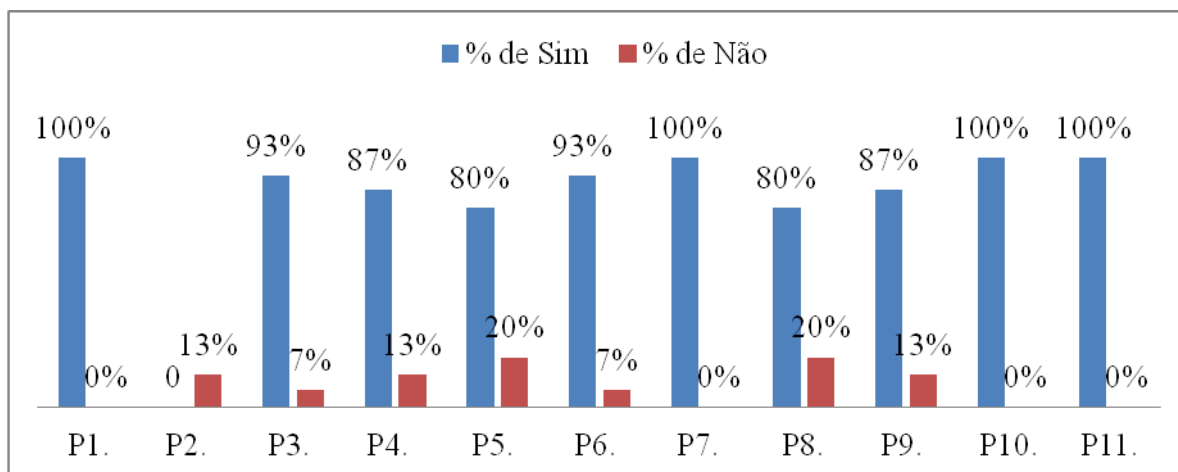
Questões	% de Sim	% de Não
P1. Já estive em uma situação de urgência para ser atendimento no Hospital?	100%	0%
P2. Qual foi o atendimento? Teve informação do que estava acontecer consigo?	87%	13%
P3. Sempre estavam em comunicação consigo ou seu acompanhante?	93%	7%
P4. A maneira de atendimento foi considerado/a como pessoa?	87%	13%
Levaram muito tempo para ser feito intervenção?	80%	20%
P5. Você como doente te pediu para fazer o tratamento que devia fazer?	93%	7%
P6. Houve um tratamento que não quis fazer porque não merecia ter?	100%	0%
P7. Gostou do atendimento que teve no Hospital?	80%	20%
P8. O que fizeram com você acha ser justo?	87%	13%
P9. Achas ter tido benefício por ter vindo no Hospital Provincial ter entendimento?	100%	0%
P10. Alguém dos que atenderam te estranhou, desprezou te?	100%	0%

Fonte: Elaboração Própria

O gráfico 1 acima ilustra que dos 15 pacientes submetidos na entrevista sobre aspectos bioéticos nos serviços de urgência quase todos (100), tiveram uma situação de emergência anteriormente, 14 dos entrevistados (93%), referiram que durante as intervenções estiveram em comunicação, tiveram ainda o pedido para serem

Asmina V. Nhapoca Luis & Ludofina M. Texeira, Aspectos Bioéticas de Saúde Pública submetidos a intervenção (termo de consentimento), 12 dos entrevistados (87), também referiram terem tido um atendimento como pessoa (humanizado). O que indica haver a observância dos aspectos bioéticos de saúde pública, pautado pelos serviços.

Gráfico nº1: Resposta das variáveis dado pelos pacientes com tratamento de urgência no HPC



Fonte: Elaboração Própria

O gráfico acima ilustra que dos 15 pacientes com problemas que deviam receber intervenção de urgência manifestaram em 100% (15), terem tido uma intervenção de urgência (P1), o que indicou não ser a primeira vez, 87% (13) confirmaram que durante a intervenção os profissionais de saúde davam informação sobre o estava acontecendo (P2), 93% (14) dos pacientes sustentaram que até a família também tinha informação do que estava a acontecer (P3).

De acordo com Fortes & Zoboli (2003), requer do profissional o respeito à vontade, o respeito à crença, o respeito aos valores morais do paciente, reconhecendo-lhe o domínio sobre a própria Vida e o respeito à sua intimidade. 87% (13) Salientaram que o atendimento foi humanizado, por serem considerados como humanos (P4), que de acordo com Declaração Universal da UNESCO (2005), como a igualdade, liberdade e autonomia, justiça e equidade, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, é essencial para construir a ponte entre os Direitos Humanos, os Determinantes Sociais da Saúde e a bioética. 93% (14) dos pacientes entrevistados referiram terem recebido o tratamento adequado de acordo com as indicações (P5), 87 (13) referiram terem tido um atendimento justo, pois aquilo que foi prescrito (P8). Corroborando com a Declaração Universal da UNESCO (2005), onde exige-se a primazia da igualdade em dignidade e em

Asmina V. Nhapoca Luis & Ludofina M. Texeira, Aspectos Bioéticas de Saúde Pública

direitos, o que demanda tratamento justo e equitativo. 100% (15) Salientaram que houve benefício por parte deles pois foi de acordo com as expectativas dos pacientes, não tiveram desprezo nem discriminação (P6, P9 e P10).

De acordo com De acordo com Chambisse, et. al. (2017), todos esses princípios (insistimos que eles devem ser nossas “ferramentas” de trabalho) devem ser considerados na ordem em que foram apresentados, pois existe uma hierarquia entre eles. Isso significa que, diante de um processo de decisão, devemos primeiro nos lembrar do nosso fundamento (o reconhecimento do valor da pessoa); em seguida, devemos buscar fazer o bem para aquela pessoa (e evitar um mal!); depois devemos respeitar suas escolhas (autonomia); e, por fim, devemos ser justos.

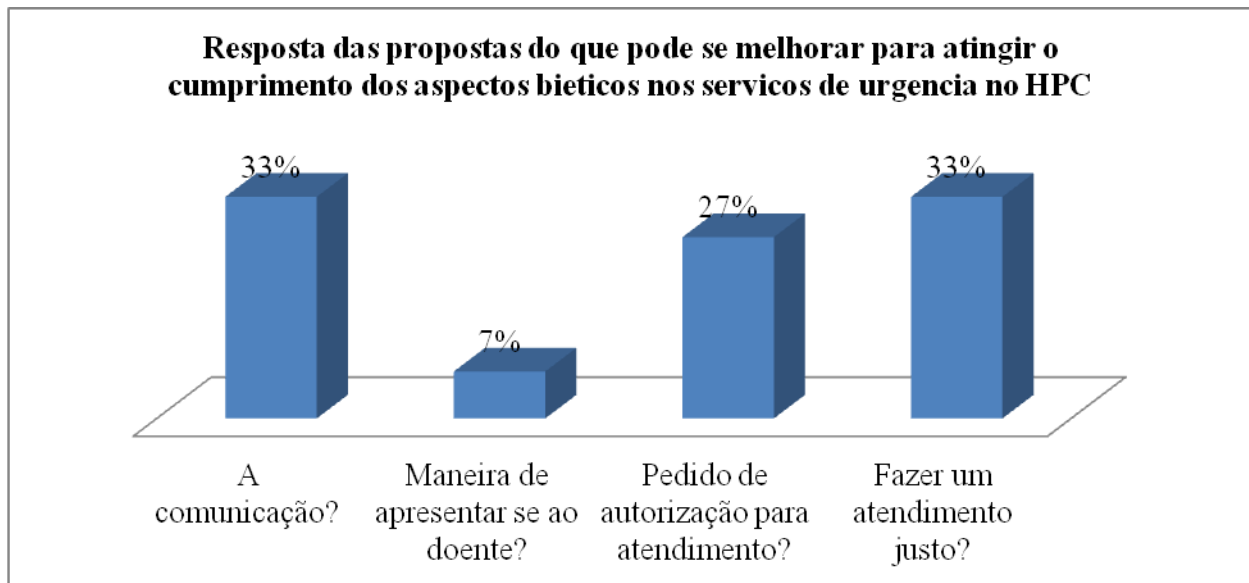
Tabela nº2 de variável em estudo a pacientes com atendimentos de urgências

O que achas que deviam mudar no atendimento os profissionais de saúde deste hospital?	A comunicação?	5	33%
	Maneira de apresentar se ao doente?	1	7%
	Pedido de autorização para atendimento?	4	27%
	Fazer um atendimento justo?	5	33%

Fonte: Elaboração Própria

A tabela acima ilustra aquilo que são opiniões dos pacientes para mudar ou seja melhorar no âmbito de aspectos bióticos em serviços de urgência, onde dos 15 (100%) pacientes entrevistados 33% referiram melhorar a comunicação e fazer um atendimento justo, enquanto que 27% frisaram para melhorar no pedido de autorização.

Gráfico nº2: Propostas para melhoria dos aspectos bioéticos no HPC



Fonte: Elaboração Própria

A tabela acima ilustra aquilo que são opiniões dos pacientes para mudar ou seja melhorar no âmbito de aspectos bióticos em serviços de urgência, onde dos 15 (100%) pacientes entrevistados 33% referiram melhorar a comunicação e fazer um atendimento justo, enquanto que 27% frisaram para melhorar no pedido de autorização. Onde a maioria dos pacientes (33%), referiram para melhor a comunicação, justiça no atendimento esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida.

A autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas (FORTES & ZOBOLI, 2003) e 27% dos entrevistados opinaram a melhoria na autonomia (pedido de autorização para intervenção), corroborando com Rego, Palácios, Siqueira-Batista (2009), o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar. É também a partir desse princípio que se fundamenta a chamada objeção de consciência, que representa o direito de um profissional de se recusar a realizar um procedimento, aceito pelo paciente ou mesmo legalizado.

Conclusão

Concluiu-se através dos dados obtidos na entrevista com pacientes em intervenções de atendimento acima de 80% dos entrevistados referiram que independentemente do estado de pacientes os aspectos bióticos geridos pelos seus princípios são observados o que é sustentado pela hipótese onde os aspectos bioéticos de saúde pública e sua relação nos serviços de urgência podem apresentar-se com grandes desafios tendo em conta os quatro princípios que regem a ética, na qual independentemente do tipo de caso a intervenção com pacientes deve se pautar pelos princípios éticos na qual os direitos e deveres devem ser fundamentais, assegurados pela confidencialidade, para proteger a dignidade humana. Nesse âmbito a direcção do HPC deve intensificar na divulgação dos princípios éticos incluindo questões deontológicas quer para os profissionais assim assegurar a visualização das cartas dos pacientes de modo a saberem os seus direitos e deveres.

O estudo em causa de acordo com os objetivos de análise dos aspectos bioéticos de saúde pública e sua relação nos serviços de urgência no Hospital Provincial de Chimoio, na qual identificou-se os aspectos bioéticos da saúde pública, alinhados pela autonomia, beneficência e não maleficência, justiça e proporcionalidade, no que diz respeito a relação dos aspectos bióticos da saúde pública com os serviços de urgência no Hospital Provincial de Chimoio, a partir dos resultados obtidos no estudo refletem nas ideias haver uma relação muito centralizado por ser atendimento humano na qual está plasmado o código de ética e que ramifica-se para princípios bioéticos para serviços de emergência. Foi possível perceber que os serviços de urgência do HPC regem os aspectos bioéticos, na qual asseguram que haja a beneficência para os pacientes. Chegando a conclusão de que todos os objetivos se materializaram-se com os resultados obtidos.

Referências

- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, (2006). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos L. (2014). *Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Plano Nacional de Saúde, 2012-2016. Lisboa: DGS.
- Chambisse, E. D. et. al. (2017). *Filosofia 11ª Classe*. 2.ed. Texto Editores, Maputo.
- Portugal. Centro. *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*. Diário da República, 2ª série - nº 8 - 11 de Janeiro de 2009.

Almeida, Á; Alves, E. C. & Bradao, J. (2009). Entidade Reguladora da Saúde. *Consentimento Informado – Relatório Final*, Entidade Reguladora da Saúde. Lisboa: ERS; (2009).

Portugal. *Declaração de Lisboa sobre a ética da Urgência Médica*, II Jornadas de Emergência Médica; 7 Dez de 1990. NEP SAMU Fortaleza Última actualização 2011; 14:2

Fortes, P.; Zoboli, E. (Org.) (2003). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola.

Garrafa, V.; Costa, SIF; Oselka, G. (1999). *A bioética do século XXI*. *Revista Bioética*. v.7, n.2, s.p. Disponível em:

<https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/22>. Acesso em: 23 abr.2022.

Koerich MS., Machado R. R. & Costa E. (2005). *Ética e bioética: para dar início à reflexão*. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 14, nº1, p.106-110.

Oliveira, Maria Helena Barros et al. (2019). *Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades*. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, nº Especial 4, p. 9-14, dez.

Leone, S.; Privitera, S. & Cunha, J. T. (Coords.), (2001). *Dicionário de bioética*. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário.

Rego, S.; Palácios, M.; Siqueira-Batista, R. (2009). Bioética e a tomada de decisões: entre a clínica e a saúde pública. In: Oliveira, AAS(Org.). *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Unesco. *Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco, 2005. Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado, Revisão: Volnei Garrafa (33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO).

Ventura, Miriam. (2010). Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. in: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde e Direitos humanos*. Ano 7, nº7, p.87-100, 2010.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): Asmina Victorino Nhapoca Luis, Ludofina Manuel Texeira Trajetória político de António Agostinho Neto. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 184-196, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Luís, João Baptista Gime Luís. (dez. 2022). Trajetória político de António Agostinho. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 184-196.

Ética e Confidencialidade no Manuseamento das listas extraídas do Sistema Electrónico de Seguimento de pacientes vivendo com HIV na Unidade Sanitária

Cimplisse Pedro Mucavele*

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-4989-7758>

Tomás Francisco Juliasse**

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-1594-3557>

Maria Efigénia Ricardo***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-3949-5552>

Pedro António Cambe****

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-3272-6418>

Resumo: A presente investigação assume como desígnio avaliar os procedimentos e requisitos em prática nas unidades sanitárias que reforçam a ética e a gestão sigilosa de informações de pacientes vivendo com HIV, partindo da ciência de que há cada vez mais necessidade de articulação entre os profissionais de saúde e comunitários no âmbito da provisão de serviços de assistência comunitária que garantem a adesão e retenção aos cuidados de HIV, o que resulta na partilha sistemática de informação de carácter confidencial sobre a condição dos utentes. Esta é uma pesquisa do tipo qualitativa que procurou indagar que aspectos normativos estão sendo observados nas unidades sanitárias e comunidade que conduzem ao respeito escrupuloso dos requisitos éticos e de confidencialidade na conduta dos profissionais de saúde e atores comunitários, visando o respeito dos direitos dos utentes. A pesquisa apurou que existe uma conduta ética que está presente na consciência individual dos profissionais de saúde e comunitários, contudo persiste ainda o desafio de traduzir esta conduta em dispositivos normativos que possam servir de guia para as atitudes de todos os profissionais, mediante padronização das suas práticas e definição de responsabilidades para as condutas desviantes.

Palavras-Chave: Ética; Confidencialidade; Sigilo profissional; Sistema Electrónico

Ethics and Confidentiality in the Handling of lists extracted from the Electronic Monitoring System of patients living with HIV in the Health Unit

Abstract: This investigation assumes the purpose of evaluating the procedures and requirements in practice at health units that reinforce ethics and the secrecy management of information from patients living with HIV, based on the knowledge that there is an

* Mestrando em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, E-mail: cmucavele3@isced.ac.mz

** Mestrando em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, E-mail: tjuliasse@isced.ac.mz

*** Mestranda em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, E-mail: efigeniacambe@gmail.com

**** Mestrando em Saúde Pública, Universidade Aberta/ Instituto Superior de Ciências e Educação a Distância, E-mail: mcambe@isced.ac.mz

increasing need for articulation between health professionals and community cadres within the scope of the provision of community assistance services that guarantee adherence and retention to HIV care, which results in the systematic sharing of confidential information about the condition of patients. This is qualitative research that sought to investigate what normative aspects are being observed in health facilities and community that ensure scrupulous respect for ethical and confidentiality requirements in the conduct of health professionals and community actors, aiming to respect the patient rights. The research concluded that, ethical conduct is present in the individual conscience of health and community professionals, however, the challenge persists in translating this conduct into normative terms that can serve as a guide for the attitudes of all professionals, through the standardization of their practices and definition of responsibilities for deviant conduct.

Keywords: Ethics; Confidentiality; Professional Secrecy; Electronic System.

Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito da Bioética e visa dar alguma contribuição neste campo de conhecimento, fazendo uma apreciação sobre a presença dos seus princípios na conduta dos profissionais de saúde e comunitários que lidam no seu dia-a-dia com pacientes vivendo com HIV. Estes princípios envolvem a confidencialidade e a garantia de segurança de toda a informação, desde eletrônica até física dos pacientes inscritos no programa de cuidados e tratamento para o HIV.

O Ministério da Saúde em Moçambique através dos seus parceiros de cooperação introduziu o SESP (Sistema Eletrônico de Seguimento de Pacientes) que é conhecido como uma ferramenta de gestão de dados, desempenhando as funções de entrada, consulta e reporte de dados de pacientes inscritos no programa de cuidados e tratamento na unidade sanitária.

De acordo com Atumane, Moçambique tinha uma taxa de retenção aos cuidados de HIV estimada em cerca de 67% até 2019, num universo de dois milhões de infectados (Atumane, 2020). Esta taxa de retenção representa um grande desafio no alcance das metas da UNAIDS, que consistem num alcance de 90% de Pacientes em tratamento e com níveis indetectáveis da doença. É nesta senda que, o Ministério da Saúde e seus parceiros de cooperação têm vindo a desenvolver estratégias para a manutenção dos pacientes em cuidados e tratamento através da alocação de atores comunitários que visam garantir a ligação entre a unidade sanitária e a comunidade.

Estes atores comunitários na senda das suas atividades relacionam-se com o sector de digitação onde funciona o SESP para a obtenção de listagens diversas consoante o seu grupo alvo para o devido seguimento na comunidade, o que suscita

algum questionamento em relação a forma como é feita a gestão destes dados, respeitando os requisitos de confidencialidade e segurança. Ademais, os gestores de dados partilham eletronicamente estas listagens com outros profissionais, tanto da unidade sanitária como do parceiro de cooperação, interessando compreender que medidas de seguranças estão sendo colocadas em prática.

Sobre o assunto

Foi realizada inicialmente a revisão bibliográfica enfocando a Ética e Confidencialidade como conceitos centrais ligados ao tema de pesquisa. O primeiro conceito a discutir tem a ver com a ética e sua importância. Salvadori e Hahn (2019, p.2), consideram que “a ética é fundamental não só para o bom convívio social, mas também para a atuação dos profissionais, em especial aqueles que lidam diretamente com o ser humano”. A confidencialidade é uma das mais relevantes do ponto de vista ético, pois garante o sigilo de informações técnicas e de caráter pessoal.

A confidencialidade deve motivar os profissionais a desenvolver uma postura adequada, evitando constrangimentos aos usuários. O sigilo, portanto, seria uma forma de proteção individual. Salienta-se que nas várias áreas da saúde, os profissionais na sua atuação lidam com o homem no seu dia-a-dia de trabalho, devendo manter o máximo sigilo profissional dos seus pacientes principalmente no caso de HIV onde a exposição do ser o estado pode criar consequências sociais.

Lutz, Carvalho e Bonamigo (2019, p.2), entendem que “o sigilo profissional (ou confidencialidade) é um dos pilares essenciais da relação médico paciente para desenvolver a confiança necessária à revelação de informações cruciais, às vezes indispensáveis para o sucesso do tratamento”. Lettieri, et.al. (2021, p.3) situam que “a garantia da confidencialidade, além de estimular o vínculo entre profissional-paciente, pode favorecer a adesão ao tratamento e a autonomia na tomada de decisões”.

Nesse contexto, o sigilo médico funciona como mecanismo de proteção dos valores e das vivências pessoais do paciente, e este preceito encontra-se traduzido num importante documento conhecido como o **Juramento de Hipócrates** ao qual são sujeitos todos os médicos no ato da sua graduação. Este Juramento traduz num dos seus parágrafos e dito na primeira pessoa, o seguinte: “Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto “ (Filho, 2016, p. 46).

No historial do HIV/SIDA, pela sua forma de transmissão que maioritariamente é pela via sexual, ter HIV até aos dias de hoje é visto como um indivíduo que pautou por um

comportamento sexual vulnerável, criando assim discriminação individual e social. Nesta doença o indivíduo e o pessoal de saúde devem no máximo evitar expor o estado serológico do paciente, mantendo o sigilo profissional para que se possa protegê-lo da discriminação e estigma na sociedade.

Uma das consequências da falta de confidencialidade, na perspectiva de Salvadori e Hahn (2019), reside na atitude imediata do utente de abandonar o tratamento. Portanto, preservar a privacidade e a confidencialidade da pessoa com HIV/SIDA é dever dos profissionais e pode estar associado as causas de abandono do tratamento em Moçambique, e em linha com Atumane, a taxa de abandonos em Moçambique situa-se aos 33% até 2019 (Atumane, 2020), o que representa um grande risco para o controlo da epidemia. A mobilidade dos pacientes ou a preferência pelo atendimento em unidades sanitárias, muita das vezes, distantes da sua zona de residência reforça ainda a importância de manutenção do sigilo profissional.

Nesse âmbito, partimos da seguinte questão norteadora: “de que forma os profissionais de saúde e atores comunitários gerem a informação confidencial sobre os seus utentes e como é mantida a sua segurança? O objetivo geral desta pesquisa tem que ver com avaliação dos requisitos éticos: sigilo e a confidencialidade na conduta dos profissionais de saúde e atores comunitários que lidam com os dados de pacientes inscritos no programa de cuidados e tratamento para o HIV nas unidades sanitárias

A pesquisa visa (i) Identificar potenciais problemas relacionados com a ética, sigilo e a confidencialidade na conduta dos profissionais de saúde e atores comunitários no manuseio de dados de pacientes HIV+; (ii) Identificar os dispositivos normativos que orientam a conduta ética dos profissionais de saúde e intervenientes comunitários; (iii) Propor medidas que visam melhorar o funcionamento institucional no contexto da ética profissional e confidencialidade na sociedade.

Esta pesquisa tem como principal finalidade despertar cada vez mais a consciência dos profissionais a necessidade de trabalhar usando os princípios básicos de ética, sigilo e confidencialidade profissional no seu local de trabalho, que permitirá o alcance dos objetivos desejados e a preservação da saúde dos utentes. Irá despertar aos gestores de vários programas a necessidade de realizar refrescamentos nos provedores de saúde e organizações de base comunitária em matéria de sigilo e confidencialidade em várias áreas dos programas.

Na primeira seção, está patente a Introdução do trabalho com seguintes pontos: Marco teórico, onde se define os conceitos básicos da pesquisa, Revisão da literatura

teórica, descrição do problema, Objetivos e Justificativa. Na segunda seção está patente a metodologia da pesquisa, onde se poderá encontrar a descrição metodológica do desenvolvimento do trabalho do campo; Identificação do tipo de estudo; Identificação do objeto de estudo e caracterização do local do estudo; Identificação dos instrumentos de recolha de dados e sua validação; Identificação das limitações do estudo e caracterização do local da pesquisa e na terceira seção é referente à análise e tratamento de dados, e a discussão de resultados.

Metodologia e Participantes da Pesquisa

Este artigo visa descrever, aprofundar os requisitos éticos observados na gestão de banco de dados de pacientes vivendo com HIV inscritos em duas unidades sanitárias das províncias de Manica e Niassa, com o fim último de comparar e propor as melhores práticas que possam salvaguardar e respeitar os direitos do utente no que concerne a segurança de dados e confidencialidade do diagnóstico.

O artigo centrou-se numa abordagem qualitativa, combinando as técnicas de entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e observação participante que possibilitaram a recolha de dados junto do pessoal chave que lida com os sistemas de informação na sua rotina laboral.

I) As **Entrevistas semi-estruturadas**, orientadas por um roteiro de questões, foram conduzidas com o pessoal que trabalha no sector de digitação, envolvendo digitadores de dados na qualidade de operadores do sistema, recepcionistas e equipa clínica ligado ao sector de Cuidados e tratamento para o HIV.

II) Condução de **grupos focais**, que teve como abrangência os intervenientes comunitários representados em várias categorias (Mães Mentoras, Gestores de Caso e Activistas) que lidam com pacientes HIV positivos, prestando serviços de ligação entre a Unidade sanitária e a comunidade, através da promoção da saúde e manutenção dos pacientes em tratamento. O uso desta técnica de grupos focais foi orientada por um guião de questões previamente desenhadas para a pesquisa e conferiu, por um lado, uma maior participação dos intervenientes comunitários e por outro, facilitou o processo de recolha e sistematização dos dados.

i) **A técnica de Observação Participante** permitiu que informações relevantes sobre avaliação dos requisitos de segurança e ética nas salas onde funciona o sector de digitação e arquivo fossem observadas e analisadas, através de um *check list*

de conformidade. Esta técnica foi também empregue para confrontar e analisar toda a documentação que orienta sobre os requisitos éticos e política de segurança de dados em uso nas unidades sanitárias.

Âmbito da Pesquisa: este artigo apresenta e discute cenários éticos, requisitos de segurança de dados e confidencialidade de diagnóstico do HIV em pacientes que fazem tratamento em duas unidades sanitárias das províncias de Manica e Niassa.

Foram seleccionadas duas unidades sanitárias de cada província, sendo que para Manica, o Centro de Saúde Eduardo Mondlane e para Niassa, o CS de Metarica. O CS Eduardo Mondlane encontra-se localizado no centro da cidade de Chimoio e sita na principal avenida da Cidade (25 de Setembro), e conta com uma população de Pacientes HIV+ a ordem de 28% na escala das 8 unidades sanitárias da Cidade de Chimoio. De acordo com os últimos dados reportados no SISMA¹ (Sistemas de Informação para Saúde e Monitoria e Avaliação), desde a expansão dos serviços TARV esta unidade sanitária já inscreveu um total de 21.279 pacientes HIV+, e atualmente assiste cerca de 11.555 ativos no programa de TARV, o que corresponde a cerca de 54% de retenção ao tratamento, sendo que deste numero um total de 422 são crianças de 0 a 14 anos e 11.133 adultos com idade igual ou superior a 15 anos.

O CS de Metarica, localizado na Sede do Distrito de Metarica, conta com 863 pacientes em TARV, sendo 44 crianças e 819 adultos num cumulativo de 907 inscritos, situando a sua retenção ao programa TARV em cerca de 95%, muito acima da média nacional de 67%. Estas duas unidades sanitárias, apresentam um aspecto em comum que tem que ver com o fato de receberem o apoio de uma organização não governamental denominada ABT ASSOCIATES, que implementa o projeto ECHO, no âmbito do apoio ao Ministério da Saúde na implementação do seu plano estratégico setorial, fortalecimento de sistemas de saúde no âmbito do programa de Cuidados e Tratamento para o HIV.

Conforme a descrição metodológica apresentada acima, foram envolvidos na pesquisa usando a técnica de entrevistas, os funcionários da saúde que trabalham nos sectores de digitação e recepção, foram envolvidos também os responsáveis pelo programa de Cuidados e tratamento para HIV, os clínicos que fazem o atendimento aos pacientes HIV+. Para a técnica de grupos focais foi envolvido o pessoal comunitário,

¹Dados Extraídos pelos autores do SISMA: <https://www.dhis2.org.mz/prod/dhis-web-reporting/showDataSetReportForm.action>

SISMA: Sistemas de Informação para Saúde e Monitoria e Avaliação, relatório de Cuidados e tratamento referente ao período de Janeiro a Março de 2022.

representado por Mães Mentoras, gestores de Caso e Ativistas. A tabela abaixo ilustra a distribuição dos participantes em função da técnica empregue para a coleta de dados, por cada unidade sanitária:

Quadro 1: Participantes da pesquisa

TÉCNICA	CATEGORIA	CS EDUARDO MONDLANE	CS METARICA
Entrevistas Semi-estruturadas	Médico Chefe	1	1
	Responsável do Programa	1	1
	Clínicos	3	4
	Digitadores	9	2
	Recepcionista	3	2
Grupos Focais	Mães Mentoras	5	4
	Ativistas	5	6
	Gestores de Caso	5	2
	Facilitador de Ligações	2	2

Fonte: Elaboração própria

Participantes da Pesquisa e sua relevância

Cada participante da pesquisa interpelado por uma das nossas técnicas tem alguma relação com o tema em discussão, contribuindo para o enriquecimento da nossa compreensão sobre o assunto. **A equipa clínica** da unidade sanitária por ser responsável pela gestão do programa e provisão de serviços de cuidados aos utentes, lida no seu quotidiano com listas de pacientes que merecem maior atenção para efeitos de seguimento clínico, como por exemplo, listas de pacientes que estão na condição de faltosos ou abandonos ao tratamento, listas de pacientes com critérios para colheita de análises laboratoriais, ou listagens de pacientes com resultados de exame laboratorial e que carecem de alguma intervenção clínica. Estas listas são extraídas do banco de dados e contém informações demográficas dos pacientes como Nome, endereço, condição serológica, resultados de análises clínicas, etc., tornando a participação da classe médica na pesquisa bastante relevante para melhor compreender os contornos de garantia da segurança e confidencialidade face a informação recebida.

Os **Digitadores de dados** funcionam como os operadores do banco de dados, conhecido por SESP (Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes) e tem como sua rotina de atividade a informatização dos processos clínicos dos pacientes em tratamento para o HIV. A informatização do processo clínico enquadra-se no âmbito das novas tendencias mundiais de uso de tecnologias de informação para documentar ou arquivar dados e promoção do seu uso, tanto para fins de reporte como para a melhoria do

processo decisório com impacto na qualidade dos serviços providos pelo sector. Sendo os digitadores de dados os responsáveis pelo manuseamento dos sistemas, têm acesso à fontes de informação privilegiadas e de carácter sigiloso, como o processo clínico e um banco de dados onde é armazenada toda a informação histórica dos utentes em tratamento TARV. Para além da entrada de dados, os digitadores de dados tem a missão de colaborar ou fornecer ao pessoal comunitário listas de pacientes extraídas do sistema para a prestação de serviços domiciliários de apoio à adesão e retenção aos cuidados.

O nível de exposição a que estão sujeitos os digitadores de dados, olhando para a sua missão, torna-os informantes chave para esta pesquisa, interessando saber se a sua atividade segue os preceitos éticos e que níveis de segurança estão associados ao sistema em uso e nas listagens partilhadas, tanto de forma eletrônica ou física.

A classe dos intervenientes comunitários tem a missão de assegurar a ligação entre a unidade sanitária e a comunidade, com o fim último de promoção de saúde nos pacientes em tratamento. Nas demais atividades que desenvolvem, destaca-se para as **Mães Mentoras** o apoio individual prestado por uma mãe que é também HIV+, que é reconhecida na comunidade com um caso de sucesso na prevenção da transmissão vertical do HIV para o seu bebé. Este apoio é baseado na metodologia de par, direcionado à outras mulheres grávidas ou mães lactantes HIV+, visando a erradicação da transmissão vertical.

Por sua vez, os **Ativistas** afetos às unidades sanitárias são encarregues as atividades de busca aos pacientes que na sua maioria abandonam o tratamento, ou que por outra indicação clínica precisam de estabelecer contacto com a unidade sanitária mediante solicitação dos serviços de cuidados e tratamento.

A figura do **Facilitador de ligações** refere-se a um ator comunitário que para uma melhor resposta ao programa de COVS (Crianças Órfãs e Vulneráveis) encontra-se baseado na unidade sanitária para identificar crianças HIV+ e seus cuidadores e referir para um gestor de caso, este que se encarregará pela identificação/localização na comunidade e inscrição para a prestação de serviços.

Os **Gestores de Caso** trabalham em estreita colaboração com os Facilitadores de Ligações e fazem parte da categoria de ativistas que apoiam um grupo alvo específico na população de pacientes HIV+, o seu foco são crianças infectadas ou afetadas pelo HIV ao nível da família. Os gestores de caso identificam crianças com HIV+ e crianças de cuidadores HIV+ para a prestação de serviços integrados de apoio a família nos sete domínios de assistência às crianças órfãs e vulneráveis, nomeadamente: Educação,

Saúde, habitação, Estável, Proteção e apoio Legal, Apoio Psicossocial e Segurança. Como se pode notar, todo este grupo de intervenientes comunitários lida com pacientes HIV+ e o seu instrumento de trabalho são as listas extraídas do banco de dados que permite que a sua ação seja concretizada na persecução da sua missão de promoção de melhores cuidados aos pacientes HIV+, tornando a sua participação na pesquisa indispensável na medida.

Análise de Dados e Avaliação das Condições do Sector de Digitação & Arquivo

Esta secção é dedicada a apresentação dos resultados da pesquisa, e encontra-se subdividida em quatro partes, onde na primeira faz-se a avaliação das condições de segurança onde funcionam os sectores de digitação e arquivo; na segunda parte aborda-se aspectos relacionados com os requisitos éticos que guiam a conduta dos profissionais de saúde a todos os níveis; na terceira parte o foco da pesquisa é em torno dos requisitos de segurança à volta dos dados ou listagens que são circuladas e por fim, na última secção o foco é para as recomendações ou sugestões de melhoria.

Os CS Eduardo Mondlane e Metarica assim como a maioria das unidades sanitárias do país, o sector de digitação funciona no mesmo espaço onde também funciona a recepção. Esta combinação dos sectores tem que ver com a necessidade de comunicação entre o arquivo e a digitação, reconhecendo o fato de que após a digitação do processo clínico, o mesmo deve ser entregue ao recepcionista para o seu arquivamento na recepção. Esta medida mostra-se bastante favorável desde que condições de segurança sejam garantidas na sala, a fim de inibir o acesso, tanto aos arquivos assim como aos computadores que suportam o sistema eletrônico.

O reforço da segurança assim como o apoio aos sistemas eletrônicos em uso nas unidades sanitárias é da responsabilidade do parceiro clínico, e para o caso das Províncias abrangidas pela pesquisa é a organização ABT ASSOCIATES. O ABT ASSOCIATES na sua política de expansão de banco de dados pelas unidades sanitárias, estabelece um conjunto de requisitos a serem observados que tendem a garantir a segurança dos equipamentos na sala onde operam. Dentre os vários aspectos, importa destacar a segurança do teto e inexistência de infiltrações, o reforço da segurança nas janelas e portas, através do seu gradeamento e por fim a questão da visibilidade dentro do recinto hospitalar. Os CS Eduardo Mondlane em Chimoio e o CS de Metarica apresentam este perfil em termos de segurança, onde as janelas e portas foram

reforçadas a sua segurança de modo a reduzir o risco de invasão e furto de equipamentos.

Quanto a segurança dos arquivos: Na sala da recepção, onde o arquivo se encontra foi possível constatar que o processo clínico do utente é arrumado numa bolsa plástica (unitex) e em seguida colocado numa pasta de arquivo num número máximo de 110 processos em cada pasta, conforme a descrição do MISAU. As pastas de arquivo são arrumadas numa estante de forma perfilada com o respectivo rótulo de identificação numérico, expressando o intervalo que compreende os processos da pasta. Embora somente os recepcionistas é que tenham acesso e autorização para o manuseamento dos arquivos, em nossa análise, este modelo de arrumação das pastas em estantes compartimentadas que não trancam, não oferece nenhuma segurança, tornando vulneráveis os processos clínicos a serem acessados por pessoas não autorizadas. Outro aspecto que aumenta ainda a vulnerabilidade do arquivo tem que ver com o fato dos processos clínicos encontrarem-se na recepção que é o lugar dedicado também ao acolhimento dos utentes.

Quanto a segurança dos equipamentos eletrónicos: Com recurso a técnica de observação, a equipa apurou que no CS Eduardo Mondlane estão alocados nove digitadores de dados e um digitador no CS Metarica em que cada um tem o seu equipamento informático para levar a cabo atividades de entrada de dados. Este equipamento informático integra desde computadores de mesa, computadores portáteis, *routers* e impressora. Em termos de segurança do equipamento a equipa apurou que todos os computadores dispõem de uma senha de segurança no ato da inicialização do sistema operativo e ao nível do sistema eletrónico de seguimento instalado, foi configurado um campo reservado a autenticação dos dados do usuário. Nesses termos, somente os usuários autorizados e credenciados é que podem ter acesso ao sistema e ao nível da unidade sanitária este privilégio foi exclusivamente atribuído aos digitadores de dados.

Esta dupla segurança do computador e do próprio sistema mostra-se bastante adequada, reforçando as barreiras no acesso aos dados, no entanto existe ainda o risco de furto do equipamento. Em Nampula, o sistema de reforço de segurança do equipamento não se esgota apenas no gradeamento das janelas e portas, como também inclui o gradeamento dos processadores em computadores de mesa e alocação de caixas fortes (cofres) para a conservação dos computadores portáteis. E medidas desta natureza

mostram-se oportunas para os CS Eduardo Mondlane em Chimoio e CS de Metarica em Niassa.

Requisitos éticos de Garantia de Confidencialidade

Os profissionais de saúde na sua conduta devem sempre pautar pelo respeito aos princípios éticos e direitos dos utentes. Os princípios da bioética que devem orientar a postura dos profissionais de saúde na sua relação com os utentes centram-se nos seguintes: Beneficência, Não Maleficência, Justiça e autonomia. No contexto do nosso tema de pesquisa, estes princípios encontram uma forte expressão na medida em que vão iluminar a conduta dos profissionais de saúde para que informações confidenciais sobre o diagnóstico ou tratamento para o HIV não sejam partilhadas com pessoas alheias ao sector, resultando em danos ou prejuízo ao paciente.

Durante a pesquisa a equipa procurou compreender se existem documentos normativos que traçam a conduta dos profissionais de saúde abrangidos pela pesquisa e a pautarem por uma postura que salvguarde os direitos do utente. As respostas variam em função do vínculo contratual e da categoria dos informantes, conforme a descrição abaixo.

Pessoal Médico	Digitadores de Dados	Recepcionistas	Intervenientes Comunitários
• Nenhum termo assinado na forma escrita, contudo os médicos Prestaram ao juramento de Hipócrates. • Os técnicos de Medicina de nível médio não prestaram o Juramento.	• Os digitadores do ECHO: assinaram um contrato de trabalho que inclui artigos sobre a conduta ética. • Os digitadores do Sistema Nacional de Saúde não assinaram nenhum termo	• Não tem nenhum termo assinado	• Gestores de Caso assinam um termo de Confidencialidade • Mães Mentoras e Activistas não tem nenhum termo assinado

No geral, para os profissionais vinculados ao Ministério da Saúde, como a classe médica, provedores clínicos, digitadores e recepcionistas não foi possível obter um termo de confidencialidade escrito e que traça a sua conduta em termos éticos, contudo os médicos em particular, orientam-se à luz do Juramento de Hipócrates. A classe de digitadores que é alocada pelo parceiro de apoio clínico embora não tenham um termo de confidencialidade como um documento singular, alguns artigos sobre a postura ética foram inclusos nos contratos que os vinculam a organização.

O pessoal comunitário que é composto por Gestores de Caso, Facilitadores de Ligações, Activista e Mães Mentoras, na sua maioria são alocados pelos parceiros

técnicos de implementação e existe algum cuidado em relação a assinatura de um termo de confidencialidade. Por exemplo, os gestores de caso e Facilitadores de ligações, que para o caso da Província de Manica estão sob gestão de um parceiro comunitário Local, para além do contrato de trabalho, eles são sujeitos a assinarem um termo de confidencialidade que traça a sua conduta em matérias ligadas a ética com os utentes. Os artigos mais importantes deste termo estabelecem que “ no exercício das suas funções, a divulgação de informações que tiver acesso sobre os pacientes com qualquer pessoa fora do grupo de trabalho constitui uma violação dos termos do contrato”. Quanto aos ativistas, Mães mentoras, para este grupo não foi possível encontrar um termo específico, todavia, durante as sessões de grupos focais fez-se notar que os contratos laborais abordam estas matérias.

Avaliação das Condições de Segurança na Partilha e uso de dados

Como se fez menção anteriormente, o SESP (Sistema Eletrónico de Seguimento de Paciente) foi introduzido nas unidades sanitárias como uma ferramenta que visa responder e impulsionar o uso de dados para a melhoria de cuidados aos utentes, através de listagens e de relatórios agregados que permitem a leitura do desempenho dos indicadores da área de Cuidados e Tratamento para o HIV. Neste sentido, os digitadores de dados afetos ao sector de digitação desempenham este papel de informatização do processo clínico para posterior uso destes dados através de listas ou relatórios que são gerados para a equipa clínica e outros intervenientes comunitários.

O foco da nossa pesquisa foi na análise dos mecanismos de averiguação da segurança nas listas e não nos relatórios de dados agregados que refletem contagens de pacientes, tendo constatado o seguinte: **Listas electrónicas**: São partilhadas com a equipa de Monitoria e Avaliação dos escritórios provinciais e também com as equipas de digitadores do parceiro comunitário no âmbito da verificação de dados, contudo o fato preocupante é que estas listas contêm dados demográficos de pacientes e nenhuma medida de segurança está sendo adotada. Um outro aspecto agravante nisso é o uso de emails não corporativos para a circulação destas listas, que acentua ainda mais o risco de invasão por pessoas alheias e de má-fé.

Ainda mais grave é a partilha das listas usando dispositivos pessoais de armazenamento como o *USB flash drive* que podem ser repassados a terceiros que não têm nenhuma ligação com o sector e estando a lista descriptada não existe nenhuma limitação de acesso. Existem soluções informáticas e de baixo custo que podem ajudar no

reforço da segurança das listas, como a encriptação de ficheiro, que pode ser feita através da atribuição de uma senha ao ficheiro Excel ou o uso de um aplicativo informático em formato de pasta, que possa restringir o acesso ao ficheiro.

Listas Físicas: estas listas são impressas no sector de digitação e entregues ao pessoal clínico ou intervenientes comunitários. Durante o encontro de grupos focais, apuramos que estas listas ao serem entregues em formato papel com toda a informação demográfica, embora relevante para o trabalho do pessoal comunitário, expõe ainda mais os utentes, considerando que não existe nenhum documento que orienta sobre os procedimentos a tomar ligados à sua segurança, como por exemplo, onde armazenar as listas usadas ou como descartar de maneira adequada, e que cuidados a tomar na comunidade ou na residência para que estas listas não sejam acessadas.

O risco de exposição está patente não só nos intervenientes comunitários como também abrange o pessoal clínico e o pessoal recepcionista que também manuseia estas ferramentas, por exemplo a cada semana, os recepcionistas identificam e extraem os processos de utentes que são esperados para as consultas e os clínicos por sua vez fazem o controlo dos atendimentos com base nestas mesmas listas. Considerando a realidade destas duas Unidades sanitárias que se caracteriza pela inexistência de um guião orientador sobre o manuseio destas listas e diretrizes para descartar documentos classificados dos utentes, em nosso entender, para além da assinatura dos termos de confidencialidade, torna-se necessário reforçar a conscientização do pessoal e o controlo permanente dos documentos físicos na unidade sanitária, a fim de preservar os direitos dos utentes, por exemplo, na recepção as listas não devem ser guardadas em locais não seguros, incluindo nos gabinetes de consulta médica, pois existe o risco de serem acessados por pessoas alheias.

Na perspectiva de Filho, Luna, Silva, Pinheiro (2012), as dificuldades que influenciam a não-adesão e o abandono do tratamento de TB em pessoas vivendo com HIV/AIDS incluem o baixo nível educacional e socioeconômico, os hábitos de vida prejudiciais à saúde, a falta de recursos para alimentação e locomoção, o uso de álcool e outras drogas, a história de não-adesão anterior, os efeitos adversos da medicação, a não-aceitação do diagnóstico, a melhora dos sintomas e a ausência de conhecimento sobre a evolução clínica e importância do tratamento.(p.142). A mudança da atitude com relação às pessoas vivendo com HIV-SIDA passa necessariamente pelo estabelecimento de políticas públicas contundentes, amparadas pelos investimentos que visam apoiar, oferecendo dignidade à pessoa humano. Assim, o estado estará respeitando a ética, a vida humana.

Conclusão

Esta pesquisa foi motivada pela necessidade de compreender os requisitos éticos que norteiam a conduta dos profissionais de saúde em Moçambique, olhando em particular duas unidades sanitárias de Manica e Niassa. Este trabalho partiu da preocupação dos autores de compreender até que ponto o pessoal da saúde, clínico e comunitário que trabalha no programa de cuidados e tratamento, assistindo utentes HIV+ respeitam os princípios éticos e as suas práticas são consentâneas com a promoção da confidencialidade do diagnóstico dos seus pacientes.

Os dados coletados para esta pesquisa basearam-se em entrevistas, encontros de grupos focais e também a técnica de observação. Do levantamento de dados feito, interessou compreender os seguintes aspectos: i) se todos os profissionais clínicos e comunitários assinaram algum termo de confidencialidade que orienta sobre a sua conduta; ii) O domínio segurança foi abordado em três dimensões: onde na primeira o foco é a condição da sala, em seguida, abordou-se a segurança do equipamento informático e por fim as medidas impostas para a segurança das listagens extraídas do sistema.

As duas unidades sanitárias abrangidas pelo estudo são de duas Províncias, Manica e Niassa, ambas apoiadas diretamente pelo parceiro técnico ABT ASSOCIATES uma organização internacional, que presta serviços de fortalecimento de sistemas de saúde. No âmbito do fortalecimento de sistemas, em especial para área de monitoria e avaliação abrange a expansão de sistemas eletrónicos nas unidades sanitárias para permitir a coleta, processamento e reporte de dados. Porque o programa de cuidados e tratamento lida com informações sensíveis de pacientes, associado ao fato de que a revelação do estado de HIV nas nossas comunidades ainda arrasta consigo o estigma e discriminação que pode constituir uma barreira no acesso ao tratamento, é necessário que todos os profissionais de saúde pautem por uma conduta ética e que mantenha a confidencialidade destes diagnósticos em respeito aos direitos do utente.

E da pesquisa conduzida foi notória a falta de um instrumento específico que possa orientar a conduta dos profissionais ligados ao programa de cuidados e tratamento. Dos participantes submetidos a entrevista, somente o grupo dos intervenientes comunitários (Gestores de Caso e Facilitadores de Ligações) é que dispõem de um termo de

confidencialidade específico que norteia sobre a necessidade de garantia da confidencialidade da informação que tiver contacto no âmbito do exercício das funções. As restantes categorias de informantes referiram ter algum postulado sobre a questão da confidencialidade mencionada nos seus contratos laborais, tal é o caso dos digitadores de dados. A classe clínica, apenas fez menção ao juramento de Hipócrates que aborda aspectos éticos da conduta do médico e não existe nenhum dispositivo para os técnicos de saúde de nível médio.

No que concerne à segurança de dados, a equipa observou que os equipamentos e as salas de digitação nas duas unidades sanitárias estão seguras, os computadores têm dupla proteção por senhas para aceder ao sistema, contudo falta ainda algum guião orientador sobre como as listas devem ser partilhadas de forma segura, como por exemplo a encriptação do ficheiro, evitar colocar ficheiros nos dispositivos pessoais do tipo flash, evitar partilhar listagens não codificadas por emails não corporativos que estão mais expostos a invasão.

Quanto à atividade dos intervenientes comunitários, foi notória a falta de um guião que informe sobre o manuseamento das listas em físico que recebem da unidade sanitária, orientando sobre como usá-las de forma segura sem o risco de exposição, descrevendo quando e como a mesma deve ser descartada. Em face do exposto ao longo deste trabalho sugerimos alguns aspectos que podem incrementar ainda mais a ética e a confidencialidade no programa de cuidados e tratamento em HIV: a) Reforço da segurança dos arquivos da unidade sanitária, alocando cacifos que ofereçam maior segurança para o armazenamento dos processos clínicos; b) Reforço dos requisitos éticos através da promoção e obrigatoriedade de assinatura de um termo de confidencialidade a todos os profissionais do programa; por exemplo, aos digitadores de dados pode se condicionar o seu cadastro ao sistema com a assinatura deste termo; c) Desenvolver uma política de segurança direcionada aos usuários do sistema eletrónico de seguimento de paciente (Digitadores) com orientações/directrizes claras sobre a partilha de listas, introduzindo soluções de encriptação de ficheiros e limitação de uso de emails para este efeito; d) Criar um instrumento orientador que promova o uso correto das listas em físico.

Referências

- Atumane, A. (2020). *Acompanhamento clínico e laboratorial dos pacientes VIH colocados em Modelos diferenciados para cuidados e tratamento, Nampula-Moçambique*. Nampula: Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.22/19816>. Acesso em: 20 abr.2022.
- Filho, C. M. (2016). O juramento de Hipócrates e o código de ética médica. *Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro. vol. 6, nº 1, p. 45 - 46.
- Filho MPS, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC. Pacientes vivendo com HIV/ AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 33(2):139-145, 2012.
- Lettieri, G. K, et.al. (2021). Sigilo médico na era digital: análise da relação médico-paciente. *Revista Bioética*. São Paulo. vol.29, nº4, p.1-15.
- Lutz. K. T, Carvalho de. D. & Bonamigo. E. L, (2019). Sigilo profissional: conhecimento de alunos de medicina e médicos. *Revista Bioética*. Brasília vol.27, nº3 , p.1- 14.
- Salvadori, M & Hahn, G. V. (2019). Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. *Revista Bioética*.-Brasília, vol.27, nº1, p.1-11.



Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT). MUCAVELE Cimplisse Pedro; JULIASSE, Tomás Francisco; RICARDO, Maria Efigênia; CAMBE, Pedro António. Ética e confidencialidade no manuseamento das listas extraídas do sistema electrónico de seguimento de pacientes vivendo com HIV na Unidade Sanitária. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 197-212, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Mucavele Cimplisse Pedro; Juliasse, Tomás Francisco; Ricardo, Maria Efigênia; Cambe, Pedro António (dez. 2022). Ética e confidencialidade no manuseamento das listas extraídas do sistema electrónico de seguimento de pacientes vivendo com HIV na Unidade Sanitária. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 197-212.

Dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e sua relação as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde

Juita Ema da C. Z. Canihoma *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-1408-7886>

Pedro João Seda Munongoro **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-1826-9951>

Ermelinda Alberto João ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0770-0096>

Resumo: O presente artigo apresenta uma discussão, teorica sobre os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e sua relação as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde, estudo de caso do Ministerio de Saúde de Moçambique, nessa pesquisa vai-se procurar, com os dilemas éticos na saúde pública, e a conveção internacional em vigor, como se procede os direitos humanos e a saúde em moçambique? Em seguida os pesquisadores pretendem de forma consisa trazer a relação existe entre os os dilemas éticos na saúde pública e a relação existente com a conveção internacional dos Direitos Humanos e a Saúde. Em seguida pretende identificar os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. Conhecer os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde; e por ultimo, Detalhar os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. Sendo uma pesquisa descritiva a metodologia usada foi qualitativa.

Palavra Chave: Dilemas éticos; Saúde pública; Convenções internacionais; Direitos Humanos.

Ethical dilemmas in public health in Mozambique and their relationship to international conventions on human rights and health

Abstract: This article presents a theoretical discussion about the ethical dilemmas in public health in Mozambique and its discussion as international research on human rights and health, a case study of the Ministry of Health of Mozambique, in which one will seek, with the dilemmas ethics in public health, and the international convention in force, how are human rights and health carried out in Mozambique? Then the research intends to consistently bring an existing relationship between ethical dilemmas in public health and the existing relationship with the international convention on Human Rights and Health. Then, it intends to identify the ethical dilemmas in public health in Mozambique and the existing relationship with international conventions on human rights and health. Know the ethical health dilemmas in health Mozambique and the existing relationship with international conventions on human rights and health; and finally, the ethical dilemmas in public health and the existing relationship with international negotiations in Mozambique

* Mestranda em Saúde Pública no Unisced delegação de Pemba, E-mail: jcanihoma@iscad.ac.mz

** Mestrado em Saúde Pública no Unisced delegação de Pemba E-mail: pmunongoro@iscad.ac.mz

*** Mestranda em Saúde Pública no Unisced delegação de Pemba, E-mail: ejoão@iscad.ac.mz

on human rights and health. Being a descriptive research, the methodology used was qualitative.

Keyword: Ethical dilemmas; Public Health; International conventions. Human Rights.

Introdução

O presente artigo científico propõe um debate teórico da disciplina de Bioética, que nos traz o seguinte problema: Com os dilemas éticos na saúde pública, e a convenção internacional em vigor, como se procede os direitos humanos e a saúde em Moçambique? Teve como Objectivo Geral: Perceber os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. Os Objectivos Específicos: identificar os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde.

Conhecer os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde; E, Detalhar os dilemas éticos na saúde pública em Moçambique e a relação existente com as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. A Metodologia de Pesquisa, usada neste artigo científico, foi aqualitativa, onde os pesquisadores procuram reduzir a distância, entre a teoria e os dados, entre o contexto e acção, usando a lógica de análise fenomenológica, isto é, dá compreensão dos fenómenos pela sua descrição e interpretação. (Teixeira, 2000).

Dilemas Éticos na Saúde Pública em Moçambique

Um objectivo universal da pesquisa em ciências sociais deveria ser o de melhorar a saúde pública e a igualdade nos cuidados de saúde e, mais especificamente, empoderar as pessoas, dos níveis político global ao local, com conhecimento e evidências úteis para fazer mudanças positivas na saúde pública e escolhas políticas. Um comportamento ético é um imperativo de qualquer interação humana, mas a necessidade aumenta quando ocorre uma relação de pesquisa entre culturas, especialmente no caso de países de baixa renda.

De maneira alguma a ética deve ser entendida como meio legal de se ver as coisas. Não podemos confundir lei com ética, embora a ética e a lei devam andar juntas. A lei diz respeito às normas e direitos enquanto a ética pauta conduta e ações. Desobedecer à ética não significa que o indivíduo esteja cometendo um crime ou ato de

infração. Nem sempre ir contra a ética significa receber alguma sanção ou penalidade por algum motivo.

Cada profissão tem uma normativa *deontológica* própria que a regula e que forma o que chamamos de código de conduta e ética profissional. O código de ética profissional é um dispositivo que reúne obrigações, deveres e normas que devem ser respeitadas e seguidas à risca, deixando o indivíduo que a desrespeita sujeito a sanções e punições quando assim determinadas.

Ética é a parte da filosofia que trata da reflexão sobre os princípios que fundamentam a moral. Pode ser entendida como uma teoria filosófica ou científica. De acordo com Bauman (1997) ética é um código moral que pretende ser o único conjunto de regras de conduta harmonicamente coerentes ao qual toda pessoa considerada moral deva obedecer. De acordo com Holanda (2010) a ética é o estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativa à determinada sociedade, ou seja, de modo absoluto. Para Vázquez (2002) ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. É um conjunto sistemático de conhecimentos racionais e objetivos a respeito do comportamento humano moral.

A saúde como direito humano: O que são direitos humanos?

Direitos humanos costumam ser entendidos como aqueles direitos que são inerentes a todo ser humano. O conceito de direitos humanos abriga a ideia de que toda pessoa deve usufruir de seus direitos sem distinção de raça, cor, sexo, gênero, orientação sexual, classe, idioma, religião, opiniões políticas, nacionalidade ou marcadores sociais. Tais direitos são garantidos legalmente no direito internacional através de tratados e outras fontes de lei, protegendo indivíduos e grupos contra ações que interfiram nas liberdades fundamentais e na dignidade humana. (ONU, 2000)

Os direitos humanos têm sua base no respeito à dignidade humana e no valor de cada pessoa. São tidos como universais, porque são aplicados igualmente e sem nenhum tipo de restrição ou discriminação a todo e qualquer ser humano. São também inalienáveis, isto é, ninguém deve ter seu direito tolhido a não ser em circunstâncias muito raras e específicas como, por exemplo, quando alguém tem sua liberdade restringida após ter sido condenado por um tribunal. Por último, os direitos humanos são considerados indivisíveis, quer dizer, coexistem de modo interrelacionado e interdependente sendo, por esta razão, insuficiente respeitar apenas alguns deles e

relegar os demais. Na prática, a violação de um direito humano frequentemente irá afetar outros direitos humanos, pois, por serem interdependentes, uns não se satisfazem sem os outros, havendo casos em que a inobservância de um acarreta a própria falência de outro, como é o caso do direito à saúde que, uma vez negligenciado, poderá atingir fatalmente o direito à dignidade e, em última consequência, a própria vida do ser humano titular destes direitos. Consequentemente, todos os direitos humanos devem ser vistos como sendo equivalentes. (ONU, 2000).

A ideia de direitos humanos é tão antiga como a própria história das civilizações (na cultura ocidental, o Iluminismo do século XVIII simboliza o florescimento da ideia de que existem direitos atribuídos a todos os seres humanos por sua própria condição de ser humano), tendo se manifestado em culturas distintas e momentos históricos sucessivos, na afirmação da dignidade da pessoa humana, na luta contra todas as formas sucessivas de dominação, exclusão e opressão, na luta contra o despotismo e as arbitrariedades, na asserção da participação na vida comunitária e no princípio da legitimidade. (TRINDADE, 1997).

O significado dos direitos humanos transcende a ideia de direitos legais; é um parâmetro ético universal de agir, que deve ser seguido por governos, instituições e indivíduos. O reconhecimento desses direitos pela comunidade internacional decorre de uma exigência moral inscrita na máxima do respeito universal devido a todos os seres humanos. Embora não haja formalmente algo que obrigue os Estados a cumprirem tais direitos e que os submetam a sanções caso os desrespeitem, os tratados, declarações e conferências que expõem a importância e um escopo de direitos humanos a serem garantidos e respeitados são frutos de um consenso a que chegaram os países signatários desses acordos após intensas discussões, possibilitando sua aplicação prática, uma vez que todos os Estados-membros assinaram e concordaram perseguir aqueles preceitos. Seus princípios e normas devem garantir a satisfação das condições mínimas para a realização de uma vida digna; pois, como sustenta Dias (2004), “uma vida digna é aquela que o indivíduo possa ter suas necessidades básicas atendidas, respeitar a si mesmo – o que se entende por autoestima - e aos outros”.

Muitos filósofos preocuparam-se também com a questão dos direitos humanos. Immanuel Kant (2006) diz que o homem não pode ser empregado como um meio para a realização de um fim, pois é um fim em si mesmo, haja vista que, apesar do “caráter profano” de cada indivíduo, ele é sagrado, posto que na sua pessoa está presente a humanidade. Este postulado conduz à dignidade da pessoa humana. Daí decorre que

toda pessoa “tem dignidade e não um preço, como as coisas”. A humanidade, como espécie, e cada ser humano em sua individualidade, é propriamente insubstituível: “não tem equivalente, não pode ser trocado por coisa alguma”. Já para Miguel Reale, um dos maiores jusfilósofos brasileiros, o valor da pessoa humana é um “valor-fonte”, o fundamento último da ordem jurídica, na medida em que o ser humano é o valor fundamental, algo que vale por si mesmo, identificando-se seu ser com sua valia. (REALE, 1991). Os direitos humanos são, portanto, valores fundamentais de todo e qualquer sistema jurídico, pelo menos num Estado democrático de direito; estão fincados sobre o valor maior da dignidade da pessoa humana, um princípio praticamente absoluto para o mundo do direito. A dignidade da pessoa humana é um valor supremo, que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida. (SILVA, 2006).

Para Norberto Bobbio (1992), os direitos humanos são direitos históricos, nascidos em certas circunstâncias, na luta em defesa de novas liberdades contra antigos poderes, e nascidos de modo gradual, pois, para tanto, requerem aperfeiçoamento e discussão para seu amadurecimento. Surgem ainda como proteção diante das ameaças à liberdade da pessoa ou como remédios para contrapor as mazelas humanas, ou seja, como exigências, sendo que tais exigências só nascem quando vêm à tona determinadas carências. As exigências dos direitos são apenas estas duas: impedir os malefícios do poder ou dele obter benefícios.

Diz-se ainda que os direitos humanos são direitos naturais, que pertencem ao indivíduo e precedem a qualquer sociedade política. Não se pode esquecer, ainda, que inúmeros direitos encontram-se positivados (isto é, inscritos no texto) nas constituições atuais, mas sem que haja a eles respeito efetivo, a não ser naqueles casos em que os direitos humanos são denominados de fundamentais. (SILVA, 2007).

Pode-se afirmar que há um relativo consenso sobre a importância dos direitos humanos para os avanços políticos e a melhoria das condições pessoais e sociais, em especial, de grupos historicamente discriminados e vulneráveis às violações de direitos básicos – negros, mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, homossexuais. Também há consenso sobre a importância das leis e políticas públicas nacionais e internacionais como instrumentos necessários para a efetivação desses direitos. Mas são muitas as dificuldades no momento de se estabelecer os acordos necessários em relação ao conteúdo dessas leis e políticas, e sua aplicação ou operacionalização, de forma que atendam a todas as pessoas, de forma satisfatória, nos diversos contextos sociais e

políticos. (VENTURA, 2010)

A expressão formal dos direitos inerentes ao homem se dá através do direito internacional. Uma série de tratados e outros instrumentos emergiram a partir de 1945, conferindo-lhes um arcabouço legal. A criação das Nações Unidas acabou por fornecer um fórum ideal para o desenvolvimento e adoção de tais instrumentos. Posteriormente, muitos Estados passaram a adotá-los em suas constituições e outros documentos, protegendo assim, formalmente, os direitos humanos básicos. A obrigação de proteger, promover e assegurar o usufruto dos direitos humanos é primariamente responsabilidade do Estado. (ONU, 2000)

Direitos humanos englobam direitos civis, econômicos, políticos, sociais e culturais. Estes direitos, conforme já exposto acima, estão dispostos no direito internacional através de diversos tratados e declarações, começando pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. Tais documentos ressaltam a importância da promoção e proteção dos direitos humanos como um pré-requisito para a saúde e o bem-estar. Embora se possa dedicar atenção e recursos a um direito específico ou a uma categoria deles, todos os direitos, segundo a Conferência Mundial dos Direitos Humanos⁶ de 1993, estão interconectados e, como resultado, raramente um indivíduo sofre negligência ou violação de apenas um direito isoladamente. (GRUSKIN, 2007)

Saúde e Direitos Humanos no Direito Internacional

A definição moderna de saúde mais utilizada foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” Através desta definição, a OMS ajudou a expandir o pensamento da saúde para além de uma visão limitada, biomédica e fincada na patologia para um domínio mais positivo que inclui o “bem-estar”. Também, ao explicitar e incluir as dimensões social e mental do bem-estar, a OMS radicalmente estendeu as responsabilidades dos profissionais de saúde e sua relação com todo o conjunto da sociedade. (MANN et al, 1994).

Ainda segundo Mann et al (1994), a definição de saúde feita pela OMS destacou a importância da promoção da saúde, definida como um processo que seria capaz de fazer com que as pessoas pudessem aumentar o controle sobre sua própria saúde, podendo ser capazes ainda de identificar problemas e aspirações, satisfazer suas necessidades e interagir com o meio ambiente, introduzindo assim o conceito de participação na esfera da

saúde pública. Dentro deste contexto, a Declaração de Alma-Ata (1978) enfatizou a saúde como um objetivo social, cuja realização requer a ação de muitos atores como os setores econômicos e sociais, além do próprio setor de saúde. Assim, o conceito moderno de saúde abarca diversos fatores e agentes da e na sociedade para que a saúde seja entendida e respeitada como um dos direitos fundamentais de todo ser humano.

A primeira menção à saúde, no plano internacional, enquanto direito humano fundamental, ocorre na constituição da OMS em 1946, onde se consagra o usufruto do mais alto padrão de saúde física e mental, sem discriminação. Em 1948, conforme destacado anteriormente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU estabeleceu os direitos econômicos, sociais, culturais e políticos com a mesma ênfase.

No momento de converter os princípios da Declaração em leis, a Guerra Fria⁷ já havia conseguido desvalorizar e classificar os direitos humanos em duas categorias separadas. Os países ocidentais argumentaram que os direitos civis e políticos tinham a prioridade e que os direitos econômicos e sociais eram de menor importância. O grupo que seguia a linha da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), por sua vez, argumentou o contrário: os direitos à alimentação, à saúde e à educação eram primordiais e os direitos civis e políticos, secundários. Por essa razão, dois tratados separados foram elaborados em 1966 – a Convenção Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos. (NYGREN-KRUG, 2004).

A ideia do direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 25: Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Em 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais refere-se a essa ideia com uma indicação mais clara e direta: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. A Declaração de Alma-Ata (1978) delineia o direito à saúde da seguinte forma: A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do

setor da saúde.

A linguagem do direito à saúde é melhor organizada pelo Comitê dos Direitos Sócio-Econômicos e Culturais (2000), que a expõe nos seguintes termos: Saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna. O direito à saúde está estritamente relacionado e depende da realização dos outros direitos humanos, como consta na Declaração Universal dos Direitos, incluindo os direitos à alimentação, à moradia, a trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, à não-discriminação, à igualdade, à proibição contra a tortura, à privacidade, ao acesso à informação e as liberdades de associação, reunião e deslocamentos. Esses e outros direitos e liberdades se referem a componentes integrais do direito à saúde.

O direito à saúde abarca uma grande gama de fatores socioeconômicos que promovem condições as quais possibilitam os indivíduos levarem uma vida saudável, reforçando os determinantes da saúde, tais como alimentação e nutrição, moradia, acesso à água potável e saneamento adequado, condições de trabalho seguro e saudável, e ambiente saudável. O direito à saúde contém liberdades e prerrogativas. As liberdades incluem o direito de controlar sua própria saúde e corpo, incluindo liberdade sexual e reprodutiva, e o direito de estar livre de interferências, tais como o direito de estar livre de tortura, tratamento médico não consentido e de experimentação. Ao contrário, as prerrogativas incluem o direito a um sistema de proteção à saúde que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem o mais alto nível de saúde sustentável.

Assim, segundo Nygren-Krug (2004), com o advento do novo milênio, tanto os direitos humanos internacionais quanto os movimentos de saúde pública têm demonstrado uma tendência no aumento da consciência e da aplicação mais sistemática dos direitos humanos, estabelecendo uma gama de desafios para a saúde pública. Essa tendência iniciou-se com o reconhecimento da importância dos direitos humanos para as questões econômicas e sociais, evidenciado nas deliberações dos mecanismos institucionais de direitos humanos das Nações Unidas, tais como a Comissão dos Direitos Humanos – a principal instância de política em direitos humanos – e os órgãos de direitos humanos das Nações Unidas, levando à evolução do direito à saúde (como um direito ao mais alto padrão de saúde física e mental) em leis internacionais e em contextos nacionais.

O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à

preservação da vida e dignidade humana. Pode-se dizer que, nesse aspecto, há absoluta concordância entre o direito vigente, nas leis internacionais e nacionais, e a moralidade comum. Por isso, acredita-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais simples de serem cumpridas. A expressão tão genérica e abrangente desses direitos permite uma relativização que traz dificuldades no momento de sua realização, de diversas ordens: filosóficas, políticas, jurídicas, sociais, econômicas, culturais e técnico-científicas. Além disso, é importante lembrar que a efetivação do direito à saúde possui relação íntima com a realização de outros direitos humanos, que abrangem outras dimensões da vida humana. (VENTURA, 2010)

Os governos são responsáveis por possibilitarem que suas populações alcancem a saúde através do respeito, da proteção e da promoção de direitos, isto é, evitando violações destes e criando políticas, estruturas e recursos que promovam e que os reforcem. Os governos possuem ainda a responsabilidade de ofertar serviços de saúde e serviços sociais e promover saúde respeitando os direitos humanos. A contínua e previsível ausência de acesso aos serviços de saúde efetivos pela maior parte das pessoas em países pobres pode ser vista como violação dos direitos humanos. Em um senso estritamente legal, os mecanismos legais podem também fornecer canais de reparação para indivíduos cujos direitos foram violados no contexto da saúde pública. Um exemplo seria o acesso a medicamentos antirretrovirais por meio de uma interpretação constitucional em países da América Latina. (GRUSKIN, 2007)

Até 1994, quando Mann et al abordaram o tema, saúde e direitos humanos raramente haviam sido relacionados de maneira explícita. De acordo com este trabalho, a atenção para a intersecção entre saúde e direitos humanos pode fornecer benefícios práticos àqueles que trabalham nestas duas áreas, podendo ajudar a reorientar o pensamento para enfrentar problemas de saúde globais e contribuir para estender a prática dos direitos humanos. Esta relação é baseada na compreensão de que as violações dos direitos humanos, particularmente quando são severas, disseminadas e sustentadas, possuem impactos na saúde.

Implicações práticas da relação entre saúde e direitos humanos

Entre a saúde e os direitos humanos existem vínculos complexos. A OMS (2002) lista alguns direitos humanos chave que guardam intrínseca relação com a saúde e o bem-estar de cada ser humano. Vejamos quais são eles:

a) *Tortura*: ninguém deve ser submetido a torturas nem muito menos a penas ou

tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, ninguém deve ser submetido a experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento;

b) *Violência contra as crianças*: devem ser adotadas todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas apropriadas para proteger a criança contra toda forma de prejuízo físico ou mental, descuido ou negligência, maus tratos ou exploração, incluindo o abuso sexual;

c) *Participação*: o direito a uma participação ativa, livre e significativa;

d) *Informação*: liberdade de buscar, receber e difundir informações e ideias;

e) *Intimidade*: ninguém deve ser objeto de interferências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada;

f) *Progresso científico*: todas as pessoas têm o direito de usufruir dos progressos da ciência e suas aplicações;

g) *Educação*: o direito à educação, em particular o de conhecer os princípios básicos da saúde e nutrição das crianças, as vantagens do aleitamento materno, da higiene, do saneamento básico e as medidas de prevenção de acidentes, além de receber apoio para aplicar estes conhecimentos;

h) *Alimentação e nutrição*: o direito de toda pessoa a uma alimentação adequada e de estar protegida contra a fome;

i) *Qualidade de vida*: todos têm direito a um nível de vida adequado, incluindo alimentação, vestuário e moradia adequados, além de assistência médica e serviços sociais necessários.

Portanto, o enfoque da saúde com base nos direitos humanos ocorre quando se utilizam os direitos humanos como marco para o desenvolvimento sanitário, quando se avaliam as consequências de qualquer política, programa ou legislação sanitária e quando são levados em conta os direitos humanos na concepção, aplicação, supervisão e avaliação de todos os tipos de programas e políticas que guardem relação com a saúde. (OMS, 2002).

São inúmeros os benefícios para a saúde contar com um enfoque baseado nos direitos humanos. Primariamente, pode-se fazer com que grupos vulneráveis e marginalizados tenham participação valiosa e voz ativa na proposição e construção das políticas públicas. Para tanto, entra em cena um fator determinante no acesso das pessoas aos serviços de saúde: a não discriminação, que passou a ser mais enfatizada após as reflexões e debates acerca do atendimento a pessoas com HIV/AIDS nos anos

1980, segundo Gruskin (2007). Respeitar e valorizar o que nos diferencia seria um passo importante para alcançar a equidade.

Por outro lado, a aplicação de tal enfoque fornece normas que servem de referência para avaliar resultados obtidos pelos governos em matéria de saúde, fazendo assim com que estes assumam uma posição mais responsável em relação às questões sanitárias. Seguindo a mesma linha, os Estados podem seguir diretrizes coerentes aceitas internacionalmente e torna-se mais fácil a supervisão por mecanismos nacionais e internacionais, estabelecendo-se uma base sólida e fidedigna para as atividades de promoção dos direitos humanos e da saúde. (OMS, 2002)

Considerações finais

A luta pelo direito deve ser um processo contínuo e incessante. Isso vale para todas as categorias de direitos, sobretudo aquelas que concorrem para a conservação e preservação da dignidade humana. A saúde, ao se constituir em um dos principais factores que possibilitam ao ser humano ter uma vida digna e alcançar plenamente o seu potencial, certamente é um bem que deve ser protegido legalmente. O Estado moçambicano ainda está longe de assegurar a plenitude de acesso e cobertura universal aos serviços de saúde de forma equitativa em todo o território nacional, beneficiando as zonas urbanas e as populações residentes das zonas rurais, o que vale dizer que para essas populações não se pode falar em direito à saúde.

Sendo assim, a partir desta conquista, é importante ficar sedimentada a ideia de que a saúde é um bem jurídico exigível. Portanto, a cada oportunidade em que for negado a um cidadão o acesso ao sistema de saúde, a divulgação do estado serológico pelo pessoal de saúde, que tem a função de confidente, esta questão em qualquer dos seus níveis de atenção, este direito deve ser invocado, sem hesitação, em favor do indivíduo. A falta de acesso e cobertura universal dos serviços de saúde constitui um impedimento na realização do direito à saúde, do qual destaca-se as longas distâncias percorridas pelos doentes, a baixa disponibilidade de infraestrutura hospitalar e pessoal de saúde qualificado, a pouca disponibilidade de medicamentos, qualidade dos serviços prestados e recursos humanos capacitados.

Referências

- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Nova Iorque, EUA, 1966.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. (Org.). *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978.
- DIAS, M. C. *Os direitos básicos: uma investigação filosófica acerca da fundamentação dos direitos humanos*. Porto Alegre: EDIOUCRS, 2004.
- FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GRUSKIN, S.; MILLS, E. J.; TARANTOLA, D. Health and human rights 1: History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet, Londres*, v.370, p. 449-55, ago. 2007.
- KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2006. p. 58-59.
- LIMA, R. S. de F. Direito à saúde e critérios de aplicação. *Direito Público*, nº2, p. 112-32, 2006.
- NYGREN-KRUG, H. Health and human rights at the World Health Organization. *Saúde e direitos humanos*, Brasília, ano 1, nº1, p. 7-12, 2004.
- OLIVEIRA, A.M.G.; AMARAL, S.T. A eficácia dos direitos fundamentais na saúde.
- OMS. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. n.1, jul. 2002. Disponível em:

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova Iorque, 1948. Disponível em:

ONU. Office of the High Commissioner for Human Rights. United Nations Staff College Project. *Human Rights: a basic handbook for UN staff*. Genebra, 2000.

SAMPAIO, N.R. *A saúde como direito fundamental no estado democrático de direito*. 2003. Dissertação (Mestrado em Direitos Fundamentais), Universidade de Lisboa, Lisboa, 2003.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 8.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

Recebido em: 11/05/2022

Aceito em: 10/09/2022



Para citar este texto (ABNT): CANIHOMA, Juíta Ema da C. Z.; MUNONGORO, Pedro. JOAO, Ermelinda Alberto. Dilemas; éticos na saúde pública em moçambique e sua relação as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 213-225, 2022.

Para citar este texto (APA): Canihoma, Juíta Ema da C. Z.; Munongoro, Pedro. João, Ermelinda Alberto.(2022). Dilemas; éticos na saúde pública em moçambique e sua relação as convenções internacionais sobre os direitos humanos e a saúde. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 213-225.

Influência do terapeuta da fala no tratamento de crianças de 0-2 anos com desnutrição crônica: estudo de caso da Cidade de Nampula

Ilídio Salomão Gimo Nhancale *



<https://orcid.org/0000-0002-4935-274X>

Resumo: Fonoaudiologia é a avaliação e tratamento de problemas de comunicação e distúrbios da fala. É realizado por fonoaudiólogos (fonoaudiólogos), frequentemente chamados de fonoaudiólogos (Fernandes, Mendes e Navas, 2014). O presente artigo realiza uma revisão da literatura sobre questões da terapia da fala e sua influência no tratamento de crianças de 0-2 com desnutrição crônica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica visto que foram pesquisados livros e teses, além de artigos científicos impressos e eletrônicos, dos bancos de dados Google acadêmicos, Pubmed e Scielo (SciELO - Scientific Electronic Library Online), publicados de 2016 a 2020. O estudo objetivou resgatar na literatura a temática da desnutrição crônica, seu impacto no desenvolvimento psicomotor da criança e importância da intervenção do terapeuta da fala no seu tratamento. Diante do aqui exposto, conclui-se que a terapia da fala exerce um importante papel no tratamento de crianças com sequelas da desnutrição crônica assim como na sua atuação precoce para posterior estimulação da criança nesta fase crítica da idade (primeira infância dos 0-2anos). A desnutrição em uma família pode ter múltiplas causas e significados, mas não pode passar despercebida para a sociedade, que tem o dever de cuidar de suas crianças e protegê-las, sobretudo suprimindo suas necessidades mais básicas.

Palavras-Chave: Malnutrição; Fonoaudiólogo; Neonato; Linguagem

Influence of the Speech Therapist in the Treatment of Children aged 0-2 years with Chronic Malnutrition: A Case Study in the City of Nampula

Abstract: Speech therapy is the evaluation and treatment of communication problems and speech disorders. It is performed by speech therapists (speech therapists), often called speech therapists (Fernandes, Mendes and Navas, 2014). This article reviews the literature on issues of speech therapy and its influence on the treatment of children aged 0-2 with chronic malnutrition. This is a bibliographical research since books and theses were searched, in addition to printed and electronic scientific articles, from Google academic databases, Pubmed and Scielo (SciELO - Scientific Electronic Library Online), published from 2016 to 2020. aimed to rescue in the literature the theme of chronic malnutrition, its impact on the child's psychomotor development and the importance of speech therapist intervention in its treatment. In view of the above, it is concluded that speech therapy plays an important role in the treatment of children with sequelae of chronic malnutrition, as well as in its early action for further stimulation of the child in this critical age phase (early childhood of 0-2 years). . Malnutrition in a family can have multiple causes and meanings, but it cannot go unnoticed by society, which has a duty to take care of its children and protect them, especially by meeting their most basic needs.

Keywords: Malnutrition; Speech Therapist; Neonate, Language

Introdução

O Terapeuta da Fala é um profissional de saúde responsável pela pesquisa, prevenção, avaliação, intervenção, aconselhamento e estudo científico na área da

* Mestrando do curso de Saúde Pública - Ramo de "Políticas e Gestão em Saúde" pela FCS UNILURIO-Nampula, Licenciado em Terapia da Fala – ISCISA, Maputo. E-mail: ilidionhancale@gmail.com

Ilídio S. Gimo Nhancale, Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 com...
comunicação humana e da deglutição (ASHA, 2017). ISCISA (2022) define terapeuta da fala aquele

profissional responsável pela prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações relacionadas ao nível da fala, da linguagem oral e escrita e comunicação não verbal, bem como alterações relacionadas com as funções auditivas, visual, cognitiva, oro-muscular, respiração, deglutição e voz, na criança, no adolescente, no adulto, e na pessoa idosa, qualquer que seja a etiologia.

Para Filho (2017) o Terapeuta da Fala intervém em todas as situações de alterações da comunicação, de patologia da articulação verbal, da voz e da linguagem oral e escrita, qualquer que seja a etiologia, na criança, no adolescente, no adulto e na pessoa idosa, bem como nas perturbações relacionadas com as funções auditiva, visual, cognitiva (incluindo a aprendizagem), musculatura oral, respiração e deglutição.

A partir da avaliação, o terapeuta decide se efetivamente o indivíduo necessita de intervenção na área da Terapia da Fala e determina as necessidades e áreas em que o indivíduo apresenta melhor ou pior competência/desempenho, permitindo, desta forma, estabelecer um diagnóstico e delinear um plano de intervenção específico e adequado. A Terapia da Fala tem como objetivo conduzir as crianças ou adultos ao maior nível possível de funcionamento e comunicação que seja apropriado ao seu ambiente social e educacional, de modo a que possam alcançar ou manter um modo de vida autónomo. Quando existe uma patologia médica, a intervenção do Terapeuta da Fala pode complementar o tratamento médico (Fernandes, 2016).

A Terapia da Fala colabora também em programas terapêuticos num contexto ecológico e multidisciplinar (nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, Fisiatras, neurologistas, pediatras, enfermeiros, sociólogos, professores, cuidadores de crianças). O Terapeuta da Fala deve realizar a sua prática baseada na evidência, respeitando os valores éticos e metodológicos com vista a desenvolver um conhecimento científico essencial ao desenvolvimento profissional e partilha de conhecimentos. De acordo com Murdoch (2016, p.14).

Os fatores etiológicos das diferentes patologias da comunicação são muito variados, de desenvolvimento ou adquiridos, fruto de causas biológicas, genéticas ou sociais. Como o caso de acidentes vasculares cerebrais, paralisia cerebral, autismo, traumatismo crânio encefálico, hipoacusias, desnutrição, prematuridade, asfixia neonatal, trissomia, défice de atenção, paralisia das pregas vocais, nódulos nas pregas vocais.

Neste artigo iremos destacar a desnutrição crônica como etiologia de base, visto que é grande problema de saúde pública no mundo. Segundo o (MISAU, 2018), em todo

Ilídio S. Gimo Nhancale, Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 com... o mundo cerca de 165 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade sofrem de desnutrição, das quais 26% sofre de desnutrição crônica.

Em África e Ásia em 2011, a prevalência de crianças desnutridas com menos de 5 anos de idade era 36% e 27% respectivamente, sendo esta situação encarada como um grave problema de saúde pública. (MISAU, 2018), Globalmente, a desnutrição crônica é o mais importante fator de risco para doença e morte, com centenas de milhões de crianças e mulheres grávidas afetadas, representando ainda o mais importante fator de risco para a carga de doença nos países em desenvolvimento.

Em Moçambique, cerca de 44% das crianças sofre de desnutrição crônica, sendo esta a responsável por um terço das mortes em crianças com menos de cinco anos de idade. As suas principais causas são a ingestão inadequada de nutrientes, os níveis elevados da infecção e a gravidez precoce. (MISAU, 2018), A alimentação da população em Moçambique considera-se monótona com consequente deficiência de micro nutriente. Quase metade da sua população vive abaixo do limiar da pobreza, comprometendo as suas práticas alimentares e o seu estado de nutrição. (MISAU, 2018), de acordo com Perlito. (2014), as crianças da província de Nampula apresentam uma elevada taxa de desnutrição, sendo que a desnutrição crônica atinge quase metade destas.

Alguns hábitos alimentares da criança estão desajustados às recomendações, sendo necessárias medidas político-governamentais de prevenção e promoção de uma alimentação saudável e adequada. Em 3 centros de saúde da província de Nampula, selecionaram-se aleatoriamente 954 crianças dos 0 aos 24 meses. Foram realizadas avaliações antropométricas no momento de avaliação, sendo valores apresentados e tratados por z-scores, como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS). Afirma ainda Perlito. (2014), que o protocolo de avaliação incluiu a recolha do peso da criança ao nascer, das práticas de aleitamento materno, o estudo da diversificação alimentar e a idade de introdução de determinados alimentos.

Algumas informações relativas ao agregado familiar foram recolhidas, como o estado de nutrição da mãe, a escolaridade e o número de filhos. Do total de crianças avaliadas, e através do z-score de Índice de Massa Corporal, verificou-se que 18,6% apresentava desnutrição aguda. Por sua vez, pela análise do z-score do índice estatura para a Idade verificou-se uma taxa de desnutrição crônica de 48,3%. Perlito (2014), Em relação às práticas de aleitamento materno verificou-se que 79,4% das crianças entre os 18 e os 24 meses ainda são amamentados.

Do total de crianças verificou-se que 85,1% destas cumpriu o tempo de aleitamento materno exclusivo preconizado pela OMS (4-6 meses). Em relação à diversificação alimentar verificou-se que a introdução do primeiro alimento se dá, em média, aos 6±1 meses, e consiste em farinhas lácteas ou de cereais na maioria dos casos. A idade de introdução da dieta familiar dá-se aos 13±2 meses. Perlito (2014), As crianças da província de Nampula apresentam uma elevada taxa de desnutrição, sendo que a desnutrição crônica atinge quase metade destas.

Perlito (2014), Alguns hábitos alimentares da criança estão desajustados às recomendações, sendo necessárias medidas político-governamentais de prevenção e promoção de uma alimentação saudável e adequada. Perlito, (2014), E neste contexto que se faz uma revisão narrativa deste tema para melhor fazer perceber a influência do terapeuta da fala no tratamento da desnutrição crônica em crianças de 0-2, uma faixa etária muito importante para o desenvolvimento de várias habilidades linguísticas, fala e cognição.

Método

Neste artigo realizou-se uma revisão da literatura sobre desnutrição e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. Foram pesquisados livros e teses, e artigos científicos impressos e eletrônicos, dos bancos de dados Google académico e (SciELO - Scientific Electronic Library Online), publicados de 2016 a 2020.

Os artigos analisados foram publicados em periódicos internacionais e nacionais. Seis estudos são artigos de revisão de literatura e um dos trabalhos trata-se de uma revisão integrativa. Os trabalhos foram separados conforme título, autoria, ano de publicação e método empregado no estudo, conforme o Quadro2. e Quadro.3 as legislações internacionais e nacionais usadas no estudo.

Quadro 1: Principais estudos sobre influência da terapia da fala na desnutrição crônica (0-2anos).

Títulos	Autores	Ano de publicação
<i>Novo tratado de fonoaudiologia</i>	Filho, L., O.	(2017)
<i>Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem</i>	Ferriolli, M.	(2012)
<i>Avaliação do Estado de Nutrição e dos Hábitos Alimentares no 1º ano de vida de crianças dos 0 aos 24</i>	Perlito, D.	(2014)

<i>meses da província de Nampula, Moçambique</i>		
<i>Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos.</i>	MISAU	(2018)
Varela.D.S. <i>A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil</i>	Fraga.J.A.A	(2016)

Fonte: Elaboração Própria

As construções teóricas - metodológicas estão ancoradas na pesquisa exploratória com destaque para uma revisão de literatura a partir dos textos estudados, para que se possa avaliar e encontrar os resultados da investigação. Os procedimentos de análise seguiram os seguintes passos: primeiro fizemos a leitura dos títulos para identificar a temática, segundo fizemos a leitura do resumo, a fim de perceber o que tratavam e quais os resultados encontrados e terceiro realizou-se a análise interpretativa para verificar as principais temáticas definidas pelos trabalhos analisados.

Impacto da Desnutrição crônica no Desenvolvimento psicomotor da criança - o desenvolvimento de uma criança resulta da ação conjunta dos fatores sociais e culturais em que está inserida, além de suas características biológicas. Portanto, pode-se dizer que novas habilidades conquistadas pela criança se relacionam diretamente com a sua faixa etária e a interação que ela mantém com os outros indivíduos (Alves, 2012).

Segundo Oliveira (2014) as alterações do desenvolvimento em uma criança podem produzir efeitos significativos na inclusão social e na qualidade de vida. Alguns estudos apontam a desnutrição crônica como a principal responsável, dentre as causas ambientais, pelo atraso do desenvolvimento motor.

O papel que a desnutrição crônica assume em relação às crianças de classes sociais menos favorecidas é de suma importância, porque são privadas não somente de uma alimentação saudável, mas também, muitas vezes, de cultura, educação e afetividade, o que pode lhes causar prejuízos (Oliveira, 2014).

Há evidências de que o organismo de uma criança desnutrida promove uma diminuição da atividade perceptível quando comparada às atividades de crianças que se alimentam de maneira adequada. Isso ocorre porque o organismo lança mão de mecanismos de adaptação, com a finalidade de promover um balanço energético.

Independentemente de ter ocorrido uma lesão cerebral, uma criança que tem a fome não saciada pode perder a motivação para explorar o ambiente e, assim, ter um atraso na aquisição de certas habilidades cognitivas. As consequências da desnutrição no

Ilídio S. Gimo Nhancale, Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 com... desenvolvimento infantil são numerosas, incluindo desde retardo no crescimento, que seria uma das manifestações mais comuns, a retardo mental, atraso do neurodesenvolvimento, baixa capacidade para resolução de problemas e recorrência de infecções, entre outras.

De acordo com Murdoch (2016), todos os órgãos e sistemas das crianças gravemente desnutridas são afetados e até então, nenhuma das funções estudadas nessas crianças mostrou-se normal.

A desnutrição pode levar a criança a apresentar ainda olhos encovados, glândulas (sudoríparas, salivares e lacrimais) atrofiadas, secura nos olhos e na boca, reduzida produção de suor, danos cerebrais, conduzindo a um aprendizado deficiente e à insuficiência na organização das atividades neuromotoras. O intelecto pode ser prejudicado pelo comprometimento em áreas do desenvolvimento neuropsicomotor. Algumas áreas, como a da coordenação visiomotora, a memória e a linguagem são mais afetadas podendo prejudicar o rendimento escolar.

De acordo com Fraga (2016) até a interação mãe/filho e a exploração do ambiente pela criança poderiam estar sob risco em casos de desnutrição crônica, independente da intensidade ou duração da mesma. A criança nasce com uma capacidade natural para aprender, crescer e se desenvolver, comum a todo ser humano. O processo, pelo qual passam todos os indivíduos, se inicia ainda na vida intrauterina e é contínuo, marcado por múltiplos fatores que, no decorrer do tempo, ou mesmo antes do nascimento, podem sofrer interferências adversas. Essas interferências se dão por causas genéticas, ambientais, biológicas, sociais, multifatoriais e idiopáticas. Uma vez que o processo de desenvolvimento começa no útero, é também nessa etapa que os riscos se iniciam (Murdoch, 2016).

Malformações congênicas, infecções, doenças hereditárias, entre outras situações adversas podem ser um risco para o desenvolvimento normal da criança. Passando essa fase, outros riscos aparecem, no período peri e pós-natal. Esses riscos são mais perceptíveis na infância porque os primeiros anos são marcados por importantes formações motoras, sociais, físicas e mentais. É também o período em que a criança está muito susceptível aos estímulos do meio.

Entre os riscos citados por Giacchini, (2013), Murdoch (2016) argumenta que estão as enfermidades e a pobreza, condições sociais inadequadas, somadas a uma política de saúde preventiva precária e/ou ineficiente, podendo levar à desestruturação do vínculo familiar, o que, em última análise, pode ocasionar atrasos no desenvolvimento da criança.

Foto 1: Criança com desnutrição Crônica



Fonte:UNICEF(2018, p.30)

As pesquisas indicam o elevado índice de desnutrição crônica em Moçambique, tendo variadas causas, Independentemente de ter ocorrido uma lesão cerebral, uma criança que tem a fome pode perder a motivação para explorar o ambiente e, assim, ter um atraso na aquisição de certas habilidades cognitivas. As consequências da desnutrição no desenvolvimento infantil são numerosas, incluindo desde retardo no crescimento, que seria uma das manifestações mais comuns. Ver figura 3.

Foto 2: Criança com desnutrição crônica



Fonte: UNICEF(2018, p.30)

A desnutrição crônica é vista como problema de saúde pública em Moçambique, sendo a ingestão de alimentos impróprios para o consumo humano. Fato este que leva ao fraco desenvolvimento psíquico e físico do indivíduo, causando deficiência em vitaminas necessárias para o desenvolvimento das células, provocando doenças com marasmo e kwashokor (Ver figura 2).

As pesquisas indicam para uma elevada taxa dessas doenças com impacto direto no desenvolvimento das crianças. De acordo com estudos feitos a província de Nampula é a mais afetada com este tipo de deficiências nutricionais.

Foto 3: Recém-nascido com desnutrição crônica



Fonte: UNICEF (2018, p.30)

Segundo os autores acima citados, os órgãos e sistemas das crianças com desnutrição crônica são afetados e até então, nenhuma das funções estudadas nessas crianças mostrou-se normal.

A alimentação não saudável da mãe pode causar alterações significativas em recém-nascidos, lembrando que de 0-2 anos é a fase de aquisição da linguagem, estando comprometida nestas idades e a probabilidade de nascer crianças com deficiência de vitaminas é maior (Ver fig. 3). Esta má alimentação pode levar a problemas graves de nutrição na criança.

Intervenção do Terapeuta Fala em crianças com desnutrição crônica

Oliveira (2012) afirma que Durante os três primeiros anos de vida ocorrem os grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança, bem como, a aquisição e o controle da linguagem, os quais são essenciais para o seu desenvolvimento global. De acordo com Oliveira (2012) este desenvolvimento está intrinsecamente relacionado às condições nutricionais, ambientais, à estimulação que pode ser favorecida pela relação familiar, ao padrão cultural e ao nível educacional e socioeconômico da família.

Quando algum desses aspectos exerce influência negativa no desenvolvimento integral das crianças, tem-se o risco de atrasos e distúrbios no desenvolvimento infantil, que podem vir a comprometer a saúde geral do sujeito causando diversos danos futuros, inclusive, referentes à aquisição e ao desenvolvimento da linguagem (Langoni, 2013). Na maioria das vezes, distúrbios como atraso de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são diagnosticados antes dos 3 ou 4 anos.

Por isso, Fraga (2016) Afirma que é importante o papel do Terapeuta da Fala para o reconhecimento precoce e o acompanhamento de crianças com desnutrição crônica que são mais vulneráveis a morbididades, visto que as crianças que apresentam algum atraso ou distúrbio, quando recebem algum tipo de intervenção precoce, têm um melhor rendimento. Além disso, existe a possibilidade de barrar o desenvolvimento da patologia. Dessa forma, existe ainda, a necessidade de identificar essas crianças e encaminhá-las a um serviço especializado de terapia da fala.

Este seria o papel do profissional de atenção primária na vigilância do desenvolvimento infantil (Fraga, 2016). Nessa perspectiva, tem-se entre as novas concepções de Sistema Único de Saúde (SUS) a de promoção da saúde que visa à melhoria da qualidade de vida e prioriza a saúde e não a doença. (Talarico et al., 2018). Esta nova concepção vem ao encontro da ideia de que a prevenção de problemas durante a infância exerce efeitos benéficos por toda a vida do ser humano, pois, dependendo da idade do diagnóstico de determinadas psicopatologias há maiores dificuldades no que se refere à intervenção bem sucedida. (Talarico et al. 2018).

Estudos atuais apontam para a possibilidade de detecção de índices, entre 1 e 18 meses, que poderão ser futuramente patologias. (Talarico et al., 2018). Nessa fase da vida, a criança está em plena construção de seu psiquismo e de sua subjetividade. Sabe-se, que nessas primeiras relações, os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou com alguém que faça a função maternas visualizáveis nas interações mãe-filho (Langoni,

Ilídio S. Gimo Nhancale, *Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 com...* (2013). Nesse momento, já é possível detectar indícios de que algo não vai bem e intervir se necessário (Talarico et al., 2018).

Mendes (2018), a função materna é constituída pelos cuidados básicos que vão permitir que o bebe sobreviva, contudo, para que sobreviva psiquicamente, esses cuidados devem ir além da mera satisfação de suas necessidades biológicas. É o “a mais” que a mãe dá: a relação afetiva, o diálogo, o olhar, o toque, que possibilita ao bebê construir sua vida mental (Mendes, 2018). Para que isso ocorra, é necessário que a mãe não esteja presente nessa relação só com seu corpo, é preciso que haja desejo (presença psíquica), o que implica que ela tenha na sua vida e na sua história, um lugar para esse filho, bem como, que possa transmitir a ele os valores da cultura, os valores simbólicos e não só seus desejos pessoais.

Mendes (2018), não se trata, portanto, de práticas maternas definidas apenas por comportamentos específicos de cuidados, mas da existência de um projeto simbólico para o bebê. Por isso, a equipe profissional (terapeuta da fala, nutricionista, neurologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, pediatras) que trabalha no cuidado de crianças desde seu nascimento deve estar atenta às formas de interação desenvolvidas no ambiente familiar observando os atos e a repercussão desses no desenvolvimento infantil e, além disso, considerando as possibilidades de intervenção precoce quando necessário (Palladino, 2016).

Nesse contexto se insere a observação dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil, caso da desnutrição crônica que se configuram como um protocolo aplicável pelos clínicos como instrumento de avaliação e decisão acerca da estimulação precoce, a qual compreende a existência de um terapeuta da fala único que dê sustentação ao exercício das funções parentais, o que pode proporcionar a estruturação do bebê pela/na linguagem (Fraga, 2016).

Conclusão

A partir da literatura revisada, constatou-se que crianças que convivem com desnutrição crônica, nos primeiros anos de vida, são mais propensas a desenvolver problemas que podem afetar o seu desenvolvimento. Assim, considera-se a necessidade da atuação do Terapeuta da Fala estar vinculada a uma constante observação dos fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil e aquisição da linguagem, podendo participar da detecção e estimulação precoces em uma perspectiva promocional.

O estudo objetivou resgatar na literatura a temática da desnutrição crônica, seu impacto no desenvolvimento psicomotor da criança e importância da intervenção do terapeuta da fala no seu tratamento tendo como foco a província de Nampula. Diante do aqui exposto, conclui-se que a terapia da fala exerce um importante papel no tratamento de crianças com sequelas da desnutrição crônica assim como na sua atuação precoce para posterior estimulação da criança nesta fase crítica da idade (primeira infância dos 0-2 anos) na província de Nampula.

A desnutrição em uma família pode ter múltiplas causas e significados, mas não pode passar despercebida para a sociedade, que tem o dever de cuidar de suas crianças e protegê-las, sobretudo suprimindo suas necessidades mais básicas. A província de Nampula é a mais populosa de Moçambique, mas também é a mais afetada pela desnutrição crônica devido aos seus hábitos alimentares e a pobreza.

Contudo considera-se primordial o reconhecimento do terapeuta da fala por parte do Ministério da Saúde e organizações não-governamentais para que este esteja engajado em atividades de planificação em programas de nutrição. Os objetivos da pesquisa foram alcançados, mas a grande limitação da pesquisa foi a fraca literatura sobre o papel do terapeuta da fala em Moçambique.

Referências

- ASHA. (2017). *Perfil fonoaudiológico do idoso institucionalizado*. Boston: Pró-fono. Disponível em: <http://www.asha.org> acessado em: 14 dez.2022.
- Avila, A.T; Rosa de Oliveira,T; Witt, S. E. L; Knoene M. C; Alegre (2019). *Actuação integrada entre enfermagem e fonoaudiologia na promoção ao aleitamento materno: relato de experiência profissional* HCPA - Hospital de Clínicas de Porto: Porto HCPA.
- Costa Junior A.L.; Zannon C.M.L.C. (2016). Desnutrição e desenvolvimento comportamental: questões metodológicas. *Estud. Psicol* (Natal). Vol.2, nº2, p.5-9.
- Fernandes, M. D.F. (2016). *Tratado de fonoaudiologia*. 2.ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de fonoaudiologia.
- Fernando, F.D.M.; Mendes, B.C.A.; Navas, A.L.P.G.P. *Tratado de fonoaudiologia*. 2.ed. São Paulo: Roca, 2014.
- Ferriolli. M .(2012). *São Paulo: Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem*. São Paulo: Rabn.
- Filho, L. O. (2017). *Novo tratado de fonoaudiologia*. 3.ed. São Paulo: Santa casa de São Paulo.

Ilídio S. Gimo Nhancale, *Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 com...*

Fraga J. A. A.; Varela, D. S. (2016). *A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil*: São Paulo. Rasbran.

Giacchini. V; Tonial. A; Mota. H. B. (2013). *Aspectos de linguagem e motricidade oral observados em crianças atendidas em um sector de estimulação precoce distúrbio comum*: São Paulo: UFSM.

ISCISA. (2022). *Terapeuta da fala*. Maputo. Disponível em: <https://www.iscisa.ac.mz/iscisa.ac.mz/index.php/pt/terapia-da-fala> . Acesso em: 22 dez. 2022.

Langoni, C.S, Rigon, J., Rusch, R., Almeida, C. S., Resende, T. (2013). Efeito de uma intervenção motora em crianças desnutridas com atraso no desenvolvimento. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 6, n. 1, p. 15-18.

Mendes, J. C. P; Pandolfi, M. M; Júnior, V. C.; Novo, N.F , Souza, P. C.(2012). *Factores associados a alteração da linguagem em crianças pré-escolares*. Curso de Graduação em Medicina e Enfermagem, Universidade de Santo Amaro – UNISA – Beatriz Helena Vieira São Paulo: UNISA.

MISAU. (2018). *Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos. 2.ed. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição*, Julho de 2018. Maputo: MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição.

Murdoch, B. E. (2016). *Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurológica funcional*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Oliveira, L. D; Flores, M.R; Souza A.P.R.(2014).Factores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia.*Rev. CEFAC*. vol.2 nº2 p. 5-6.

Palladino, R. R. R.; Cunha, M. C.; Souza, L. A. P. (2016). *Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências?* *Revista de Actualização Científica*, Barueri (SP), v. 19, vol.2 nº2, p. 32-33.

Perlito, D.(2014). *Avaliação do Estado de Nutrição e dos Hábitos Alimentares no 1º ano de vida de crianças dos 0 aos 24 meses da província de Nampula, Moçambique*. Porto: FNUAP.

Simão, G. M. (2017). *Esse menino não larga do peito, como é que vai falar?: desnutrição, estabelecimento da demanda e aquisição da fala*: Fortaleza:Pró-fono.

Talarico, T. R. Venegas, M.J., Ortiz, K. Z. (2018). *Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral assistidos em hospital terciário*. São Paulo: UNIFESP. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1693/169318771009.pdf> acesso em: 2 dez. 2020.

Ilídio S. Gimo Nhancale, Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 com...
UNICEF (2018). Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency Joint statement by the World Health Organization. Joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme and the United Nations Children's Fund.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): NHANCALE, Ilídio Salomão Gimo. Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 anos com Desnutrição Crônica: Estudo de Caso da Cidade de Nampula. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 226-238, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Nhancale, Ilídio Salomão Gimo (dez.2022). Influência do Terapeuta da Fala no Tratamento de Crianças de 0-2 anos com Desnutrição Crônica: Estudo de Caso da Cidade de Nampula. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 226-238.

Njinga & Sepé: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape>

Gestão da segurança rodoviária no contexto da utilização de mototáxi na Cidade de Tete (2016-2018)

Roberto Cândido Anselmo *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-5310-1153>

Resumo: A pesquisa aborda a gestão da segurança rodoviária no contexto da utilização dos Mototáxi no Conselho Autárquico da Cidade de Tete e tem como objetivo geral analisar a gestão da segurança rodoviária no Conselho Autárquico da Cidade de Tete. Partiu-se do pressuposto de que a atividade de Mototáxi influi na gestão da segurança rodoviária a ter em conta os índices de sinistralidade rodoviária resultantes dos comportamentos dos mototaxistas. Para o efeito recorreu-se a uma metodologia qualitativa com recurso à pesquisa bibliográfica, análise de documentos oficiais sobre a segurança rodoviária, entrevista e inquérito por questionário, como técnicas de recolha de dados. Foi definida uma amostra de 40 respondentes, dos quais 10 entrevistados e os restantes inquiridos. Os resultados da pesquisa mostram que a gestão da segurança rodoviária é feita de diversas formas como fiscalização, regulação, organização e supervisão da atividade de Mototáxi e a implementação de programas e normas que administram a formação e circulação dos mototaxistas. Os comportamentos de risco como a ultrapassagem irregular, excesso de velocidade e transporte de mais de um passageiro, geram consequências graves resultantes da sinistralidade rodoviária, fato que desafia o processo de gestão da SG. Por isso, pensa-se que a regulamentação do serviço de Mototáxi, a formação dos operadores de Mototáxi, fará com que eles obtenham habilidades de condução e consequente cumprimento de normas de trânsito.

Palavras-chaves: Gestão; Segurança Rodoviária; Mototáxi.

Road Safety Management in the Context of the Use of Mototaxi in the City of Tete (2016-2018)

Abstract: The research approach the management of the road safety in the context of Mototaxi demand in the Autarchy Council of Tete City and has as general objective to understand the management of the road safety in Autarchy Council of Tete City. Starting from the presupposed that the Mototaxi activity influences in the management of the road safety taking into account the indexes road loss ratio resulting from the behaviors of the Mototaxis. For this purpose, resorted to a qualitative methodology with resource to a bibliography research, official documents, analysis about road security, interviews, questionnaire, as a technique of data collection. Was defined a sample of 40 respondents, from that 10 were interviewed and the remaining were inquired. The results of the research shows that the management of the road safety is made by diverse manners such as inspection, regulation, organization and supervision of the Mototaxi activities and the implementation of programs and norms that administer the training and circulation of the Mototaxis. The risky behaviors such as irregular overtaking, excessive speed and transport of more than one passenger generate serious consequences as a result of road losses, which in fact challenge the process of road safety. That's why, it's thought that the regulation of Mototaxi service, the training of Mototaxi operators, will make them acquire driving abilities and consequently they will obey the traffic norms.

Keywords: Management, Road Safety, Mototaxi

* Docente da Universidade Púngue em Moçambique, extensão da Província de Tete; Mestre em Segurança Pública, Licenciado em Ciências Policiais; Áreas de Interesse: Direito Administrativo, Ciência Política e Direito Constitucional, Noções Elementares de Direito. E-mail: roberto.anselmo7@gmail.com>

Usimamizi wa Usalama Barabarani katika Mukstadha wa Kutumia Mototaxi katika Jiji la Tete (2016-2018)

Muhtasari: Utafiti huo unahusu usimamizi wa usalama barabarani katika mukstadha wa matumizi ya Mototaxi katika Halmashauri ya Manispaa ya Jiji la Tete na una lengo la jumla la kuchambua usimamizi wa usalama barabarani katika Halmashauri ya Manispaa ya Jiji la Tete. Ilifikiriwa kuwa shughuli ya Mototaxi inathiri usimamizi wa usalama barabarani, kwa kuzingatia viwango vya ajali za barabarani vinavyotokana na tabia ya madereva wa tekisi za pikipiki. Kwa madhumuni haya, mbinu ya ubora ilitumiwa kwa kutumia utafiti wa biblia, uchambuzi wa nyaraka rasmi kuhusu usalama barabarani, mahojiano na tafiti za dodoso, kama mbinu za kukusanya data. Sampuli ya wahojiwa 40 ilifafanuliwa, ambapo 10 walihojiwa na wahojiwa waliobaki. Matokeo ya utafiti yanaonyesha kuwa usalama barabarani unasimamiwa kwa njia tofauti, kama vile ukaguzi, udhibiti, mpangilio na usimamizi wa shughuli za Mototaxi na utekelezaji wa programu na kanuni zinazosimamia mafunzo na mzunguko wa madereva wa pikipiki. Tabia hatarishi kama vile kuvuka kupita kiasi, mwendo kasi na kubeba abiria zaidi ya mmoja, husababisha madhara makubwa yatokanayo na ajali za barabarani, jambo linalotia changamoto katika mchakato wa usimamizi wa Usalama Barabarani. Kwa hiyo, inadhaniwa kuwa udhibiti wa huduma ya Mototaxi, mafunzo ya waendeshaji wa Mototaxi, itawafanya kupata ujuzi wa kuendesha gari na kufuata kanuni za trafiki.

Maneno muhimu: Usimamizi; Usalama barabarani; Teksi ya baiskeli.

Introdução

A vulnerabilidade dos operadores de Mototáxi quando se fazem às vias públicas, contribuindo com uma crescente taxa de mortalidade em acidentes, constitui uma preocupação para este estudo. Associado a isso, está a questão do comportamento de risco apresentado pelos Mototaxistas e da falta de aptidão para conduzir motocicletas. A referida vulnerabilidade coloca em causa os níveis de gestão, sobretudo no Conselho Autárquico da Cidade de Tete.

O transporte por meio de Mototáxi tornou-se uma opção adicional à população do Conselho Autárquico da Cidade de Tete, principalmente nos bairros periféricos onde o transporte semi-colectivo é deficitário, sendo que o Mototáxi oferece conforto tanto para o condutor como para os passageiros. Liberatti (2013) considera que a popularização do Mototáxi é justificada por sua capacidade de fluidez no trânsito, economia de combustível, facilidade de estacionamento, expansão do mercado de entregas e de Mototáxi, e pelas facilidades de crédito bancário para a sua aquisição.

Apesar dessas facilidades o crescimento substancial do uso de motociclos com especial destaque para o Conselho Autárquico da Cidade de Tete, concorre para o aumento do número de traumatismos e uma inquietação em termos de gestão da segurança rodoviária, uma vez que o ambiente rodoviário é afetado com a afluência de motociclos não licenciados e sem uma intervenção prática que faça face ao fenómeno.

Este fato constitui preocupação em termos de gestão da segurança rodoviária, pois, muitas pessoas usam esses veículos como um meio de transporte. Além disso, a

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi

utilização desses veículos aumenta a exposição ao risco de lesões em uma colisão¹. A situação atual e emergente vivida no Conselho Autárquico da Cidade de Tete, por um lado, está relacionada a afluência de operadores do serviço de Mototáxi, por sinal não licenciados e sem o treinamento adequado para circular na via pública, fato que põe em causa a gestão da segurança rodoviária.

Por outro lado, no entendimento de Ludovina (2020), a ausência de uma estrutura formada que possa evidenciar as competências clássicas de gestão, que seriam neste caso, as conceptuais (capacidade de ver e agir como um todo e pensar estrategicamente); as humanas (capacidade de trabalhar com outros intervenientes, formando um grupo integrado) e técnicas (compreensão e proficiência de tarefas específicas) contribui para a fragilização da gestão da SR.

Como resultado da falta de uma política de gestão da segurança rodoviária, da escassez de normas de ordenação e planeamento da atividade de Mototáxi, da falta de licenciamento, do treinamento dos operadores de Mototáxi relativamente às regras de trânsito rodoviário, assiste-se à ocorrência de acidentes de viação com consequências críticas, no que tange a mortos, feridos graves e danos materiais avultados.

O cenário da sinistralidade rodoviária global na Província de Tete, no período que compreende os anos 2016 – 2018, caracterizou-se por apresentar a ocorrência de 173 casos de sinistralidade rodoviária, concorrendo com 235 mortos, 243 feridos graves e 164 feridos ligeiros. Dos casos em que estiveram envolvidos os mototaxistas, dados recolhidos no Comando Provincial da PRM de Tete indicam para um total de 26 acidentes rodoviários em 2016, 39 acidentes rodoviários em 2017 e 49 acidentes rodoviários em 2018, perfazendo um total de 114 acidentes rodoviários, como ilustra a Tabela 2.

Tabela 1: Casos de sinistralidade rodoviária envolvendo Mototaxistas

Classificação dos Acidentes	2016				2017				2018			
	Acidentes	Mortos	F. G.	F. L.	Acidentes	Mortos	F. G.	F. L.	Acidentes	Mortos	F. G.	F. L.
Choque entre carro e motociclo	06	07	11	05	10	06	08	07	15	08	08	12
Atropelamento por motociclo	08	02	01	03	09	02	03	01	11	05	00	02
Despiste de motociclo	07	13	11	20	12	17	13	15	13	20	18	27
Choque de motociclo contra obstáculo fixo	05	03	04	07	08	04	02	05	10	03	04	06
Total	26	25	27	35	39	29	26	28	49	36	30	47

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos relatórios do Departamento de Trânsito do CPPRMT

¹ A colisão está relacionada a situação de choque entre veículos, que consiste em impacto e imobilização da viatura. As lesões têm a ver com os danos físicos causados nos utentes da via ou ocupantes dos veículos, quais podem ter origem no choque entre veículos ou atropelamento.

Como se pode depreender dos dados constantes da tabela, existe uma tendência crescente do número de acidentes e respectivas consequências. Os choques entre carros e motocicletas aparecem com destaque, registando 06, 10 e 15, no período entre 2016, 2017 e 2018 respectivamente. Os despistes dos Mototáxis constituem a segunda maior causa com 07, 12, 13 casos, relativamente ao período em análise. A gestão da segurança rodoviária no âmbito do serviço de Mototáxi no Conselho Autárquico da Cidade de Tete mostra-se preocupante. O elevado número de acidentes de tipo choque entre carro e moto (15 casos), atropelamentos (11 casos), despistes (13 casos) e choque contra obstáculos fixos (10 casos) revela essa tendência. Nesta ordem de ideias, colocamos a seguinte questão de pesquisa: *de que maneira é feita a gestão da segurança rodoviária no Conselho Autárquico da Cidade de Tete?*

O objectivo geral da pesquisa analisa a gestão da segurança rodoviária no Conselho Autárquico da Cidade de Tete no âmbito da utilização do serviço de Mototáxi. Como objetivos específicos procura descrever as formas de gestão da segurança rodoviária no contexto do serviço de Mototaxi; Identificar os comportamentos de risco dos operadores do serviço Mototáxi e analisar as estratégias de prevenção desenvolvidas no Conselho Autárquico da Cidade de Tete no contexto da gestão da segurança rodoviária face aos operadores de Mototáxi.

O presente estudo se justifica pelo crescimento do serviço de Mototáxi sem o devido acompanhamento do Conselho Autárquico da Cidade de Tete, entidade responsável pela gestão da atividade. A questão da gestão, como um conjunto de práticas e atividades que visam uma finalidade, relativa ao tema da pesquisa mostra-se pertinente pela sua atualidade, uma vez que trata de um assunto que tem revelado consequências sociais e económicas para o país em geral e para a autarquia de Tete em particular.

A escassez de pesquisas académicas a respeito da gestão da segurança rodoviária no contexto dos Mototáxi viabilizou a elaboração deste trabalho como forma de contribuir com material sobre o tema. O fato de este trabalho constituir uma contribuição na área científica, proporcionará mais valor ao assunto e promover a difusão do tema.

A pertinência do trabalho está relacionada com os proveitos que advirão da informação e esclarecimento das autoridades competentes (Direção de Transportes e Comunicação, INATTER, ANE, PRM, Polícia Municipal) através do aumento da motivação dos colaboradores (operadores de Mototáxi, Associação dos Transportadores de Mototáxi), aumento da produtividade, maior integração e comunicação dos colaboradores, estabelecimento de objetivos e metas de forma conjunta, o que fará com que sejam

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi implementadas medidas administrativas e preventivas na sequência de uma boa gestão da segurança rodoviária, contribuindo para que os utentes dos serviços de Mototáxi se sintam acomodados e seguros ao se fazerem a via pública.

O estudo cobriu a área geográfica do Conselho Autárquico da Cidade de Tete que se localiza na zona centro de Moçambique, num planalto a 500 metros de altitude na região do Baixo Zambeze, a 175 metros acima do nível do mar. A área total é de aproximadamente 287 Km².

A norte o Conselho Autárquico da Cidade de Tete é limitado pelo Distrito de Moatize através do Rio Rovubuê; a Sul é limitado pelo Distrito de Changara; a Este pelo Distrito de Moatize e a Oeste pelos distritos de Changara e Moatize através dos postos administrativos de Catipu e Marara, (INE, 2013).

O período em que o objeto do estudo foi analisado é relativo aos anos de 2016 a 2018, uma vez que neste período assistiu-se a um recrudescimento dos operadores de Mototáxi e consequente aumento de casos de sinistralidade rodoviária. O trabalho apresente uma introdução, quadro teórico, metodologia, apresentação e discussão dos resultados e finalmente as conclusões e sugestões. A metodologia usada é mista a qual associa as formas qualitativa e quantitativa.

Quadro Teórico

O presente capítulo foi desenvolvido com base em duas teorias que ajudaram a fundamentar a problemática da pesquisa, a teoria sistémica e a teoria comportamental. Na perspectiva de Grilo (1996), a teoria sistémica trata de um conjunto de elementos interdependentes ou um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado, ou seja, sistema é um conjunto de ou combinações de coisas ou partes formando um todo unitário, cuja análise, no ambiente das organizações, permite revelar o geral no particular. No nosso contexto podemos aferir que o serviço de Mototáxi encontra-se num sistema aberto, uma vez que está interligado por elementos que formam um todo, como é o caso da Autarquia, dos clientes com quem interage diariamente, as autoridades policiais (municipal e trânsito), o INATTER e os demais motociclistas e automobilistas com os quais partilha a rede rodoviária.

Efetivamente, o sistema aberto em que se encontra o serviço de Mototaxi tem recebido bastante atenção por parte das autoridades policiais e dos utentes. A Polícia Municipal efetua o registo dos motociclistas da Cidade de Tete no momento em que se adquire a licença de circulação. A teoria dos sistemas aplicada à gestão da segurança

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi rodoviária é concebida, principalmente, para melhorar a administração do serviço de Mototáxi, eliminar as suas consequências, modificando os elementos técnicos do sistema de transporte, dada a sua ingerência por parte dos gestores de topo, intermédios e as equipas técnicas.

A teoria sistémica responde a abordagem da nossa pesquisa, uma vez que, é utilizada para descrever um complexo de elementos em constante interação e intercâmbio com o ambiente externo, tendo como aspecto importante a ideia de um conjunto de elementos interligados para formar um todo. Nossa intenção nesta pesquisa é estudar as relações que se estabelecem entre a Autarquia (subsistema) e os operadores de Mototáxi (subsistema) e os demais intervenientes no sistema cooperativo, a saber: o INATTER, o Departamento da Polícia de Trânsito, a Direção de Transportes e Comunicações e a ANE, todos engajados para construir um sistema de medidas de segurança.

A teoria comportamental, de acordo com Schultz (2016), parte do entendimento da personalidade e dos condicionantes cognitivos dos indivíduos como determinantes do comportamento das organizações. Os indivíduos reagem e moldam as suas condutas em função dos estímulos e pressões que recebem do ambiente no qual estão integrados. O comportamento organizacional, nesta perspectiva, depende da natureza do ser humano e da sua personalidade.

Para esta teoria, o comportamento social do indivíduo apoia-se totalmente no grupo, onde as relações humanas são valorizadas e a sua compreensão por parte do gestor permite melhorar os resultados obtidos. O comportamento dos mototaxistas na autarquia da Cidade de Tete caracteriza-se pela sua complexidade, uma vez que os usuários estão expostos a fatores de risco.

Nessa interação há transmissão de valores e atitudes que põem em risco a integridade dos utentes do serviço, resultante de fatores que contribuem para o comportamento do mototaxista (o desejo de chegar no destino em cumprimento de determinado horário). Os valores transmitidos relacionam-se com a postura em relação aos utentes, a necessidade de uso de altas velocidades a fim de realizar várias viagens por dia e consequente aumento da receita e o uso de capacete.

Por isso, a teoria ajuda a explicar quais comportamentos de risco e fatores ambientais são responsáveis por aumentar o número de vítimas e sugerir medidas de segurança. Aliado ao fator comportamental e ambiental estão os meios de intervenção na gestão da segurança rodoviária pelo Conselho Autárquico através da regulação e ordenamento da atividade de Mototáxi abordado na teoria sistémica.

Ademais, a sinistralidade rodoviária e suas consequências são elementos importantes que afetam a gestão da segurança rodoviária, o que faz com que a teoria comportamental seja essencial para o fundamento da pesquisa, porque é usada para estabelecer os efeitos do comportamento de risco de operadores de Mototáxi e a capacidade de convencer os gestores da segurança rodoviária, os operadores de Mototáxi e a sociedade em geral sobre a necessidade de programas de intervenção e de avaliação da sua eficácia.

Metodologia

A pesquisa foi realizada com base na abordagem mista, uma vez que combina ou associa a forma qualitativa e quantitativa, fato que permitiu a recolha de informação junto aos mototaxistas, quanto aos sentimentos, conhecimentos e percepções que tem sobre a gestão da segurança rodoviária, bem como o significado que atribuem a essa gestão.

A pesquisa é exploratória porque visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo explícito, por meio de contacto com a situação vivida pelos mototaxistas para descobrir em que medida a gestão da segurança rodoviária no Conselho Autárquico da Cidade de Tete influi na atividade dos operadores de Mototáxi. Para a recolha de dados foi usado um Guião de entrevista semi-estruturado, um Inquérito por questionário e uma Grelha de observação.

Na pesquisa foi constituída uma amostra de 40 indivíduos, dos quais 30 (mototaxistas) foram submetidos ao inquérito por questionário e os restantes 10 à entrevista semi-estruturada, (2 técnicos do INATTER, 3 oficiais do Departamento da Polícia de Trânsito da PRM e 5 agentes da Polícia Municipal).

Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados em função do problema da pesquisa, dos objectivos traçados e das questões de pesquisa. Procedemos, em primeiro lugar, a caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, de seguida apresentamos as formas de gestão da segurança rodoviária, os comportamentos de risco dos mototaxistas e as estratégias de prevenção da segurança rodoviária.

No âmbito deste estudo foram tomadas como variáveis sócio-demográficas o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade. No total participaram do estudo 40 indivíduos, dos quais 30 responderam ao inquérito por questionário e 10 foram entrevistados, todos do sexo masculino. Quanto a idade o maior número de inquiridos foi

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi das faixas etárias compreendidas entre 31 - 35 anos de idade (33,3%) e entre 18 – 21 anos (30%); os restantes inquiridos encontram-se nas faixas relativas a 22-25 anos de idade e 36 ou mais anos de idade ambos com (13,3%) e 26-30 anos de idade (10%).

Os mototaxistas na faixa etária entre 18-21 anos apresentam um nível alto de risco e consequente maior probabilidade de envolvimento em acidente de trânsito. No modelo comportamental essas características estão associadas à falta de experiência, imaturidade, falta de habilidade de condução, desconhecimento das regras de trânsito e um significativo envolvimento em acidentes e comportamentos mais tolerantes ao risco.

Em relação ao estado civil dos inquiridos 53,3% são solteiros, 40% vivem maritalmente, enquanto os restantes 6,7% vivem numa situação de separado ou divorciado. Tendo em conta que 53,3% dos inquiridos são solteiros, Schultz (2016) refere que o comportamento social do indivíduo se apoia totalmente no grupo, onde as relações humanas são valorizadas, fazendo com que os jovens solteiros apresentem maior probabilidade de adoptar comportamentos de risco, relativamente a circular na via pública sob efeito de bebida alcoólica, desrespeitando as demais regras estradais.

A escolaridade desempenha um papel importante na segurança rodoviária porque, além de ser um processo pedagógico que proporciona atitudes, conhecimentos e competência, permite a interiorização de padrões comportamentais norteados pela segurança rodoviária, ou seja, a escolaridade é uma das formas eficazes de tornar os mototaxistas responsáveis e influenciar com maior impacto na gestão da segurança rodoviária.

Assim, analisando os dados relativos ao nível de escolaridade o acesso à frequência ao curso verificou-se que grande parte dos inquiridos tem o nível secundário (50%) e Ensino Primário do 2º grau (33,3%). Poucos inquiridos é que frequentaram o Ensino Primário do 1º grau (6,7%) e Alfabetização (10%) respectivamente.

Formas de gestão da segurança rodoviária

As formas de gestão da segurança rodoviária traduzidas em ações de coordenação de atividades, fiscalizações periódicas, criação de normas de gestão, intervenção em ações de planificação, desenvolvimento e promoção do serviço, constituíram objeto de análise nesta pesquisa.

Sadauskas (2003) refere que, as formas de gestão da segurança rodoviária estão relacionadas com as estratégias e programas de intervenções em todo o sistema com vista a alcançar metas de segurança, fiscalização e policiamento das vias para sua

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi utilização de forma plenamente segura, realização de ações educativas e campanhas de consciencialização que previnam a sinistralidade rodoviária.

Questionados sobre quais eram as formas de gestão da segurança rodoviária, os inquiridos responderam que elas tinham a ver com os meios de intervenção do Conselho Autárquico através da exigência de a exigência de capacetes e licenças (ação inclusa no âmbito da fiscalização periódica) e convocação dos mototaxistas a participar em eventos oficiais do Município (desfiles, festividades e cortejos).

Sobre a mesma questão os entrevistados disseram que, ela é garantida através da coordenação de ações de intervenção entre diversas instituições como Conselho Autárquico, INATTER, ANE, Direcção Provincial de Transportes e Comunicações e Polícia de Trânsito, materializada por meio de planificação e realização de operações conjuntas, organização da atividade através de criação da associação (ATMCD), organização dos operadores em diferentes grupos, concepção e definição de praças ou pontos de partida na Cidade de Tete

A gestão da segurança rodoviária é garantida por via da fiscalização do serviço de Mototáxi, realização de palestras de sensibilização sobre uso de equipamentos de proteção; mobilização para cumprimento das regras do Código da Estrada, segundo o depoimento dos Oficiais da Policia de Trânsito:

[...] O Departamento de Trânsito, por um lado, garante a gestão da segurança rodoviária através da coordenação de acções de intervenção com a vereação de transportes urbanos do conselho autárquico, o INATTER, ANE e a Direcção Provincial de Transportes e Comunicações. Também, garante a gestão por meio de fiscalização dos operadores de Mototáxi, realização de palestras em matéria de segurança rodoviária e sensibilização sobre o uso de equipamentos de protecção, mormente, o capacete e colete [...]

Comportamento de risco dos operadores de Mototáxi

Para a presente pesquisa considerou-se, na óptica de Elvik (2009), como comportamento de risco no trânsito, o conjunto de características ou indicadores que aumenta a probabilidade de ocorrer um resultado negativo sobre a integridade física e emocional do mototaxista, bem como para os outros utentes da via pública. Tais comportamentos estão relacionados com a utilização de telemóvel na condução, a ingestão de álcool antes e durante a condução e o excesso de velocidade. Assim, dos 30 operadores de Mototáxi inquiridos foi possível apurar que, 26,7% conduziam sob efeito de álcool, 25,6% efetuavam ultrapassagem a esquerda, 24,4% atendiam o telefone no trânsito rodoviário, ou seja, em plena marcha; 12,2% andavam em contra-mão, 7,8%

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi carregavam mais do que um passageiro; 2,2% andavam entre veículos e 1,1% circulava pelo passeio.

Os entrevistados concordam que os comportamentos de risco mais comuns estão relacionados com o desconhecimento do Código da Estrada, o excesso de velocidade, a ultrapassagem irregular, consumo de álcool e estupefacientes, atender o telefone em plena marcha. Na essência, o desrespeito pelos sinais de trânsito tem como consequência a sinistralidade rodoviária, de acordo com o depoimento seguinte:

[...] Os comportamentos de risco mais comuns que põem em causa a gestão da segurança rodoviária estão relacionados, em primeiro lugar, com a falta de conhecimento das regras do Código da Estrada e a observância das mesmas. A seguir temos o excesso de velocidade e a ultrapassagem irregular [...] (entrevista com Chefe de Operações do Departamento de Trânsito, no dia 20.03.2020).

Este cenário tem enquadramento na teoria comportamental, segundo a qual, na percepção de Schultz (2016), os indivíduos reagem e moldam as suas condutas em função dos estímulos e pressões que recebem do ambiente no qual estão integrados, ou seja, o comportamento agressivo no trânsito surge do histórico de comportamento agressivos em outras instâncias da vida do sujeito.

O autor refere que as causas mais comuns da ocorrência desses comportamentos são um ambiente físico que estimule a raiva e o *stress* (como muito barulho, calor, engarrafamentos e a sensação de anonimato), baixa fiscalização (sentimento de impunidade) e um ambiente social que permite e até incentiva esse comportamento, como é o caso dos outros condutores, amigos e familiares do motociclista. Pelo exposto podemos perceber que os comportamentos de risco mais comuns são: o atendimento de chamadas telefônicas em plena marcha, as ultrapassagens a esquerda e a condução sob efeito de álcool que perfazem 76,7% do total dos casos. Isto significa que a percepção do risco dos inquiridos é relativamente baixa, o que faz com que a perigosidade de condução seja alta.

Os comportamentos de risco estão associados a exposição por longos períodos ao ambiente rodoviário, fato que pode propiciar cansaço, irritação ou situações de *stress* devido a condições climáticas (calor, frio ou chuva). Esses comportamentos estão articulados a condições de trabalho e estilo de vida, trabalho intenso por contra da pressão dos clientes, a alta competitividade, necessidade de uso de meios de comunicação durante o trabalho e os horários de trabalho irregulares, (idem).

Para perceber mais sobre a exposição ao ambiente rodoviário durante o dia, os inquiridos foram questionados sobre o período diário de trabalho para realizar as suas tarefas, 83,3% dos inquiridos foram unânimes ao responder que usam todo o dia para o efeito, 13,3% trabalham nas manhãs e 3,33% trabalham somente nas tardes. De acordo com Bliss (2004), estas características relacionadas a outras situações do dia-a-dia como problemas familiares, trabalho, saúde, consumo de álcool ou outras substâncias, podem potenciar comportamentos negligentes e de risco.

Os comportamentos de riscos podem ser explicados sob a perspectiva da habilitação legal para condução. Questionados os inquiridos se possuíam carta de condução, tendo sido possível perceber que, 73,3% não possuíam a carta de condução e 26,7% possuíam a carta de condução. Isto significa que a propensão de adopção de comportamentos de risco aumenta consoante a inabilitação do mototaxistas. As explicações apresentadas pelos mototaxistas que não possuem a carta de condução foram as seguintes:

- [...] Tenho uma licença passada pelo Conselho Municipal [...]*
- [...] O valor a pagar pela formação é alto e a receita não é suficiente para custear a carta de condução [...]*
- [...] Os motociclos não têm obrigação de circular com a carta de condução [...]*
- [...] Estou a frequentar o curso de formação [...]*
- [...] Estou a me organizar para ingressar numa escola de condução [...]*

No entanto, a habilitação para condução constitui um fator importante na gestão da segurança rodoviária, uma vez que propicia ao condutor habilidades e técnicas de circulação na via pública para enfrentar as vicissitudes do sistema rodoviário, tendo em conta o bem-estar dos demais utentes da via pública. A falta dela implica a circulação sem conhecimento das regras de trânsito fato que leva a ocorrência da sinistralidade rodoviária e a tendência do incremento das suas consequências.

Estratégias de prevenção da segurança rodoviária

As estratégias de prevenção da segurança rodoviária ocorrem com base em três ações, a saber, o controlo a exposição ao tráfego, onde se desenrolam atividades de controlo de alcoolemia, excesso de velocidade, manobras perigosas, inspeções periódicas, basicamente trata do cumprimento das regras elementares do Código da Estrada.

A segunda ação tem a ver com o controlo do risco de sinistros rodoviários, que se traduz em medidas para reduzir os riscos e influenciar o comportamento dos utentes. A

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi

terceira ação se relaciona com o controlo de lesões ou vítimas, que é uma fase posterior a ocorrência de sinistros rodoviários, onde se pretende promover educação na área de segurança rodoviária, implementação e exercício legal sobre aspectos do ambiente rodoviário. Para o efeito os entrevistados apontam como estratégias de prevenção da segurança rodoviária:

- A realização de *auto-stop* em diferentes artérias da cidade de Tete; Fiscalização periódica dos operadores de Mototáxi em coordenação com a Polícia de Trânsito, Polícia Municipal, ANE, Polícia de Protecção e Direcção Provincial de Transportes e Comunicações; Controlo de velocidade e de alcoolemia; alertas aos mototaxistas para abandono de comportamentos desviantes; Controlo do risco de ocorrência de acidentes de trânsito;
- Elaboração de planos de coordenação entre a Polícia Municipal, INATTER e Polícia de Trânsito de forma a capacitar todos os mototaxistas registados e que operam a partir das praças definidas oficialmente.

[...] As estratégias delineadas a nível institucional traduzem-se na realização de Auto-stop em vários locais da Cidade de Tete como forma de abranger o maior número de praças de Mototáxi; fiscalização cerrada em todas artérias da urbe; controlo da velocidade e do consumo de álcool; coordenação com a Associação dos Transportadores de Motociclos de Tete a fim de alertar aos motociclistas para abandono dos comportamentos desviantes e uso do capacete de protecção. Essencialmente procede-se a aplicação de medidas técnicas sobre o trânsito rodoviário [...] (entrevista com Oficial da Policia Municipal, no dia 23 de Novembro de 2020).

Por sua vez, os inquiridos foram indagados sobre as medidas de segurança adoptadas por si como estratégias de prevenção da segurança rodoviária, no que diz respeito a sinistralidade, foi possível perceber que 43,4% disseram que se deve cumprir as regras de trânsito, 28,3%, afirmaram que não se deve conduzir sob efeito de álcool, e 15,1% declararam que não se deve conduzir sob efeito de cansaço ou *stress*.

Conclusões e Sugestões

O presente trabalho procurou estudar a gestão da segurança rodoviária no Município da Cidade de Tete no âmbito dos operadores da atividade comercial de Mototáxi. O mesmo teve como objetivos específicos descrever as formas de gestão da segurança rodoviária no âmbito do serviço de Mototáxi na Cidade de Tete, identificar os comportamentos de risco dos operadores de Mototáxi e analisar os contornos da gestão da segurança rodoviária na perspectiva das estratégias de prevenção da sinistralidade rodoviária, envolvendo os mototaxistas. Como resposta a questão de partida, que procura perceber *de que maneira é feita a gestão da segurança rodoviária na autarquia da Cidade*

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi *de Tete*, temos a dizer que ela é feita através da coordenação de ações de intervenção entre diversas instituições como Conselho Autárquico, INATTER, ANE, Direção Provincial de Transportes e Comunicações e Polícia de Trânsito.

As intervenções são realizadas de forma conjunta através da planificação e realização de operações conjuntas, tendo culminado com a criação de uma associação dos mototaxistas, concepção de praças ou pontos de partida na Cidade de Tete e organização dos operadores em grupos. A gestão da segurança rodoviária também é produzida por meio da fiscalização do serviço de Mototáxi, realização de palestras de sensibilização sobre uso de equipamentos de proteção e mobilização para cumprimento das regras do Código da Estrada. Na essência, as formas de gestão da segurança rodoviária se traduzem na fiscalização, regulação, organização e supervisão da atividade de Mototáxi; ações de coordenação e intervenção prontificada das autoridades através de implementação de programas e normas que administram a formação e circulação dos mototaxistas.

Outra forma consiste em promover a livre concorrência entre os operadores para que a estratégia de desenvolvimento do sistema integrado de transportes seja efetivo. Criação de praças com respectivos representantes que tem como responsabilidade interagir com a polícia municipal e com os mototaxistas.

Relativamente aos comportamentos de risco mais comuns entre os mototaxistas, concluímos que o desconhecimento do Código da Estrada, o excesso de velocidade, a ultrapassagem irregular, consumo de álcool e estupefacientes, atender o telefone em plena marcha. Outros comportamentos têm a ver com a circulação em contra-mão, circular pelo passeio, andam entre veículos, condução sob efeito de álcool e transporte de dois a três passageiros, fato corroborado pela teoria comportamental que preconiza que o comportamento agressivo no trânsito surge do histórico de comportamento agressivos em outras instâncias da vida do sujeito.

Da avaliação feita sobre os comportamentos de risco deduzimos que é negativa, na medida em que geram consequências graves, pondo em causa a vida, a integridade física e o património dos operadores, afetando a esfera social dos mesmos. Como estratégias da segurança rodoviária no âmbito do serviço Mototáxi, concluímos que a realização de auto-stop em diferentes artérias da cidade de Tete; fiscalização periódica dos operadores de Mototáxi em coordenação com a Polícia de Trânsito, Polícia Municipal, ANE, INATTER, Polícia de Protecção e Direção Provincial de Transportes e Comunicações

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi constitui uma medida eficaz. As questões levantadas no problema da pesquisa podem ser sintetizadas nos seguintes termos:

- O serviço de Mototáxi está sendo afectado pelo surgimento de mototaxistas não licenciados, facto que causa desorganização na actividade; há necessidade de formalização do serviço por meio da regulamentação e ordenamento;
- Ausência de uma estrutura que evidencie competências de gestão; Falta de políticas de gestão da segurança rodoviária e Ocorrência de sinistralidade rodoviária com mortes, feridos e danos materiais.

Para mudar o cenário da gestão da segurança rodoviária, sugerimos o seguinte:

Capitalizar o conhecimento dos mototaxistas experientes de modo a instruir e doutrinar os menos capacitados na matéria de circulação no trânsito rodoviário, em obediência ao Código da Estrada; Promover a fiscalização entre os mototaxistas por meio de denúncias de atitudes e comportamentos que desrespeitam as regras e formas de organização e condução;

Empoderar as iniciativas de gestão e organização locais e transferir a responsabilidade para os mototaxistas, como meio de desenvolvimento da actividade de Mototáxi; Imperiosidade do envolvimento dos gestores dos níveis estratégico e tático do Conselho Autárquico da Cidade de Tete, com vista a criação de competências clássicas de gestão (conceptual, humana e técnica) com a finalidade de formalização do serviço de Mototáxi através da regulamentação e ordenamento.

Referências

- Bliss, T. (2004). *Implementing the Recommendations of The World Report on Road Traffic Injury Prevention*. The World Bank, Washington DC.
- Elvik, R.; Høye, A.; Vaa, T.; Sørensen, M. (2009). *The Handbook of Road Safety Measures* - Second Edition. Emerald Group Publishing Limited. Bingley, United Kingdom.
- Grilo, R. (1996). *A Teoria da Gestão e a Complexidade*. Trabalho de fim de curso. Departamento de Gestão. Universidade de Évora. Évora.
- INE (2013). *Estatísticas do Distrito Cidade de Tete*. Consultado aos 22.04.2020. Disponível em: <https://www.ine.gov.mz.html>
- Liberatti, C., Sant'Anna, F., & Andrade, S. (2013). *Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos 1998 e 2010*. Londrina. Brasil. Consultado aos 20/05/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/rsp.html>

Roberto C. Anselmo, Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi

Ludovina, P. (2020). *Gestão e evolução das teorias de gestão*. Consultado aos 17/03/2020. Disponível em: <https://www.acadeia.edu.com.html>

Sadauskas, V. (2003). *Traffic safety strategies*, Transport. Acedido aos 13/08/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16483840.2003.10414070.html>

Schultz, G. (2016). *Introdução à gestão de organizações*. Editora da UFRGS. Porto Alegre.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): ANSELMO, Roberto Cândido. Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi na Cidade de Tete (2016-2018). *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.239-253, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Anselmo, Roberto Cândido (dez. 2022). Gestão da Segurança Rodoviária no Contexto da Utilização de Mototáxi na Cidade de Tete (2016-2018). *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 239-253.

Njinga & Sepé: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape>

Estudos do léxico da variedade guineense do português a partir da obra de Odete Semedo

Lucas Augusto Cabi *

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0002-6267-6300>

Alexandre António Timbane**

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0002-2061-9391>

Resumo: O estudo de vocabulário é muito fundamental para os estudos linguísticos porque nos permite verificar como a fala/escrita é individual e varia e muda ao longo do tempo. Esta pesquisa visa estudar aspectos léxico-semânticos da obra *Sonéá* de Odete Semedo. Os neologismos léxicos semânticos ocorrem quase em todas as línguas existentes onde se atribui novos significados para uma palavra já existente. Isso acontece quando há necessidade de resignificar a palavra. A escolha desta obra se justifica pelo fato da Semedo ser uma das mais importantes autoras guineenses. Odete Semedo sempre enalteceu a obra selecionada, focando para a arte literária, para as culturas da Guiné-Bissau para além da relevância do kriol na afirmação da identidade guineense. Os textos literários estão em sala de aula, nos manuais escolares carregam essas unidades lexicais apresentadas nesta pesquisa. Infelizmente os dicionários do português de Portugal e do Brasil não atendem as necessidades dos consulentes guineenses. A obra de Semedo (2000) só reforça a ideia de que o português guineense existe e deve ser respeitado por todos. Por outro lado, o vocabulário presente na obra demonstra como léxico da variedade guineense de português carrega elementos peculiares da cultura e das tradições dos diferentes grupos étnicos do país.

Palavra-chave: Léxico; Português guineense; Literatura; Odete Semedo

Abstract: The study of vocabulary is very fundamental for linguistic studies because it allows us to verify how speech/writing is individual and varies and changes over time. This research aims to study lexical-semantic aspects of the work *Sonéá* by Odete Semedo. Semantic lexical neologisms occur in almost all existing languages where new meanings are attributed to an existing word. This happens when there is a need to reframe the word. The choice of this work is justified by the fact that Semedo is one of the most important Guinean authors. Odete Semedo always praised the selected work, focusing on literary art, on the cultures of Guinea-Bissau, in addition to the relevance of kriol in affirming Guinean identity. Literary texts are in the classroom, in school manuals they carry these lexical units presented in this research. Unfortunately, Portuguese and Brazilian Portuguese dictionaries do not meet the needs of Guinean consultants. The work of Semedo (2000) only reinforces the idea that Guinean Portuguese exists and should be respected by all. On the other hand, the vocabulary present in the work demonstrates how the lexicon of the Guinean variety of Portuguese carries peculiar elements of the culture and traditions of the different ethnic groups in the country.

Keywords: Lexicon; Guinean Portuguese; Literature; Odete Semedo

Introdução

A Guiné-Bissau é um país pequeno em termos de dimensão territorial, porém, grande em cultura, tradições e em mosaico linguístico. Convivem nesse espaço mais de quinze línguas, a maioria, línguas do grupo Oeste-Atlântica e mande (SCANTAMBURLO,

* Licenciando em Letras e Língua Portuguesa, Instituto de Humanidades e Letras, Campus do Malês, Bahia.

** Pós-Doutorando em Línguas vernáculas na Universidade Federal do Sergipe, no Programa de Pós-Graduação em Letras.

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português 2013). O português é a língua oficial, embora não esteja escrito na “carta magna”, a carta mais importante em qualquer país- a Constituição da República. Talvez tenha sido estratégico por parte dos legisladores pensando na complexidade das línguas existentes no país.

A maioria da população (cerca de 70%, segundo SEMEDO, 2003) utiliza o kriol como a língua de comunicação entre etnias diferentes, embora cada etnia tenha a sua própria língua. Cada etnia é identificada com uma língua que é utilizada oficialmente pela comunidade. É com ela que se fazem festas, que se pratica os ritos de iniciação, que se faz cerimônias tradicionais e que se transmite o conhecimento de geração em geração por meio da oralidade. Os contos, as histórias, poesias e as canções são feitas nessas línguas e carregam uma simbologia importante na afirmação da identidade dos membros da comunidade.

As línguas dos grupos étnicas não são minoritárias, mas sim **minorizadas** pela política linguística vigente. Tal como a cultura, não existe uma língua melhor que a outra, não existe uma língua menor ou mais evoluída. Cada língua se desenvolve de acordo com a sociedade que a utiliza. O valor e a potência de uma língua não se calculam com base na quantidade numérica dos falantes. Se a contagem numérica fosse relevante, então, o mandarim (língua da China) seria a língua mais falada (fora do espaço chinês) e mais importante do mundo. A colonização portuguesa que ocorreu na África enquadrava as línguas autóctones numa hierarquia, o que não fazia sentido nas comunidades africanas.

A língua é uma construção social (LABOV, 2008) e carrega em primeiro lugar o DNA das culturas locais. A língua precisa de palavra (s) para a construção de frases e de sentidos. O léxico, embora sendo unidade menor carrega segredos específicos que podem ser interpretados dentro da comunidade de fala. É no léxico onde encontramos a identidade linguística carregada de valores interpretáveis (**memória social**) no seio de cada grupo. Isso ocorre na língua ou nas variedades, tal como se pode observar na variedade brasileira do português: ex. **borracharia, carne de sol, goleiro, mataburro, abacaxi, mandiguação** entre outras unidades lexicais apresentadas no estudo de Santos e Timbane (2020).

Na memória coletiva dos brasileiros, por exemplo, “existe um conjunto de palavras que não ocorre em outras variedades do português. Essa memória coletiva carrega elementos da cultura que se ligam ao meio ambiente como um todo (fauna e flora).” (SANTOS, TIMBANE, 2020, p.81). Desta forma, a memória social é um espaço onde se

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português armazenam os aspectos que ligam a língua e a comunidade, ou melhor, ligam a língua, os costumes e as tradições. Por isso a morte de uma língua é a morte de uma cultura inteira e das representações socioculturais da sua comunidade.

Há línguas extintas em África. Por exemplo, Maho (2009), atualizando a classificação Guthrie cita as línguas guru^{bqu} (D302), ngbinda (D303), homa^{hom} (D304), nyanga-li nyc (D305), gbati-ri^{gti} (D306), mayeka^{myc} (307), digo^{dig} (E73) como mortas. A culpa da morte dessas línguas é atribuída a ausência de políticas linguísticas revitalizadoras, a falta de vontade política para que essas línguas sejam ensinadas. Ainda persiste o preconceito segundo o qual, as línguas africanas são dialetos e possuem estatuto baixo. As comunidades locais têm mecanismos de revitalização das línguas, o que foi proibido antes durante e depois das independências.

Na Guiné-Bissau se fala português, crioulo (guineense), fula, balanta, mandinga, manjaco, pepel, felupe, beafada, bijagó, mancanha, nalu, banhuns e diolas. Para além destas, há línguas, na Guiné-Bissau se falam línguas da subfamília Oeste-Atlântica, tal como apresenta Scantamburlo (2013, p.22-23):

Quadro 1: Grupos de línguas

GRUPO NORTE	LÍNGUA
do Senegal	Fula, Jalofo (Wolof), Serere (Nhominca).
Bak	Balanta de Nhacra, de Fora, Bravos, Naga, Mané; Djola-Felupe, Djola-Baiote; - Manjaco/Mancanha/Pepel
Tanda-Jaad-Nun	Tanda, Conhagui; - Beafada, Padjadinca (Badjaranca); - Banhum, Cobia (Caboiana), Cassanga.
Nalú	Nalú
Grupo Bijagó	Bijagó (Língua falada no Arquipélago homónimo, com diferenças dialectais marcadas, conforme cinco grupos de ilhas: CanhabaqueBubaque, Orango-Uno, Formosa, Caravela-Caraxe, Soga-Illa das Galinhas).
Grupo Sul	Baga, Landumã, Timenés (ou línguas “Mel”, uma raiz comum que significa “língua”); Mansoanca (ou Mansonca ou Sua), grandes e pequenos: vivem perto de Mansoa e no tempo colonial eram erroneamente denominados também “Cunantes”

Fonte: Scantamburlo (2013, p.22-23)

Para além destas, ainda se fala o inglês e o francês que são aprendidas como línguas estrangeiras na escola. Estas línguas estrangeiras visam o contato entre os guineenses e outros povos da região e do mundo, uma vez que essas línguas são utilizadas em todos continentes. Estudos de Cristal (2003) e Sequeira (2005) mostram como o inglês tende a se propagar pelo mundo afora impulsionado pelos Estados Unidos,

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português pela Inglaterra, assim como pelas tecnologias que propalam termos em inglês. O comércio com os países vizinhos é feito em crioulo, porque também é falado no Senegal. Enfim, as fronteiras linguísticas são diferentes das fronteiras geopolíticas. A vida da população local depende das línguas éticas e do crioulo. O português é usado em situações formais da estrutura do Estado, tais como nos tribunais, nas escolas, no atendimento em instituições públicas entre outros.

Esta questão é profunda porque muitos guineenses são obrigados a falar uma língua desconhecida em contextos formais. Significa que os que não estão alfabetizados ficam excluídos e em muitos momentos não usufruem dos seus direitos fundamentais. Por exemplo, como julgar um cidadão numa língua desconhecida? Como interrogar um acusado numa língua que não domina? Como ser atendido condignamente no hospital, se o paciente não conhece a mesma língua do médico.

Estas questões são de fundo e vão ao encontro da **Declaração Universal dos Direitos Linguísticos** que defende em seu artigo 7º: “Todas as línguas são a expressão de uma identidade coletiva e de uma maneira distinta de apreender e descrever a realidade, pelo que devem poder beneficiar das condições necessárias ao seu desenvolvimento em todas as funções.” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS LINGUÍSTICOS, 1996). Não é por acaso que o Artigo 12.º da mesma Declaração defende que “No domínio público, todos têm o direito de desenvolver todas as atividades na sua língua, se for a língua própria do território onde residem. No plano pessoal e familiar, todos têm o direito de usar a sua língua”. Significa que, as línguas autóctones faladas na Guiné-Bissau têm legitimidade e capacidade para que sejam utilizadas, mas infelizmente falta a vontade política.

Com relação a oratura, pode-se afirmar que ela é feita em línguas autóctones. Os contos, os provérbios fazem parte das tradições orais dos povos bantu e a sua transmissão é feita de geração em geração por meio da oralidade. Mesmo a literatura (como iremos ver mais adiante) se inspira na oratura. Os trabalhos da escritora Odete Semedo deixam clara a tendência da inclusão das línguas africanas em seus textos. As suas inspirações provêm da oratura e há uma transpasse permanente das línguas locais para o português, que é a língua da sua escrita. As palavras das línguas locais (línguas africanas) transitam para o português mantendo o sentido ou adquirindo um sentido diferente.

O léxico de uma língua é incalculável. Por exemplo, não se sabe qual é quantidade de unidades lexicais existentes na língua portuguesa. O processo neológico torna a língua

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português mais atual e dinâmica, evoluindo à medida que a sociedade evolui. Chamamos atenção ao fato de que a evolução não tem nada a ver com a positivo, nem ao negativo. A evolução ocorre de forma natural e prevista no sistema das línguas. Os neologismos comprovam essa ideia dando a percepção da dinamicidade da língua no tempo e no espaço. É nesse olhar que se pretende entender a presença da variedade guineense de português quais as características léxico-semânticas estão presentes na obra de Odete Semedo? O vocabulário de Semedo tem marcas do português local. Há interferências do crioulo no vocabulário da obra; o vocabulário marca a identidade sociocultural das personagens e do povo da Guiné-Bissau.

A pesquisa visa discutir as características léxico-semânticas na obra de Semedo. Especificamente, a pesquisa visa (i) Definir os conceitos de léxico e vocabulário; (ii) Estabelecer as relações entre o léxico e o significado (semântica) (iii) identificar as características do vocabulário na obra; (iv) caracterizar a obra sob perspectiva da variedade linguística em construção na Guiné-Bissau. A pesquisa é relevante por desperta atenção da necessidade de criar dicionários do português guineense, do crioulo e das diversas línguas africanas que possam ser utilizados em sala de aula.

1. Abrindo os estudos do léxico

O estudo do léxico é complexo e acolhe a lexicologia e a lexicografia. A **Lexicologia** é a ciência que dedica ao estudo do léxico. A **lexicografia** é a ciência que se dedica ao estudo da organização e produção de dicionários. As duas ciências mencionados para estudo de léxico, são de grande importância. A Lexicologia tem como objetos básicos para o estudo e análise a palavra categorização lexical e a estruturação do léxico, e a Lexicografia é ciência dos dicionários (BIDERMAN, 2001). A Lexicografia é área de estudos do léxico que se dedica a organização do repertório lexical existente em uma língua, sendo então a responsável pela produção de dicionários, vocabulários e glossários. Os estudos lexicais de uma língua são muito fundamentais para uma sociedade como a Guiné-Bissau, um país com diferentes línguas além do português que é língua oficial, portanto é necessário fazer o estudo do léxico do português falado pelos guineenses.

Vamos começar este estudo definindo o que é léxico de uma língua. De acordo com estudo de Antunes (2012), o léxico de uma língua “pode ser visto como o amplo repertório de palavra de uma língua, ou conjunto de itens à disposição dos falantes para atender às suas necessidades de comunicação” (ANTUNES, 2012, p.27) em cada

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português comunidade linguística existe a necessidade de comunicar, portanto o léxico ajuda na construção de palavras para poder atender as necessidades nas comunidades. De acordo com Correia e Almeida (2012, p.15) o léxico “é o conjunto virtual de todas as palavras de uma língua, isto é, o conjunto de todas as palavras da língua, as neológicas e as que caíram em desuso, as atestadas e aquelas que são possíveis tendo em conta os processos de construção de palavras disponíveis na língua”.

Os falantes de uma determinada língua usam as ferramentas da língua de acordo com o local para poder-se comunicar. É difícil encontrar uma pessoa que domina todo léxico que a língua possui, tendo em conta a sua amplitude que torna difícil para um falante conseguir ter o seu domínio. Os falantes sempre criam e continuam a criar o léxico das suas línguas. Biderman (2001) mostra como o homem desenvolveu estratégia de associar palavras aos conceitos. Ao nomear qualquer que seja objeto, animais, ou seja, qualquer elemento que pertence ao seu mundo. O falante tem o seu conceito, quer dizer, ele relaciona o nome conforme o seu mundo por isso, existe essa necessidade de criar para poder comunicar.

Às vezes, podem existir léxicos comuns para as comunidades maiores (léxico geral) que falam a mesma língua, assim também existe léxico particular (léxico específico) para cada país. Existe mais de nove países que têm o português como a língua oficial e essa formação das variedades faz com que haja moçambicanismos, angolanismos, brasileirismo, “guinébissauismo”, etc. Para esse estudo utilizaremos o termo “guinébissauismos” para o português guineense assim, entendemos que como existem as outras variedades com esse sufixo **-ismo**, pode dar o mesmo ao português guineense que são expressões usadas na Guiné-Bissau.

De acordo com Biderman o léxico está em perpétua mutação e movimento, acompanhando as mudanças socioculturais, nenhum dicionário conseguirá registrar fidedignamente esse acervo, pois as unidades complexas encontram-se em estágios diferentes de cristalização (BIDERMAN, 1996, p. 34). O léxico pode ser comum para duas comunidades que falam a mesma língua, mas o significado às vezes pode ser diferente, ou melhor, temos o léxico igual, mas com significados diferentes ou vice-versa. Exemplos:

Quadro 2: Palavras do português guineense com sentido diferente no português brasileiro

Português guineense	Português brasileiro	Português guineense	Português brasileiro
bicha	fila	matabicho	dose de bebida alcoólica, aguardente de cana, cachaça ¹
piripiri/malagueta	pimenta	mota-carro	moto-taxi
Chinelo	Sandália/chinelo	boxer	Cueca
toca-toca	pau de arara	Calções, tchakual	Bermuda

Fonte: Dados da pesquisa

Esses aspectos de significados do léxico têm a haver com a semântica que vamos estudar mais à adiante. Voltando para o assunto de léxico ainda temos alguns exemplos que ocorre no português guineense e português brasileiro. Por exemplo: a unidade lexical “**mandioca**” ocorre no Brasil e nos restantes países da CPLP. Mas a mesma tem variações no Brasil: “**aipim**” e “**macaxeira**”. Esses nomes são usados em contextos do PB e não ocorrem nas outras variedades, o que mostra como o léxico é mais maleável e se adapta aos contextos socioculturais.

Não existe léxico estável numa língua, mas sim, o léxico varia tal como mostrou Biderman quando afirma que “as categorias léxicas variam de língua para língua, raramente ocorrendo que dois idiomas sejam dotados dos mesmos tipos de categorias” (BIDERMAN, 2001, p.14). Toda língua varia e se reparte em variedade ou dialetos atendendo a comunidade que a fala. Esse aspecto não é mau e nem prejudica a língua, pois toda variação está prevista no sistema linguístico. Algumas variedades são prestigiadas outras estigmatizadas, mas tudo faz parte da construção social. Toda língua se liga à cultura e nas práticas sociais e “nada na língua é por acaso” (BAGNO, 2007).

A forma como usamos a língua, a forma como pronunciamos, as curvas melódicas, as entoações fazem com que as pessoas nos reconheçam como pertencentes à comunidade de proveniência e nos identificam como tais (ANTUNES, 2012). Por exemplo, reconhecemos um caipira graças ao seu sotaque, ao seu léxico. De acordo com Picinato (2013), as representações da identificação caipira compreendem associações entre formas de falar e conceitos de valores como ocorre, por exemplo, com o “r caipira” que para alguns falantes está associado à vida rural. Reconhecemos que alguém é guineense ou angolano devido as características fonológicas da sua origem incluindo o vocabulário utilizado. Um guineense ao chegar em Portugal ou no Brasil falará português do seu jeito

¹ Dicionário Houaiss (2009, p.1255)

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português e será imediatamente identificado como não pertencente à comunidade de fala portuguesa ou brasileira. A língua denuncia quem somos, qual é o nosso grau de escolaridade e de onde viemos. A sociolinguística variacionista (ou Teoria da variação ou Sociolinguística laboviana) nos mostra que há impulsos internos e externos da língua que favorecem a variação linguística e que esta se liga a cultura da comunidade que fala essa língua ou variedade.

Com esses fatores podemos dizer que o léxico e a cultura têm uma ligação, e é através dessa ligação que faz com que as pessoas percebem de que somos da comunidade diferente. A cultura influencia na mudança do léxico que nós usamos mesmo pelos falantes do mesmo país como é caso do Brasil, que tem número maior dos estados e em cada um desses estados usa-se léxico específico. Tendo em conta, a cultura ou o mundo que lhes rodeia. Portanto, o conceito do **lexicultura** que é junção de dois itens lexicais que são: **léxico** e **cultura**. Para Timbane (2014, p. 46) a lexicultura é tida como:

o conjunto de itens lexicais que caracterizam e especificam uma determinada comunidade linguística. [...], quando um falante pronuncia uma determinada palavra, nós o identificamos como membro pertencente ao grupo “X” ou “Y”. [...] a lexicultura seria a identidade lexical de um indivíduo ou uma comunidade linguística.

A partir dessa perspectiva, entendemos que existe uma variação do léxico do português falado nos países que fazem parte da CPLP, e todos esses países, cada um possui uma cultura diferente do outro e essa diferença cultural contribui para a variação do léxico. O léxico não pode ser separado da cultura, uma vez que um depende do outro. Em Bissau o meio de transporte urbano que é usado pelos moradores da capital é chamado de **toca-toca (candongga)**, o meio de transporte com esse nome só existe na Guiné-Bissau, em outros países esse meio de transporte é conhecido como “chapa-100 ou tenyes” (em Moçambique), ‘van’ ou ‘pau de arara’ (no Brasil), ‘candongueiro’² ou ‘taxi’ (em Angola). Todo esse léxico usado para nomear esse meio de transporte, tem a ver com a cultura de cada povo.

Como mostra Timbane (2014), existe léxico gerais e léxico específicos, chamamos os gerais aqueles que ocorrem em todo espaço lusófono e específico são aqueles que pertencem uma comunidade específica. Os que ocorrem no geral são fáceis de reconhecer como **mesa, carro, casa**, entre outras e enquanto os específicos são de

² No Brasil candonga é ação ardilosa, de má-fé; trapaça, enredo; afeto ou louvor enganoso; carinho fingido, candonguice

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português determinados países **candja**³, **bombolom**⁴, **poilão**⁵, **bambaram**⁶, etc. são alguns léxicos específicos que existe na Guiné-Bissau, também cada país tem seus léxicos específicos.

Ainda falando do léxico como conjunto de palavras, Vilela tenta explicar o léxico como o meio que permite a comunicação entre membros da comunidade. Segundo Vilela (1997, p.31), o léxico é “conjunto das palavras por meio das quais os membros de uma comunidade linguística comunicam entre si”. Os homens criam a língua ou inventam as palavras de acordo com as suas realidades e culturas. Se o léxico é o conjunto das palavras que permite membros de uma comunidade linguística comunicar, então podemos dizer que as comunidades linguísticas vão ter alguns léxicos que lhes vão diferenciar das outras.

De acordo com Antunes (2012), o léxico varia de uma comunidade de fala para outra. Nem todas as palavras usadas nas comunidades estão dicionarizados, aliás, podemos encontrar uma palavra num dicionário e no outro não vamos encontrar. O português falado na Guiné-Bissau ainda não possui um dicionário escrito para seus falantes, mas não podemos negar a existência dos léxicos do português guineense ou dessa variedade. A Guiné-Bissau é um país multilíngue que tem maioria da sua população que falam línguas étnicas e o guineense (crioulo), portanto é fácil que léxico das línguas étnicas entrasse no português falado na Guiné-Bissau principalmente em Bissau através dos contatos entre as línguas.

2. Analisando o vocabulário e o sentido das palavras

O estudo de vocabulário é muito fundamental para nós nessa pesquisa como estamos a falar do léxico de uma língua, achamos por bem que devemos discutir um pouco sobre o vocabulário das pessoas. É importante distinguir o vocabulário do léxico, que são diferentes, todos são elementos de uma língua, precisamos de um para podemos ter o outro. No estudo de Vilela (1997), diferencia o léxico do vocabulário, o autor concorda com a ideia de que o vocabulário tem o lugar e o tempo determinado que seja ocupado por uma comunidade linguística. E esse mesmo vocabulário difere do léxico porque o léxico é aberto.

Para Correia e Almeida (2012, p.15), vocabulário é “conjunto factual de todos os vocábulos atestados num determinado registro linguístico, isto é, o conjunto fechado de

³ quiabo

⁴ Instrumento musical quando há lute, morte, quando há choro. Os guineenses chamam o luto de “choro”. Também é usado para informar qualquer acontecimento na tabanca.

⁵ Árvore sagrada

⁶ Pano ou tecido que as mulheres embalam a criança nas costas para poder se deslocar.

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português todas as palavras que ocorrem de fato nesse discurso”. Uma pessoa pode ter domínio de um vocabulário em certas áreas do saber. Esse vocabulário é terminológico. O vocabulário é recorte do léxico. Toda pessoa possui certo vocabulário para se puder comunicar e com tempo essa pessoa pode aumentar o seu vocabulário com surgimento de novo léxico na comunidade ou na área que a pessoa se dedica a ampliar os seus vocabulários. De acordo com estudo de Biderman, “vocabulário é o conjunto das realizações discursivas dessas mesmas unidades” (BIDERMAN, 1996, p.32).

É difícil se comunicar em uma língua se não conhecemos o léxico que pertence àquela língua. Primeiramente, todos os falantes precisam conhecer o léxico de uma língua que eles vão apreender para depois comunicar com as pessoas que falam aquela língua. Se chegarmos numa comunidade que fala uma língua diferente da nossa, vamos ter que aprender novas palavras para construir frases, discursos. O léxico é muito fundamental, portanto, é necessário que selecionem as palavras que fazem parte da sua variedade para que possam se comunicar de acordo com a comunidade de fala. A escola se preocupa mais com o ensino da gramática normativa (norma-padrão) exigindo o cumprimento rigoroso das regras da mesma.

Os estudos do léxico não podem ignorar a semântica, que é uma subárea da linguística que se dedica ao estudo do significado. A semântica é um estudo muito importante no campo da linguística, o seu estudo permite nos ter conhecimento das palavras e sentenças, “é o ramo da linguística voltado para a investigação do significado das sentenças” (CANÇADO, 2005, p.16). Através da semântica podemos entender o sentido das palavras que nós temos dentro da língua. O estudo semântico permite interpretar o sentido das palavras, pois ela permite o “estudo do significado de palavras e da interpretação de frases. O significado pode variar segundo variáveis: linguísticas, geográficas e sociais. Por exemplo, uma única palavra pode ter significados diferentes em duas comunidades linguísticas.” (TIMBANE, 2013, p.98).

Podemos considerar seguintes exemplos sobre uma mesma palavra usada em comunidade de línguas diferentes o caso da palavra “**bala**”⁷ no Brasil tem dois significados enquanto que na Guiné-Bissau a palavra “**bala**”⁸ tem significado diferente do segundo significado utilizado no Brasil. A palavra **rapariga** também, em algumas regiões

⁷ Qualquer projétil geralmente metálico, de forma esférica ou cilíndrica e caleça oval, próprio para ser disparado por ser uma arma de fogo; pequena guloseima feita de açúcar, amido, essência e corante; jujuba (HOUAISS, 2009, p.245).

⁸ Para além de ser “Qualquer projétil geralmente metálico, de forma esférica ou cilíndrica e caleça oval, próprio para ser disparado por ser uma arma de fogo” (HOUAISS, 2009, p.245), também é conhecido como amêndoa.

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português do Brasil tem outro significado diferente das outras variedades e a palavra **pimenta** o seu significado no Brasil é diferente com o de português guineense. Podemos notar uma variação semântica neste caso, mas não só neste caso ainda existem várias variações semânticas entre a língua portuguesa falado nos países da língua oficial portuguesa.

De acordo com Lopes e Rio-Torto (2007, p.22), o significado das palavras “está relacionado com aquilo que elas representam, ou seja com o universo de objectos, de entidades, de propriedades, de situações, de eventos, de acções, de processos e de estados que elas verbalizam. ” Por isso, o conhecimento do significado é fundamental para o entendimento global da mensagem e é a cultura que vai oferecer esse dado. As relações semânticas não se limitam à palavra, mas também à frase e ao discurso. Da mesma forma, Ullmann (1964) sustenta a ideia de que a língua transmite, de modo descontinuo de uma geração para a outra e por isso mesmo, as crianças, precisam o tempo todo, aprender novas palavras, novos significados. Outro elemento importante discutido por Ullmann é o fato de que o significado pode ser impreciso, quer dizer, a “imprecisão do significado é outra fonte de mudanças semânticas” (ULLMANN, 1964, p.404).

Terminamos esta parte sublinhando que uma palavra não fica isolada do significado atribuído pela comunidade de linguística. Os sentidos se ligam à visão do mundo e das tradições da comunidade. Tanto a língua quanto a variedade carregam esses elementos sutis que levam à identificação do pertencimento do falante. É pelas escolhas lexicais e pelos significados que o individuo se identifica e é identificado como pertencente a uma comunidade de fala. Que fique claro que uma comunidade de fala “é aquela que compartilha normas e ‘atitudes’ sociais perante uma língua ou variedade linguística” (VANIN, 2009, p.148). Desta forma, os membros de uma comunidade de fala não têm de, necessariamente, falar da mesma forma; eles simplesmente compartilham uma série de avaliações sobre a comunidade de fala (VANIN, 2009).

3 Relações entre o léxico e gramática

Segundo Rio-Torto (2006) “léxico e gramática são como que duas faces da mesma realidade, contribuindo de forma complementar para a chamada competência léxico gramatical dos falantes” (RIO-TORTO, 2006, p.1). De acordo com Rio-Torto,

O léxico é aqui encarado como uma componente das línguas que tem por função produzir, armazenar, processar e transmitir signos que os falantes usam como matéria-prima na elaboração de raciocínios e na construção de enunciados verbais. A gramática compila as regras, as condições e as restrições que presidem ao funcionamento, aos diversos níveis (fonológico, morfológico, sintático).

A gramática organiza o funcionamento da língua. Antunes (2007) explica que o léxico é um setor da gramática. O léxico é o conjunto de palavras, ou, de termos correntes numa língua enquanto que uma gramática se dedica ao estabelecimento das regras para construir discursos. De acordo com Barreto,

A lexicalização refere-se à adoção de um determinado termo pelo léxico de uma língua, como uma formação usual, institucionalizada (...) Se a lexicalização se refere à adoção de termos pelo léxico de uma língua, então todos os empréstimos e processos de formação de itens lexicais poderiam ser considerados processos de lexicalização: a composição, a derivação, a elipse, e outros processos.” (BARRETO, 2012, p.408).

No ensino formal, a gramática não deve ser ensinada como “uma camisa de força” (NEVES, 2009). A escola não é o único lugar onde se aprende a gramática. A criança já sai de casa conhecendo uma boa parte dela. A gramática não é a nomenclatura oficial. Há muitas línguas ágrafas no mundo e que não possuem um documento escrito chamado “gramática”. É a gramática que indica como o falante deve se comportar. E uma língua possui muitas gramáticas. Mas a política linguística aceita uma das tantas outras: a gramática normativa, aquela que é obrigatoriamente ensinada pela escola. Ela foi eleita, mas isso não significa que as outras não têm legitimidade dentro da sociedade. Para Vieira (2019), a concepção da língua e gramática deve ser estabelecida por meio de atividades que possam colocar em evidência a “sistematicidade”, a “interatividade” e a “heterogeneidade”. Barreto (2012, p.411) afirma que a lexicalização e a gramaticalização “são consideradas, por vezes, como processos paralelos que operam em diferentes níveis da língua. Ambos os processos envolvem redução fonética, reanálise sintática, desmotivação, fossilização, convencionalização.”

3.1 Neologismos léxico-semânticas

O neologismo é entendido por Almeida e Correia, como uma unidade lexical que numa certa comunidade linguística é sentida como palavra nova, ou seja, uma palavra caída em desuso que são retomadas (CORREIA; ALMEIDA, 2012). Essa ideia mostra que neologismo é surgimento de novas palavras nas comunidades linguísticas ou as palavras velhas que deixava de ser usada que é retomada e passa a ser como uma palavra nova para a comunidade. A língua sempre está em desenvolvimento, por isso, sempre existem as palavras novas que são usadas pelos seus falantes. De acordo com Correia e Almeida (2012), o neologismo “é uma unidade lexical cuja forma significativa ou cuja relação

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português significado-significante, caracterizada por um funcionamento efetivo num determinado modelo de comunicação, não se tinha realizado no estágio imediatamente anteriormente anterior do código da língua”. (CORREIA; ALMEIDA, 2012, p.23).

Aqui vamos estudar um pouco os neologismos léxico-semânticos numa língua e, vamos tentar saber como ocorre nas línguas. Portanto, para entender os neologismos léxicos-semânticos vamos ter que estudar, ou saber o que é neologismo e o que é a neologia. Correia e Almeida (2012) explicaram que a neologia é entendida como denominação que corresponde dois conceitos distintos, ainda mostraram como são esses conceitos distintos da neologia. De acordo com Almeida e Correia, “A neologia traduz a capacidade natural de renovação do léxico de uma língua pela criação e incorporação de unidades novas, os neologismos [...] é entendida, ainda, como o estudo (observação, registro, descrição e análise) dos neologismos que vão surgindo na língua” (CORREIA; ALMEIDA, 2012 p.17).

A partir desta citação, entendemos que o neologismo não aparece por acaso na língua, mas ele ajuda na criação das novas palavras da língua e fazer crescer o léxico de toda língua viva. De acordo com Alves (1996), a neologia se refere a todos os fenômenos novos que atinge uma língua. Autora ainda mostra que neologia acompanha o desenvolvimento social, econômico, cultural, tecnológico de uma sociedade, fato que contribui para o enriquecimento do acervo lexical das línguas.

Os neologismos léxicos semânticos ocorrem quase em todas as línguas existentes onde são atribuídos os novos significados a palavra já existente, isso acontece quando houve uma necessidade de resignificar a palavra. Podemos considerar a palavra “militontos” como um neologismo léxico-semântico. É uma palavra usada por ativistas políticos na época das eleições presidências na Guiné-Bissau.

Os empréstimos linguísticos também fazem parte dos neologismos. As palavras vindas de outras línguas às vezes mudam a pronuncia, grafia até o significado pode ser diferente com a da língua de origem. No livro da escritora guineense Odete Costa Semedo, encontramos alguns léxicos do português guineense que ela usou. Esse léxico é usado só no português guineense e pode não ser compreendido porque que não está familiarizado com o português guineense. Alguns desses léxicos são aves, outros são raízes e folhas para tratamento tradicionais, comidas, flores, etc., portanto, não podemos negar o uso desses nomes e tentar procurar no português europeu ou brasileiro. É importante reconhecer esse léxico do português guineense como parte integrante da variedade local do português.

4 Metodologia e análises: léxicos do português guineense

Para a presente pesquisa vamos utilizar a pesquisa bibliográfica uma vez que se baseia na leitura e análise da obra da escritora guineense Odete Semedo. Na busca de discussões recorreremos as leituras das principais obras que debatem os conceitos de léxico, de semântica, de neologismos e as relações entre as palavras por meio dos processos neológicos. Nesta parte vamos analisar o léxico da obra apontando para as unidades lexicais novas.

Antes de apresentar os dados é fundamental apresentar a autora e a obra selecionada. A escolha desta obra se justifica por ser uma das mais importantes na literatura da Semedo. Odete Semedo sempre enalteceu a obra selecionada, focando para a arte literária, para as culturas da Guiné-Bissau para além da relevância do kriol na afirmação da identidade guineense. Odete Semedo é licenciada em Línguas e Literaturas Modernas pela universidade Nova de Lisboa e doutorada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. É uma mulher guerreira, combativa, defensora dos direitos da mulher, tendo assumido diversos cargos nos governos da Guiné-Bissau. Das obras publicadas se destaca: “entre o ser e o amar” (1996), “Histórias e passadas que ouvi contar” (2003), “No fundo do canto” (2007), “Guiné-Bissau: Histórias, sociedade e literatura” (2010), “Literaturas da Guiné-Bissau: cantando os escritos da história” (2011).

A obra está dividida em cinco capítulos: o primeiro “os dois amigos” (p.23-30), o segundo, “a morte do filho do regulo Niala” (p.31-58), o terceiro, “Sonéá” (p.59-106), o quarto, “Kunfentu-storia da boa nova” (p.107-122), o quinto, “kristinon matchu” (p.123-144). Trata-se de uma obra rica no conteúdo e na identificação sociolinguística e cultura dos guineenses, tendo tido o privilégio de ter o prefácio de Moema Parente Augel. Já na introdução, a autora deixa claro que procurou trazer marcas de identidade da cultura tradicional do seu povo, para além de nomes próprios e lugares que lembram a realidade local.

Desta forma, a escolha desta obra para estudos do léxico nos parece fundamental porque encontramos rastros da variedade guineense do português que de certo mundo ainda é desconhecida em outros espaços geográficos. Existe uma ideia segundo a qual na Guiné-Bissau se fala português de Portugal. Isso não corresponde verdade porque os contextos sociolinguísticos compartilham para a materialização da variedade local. As influências diretas das línguas africanas no português contribuem para novos sotaques e neologismos de todo tipo que particularizam a variedade. A obra de Semedo é apenas um corpus que vai nos permitir fazer um levantamento lexical que demonstra como a variação

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português lexical está presente na variedade guineense. cremos que dessa forma se pode pensar num futuro próximo refletirmos sobre a necessidade de um dicionário que apresenta unidades léxico-semânticas que são próprias do contexto guineense.

4.1 Léxico proveniente das línguas étnicas na obra de Semedo (2000)

Aqui existe algumas palavras que são emprestados do crioulo guineense para português e algumas das línguas étnicas:

n keklet= significa planta aquática
régulo= significa chefe de tabanca (aldeia)
moransa=significa pequena aldeia
bolanha= significa arrozal
badadji= comida cozido com água e sal acompanhado de alguns ingredientes.
katchu-martel= espécie de pássaro
poilão= árvore grande típica
spera= vestuário que as mulheres usam
lopé= vestuário tradicional que os homens usam
siti ku liti durmido= olho de palma e leite dormido
pé de faroba= arvore típica
padja di pedra= erva medicinal
Katchu-kaleron= espécie de passarinho
Tchintchor= espécie de passarinho
Djamba= ave pequeno
Kikia= ave
Pé de sibe= espécie de arvore
Djambatutu= Ave
Madronha= erva medicinal
Kanafistra= erva medicinal
Blungudjbá= erva medicinal
Badódós= erva medicinal
Nhominka= grupo dos pescadores
Prenhada= grávida
Malgos= amargo
Baloba= local sagrado dos animistas
Serku= casa de banho
Sikó= dança ao som de instrumento
Djambadon= estilo de dança
Abotantes= quotizantes
barkafon= saco de couro ou palha
tarsado= catana
codé= caçula/ irmão mais novo
soronha= forma pejorativa de chamar uma criança
lakakon= erva trepadeira
panu di pinti= pano tradicional
djambakus= curandeiro
Iran= espírito protetor dos animistas
Turpesa= banco redondo baixo
homem-grande= ancião

mistida= assunto

Seuró= dança mandinga

Abota= quotização

Buk= planta medicinal

Fanadu= circuncisão

Nas unidades lexicais extraídas de Semedo (2000) observa-se que há uma disputa lexical uma vez que existe palavras do português, algumas do crioulo e outras das línguas bantu. As escolhas do vocabulário da Odete Semedo buscam aproximar o texto aos falantes da variedade local de português. Para muitos guineenses não precisam de glossário porque são capazes de entender todas as unidades lexicais. Estamos seguros que o glossário é mesmo para atender o leitor de outras variedades do português. Esta intenção do “EU” poético sustenta a ideia de que existe a variedade guineense do português que precisa de ser descrito, estudado por forma a que

4.2 Nomes próprios

O nome é muito importante para quase todas as culturas. A atribuição do nome nas tradições bantu carrega um significado e ritual próprio, o que a torna a mais importante na identificação da etnia e na comunidade de fala. De acordo com Semedo, a questão do nome é complexa nas etnias da Guiné-Bissau.

Esta realidade linguística da Guiné-Bissau vê-se logo que um bebé nasce: às vezes, mesmo antes da sua nascença, a preocupação dos pais é se será menina ou rapaz e qual o nome a dar ao futuro hóspede. Na maioria dos grupos étnicos guineenses a preocupação ou curiosidade é maior em relação ao sexo da criança, porque, no que respeita ao nome do recém-nascido, as circunstâncias em que o bebé nasce, a relação entre os pais da criança, a relação da mãe da criança com as suas rivais – em caso dos casamentos polígamos –, a relação dos pais com a comunidade, é que ditam o nome. Por exemplo, na etnia mandinga, a uma criança desejada, muitas vezes é posto o nome de Meta «aquele(a) que é esperado(a) há muito tempo». 'A criança de cuja saúde todos duvidam porque a mãe teve uma gravidez difícil, mas que no entanto nasceu de boa saúde – e se se surpreender a mãe a olhar longamente para o filho nos primeiros momentos de vida deste –, pode vir a chamar-se Ntinhina, «estou a ver, mas não acredito no que vejo» (SEMEDO, 2003, grifo da autora).

Para Bengui e Timbane (2020), o nome próprio identifica o indivíduo, é único e visa identificar o indivíduo na sua comunidade. Os autores defendem que a atribuição do nome não pode ser feita por qualquer membro da família, mas sim por alguém socioculturalmente reconhecida. Para que o nome vinque é necessário que haja uma cerimônia para informar aos antepassados. O nome pode ser atribuído por influências históricas, políticas ou religiosas, circunstâncias, lugar e tempo de nascimento ou mesmo

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português em nomes de profissões. Na obra em estudo, Semedo (2000) busca e atribui nomes de seus personagens baseado na experiência sociocultural guineense. Os nomes atribuídos não se distanciam daqueles que são comuns na comunidade do mundo real. Por isso no estudo foi possível conferir a ocorrência real desses nomes na cultura local. O quadro 3 apresenta esses nomes próprios:

Quadro 3: Nomes de mulheres e de homens no livro de Odete Semedo (2000)

Nomes dos homens	Nome das mulheres
Aseni	Djanira
Abdu Sonco	Niala
N bul	Djanke
Busnassun	Muskeba
Nantói	Nmisa
Ndjinori/ esse nome pode ser masculino ou feminino.	Níni
Nasiin	Nhalin
Bufetar Ulemp	Djá-nó
Tís	Uilma
	Sonéá

Fonte: Dados da pesquisa (SEMEDO, 2000)

Os nomes aqui apresentados têm significados específicos e estão intimamente ligados às tradições dos povos balantas, manjacos, mandingas, dioulas, beafadas, papeis e por aí em diante. O importante a apontar nesta pesquisa é que os nomes próprios são importantes, carregam uma identidade étnica e têm uma função importante na identidade sociocultural dos guineenses. As personagens de Semedo (2000), mesmo que sejam fictícios, também estão investidos dessas qualidades culturais.

4.3. Code-Switching na obra de Odete Semedo

De acordo com Gumperz, (1982, p. 59, Apud PORTO, 2007, p.2) *Code-Switching* é “a justaposição dentro do mesmo fragmento de fala de passagens pertencentes a dois sistemas ou subsistemas gramaticais distintos”. Gumperz analisa o *code-switching* com “às escolhas estilísticas dos monolíngües ao afirmar que esta prática discursiva presente na interação bilíngüe sinaliza informação contextual equivalente ao que, em ambientes monolíngües, é transmitido através da prosódia e outros processos lexicais ou sintáticos” (GUMPERZ, 1982: 59, Apud PORTO, 2007, p.3).

É um fenômeno recorrente e por vezes necessárias para a identidade sociocultural do falante. Em muitos momentos, o falante faz *code-switching* para marcar a sua presença no discurso e demonstrar o pertencimento integrado no grupo social. Porto (2007) dá o seguinte exemplo:

Ex.1: “Sempre que a pessoa volta, eles falam *Oh, my God!* “

(Sempre que a pessoa volta, eles falam Oh, meu Deus!)

A presença da expressão em inglês demonstra que o falante conhece essa língua ou tem contato com essa língua. Às vezes pretende demonstrar que está inserida na cultura dessa língua. De acordo com Soares (s.d.), as ocorrências dos fenômenos linguísticos de *code-switching*, *code-mixing* e transferências configuram-se como estratégias discursivas no ambiente formal de educação bilíngue. Sendo assim, o *code-mixing* deve ser interpretado como uma mistura de unidades linguísticas de dois ou mais sistemas ou subsistemas gramaticais dentro de um mesmo enunciado (SOARES et al., s.d.). O texto de Odete Semedo tem muitos desses casos:

Ex 2. “... só se faz um bom negócio conversando! Podemos falar de sobre o preço *omigarandi*, tudo depende de si ...”(p.27).

Ex. 3: “ ... A tua casa, meu filho, está ameaçada. Alguém está sendo mais astuto do que tu. É *misti djumnau*. Alguma desgraça vai cair sobre ti ou sobre a nossa gente...” (p. 35).

Ex. 4: “... Com quem é que Msurum iria contar? E ele, será que o seu *djorson* iria extinguir-se? E o grande pássaro, teria sido enviado por quem? (p.47).

Ex. 5: “...Como fazer para dar o pontapé de saída, pensava Sonéá preocupada. Mas logo se lembrou dos métodos pronto a usar, *prêt-a-porter*, que ainda trazia bem quentinhos da conferência...” (p.61).

Ex. 6: Cada grupo falava dos seus assuntos, mas notei que os temas iam dar ao mesmo: *ki prasa di nubdadi...Prasa di Deus libran! Nunde ku kabalindadi fasidu kamisa di bisti...* (p.77).

Ex. 7: “...*nha bom mininu, kunfentu* foi ontem, isto que estamos a ver é *turbada...*! (...) tem razão *nha bom garandi*, só *turbada* pode carregar tanto assim...Mas já vou por causa do almoço e como a nossa ...”(p.121).

Estes exemplos mostram como as interferências do kriol, das línguas africanas e do francês interferem na construção de discursos dentro da obra. As personagens pertencem a sociedade guineense. Vivem e estão inseridos na sociedade e procuram se

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português manifestar tal como se expressam no cotidiano. O glossário ajuda para quem não está inserido naquela comunidade de fala. Por isso que a autora coloca o glossário que ajuda na compreensão do sentido. Os *code-switching* ocorrem propositalmente para marcar o território, para informar que “pertence aquela comunidade de fala” para além de marcar a identidade. Estudos sociolinguísticos mostram que a língua ou a variedade é uma marca de identidade. Por meio da fala identificamos a origem do falante, para além de identificar o grupo social a que pertence.

A estratégia do “glossário” é adotada por muitos escritores e editoras para resolver as interferências léxico-semânticas nas obras, tal como se observar na obra de Odete Semedo (2000), Mia Couto (2002) entre várias outras. Semedo (2000), justiça na sua nota inicial, a grafia de algumas unidades lexicais provenientes das línguas fula e manjaco. A autora teve o cuidado de deixar em itálico, a maioria dos estrangeirismos lexicais (neologismos de matriz externa). Essa marcação em itálico chama atenção ao leitor para que se atente ao glossário. Por exemplo: *bakia*, *bolonhas* (p.24), *fandan* (p.25), *mafé* (p.34), *moransa* (p.29). Mas há outros neologismos de matriz interna que não foram grifados com itálico, mas que carregam significados semânticos específicos da variedade guineense do português. Exemplos: *homem-grande da tabanka* (p.78), *poilão* (p.79), *nbetennecracia* (p.122), *meio-irmão*, *prelhadas* (p.88), *cerimónia* (p.92), *mangueiro* (p.94), *buliçar* (p.104), *bailes de seuró*, *veloquantos* (p.108), *livresquices* (p.110), *faustosos*, *nbetennenses* (p.112) entre outras unidades neológicas.

Considerações finais

O contato entre pessoas de diversas nacionalidades e diversos grupos étnicos pode influenciar na variabilidade da língua. O português da Guiné-Bissau resulta desse contato e de interferências que de certo modo atribuem particularidades linguísticas que se distancia do português Europeu. Partimos da ideia de que na Guiné-Bissau não se fala português de Portugal. É extremamente perigoso alimentar a expectativa de que os guineenses falam como em Lisboa, para além de ser preconceituosa. Trata-se de preconceito linguístico discutido com pormenor pelo linguista brasileiro Marcos Bagno.

Se os guineenses não falam como em Lisboa, então o que estariam falando? O português guineense que é uma variedade do português presente em todos os países lusófonos. É preciso compreender que a língua portuguesa falada nas escolas e nos serviços públicos e privados da Guiné-Bissau é diferente com o que é falado em Portugal. Não se trata de falar errado português, mas sim falar diferente, impulsionado pelas

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português variáveis sociais e linguísticas. Os neologismos lexicais são os que mais se evidenciam. É preciso combater a falsa ideia de que os guineenses falam como portugueses. O português guineense precisa de dicionário que possa ser utilizado pelos consulentes de consulta assim como outras variedades de português, porque tem um número significativo do léxico que compõe essa variedade.

Os textos literários estão em sala de aula, nos manuais escolares e carregam essas unidades lexicais apresentadas nesta pesquisa. Infelizmente os dicionários do português de Portugal e do Brasil não atendem as necessidades dos consulentes guineenses. Os corpora utilizados na elaboração dos dicionários portugueses e brasileiros não incluem materiais da variedade guineense do português. Então é tempo de refletir sobre a elaboração de dicionário da variedade local de português.

A obra de Semedo (2000) só reforça a ideia de que o português guineense existe e deve ser respeitado por todos. Por outro lado, o vocabulário presente na obra demonstra como léxico da variedade guineense de português carrega elementos peculiares da cultura e das tradições dos diferentes grupos étnicos do país. A obra fundamenta a ideia de a variedade se liga à cultura dos povos que a fala. Que as palavras só fazem sentido dentro do contexto da língua ou da variedade da comunidade de fala.

Referências

- ALVES, Ieda Maria. A integração dos neologismos por empréstimo ao léxico português. **Alfa**, São Paulo, 28 (Supl), p. 119-126, 1984.
- ANTUNES, Irande. **Muito além da gramática**: por um ensino de línguas sem pedras no caminho. São Paulo: Parábola Editorial, 2007.
- ANTUNES, Irandé. **Território das palavras**: estudo do léxico em sala de aula. São Paulo: Parábola, 2012.
- BAGNO, Marcos. **Nada na língua é por acaso**: por uma pedagogia da variação linguística. São Paulo: Parábola, 2007.
- BARRETO, Therezinha. Lexicalização e gramaticalização: processos independentes ou complementares?. In: LOBO, T., CARNEIRO, Z., SOLEDADE, J., ALMEIDA, A., and RIBEIRO, S., (Org). **Rosae**: linguística histórica, história das línguas e outras histórias [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 407-416.
- BENGUI, Manuel Paulo; TIMBANE, Alexandre António. Os segredos socioculturais por detrás dos nomes da etnia bakongo. **Revista de Ciências Sociais**. Fortaleza, Vol.50, n.3, p.195-222, fev. 2019.

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português

BIDERMAN, Maria Teresa Camargo. Léxico e vocabulário fundamental. **Revista Alfa**. Araraquara-SP, vol.40, p. 27-46, 1996.

BIDERMAN, Maria Tereza Camargo. As Ciências do léxico. In: OLIVEIRA, Ana Maria Pinto Pires; ISQUERDO, Aparecida Negri (Org.) **as ciências do léxico: lexicologia, lexicografia, terminologia**. 2.ed. Campo Grande, MS: Ed. UFMS 2001, p.13-22.

CANÇADO, Márcia. **Manual de semântica: noções básicas e exercícios**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2008.

CORREIA, MARGARITA; BARCELLOS ALMEIDA, Glades Maria. **Neologia em português**. São Paulo: parábola, 2012.

CRYSTAL, David. **English as a global language**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

LABOV, William. **Padrões sociolinguísticos**. São Paulo: Parábola Editora, 2008.

LOPES, Ana Cristina Macário; RIO-TORTO, Graça. **Semântica: o essencial sobre língua portuguesa**. Lisboa: Caminho, 2007.

MAHO, Jouni Filip. **NUGL online**: The online version of the New Updated Guthrie List, a referential classification of the Bantu languages, 2009.

NEVES, Maria Helena de Moura. **Que gramática estudar na escola?** Norma e uso na língua portuguesa. São Paulo: Contexto, 2009.

PICINATO, Pricila Balan. **O novo caipira: o olhar do eu e do outro**. 2013. 117 f. Dissertação (mestrado), Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara), Araraquara, 2013.

PORTO, Renata Sobrino. Os estudos sociolinguísticos sobre o code-switching: uma revisão bibliográfica. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem – ReVEL**. Vol. 5, n. 9, p.1-22, ago. 2007.

RIO-TORTO, Graça. **O Léxico: semântica e gramática das unidades lexicais**. Coimbra? Ed. FLUC. Centro Interuniversitário de Estudos Germanísticos p. 1-20, 2006.

SANTOS, Ivonete da Silva, TIMBANE, Alexandre António. **A identidade linguística brasileira e portuguesa: duas pátrias, uma mesma língua?** Curitiba: Appris, 2020.

SCANTAMBURLO, Luigi. **O léxico do crioulo guineense e as suas relações com o português: o ensino bilíngue português-crioulo guineense**. (Tese) 2013. 371f. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

SEMEDO, Odete. **A língua e os nomes na Guiné-Bissau**. In: Ciberdúvidas da língua portuguesa. 31 de outubro de 2003. Disponível em: <<https://ciberduvidas.iscte->

Lucas A. Cabi, Alexandre A. Timbane, Estudos do léxico da variedade guineense do português iul.pt/artigos/rubricas/lusofonias/a-lingua-e-os-nomes-na-guine-bissau/109#>Acesso em: 26 mar. 2022.

SEQUEIRA, Sávio. Inglês como língua internacional: por uma pedagogia intercultural crítica. **Revista Estudos Linguísticos e Literários**. Salvador, n.52, p. 231-256, ago-dez 2015.

SOARES, Mariana Schuchter et.al. A alternância de códigos no contexto da educação bilíngue: code-switching, code-mixing e as transferências linguísticas. **Revista Gatilho**. Vol.15, nº1, 2012.

TIMBANE, Alexandre António. **A variação e a mudança da língua portuguesa em Moçambique**. 2013. 318f. tese (Doutorado em Linguística e Língua Portuguesa) Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara)

TIMBANE, Alexandre António; MANUEL, Cátia. O crioulo da Guiné-Bissau é uma língua de base portuguesa? Embate sobre os conceitos. **Revista de Letras Juçara**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 107-126, 2018.

ULLMANN, Stephen. **Semântica**: uma introdução à ciência do significado. Trad. J. A. Osório Mateus. 4.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.1964.

VANIN, Aline Aver. Considerações relevantes sobre definições de ‘comunidade de fala’. **Acta Scientiarum: Language and Culture**. Maringá, v. 31, n. 2, p. 147-153, 2009.

VIEIRA, Sílvia Rodrigues. Ensinando a gramática em três eixos: conectivos e conexões de orações. **Anais do II seminário do grupo de pesquisa conectivos e conexão de orações**. v. 1, n. 2. Niterói: Letras da UFF, p. 57-79, 2019.

VILELA, Mário. **O léxico do português**: perspectiva geral, São Paulo: p.31-50 1997.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): CABI, Lucas Augusto; TIMBANE, Alexandre António. Estudos do léxico da variedade guineense do português a partir da obra de Odete Semedo. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial, p.254-275, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Cabi, Lucas Augusto; Timbane, Alexandre António. (dez.2021). Estudos do léxico da variedade guineense do português a partir da obra de Odete Semedo. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 254-275.

Neologismos no Português Contemporâneo angolano veiculado pelos taxistas de Luanda

João Domingos Pedro *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-7151-7398>

Celestino Domingos Katala **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-7956-0139>

João Quixico Domingos ***

ORCID iD <https://orcid.org/0000/001-7382-5607>

Resumo: O Estudo em excerto aborda **Neologismos no Português Contemporâneo angolano veiculado pelos taxistas de Luanda**, o que nos permitirá analisar o que está na base do surgimento de neologismos na atividade diária dos mesmos, os quais dinamizam a gíria por conta da criatividade, ou seja, por via de uma linguagem típica dos taxistas. As formas pelas quais os taxistas dinamizam a língua, no tocante à gíria, suscitou-nos curiosidades, as quais nos levaram a realizar este estudo e, ao mesmo tempo analisarmos até que ponto pessoas das zonas periféricas e urbanas compreendem esse fenômeno, já que o taxista é um parceiro social que, no seu dia-a-dia, está empenhado na transportação das populações para as distintas zonas. Neste quesito, neste estudo observamos usos de palavras e expressões neológicas designadas como gírias, as quais são utilizadas por uma parte considerável dos falantes em Luanda, sobretudo, os jovens dos 16 aos 35 anos de idade. É uma linguagem que se expandiu de forma rápida e assustadora, ganhou espaço na comunidade luandense. Perante esta realidade, decidimos fazer um estudo, tendo como foco os processos de formação dos vocábulos (gíria) dos taxistas e a divulgação de palavras desta linguagem que parece muito ativa, o que confere algumas especificidades neológicas, resultantes da coabitação do **Português** com as **Línguas Angolanas** de origem **Africana**. Propomos a constituição de uma base de dados de neologismos permitindo o registo de novas unidades lexicais no acervo lexical desta variante (Português falado em Angola); recolhemos dados linguísticos por meio de entrevistas e inquéritos, com a intenção de verificar o sentido das expressões que compõem o nosso corpus o que nos levou a inventariar um número de 30 expressões, as quais denominamos “gírias”. Com isto, pretendemos analisar a estrutura interna, identificar os mais produtivos, descrever e sistematizar os dados linguísticos extraídos e propor a criação de um Dicionário ou Glossário, após a análise dos dados.

Palavras-chave: Língua Portuguesa, Línguas Nacionais, Léxico, Neologia, Neologismos, Linguagem, Gíria e Taxistas.

* É Mestre em Letras (Linguística Portuguesa). É pesquisador nas áreas de Didática e Metodologia do Ensino do Português, bem como da Língua Inglesa e Comunicação e Linguagem. É Docente do Instituto Superior Politécnico Cardeal Dom Alexandre do Nascimento, actuando nas Cadeiras de Linguística do Português, Sintaxe e Semântica do Português e Lexicologia e Lexicografia. A presente pesquisa enquadra-se no projecto de pesquisa e extensão universitária na Coordenação de Língua Portuguesa e Comunicação. kalendaneto23abril@gmail.com

** É licenciado em Língua e Literaturas em Língua Portuguesa, pela Faculdade de Letras da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola; é escritor e professor de Língua Portuguesa e de Literatura Angolana no Instituto Politécnico Cardeal Dom Alexandre do Nascimento; é vencedor do Prémio Imprensa Nacional de Literatura, Edição 2021; É membro do Movimento dos Novos Intelectuais de Angola, investigador em Ciências Humanas com realce para o ensino da língua Portuguesa vs línguas bantu em Angola. julianangolar@gmail.com

*** Mestre em Ensino da Língua e Literatura em Língua Portuguesa pelo ISCED – Luanda, professor de Língua Portuguesa, Semântica Frásica e Pragmática do Português e Literatura Angolana. É pesquisador nas áreas da cultura e línguas angolanas no Instituto Superior Politécnico Dom Cardeal Alexandre do Nascimento. E-mail: joaokuixico@gmail.com

Neologisms in Contemporary Angolan Portuguese conveyed by taxi drivers in Luanda

Abstract: The Study in excerpt addresses Neologisms in the Portuguese spoken by the Taxi Drivers of Cacuaco, which will allow us to analyze what is at the basis of the emergence of neologisms in their daily activity, which dynamize the slang on account of creativity, that is, by via a typical taxi driver language. The ways in which taxi drivers make the language more dynamic, in terms of slang, aroused curiosity, which led us to carry out this study and, at the same time, to analyze the extent to which people from peripheral and urban areas understand this phenomenon, since the taxi driver is a social partner that, in its day-to-day, is committed to transporting populations to different áreas. In this regard, in this study we observed uses of neological words and expressions designated as slang, which are used by a considerable part of the speakers in Luanda, especially young people from 16 to 35 years of age. It is a language that expanded quickly and frighteningly, gained space in the Luanda community. Faced with this reality, we decided to carry out a study, focusing on the processes of formation of the words (slang) of taxi drivers and the dissemination of words of this language that seems to be very active, which gives some neological specificities, resulting from the cohabitation of Portuguese with the languages Angolans of African origin. We propose the creation of a database of neologisms allowing the registration of new lexical units in the lexical collection of this variant (Portuguese spoken in Angola); we collected linguistic data through interviews and surveys, with the intention of verifying the meaning of the expressions that make up our corpus, which led us to inventory a number of 59 expressions, which we called "slang". With this, we intend analyze the internal structure, identify the most productive, describe and systematize the extracted linguistic data and propose the creation of a Dictionary or Glossary, after analyzing the data.

Keywords: Portuguese Language, National Languages, Lexicon, Neology, Neologisms, Language, Slang and Taxi Drivers.

Opsomming: (Africâner) Die studie in uittreksel spreek neologiesmes in die Portugees aan wat deur die taxibestuurders van Cacuaco gepraat word, wat ons in staat sal stel om te analiseer wat die basis is van die opkoms van neologiesmes in hul daaglikse aktiwiteit, wat die sleng dinamiseer op grond van kreatiwiteit, wat is, deur via 'n tipiese taxibestuurder taal. Die maniere waarop taxibestuurders die taal meer dinamies maak, in terme van sleng, het nuuskierigheid gewek, wat ons daartoe gelei het om hierdie studie uit te voer en terselfdertyd te ontleed in watter mate mense van perifere en stedelike gebiede hierdie verskynsel verstaan, aangesien die taxibestuurder 'n sosiale vennoot is wat in sy dag-tot-dag daartoe verbind is om bevolkings na verskillende gebiede te vervoer. In hierdie verband het ons in hierdie studie gebruike waargeneem van neologiese woorde en uitdrukkings wat as sleng aangewys word, wat deur 'n aansienlike deel van die sprekers in Luanda gebruik word, veral jongmense van 16 tot 35 jaar oud. Dit is 'n taal wat vinnig en skrikwekkend uitgebrei het, plek gekry het in die Luanda-gemeenskap. Gekonfronteer met hierdie werklikheid, het ons besluit om 'n studie uit te voer, wat fokus op die prosesse van vorming van die woorde (slang) van taxibestuurders en die verspreiding van woorde van hierdie taal wat baie aktief lyk, wat 'n paar neologiese spesifisiteite gee, wat voortspruit uit die saamwoon van Portugees met die tale Angolese van Afrika-oorsprong. Ons stel die skepping van 'n databasis van neologiesmes voor wat die registrasie van nuwe leksikale eenhede in die leksikale versameling van hierdie variant moontlik maak (Portugees wat in Angola gepraat word); ons het linguistiese data ingesamel deur onderhoude en opnames, met die doel om die betekenis van die uitdrukkings waaruit ons korpus bestaan, te verifieer, wat daartoe gelei het dat ons 'n aantal van 59 uitdrukkings, wat ons "slang" genoem het, inventaris gemaak het. Hiermee beoog ons gepraat word, te analiseer, dit wil sê, die interne struktuur te ontleed, die mees produktiewe te identifiseer, die onttrekte linguistiese data te beskryf en te sistematiseer en die skepping van 'n Woordeboek of Woordelys voor te stel. die data te ontleed.

Sleutelwoorden: Portugese taal, Nasionale Tale, Lexicon, Neologie, Neologismes, Taal, Slang en Taxibestuurders.

1. Breves considerações

Léxico é o conjunto de palavras de uma língua. O léxico da Língua Portuguesa corresponde ao conjunto de todas as palavras disponíveis a seus usuários para que interajam verbalmente, seja por meio da fala ou da escrita.

A necessidade de comunicação que os grupos vão tendo para estabelecer contactos com várias finalidades tem contribuído para a construção lexical e a instituição de elementos socioculturais de grupos ou comunidades. Essas unidades lexicais são informações que espelham a experiência de grupos imbuídas numa história visto que, muitas vezes, o recurso às unidades lexicais caracteriza grupos e lugares específicos, isto é, lugar, os interlocutores que recorrem ao uso dessas unidades.

É por via do uso da língua que o acervo lexical se renova. Nesse exercício de renovação algumas palavras caem em desuso e outras palavras vão sendo utilizadas pelos falantes de uma dada comunidade linguística. Deste modo, a língua se torna cada vez mais rica com a existência de novas unidades lexicais, sejam elas extratos lexicais de uma língua ou a partir da língua em uso elaborar sentenças que venham a adquirir um significado próprio, como se pode observar, por exemplo, nos neologismos “acaba de me matar”, quando se refere a uma viatura já antiga em mau estado de conservação; “acaba molho” para descrever mulheres com problemas de fertilidade; “kikonda/dikonda”, para referir-se ao ato de desviar-se do agente regulador do trânsito, a fim de evitar apreensão da viatura ou multa. Esses vocabulários têm sido frequentemente utilizados por taxistas e jovens residentes da província de Luanda. Nessa perspectiva, o artigo objetiva apresentar e analisar os neologismos presentes na fala dos jovens luandenses, com intento de mostrar como as construções lexicais promovem a expansão lexical da língua.

Nesses termos, procuramos apresentar a evolução linguística que o português angolano tem alcançado com o uso de neologismos mostrando haver desenvolvimento ao nível lexical e com base nela entender como decorrem esses fenômenos em sede das unidades lexicais nos utentes da língua portuguesa, bem como a relação que estabelece com outros elementos lexicais provenientes das distintas línguas vivas.

O artigo está organizado em quatro secções ou subpontos, o primeiro enquadra-se panoramicamente à língua e linguagem, no segundo abordamos sobre a tipologia dos neologismos; no terceiro objetivamos o neologismo no português angolano e por último apresentamos a metodologia usada bem como o corpus do trabalho.

2. Breve panorama sobre língua e linguagem

A língua entende-se como um sistema gramatical pertencente a um grupo de indivíduos. É o meio porque ela concebe o mundo que a cerca e sobre ele age, as pessoas usam-na para trocar informações, traduzindo assim o seu pensamento sobre si, sobre o mundo e sobre o outro.

Nestes moldes, a língua é também entendida como um produto social da faculdade da linguagem; um conjunto de convenções necessárias adotadas pelo corpo social, capaz de permitir aos indivíduos o exercício dessa faculdade. Dir-se-á também que, a língua é um sistema de signos, como um conjunto de unidades que estabelecem relações entre si, onde cada uma vale por oposição às outras. (FERDINAND DE SAUSSURE, 1992, p. 186).

Linguagem é todo meio convencional que serve para os homens e os animais se comunicarem, qualquer sinal verbal ou não verbal, levada a cada grupo de seres vivos, que os permita a troca de alguma informação pode ser entendida como linguagem. (*ibidem*)

a. uso das gírias

Na cidade de Luanda, a gíria dos taxistas atingiu a maior densidade populacional e tomou proporções maiores, possuindo uma identidade nacional, rompendo com a formalidade, visto que é uma expressão de sentimentos de frustração, felicidade, concordância e discordância. Em vista disso, destacamos algumas vantagens do uso das gírias pelos profissionais de táxi:

- ✓ Os taxistas recorrem ao uso de um vocabulário próprio, geralmente, com o intuito de não serem compreendidos por indivíduos estranhos, ou seja, em alguns casos o uso das gírias tem como intenção o secretismo, para que os outros não os percebam;
- ✓ Estabelece uma relação de familiaridade e união entre grupo de taxistas;
- ✓ Criam palavras, as quais visam contribuir para o enriquecimento do léxico da língua portuguesa em Angola, bem como das demais em uso localmente.

Com base no exposto, estudar a gíria e o seu efeito afigura-se importante, uma vez que ajuda a compreender aspectos em relação aos valores sociais, pois é um meio de entender o mundo atual e a repercussão que os canais de comunicação detêm,

João D. Pedro, Celestino D. Katala, João Q. Domingos, Neologismos no Português Contemporâneo sempre estabelecendo os limites e os motivos pelos quais tal fenômeno ocorre com toda a naturalidade.

b) desvantagens do uso das gírias

Apesar da dinâmica que é, deveras, peculiar em todas as línguas vivas, as gírias podem acarretar algumas desvantagens como as seguintes:

- ✓ Atribui uma reputação negativa a quem a utiliza, isto é, quando for uma gíria considerada obscena ou ofensiva;
- ✓ Não é aceite em classes sociais mais elevadas, por se configurar numa linguagem coloquial;
- ✓ Em muitos casos, influencia negativamente o bom conhecimento da língua padrão.

3. Dos neologismos à suas tipologias

O neologismo é produto da neologia na medida em que a neologia vai descrever a criação de unidades lexicais, enquanto o neologismo é o resultado da criação, isto é, a nova palavra (ALVES, 1994; GANANÇA, 2018). Os autores asseveram que os neologismos normalmente são formados por partículas da mesma língua ou por via de aplicação de novo significado à unidades lexicais oriundas de outras línguas, os ditos estrangeirismos.

São efetivamente, os usuários da língua que criam os neologismos de modos a visualizar como novas formas de observar o mundo imbuído em mudanças na estrutura e cultura da sociedade. Todavia, o recurso ao neologismo reflete a criatividade de grupos e o conhecimento do mundo que possuem, bem como descrever histórias comuns que estes indivíduos partilham.

a. Tipos de neologismo

Distinguem-se para esse item, dois tipos de neologia: neologia de forma (ou *neologia formal*) e neologia de sentido (*neologia semântica*).

A neologia de forma visa criar unidades por meios diversos: prefixação e sufixação - ex.: *mini-saia*, *abordagem*; truncação – ex.: *o súper*; siglação - ex.: *SIDA*; empréstimo – ex.: *software*; mas por vezes estes processos são conjuntos.

A neologia de sentido é originada no discurso e aparece na língua através de uma metáfora fixa. Ex.: hora de ponta.

Na visão de Undolo (2014:231-232), os neologismos semânticos envolvem a recriação, extensão ou restrição das acepções de um vocábulo recorrendo a processos como a polissemia e a metáfora.

Já no entender de Dubois (1973:430), a neologia semântica é o processo de criação de unidades lexicais que consiste em empregar um significante, atribuindo-lhe um conteúdo que não tinha anteriormente, quer esse conteúdo seja conceptualmente novo, quer tenha sido até então expresso por um outro significante.

Em Angola, os taxistas usam mais os neologismos de sentido ou semânticos, uma vez que adotam as suas próprias formas para descrever os fenómenos novos pelas razões já expressas inicialmente.

4. Neologismos no português angolano

No entender de Loureiro (2015, p. 58), os fenómenos de neologia existem em qualquer língua viva, independentemente da sua situação de desenvolvimento sociolinguístico. O que difere é o grau de pertinência que cada comunidade linguística dá ao tratamento desses fenómenos.

Nos estudos de Chicuna (2014:116-122), o léxico da variante angolana apresenta várias unidades neológicas, tanto formais como semânticas, como por exemplos: angolanização, girabola, kandongueiro, kinguila, TAAG, TPA, ISPCAN, ISCAT. Na análise dos corpora, inquires-se dois tipos de variedade neológica, sendo que, o processo de criação, por via de empréstimo, decorre de forma recíproca entre a Língua Portuguesa e as línguas autóctones.

Dir-se-á, na visão de Loureiro (2015, P. 62), que além dos tipos de neologismos citados pelo Chicuna, registamos também neologismos *ex nihilo* do subdomínio da música. São onomatopeias: *lélélélélé-lélélé*; *prá-catá-tumbá*; *Vum pá*. A maior parte do vocabulário português é comum em todas as variantes.

Estas são em síntese, o caso de algumas palavras já existentes no léxico corrente do português angolano e que, em função do engenho da comunidade linguística, foram ganhando novas acepções semânticas. Exemplos: *saldo*, *gasosa* (para habitualmente designar o elemento do suborno ou gratificação); *páxi* (passageiro), *emagrecer* (acto ou efeito de se encolher, afim de liberar espaço para que todos cabem na viatura).

5. Constituição do corpus

Nesta secção, procedemos a apresentação do corpus, o qual está constituído por entrevistas feitas aos taxistas e cobradores, a partir dos quais foi possível a recolha de neologismos ou gírias nessa franja da sociedade.

Deste modo, a população da nossa pesquisa foi constituída por cem (100) taxistas dos mais variados pontos da cidade de Luanda, dentre eles motoristas e cobradores. Deste universo da população extraiu-se uma amostra de sessenta (60) elementos para a participação do presente estudo, sendo dezesseis (16) motoristas e quarenta e quatro (44) cobradores.

Para a realização da nossa pesquisa, recorreremos a utilização de instrumentos padronizados como recolha de dados linguísticos por meio de questionários, entrevistas e inquéritos bem como bibliográfica que nos ajudaram a constituir a base dos elementos que nos propomos estudar.

Quanto ao método, o presente estudo tem como métodos de pesquisa, observacional-descritivo com uma abordagem quantitativa.

A população em estudo são os taxistas da província de Luanda com a idade compreendida entre os dezesseis (16) aos trinta e cinco (35) anos em 2022.

No que respeita aos critérios de seleção incluíram-se todos os taxistas que dos vários municípios de Luanda que estavam no exercício da atividade a mais de cinco anos e que tinham domínio massivo da gíria, sobretudo os que estavam interessados em participar do inquérito com dados verdadeiros.

Como critérios de exclusão definiram-se os taxistas que se recusaram a participar do inquérito e inquéritos mal preenchidos, que não ofereciam alguma veracidade. Para tanto, organizamos trinta (30) unidades lexicais, as quais foram analisadas conforme a tabela abaixo:

Quadro 1: Expressões e as suas respectivas significações

Nº	Neologismos/gírias	Significado
1	Abre	Ultrapassagem irregular.
2	Acaba de me matar	Viatura em mau estado de conservação
3	Acaba molho	Mulher que não tem filhos.
4	Kikonda/Dikonda	Desviar-se do agente regulador do trânsito.
5	Agarra bebé	Leite ou Mini-Hiace
6	Ambi	Ambicioso

7	Aperta	Encostar para deixar ou levar um passageiro
8	Arima	Anda
9	Assinou	Morreu
10	Avançar	Atropelar
11	Azul e Branco	Carro de marca Toyota Hiace
12	Baba	Arma ou pistola, agente da polícia
13	Babulo	Problema
14	Baika	Telemóvel
15	Bala	Bom, boa, ou bonito
16	Balazo	Táxi bonito
17	Banda	Zona ou bairro
18	Banzelar	Pensar, descansar ou relaxar
19	Baúca	Assento alternativo
20	Bazar	Ir embora
21	Betumar	Comer num lugar vulgar
22	Boa-zuda	Mulher bonita ou com bons atributos físicos
23	Boda kassala	Bolinho (alimento)
24	Bongó	Polícia de trânsito
25	Bumbar	Trabalhar ou vias pelas quais se consegue algum dinheiro.
26	Camurra	Notificação
27	Cobele	Cobrador
28	Cumbú/kumbú	Dinheiro
29	Dá gosto	Indivíduo conhecido que não paga pela rota
30	Dá um toque	Afastar-se

Fonte: dados da pesquisa

Os dados linguísticos que o *corpus* apresenta refletem a realidade de grupos de profissionais que, diariamente, dão o melhor de si, transportando a população e que utilizam a gíria para fazer referência aos elementos presentes, todos os dias, no decorrer da sua atividade. Neste item, procedemos a descrição das gírias inventariadas pelos taxistas de Luanda.

Frases com unidades lexicais utilizadas por alguns indivíduos:

Quadro 2: Aplicação das unidades lexicais em frases contextualizadas

Nº	Gíria	Português padrão
1	-Tou no <i>mbanji</i>	Estou na minha casa
2	Tou a vir de Viana bem atrasado, <i>abre!</i>	Venho de Viana, já atrasado. Aumente a velocidade!
3	só kanga <i>acaba molho.</i>	só casa com mulheres inférteis
4	Agora estou a surrar com um <i>agarrá</i>	Agora estou a conduzir uma viatura de marca <i>lite (mini) hiace.</i>
5	<i>Papoite, emagrece!</i>	Pai ou mais velho, afaste-se!
6	faz uma <i>dikonda.</i>	Desviar-se do agente da polícia.
7	<i>Aperta, mô kota...nu maia.</i>	Mano, páre a viatura, a fim de deixar ou levar um passageiro, não vacile!

Fonte: dados da pesquisa

5.1. Análise e interpretação dos dados

Com intento de entendermos o fenômeno que nos propusemos estudar, são analisadas ou apresentadas algumas palavras ou unidades lexicais da gíria dos taxistas, conforme se segue:

1) **Abre** (ultrapassagem irregular)

O neologismo “*abre*” é uma forma do verbo abrir (desimpedir, desobstruir), 3.^a pessoa do singular, que na óptica dos taxistas, ganhou uma nova acepção, significando *andar a alta velocidade e fazer ultrapassagens irregulares.*

É um neologismo viral do conhecimento de todos os taxistas da cidade de Luanda, quando alguém pede para que se lhe abram, está simplesmente pedindo prioridade. A diferença com a expressão “priorize-me” é que a primeira parece carregar uma carga

semântica muito mais forte em relação ao segundo, ou seja, provavelmente o registo informal da linguagem carrega maior valência para os taxistas.

Contexto:

1a. wi “*abre*”, estou muito atrasado.

2a. “*abre*” ala, mano!

Fonte: cobrador de táxi que fazia a rota Vila de Cacuaco – São Paulo.

(10. 06. 2022)

2) Acaba de me matar (carros antigos em mau estado técnico)

A unidade neológica acaba “de me matar”, refere-se geralmente aos carros muito antigo, quer estejam em atividade de táxi ou não, em condições técnicas precárias, ou então, viaturas de ocasião (vindas do estrangeiro já usadas).

É muito usada para denegrir o outro taxistas cuja viatura apresenta alguma anomalia na estrada e num momento em que impossibilita ou causa dificuldades ao outros na via pública, são viaturas com pouca forma, e as vezes mesmo em bom estado, quando o motoristas apresenta alguma debilidade na condução também se pressupõe que é a causa é o carro.

Contexto:

1b. O Francisco comprou mais um “*acaba de me matar*”, não tem juízo.

2b. Puxa esse “*acaba de me matar*” dali!

Fonte: Motorista de um automóvel de serviço de táxi.

(10. 06. 2022).

3) Acaba molho (mulheres inférteis ou filhos inteados)

Esta expressão, embora não seja muito usual na actividade de táxi, é também utilizada por esses profissionais no dia-a-dia, nas suas actividades para se referirem às *mulheres que não fazem filhos, ou seja, inférteis e, noutros casos, para homens que vivem com mulheres que têm filhos de outra relação.*

Essa é uma que extrapola o contexto dos taxistas, é muito comum a quase todos os contextos de comunicação informal para se referir grandemente aos filhos de uma outras relação, trazidos numa relação nova pela mulher, independentemente se fez ou não filho com o novo esposo. E os taxistas como em geral são polígamos em muitos casos encontram mulheres com filhos e as mantem, em contra-partida, qualquer erro dela, muitas vezes se descontam aos seus “*acaba molho*”, filhos de outra relação.

Contexto:

1c. O Nelasta só kanga “*acaba molho*”!

2c. Esses “*acaba molho*” não fazem nada em casa.

Fonte: passageiro, no táxi que fazia Asa Branca, congolenses.
(03. 07. 2022)

4) Kikonda/Dikonda (desvio)

A unidade em excerto é um neologismo que provém do Kimbundu dikonda e kikongo nkonda com a mesma carga semântica que significa desvio. O termo kikonda ou dikonda, na gíria dos profissionais de táxi, significa *desviar-se do agente da polícia para não serem interpelados*.

Em geral muitos dos taxistas dificuldade de interagir com os reguladores de trânsito por várias razões, muitos deles andam desencartados, ou seja, de falida, pedem o carro de alguém para fazerem algum dinheiro zinho para pôr a comida na mesa e por não estarem com as respectivas documentações, são multados, por isso sempre que veem um regulador preferem dar uma “kikonda” ou “dikonca”.

Contexto:

1d. Ché, na via que sai da Vila para Kikolo, há uma operação, faz uma “*dikonda*” e entra pela funda.

Fonte: motorista de táxi alertando o seu colega de profissão para evitar uma rota.

5) Aperta

Este neologismo, “aperta” é a forma do verbo apertar na 3ª pessoa do singular, modo indicativo, tempo presente e nos remete para (tornar mais estreito, comprimir, unir muito, resumir, etc.), porém para os taxistas não foge muito disso, dado que apertar é num local muitas vezes inapropriado para pôr ou levar mais um passageiro.

Em geral “aperta” se usa em contextos difíceis ou proibidos para paragem, porém pela dinamicidade do motorista e o cobrador, conseguem fazer uma paragem muito rápida de cinco em menos segundos para carregar ou descarregar um passageiro.

Contexto:

1e. Zé “aperta” aqui, vai ficar.

Fonte: Cobrador de táxi da rota Viana-escongolese.

6) Baba

A unidade neológica “baba” é plurissignificativo para os taxistas de Luanda, pois nalguns contextos remete-nos para “arma de fogo” (pistola) e nos outros para os “policiais reguladores da ordem pública”.

É usada frequentemente nos momentos em que o carro está mal estacionado e o policial vem para intervir ou quando um policial faz o uso da arma de fogo para intimidar.

Contexto:

1f. Wey puxa o carro “o baba” está vindo.

Fonte: cobrador de táxi da rota desvio do Zango-Benfica

7) kumbú

A unidade neológica “kumbú” se refere a dinheiro, ou seja, kumbú tem o valor de dinheiro, é frequentemente usado pois que é de fácil compreensão tanto para os taxistas como para os passageiros.

Contexto:

1g. Passem o “kumbú” estou a cobrar.

Fonte: Cobrador de táxi da rota Viana-escongoleses.

8) Banzelar

A unidade em excerto é um neologismo que provém do Kimbundu “kubanza” e que significa pensar, passou para o português como um hibridismo, ganhando assim a terminação dos verbos da 1ª conjugação do português (ar) e passando a significar pensamento, assim, “banzelar” equivale a “pensar”.

É usado grandemente pelos taxistas com um valor de refletir. Sobretudo quando alguma coisa na acitividade dá errado, ou perde um valor ou é multado ou alguma coisa desta natureza.

Contexto:

1h. Não “banzela” muito, esse baba boluzento.

Fonte: Cobrador de táxi da rota Aeroporto-Morro-Bento.

Considerações finais

A língua não é um estanque, mas um fenómeno dinâmico. Estando, desse modo, em constante processo de mutação e, a língua portuguesa, apesar de apresentar variedades sociais e individuais, essas diferenciações só atestam a riqueza, a característica do fenómeno linguístico. É inevitável o aparecimento de fenómeno de neologismos na língua. Contudo, a criação neológica não ocorre desordenadamente, mas sim segue uma regra de formação de palavras dando garantia de eficiência do sistema.

O inquérito realizado aos taxistas e cobradores da cidade Luanda contribuiu, ativamente, na análise dos vocábulos da gíria por estes apresentados, que levou a comprovar que as figuras de retórica e a metonímia, apesar de desconhecida por muitos, estão na base do surgimento da gíria ou neologismo tipicamente Luandense. Assim sendo, é imperioso estudar a gíria e o seu efeito em relação aos valores sociais, pois é

João D. Pedro, Celestino D. Katala, João Q. Domingos, Neologismos no Português Contemporâneo um meio de entender o mundo atual e a repercussão que os canais de comunicação detêm.

Acreditamos que o presente estudo, como se pode verificar, abre novas perspectivas de abordagens para o conhecimento do português de Angola, o que, de certa forma, contribui para a política linguística nacional e sua gestão, para a gestão do português, enquanto língua de elevado valor político, social, cultural, científico e econômico, sem qualquer desprimor do valor que qualquer língua bantu falada desempenha no território nacional.

A língua portuguesa é de extrema importância não apenas nas relações econômicas e sociais, mas também nas relações políticas, quer ao nível dos cidadãos, quer ao nível do Estado para com outros Estados. Também será importante que linguistas, professores de língua portuguesa e demais línguas nativas considerem esses fenômenos enquanto parte integrante do patrimônio cultural imaterial do país.

Portanto, pede-se a quem de direito, a revisão de políticas linguísticas que visam a elaboração de um vocabulário ortográfico nacional, regulação e harmonização das línguas de Angola. E apela-se aos estudiosos a elaboração de dicionários para se poder ter um maior controle destes fenômenos, visando uma maior sustentabilidade das abordagens, uma vez que a dicionarização das palavras é um caminho seguro para o armazenamento das palavras.

Referências

- BAGNO, M. (2011). *Preconceito Linguístico. O que é, como se faz*. São Paulo, SP. Edições Loyola.
- BORREGANA, A. A. (2003). *Gramática da Língua Portuguesa*, Luanda, Textos Editores.
- CHICUNA, A. M. (2018). *Portuguesismos nas Línguas Bantu, para um Dicionário Português- Kiyombe*, 3.^a edição, Lisboa: Edições Colibri.
- CORREIA, M. e MIINEIRO, A. (2004). *Neologia de importação no português europeu: desafios e medidas a tomar*, In: Actas do XX Encontro de Associação Portuguesa de Linguística, (versão pré-publicação), Porto.
- DUBOIS, J. et al. (1973). *Dicionário de Linguística*, trad. de Izidoro Blikstein (coord.), São Paulo: Editora Cultrix.
- GRÓZ, A. P. (2015). *Lexicografia Bilingue de Especialidade. E- Dicionário Português-Kimbundu no Domínio da Saúde*. Nº de folhas 222. Tese de Doutoramento em

João D. Pedro, Celestino D. Katala, João Q. Domingos, Neologismos no Português Contemporâneo
Linguística, Lisboa, Universidade Nova Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais Humanas.
Lisboa.

LINO, M. T., CHICUNA, A., GRÓZ, A. P., MEDINA, D. (2010). “Neologia, Terminologia e Lexicultura. A Língua Portuguesa em contacto de línguas”, *Revista de Filologia e Linguística Portuguesa* 12 (2). Pp. 187-201. Universidade de S. Paulo.

LOUREIRO, A. B. P. (2015). *Neologismos do Português de Angola: Proposta de constituição de base de dados com vista à construção de um Observatório*. nº de p. 104. Dissertação de Mestrado em Terminologia e Gestão da Informação de Especialidade. Porto.

MIGUEL, M., H. (2014). *Dinâmica da pronominalização do português de Luanda*, Luanda: Edição Nzila.

MINGAS, A. A. (2000). *Interferências do Kimbundu no Português Falado em Luanda*. Luanda: Edições Chá de Caxinde.

SAUSSURE, F. de (1992). *Curso de Linguística Geral*. Lisboa: Publicação Dom Quixote.

UNDOLO, M. E. da S. (2014). *Caracterização da Norma do Português em Angola*. Nº de p. 330. Tese de Doutoramento. Universidade de Évora. Évora.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): PEDRO, João Domingos; KATALA, Celestino Domingos; DOMINGOS, João Quixico. Neologismos no Português Contemporâneo angolano veiculado pelos taxistas de Luanda. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.276-289, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Pedro, João Domingos; Katala, Celestino Domingos; Domingos, João Quixico. (dez.2022). Neologismos no Português Contemporâneo angolano veiculado pelos taxistas de Luanda. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 276-289.

O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações da diversidade das suas instituições

Mbaz Nauege *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-6517-439X>

Albano Agostinho Eduardo **

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6670-3065>

Resumo: A presente reflexão procura descrever o desenvolvimento do Ensino Superior em Angola, em particular, explica o surgimento e a evolução deste subsistema de ensino. O estudo apresenta uma perspectiva diacrónica, isto é, desde o período colonial, passando pelo período referente à universidade única (Universidade Agostinho Neto), assim como pela expansão desta instituição, a partir de 2009, em outras universidades públicas regionais e privadas. Neste processo, tomamos como referência a Universidade Lueji A'Nkonde cuja descrição se faz essencialmente a partir da perspectiva de evolução dos cursos, corpo docente e de população estudantil. Simultaneamente, apontam-se algumas dimensões deste desenvolvimento associadas às dificuldades que os estudantes enfrentam no ingresso neste nível educativo, nomeadamente a transição e a adaptação académica. Com base no questionamento, *Quais são as implicações da diversificação de instituições educativas no desenvolvimento do Ensino Superior em Angola?* fez-se uma abordagem de natureza qualitativa e recorrendo à revisão bibliográfica e documental de cujos dados permitiram responder àquela questão. Concluímos que o Ensino Superior atravessa uma fase de expansão, expressa pela diversidade e pela cobertura, cujo impacto se reflecte na evolução dos cursos, aumento e qualificação dos docentes, bem como pela quantificação e qualificação de quadros.

Palavras-chave: Angola, desenvolvimento, Ensino Superior, implicações

The development of Higher Education in Angola: Implications of the diversity of its institutions

Abstract: This reflection aims to describe the development of Higher Education in Angola, in particular, the emergence and evolution of this education subsystem. The study shows a diachronic perspective, from the colonial period, passing through the period of the single university (Universidade Agostinho Neto), as well as the emergence of Regional Universities from 2009 and the expansion to public and private Higher Education Institutions. We take Lueji A'Nkonde University as a reference, whose description is essentially made in terms of the courses, faculty and student population. At the same time, some dimensions of this development associated with the difficulties that students face in entering this educational level, namely in academic transition and adaptation. Based on the question, *What are the implications of the diversification of educational institutions in the development of Higher Education in Angola (?)*, we take a qualitative

* Doutor em Ciências da Educação, área de especialização de Psicologia da Educação na Universidade do Minho/ Instituto de Educação (Uminho/ IE, Braga / Portugal). Mestre em Ciências de Educação na especialidade de Análise e Intervenção em Educação na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em Portugal (FCSH/ UNL). Licenciado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação/Universidade de Lubumbashi «UNILU». Professor Associado pela Universidade Lueji A'Nkonde/ Escola Superior Pedagógica da Lunda-Norte. E-mail: nauege2015@gmail.com

** É Docente Assistente pela Escola Pedagógica da Lunda Norte, Investigador do Centro de Estudo e Investigação em Ciências Pedagógicas (CEICP) e Colaborador pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Social da Universidade Lueji Ankonde - CEDES – ULAN e Jornalista Freelancer. E-mail: mulombi2015@gmail.com

approach, fundamentally resorting to a bibliographical and documental review, whose data allowed answering that question. We concluded that Higher Education is going through an expansion phase, expressed by diversity and coverage, whose impact is reflected in the evolution of courses, increase and qualification of teachers, as well as the quantification and qualification of staff.

Keywords: Angola, development, higher education, implications

Kuthatuka ka kufumba cilemu mu Angola: Kussoloka ka yikungamina yenkha nyi yenkha ya ufumbemu cipatu

Yino soneko ku yina solola uthatwiso wa kutungulula nyi kulujeka ca kufumba nyi malyindjekela mu Angola, nyi nawa, kusemuka nyi ku thatuka ca cipatwilo cino ca kulonguesa. Ayino yina fupha nawa kusolola yikuma yimwe yinene katu ku uputukilo wa kufumba, kutwala ku maximbu a ukungamino wa wikha (Universidade Agostinho Neto) ndo ku kuthatwisa yikungamino yitangu katu ku mwaka 2009, ku kuzazulula yikungamino ya kufumba. Cino ha kusula, cilayi hicapwa kusa ha Universidade Lueji A'Nkonde ngwe cize hi capwa kusolola ha yikuma yina tala kuthatuka ca kulujeka ca longeso, longexi nyi longi nawa. Khexikha yimwe yihanda nawa ya kuthatuka ku yinapu ku cinga nyi yimwe yikwiko ya ku solokako kuli longi ha kutwala ku ndjila co ca ukungamino ndo ha ulite wo. Ha cino, kuna soloka cino cihula, yikha ya kulita nyi kulujeka yikungamino yimwe nyi yikwo ha kuthatuka ca cipatulo ca kufumba muno mu Angola? Ha cino, ca lita nyi mikhwala ya kufupha ca ulemo (qualitativa) nyi ku tanga ca yize te hi yinapu ku soneka ha cino (revisão bibliografica e documental), kwe kuze te hi ya neha kumbululo ku cihula. Há kusulisa cino, yikungamino nyi yipatwilo ya kufumba ku yina palika amwe maximbu a ku zazuluka ha kutakanyisa kufumba ku kutwala kulujeka ca longeso nyi kwokesa nawa longexi ali nyi yinyingi hamwe nawa nyi undji nyi ulemo wa akwa milimo muno mu cifuci cino.

Mazwi a ulemo: Angola, kuthatuka, kufumba ca ulemu, yikungamino ya ufumbe.

Introdução

O Desenvolvimento do Ensino Superior (ES) em Angola: Implicações da Diversidade das suas Instituições é o tema escolhido para a presente reflexão a julgar pelos passos que o país tem direcionado para o crescimento social, onde a educação e o ES desempenha um papel fundamental. O surgimento de universidades em África no atual modelo, e de modo particular em Angola, está associado à reprodução do sistema de educação europeu/colonial. Esta transposição de estruturas e modelos das metrópoles para os respectivos territórios colonizados tinha como objetivo responder à necessidade de proporcionar uma educação superior aos filhos dos colonos aqui (África) residentes, evitando assim o regresso da classe burguesa nacional à europa (Silva, 2004).

Na verdade, o desenvolvimento do ES, em Angola, tem sido objeto de vários estudos de caráter pedagógico, sociológico, psicológico, didático, antropológico e económico que focam os mais diversos aspectos organizacionais e de avaliação, o que motivou, nesta abordagem, aspectos relacionados ao surgimento, redimensionamento para além das implicações das instituições (públicas e privadas) na sociedade.

Atualmente, assiste-se ao aumento do número de jovens a frequentar aquele ensino, o que se justifica pelo aumento de Instituições de Ensino Superior (IES) e

Mbaz Naege, Albano A. Eduardo, O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações consequente oferta formativa, assim como pelas exigências dos diferentes postos de trabalho, dando lugar a procura duma formação especializada para o desenvolvimento de competências e conhecimentos que, segundo MESCTI (2018), auxiliem as pessoas assumir determinados postos de trabalho, tendo em vista o desenvolvimento do país.

É nesta perspectiva que, de acordo com os marcos históricos que permitiram o surgimento do ES, o estudo analisa os desafios fortemente influenciados pelas condições sociais e políticas do país ao longo das últimas décadas. Juntando-se a isso as dificuldades inerentes à (des)colonização, e mais tarde a guerra civil, que afetaram o sistema educativo por opções políticas desajustadas (Naege, 2019).

Sendo um país com grande potencial ao nível de recursos naturais, com destaque para a sua demografia, a política educacional foi-se desenvolvendo a um ritmo possível, tendo em consideração as suas fases políticas, económicas e os comprometimentos nacionais e internacionais. É no âmbito deste percurso e caracterização que se questionam *as implicações da política de diversificação de instituições educativas no desenvolvimento do ES* que, no fundo, orientam a sequencialização dos tópicos escolhidos para a presente reflexão.

Aspectos históricos do Ensino Superior em Angola

Período Colonial (1962 – 1974)

O surgimento da universidade no território africano corresponde a uma necessidade de se evidenciar “o encontro com a ciência, o desenvolvimento de grande património cultural, constituindo assim símbolo do renascer da África negra” (Silva, 2004, p. 154.). Por isso, no que diz respeito ao atraso no desenvolvimento do ES podemos referir que existem causas estruturais ligadas ao nível de desenvolvimento das sociedades e culturas africanas, após o contacto com os povos europeus — mundo viabilizado pelo(s) colonizador(es).

Segundo Zau (2009), o colonialismo focou o investimento de meios necessários à formação de alguns colonizados, bem como a consolidação das sociedades que tutelava. Daí José Carlos Venâncio citado em Zau (2009) salientar que, neste continente, a crise do Estado é o lado mais visível do subdesenvolvimento, sendo parte dela ser imputada ao Estado colonial, uma vez que “aos governantes africanos, às elites pós-coloniais, apenas se pode apontar, nestas circunstâncias, a falta de vontade ou a incapacidade de alterar esta ordem de coisa” (p.172). É nesta visão que Silva (2012) reforça a ideia de que as

Mbaz Naege, Albano A. Eduardo, O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações universidades africanas basicamente caracterizaram-se em instrumentos ao dispor dos Estados, “o que limitava a sua autonomia e prejudicava a capacidade de garantir as políticas de ensino e investigação” (p. 45).

Em Angola¹, os movimentos iniciados na década de 50, século XX, visaram a melhoria das condições de vida da população, uma vez que reivindicavam reformas do sistema colonial, através de um modelo político de confederação/ independência em relação à metrópole (Portugal) (Cunha, 2010). Neste período, segundo o autor, ocorreu o surgimento de uma nova educação que impulsionou novas formas ao nível de organização civil, tendo o povo assumido as rédeas do seu processo histórico e, consequentemente, o início de mobilização e mudança a com efeito nos anos de 1974 – 1975. Assim, a política educacional — às vezes com rotura com hábitos muito ancestrais dos povos nativos — estava essencialmente ligada aos interesses do governo central (metrópole), tendo uma expansão bastante limitada, com o foco no fortalecimento do núcleo colonial, segundo aquele autor.

Mas foi durante a pressão da comunidade internacional associada à guerrilha que Portugal adoptou uma estratégia que visava acalmar o clima de conflito que enfrentava com os nacionalistas, tendo criado programas de evangelização das populações, isto é, por via de movimentos religiosos (Missões Católica e Evangélica) que se encarregavam pela escolarização da população indígena. Daí poder-se afirmar que até o ano 60 não existia ES em Angola, e os estudantes interessados recorriam a bolsas para Portugal, sendo estas caracterizadas por insuficiência ao nível de despesas inerentes à deslocação e à manutenção, mas reservadas às famílias de estrato social elevado² (Santos, 1970; Silva, 2004). Porém, foi a partir de 1962, com base no decreto-lei nº 44530/62 de 21 de agosto, que foram criados os Estudos Gerais Universitários de Angola, integrados na universidade portuguesa, com os cursos de Medicina, Engenharia, Veterinária, Agronomia, Silvicultura e Ciências Pedagógicas (Santos, 1970).

Em 1963, assiste-se ao gradual aumento do número de estudantes no ES; 314 neste mesmo ano, 531 no ano de 1964 e cerca de 600 estudantes no ano de 1966, essencial de origem branca, com famílias que valorizavam a escolarização e que dispunham de meios económicos para o suporte de estudos universitários (Henderson,

¹ O território hoje designado República de Angola, está estruturado em 18 Províncias, com uma extensão de cerca de 1.246.700 Km², tendo estado durante cerca de cinco séculos sob domínio do colonialismo português.

² Características como origem, local de nascimento, local de residência e o nível social da família eram relevantes tanto no desenvolvimento global quanto no académico, já que as oportunidades (ou falta delas) de aprendizagem eram perpetuadas e reforçavam a estratificação da sociedade (Santos, 1970).

1990). Já o Decreto-lei nº 48790 de 23 de dezembro de 1968 transformou os Estudos Gerais Universitários de Angola em Universidade de Luanda, e posterior distribuição geográfica seguida de cursos. (i) Luanda (Engenharias Mecânica, Geográfica, Civil, Eletrónica e Minas; Medicina, Matemática, Química e Biologia); (ii) Nova Lisboa/Huambo (Agronomia, Silvicultura e Medicina Veterinária); e (iii) Sá da Bandeira/ Huíla (cursos de Letras, Ciências Pedagógicas, Matemática, Geografia, História e Filologia Românica). Também, em Luanda, foi autorizada a criação do Instituto Pio XII de Educação e Serviço Social, pela Igreja Católica (curso de Serviço Social). A título de exemplo, no ano letivo 1973/1974, a Universidade de Luanda contava com 2354 estudantes e 274 docentes (Gulbenkian, 1987, p.16).

Neste percurso, em 1975, antes da proclamação da independência, a Universidade de Luanda foi objeto de desdobramento tendo os núcleos universitários (Huambo e Lubango) adquirido a autonomia. Já no Pós-Independência, no âmbito da primeira reforma geral do sistema de ensino (1976), surgiu a Universidade de Angola, sob portaria nº 77-A/76 de 28 de setembro que marcou uma nova era, permitindo o acesso a outras camadas dos angolanos. Assim, a independência veio a exigir aos governantes a redefinição de políticas educacionais, que salvaguardassem a autonomia do ensino e dos respectivos conteúdos. Ou seja, nas escolas e nos respectivos manuais até finais dos anos 70, era também imperioso que se quebrasse a disseminação política da ideologia colonial que até à data assegurava a ordem e a legitimação do poder. Este sentimento de mudança e rutura com sistema anterior, em 1976, permitiu a reorganização do sistema educacional, tornando o contexto educativo livre daquelas influências políticas e a consequente defesa da cultura e valores sociais angolanos.

Tendo em vista o contexto, a reestruturação do sistema educativo foi acompanhada de dificuldades socioeconômicas; escassez de recursos econômicos para a produção de novos manuais de ensino, insuficiência de material didático, escassez de instalações, a inexistência de um programa imediato de formação de professores que ajudasse a minimizar as suas lacunas (Nguluve, 2006, p. 78). Mas, segundo o autor, foi no final do período colonial que o número de estudantes no ES evoluíra para 4176 estudantes, registando-se uma quebra em 1977 para cerca de 1.109, como consequência da guerra civil pós-independência.

Período Pós-independência (1975 - 1992)

Já com as independências foi possível aos governos africanos assumirem a responsabilidade de administrar bem como de controlar o ES, atribuindo a ele a função revolucionária (patente na época) como agente do desenvolvimento local e de omissão das alianças do colonialismo nas vertentes cultural e mental. Em Angola, tal como referimos, originou a criação da Universidade de Angola que, a partir de 1985 passou a designar-se Universidade Agostinho Neto (UAN), decretada pelo Conselho de Ministros no Diário da República nº 9-1 Serie, de 24/10/85, assumindo assim o nome do seu primeiro Reitor em jeito de homenagem. Manteve-se até 2009 como a única instituição de ES estatal.

Neste período, tendo em conta a demografia, a taxa de analfabetismo (85% do total da população) era ainda caracterizada como elevada, pelo que nos primeiros anos após a independência, o plano nacional de educação tentou estimular as famílias a participarem nas atividades escolares dos filhos, na luta pela redução do analfabetismo através da organização de salas de aula. Desta forma, era premente a tomada de medidas que possibilitassem a superação da situação, atuando sobretudo nos ensinos básico e médio. O país encontrava-se, assim, diante de um grande desafio que era a redução do analfabetismo na população, atendendo a possibilidade de solidificar a política.

Em 1977 foi aprovada uma nova política educativa que visava satisfazer as necessidades de desenvolvimento do país, fundamentada nos princípios de igualdade de oportunidades, de gratuidade no acesso à escola e de continuidade dos estudos (Nguluve, 2006, p.146). Nesta década, a Universidade de Angola³ no período de ajustamento e expansão (1981-1991), assume como missão o apoio ao desenvolvimento cujo período foi caracterizado por uma tendência de expansão quantitativa (estrutura, cursos, docentes, estudantes) e qualitativa, em termos de qualidade de formação (Silva, 2004). Nesta fase de expansão assistimos à criação do Instituto Superior de Ciências da Educação, da Faculdade de Direito, do Departamento de Arquitetura da Faculdade Engenharia e do Centro Nacional de Investigação Científica. Os grandes desafios deste período prendiam-se, essencialmente, com a consolidação do ES, melhorando o funcionamento das várias disciplinas que constituem o plano curricular de cada curso.

³ Salienta-se que a Universidade de Angola foi afectada por uma crise que levou a considerar a sua extinção (meados para o fim dos anos 70), por razões de redução do número de docentes e discentes. Estas dificuldades estiveram aliadas à transição do sistema colonial para um sistema independente, tendo a Universidade persistido e progredido graças aos investimentos públicos que permitiram o recrutamento de novos professores. Vide Nguluve, 2006, p.146.

Assistimos, então, à preocupação com a melhoria das condições de trabalho dos docentes, nomeadamente as salas de aulas, bibliotecas e os laboratórios.

A preocupação com a qualidade do ensino, por sua vez, enquadrava-se nos propósitos de qualificação de quadros de nível superior para apoiar os desafios socioeconômicos do País (Teta, 2008). De acordo com Canjimbi (2000) citado por Nguluve (2006, p.144), o número de estudantes matriculados no ES era relativamente baixo, constituindo um rácio de 54 estudantes para 100.000 habitantes. Junta-se também a preocupação ligada ao número de estudantes que, apesar do ingresso, não chegavam a concluir a sua formação, estimando-se que para cada cinco estudantes, dois não chegavam ao final desta etapa (Nguluve, 2006, p.146). Nesta época, havendo uma única universidade, o público era assegurado pela Universidade Agostinho Neto que, basicamente, concentrava as demais faculdades em Luanda e os Institutos Superiores localizados nas cidades de Lubango, Huambo, Benguela e do Uíge.

Extensão do Ensino Superior às Instituições Privadas (1992 - 2011)

Ultrapassado o período mais conturbado o ES, foi possível registrar o contínuo aumento de estudantes neste subsistema de ensino. Isto é, terminada a guerra civil em 2002, a situação política do país sofreu alterações significativas; o governo prestou maior atenção e disponibilizou mais dinheiro neste sector, tendo saldado num aumento significativo de estudantes. Neste ano, o número de estudantes havia já aumentado para 12.566 (Carvalho, 2012). Este cenário sociopolítico não só trouxe um novo sentimento de esperança a todos os que estavam interessados no progresso e no desenvolvimento do povo angolano, mas também numa nova possibilidade para a construção de novas políticas educacionais alinhadas com os desafios do desenvolvimento nacional, regional e internacional, no âmbito das parcerias (Agostinho Eduardo, 2020).

É neste contexto sociopolítico e econômico que surge a primeira instituição privada de ES em Angola, a Universidade Católica de Angola, que iniciou as suas funções em 1999, a qual se seguiram outras instituições. Até ao ano de 2011 existiam 10 universidades privadas e 12 institutos superiores privados. Portanto, tendo em conta o clima de paz, de 2002 para 2011, segundo o estudo apresentado por Kandingi (2016, p. 78), o número de estudantes a frequentarem os cursos de graduação em instituições de ES em Angola evoluiu para 140. 016.

A Evolução das Regiões Acadêmicas (2009 - 2020)

Considerando a dimensão do País e a crescente procura deste nível de ensino pela população, sobretudo pela comunidade estudantil (Naege, 2019), começaram a ser identificadas algumas necessidades específicas para que o ES continuasse a ser desenvolvido. Após um diagnóstico deste subsistema, em 2009 deu-se a reorganização e redimensionamento da Universidade Agostinho Neto (UAN) (Decreto nº 7/09 de 12 de Maio do Conselho de Ministros). Com base na estatística (MESCTI, 2018), de 2002 até 2008, os estudantes admitidos no 1º ano passaram de 4.341 para 8.212, traduzindo um aumento de 57% desta população (mesmo havendo ainda um elevado número de candidatos não admitidos nas instituições e nos cursos disponíveis).

Nos cursos de graduação, em 2002, o número de estudantes (12.554) aumentara, em 2008, para 46.838 (42.774 matriculados em licenciatura e 4.064 em bacharelato, uma taxa média de crescimento de 159% de licenciados e 36% de bacharéis por ano). Ao nível dos cursos de pós-graduação, o crescimento foi de 1.626, em 2008, (3 doutoramento, 436 mestrado e 1.189 várias especializações, equivalendo a uma taxa de 800% em mestrado, 97% em especializações e 138% em agregação pedagógica por ano). Notou-se também um aumento de diplomados de 304 para 4.517, em 2008, totalizando uma média de 1.980 por ano e uma taxa de aumento de 551%.

Ainda no período de redimensionamento da UAN (2009-2014), existiam 4.080 vagas, um número insuficiente face à procura dos estudantes que pretendiam transitar do ensino médio para ES. Já em 2009, o número de estudantes inscritos passou para 36.889 e o correspondente aos candidatos admitidos e matriculados atingiu o número de 4.642, sendo o rácio de preenchimento de vagas de 114 admissões por cada 100 vagas. Quanto aos estudantes que terminaram a graduação e pós-graduação neste ano, havia 961 diplomados e, em 2014, passaram para 6.197, representando um aumento por ano na ordem de 1.912 diplomados (crescimento de 98%).

Confrontando os anos de 2002 e 2014, nota-se que de 12.554 para 37.905 houve um aumento significativo da população estudantil no ES, cujo número de inscritos, 16.000, passou para cerca de 36.886 e o número de diplomados evoluiu de 304, em 2002, para 6.197, em 2014. Esta expressividade permite a compreensão da necessidade em termos de procura do ES em Angola assim como a efetividade do plano de expansão das universidades em Regiões.

No entanto, a criação de Regiões Acadêmicas, segundo o Decreto nº 5/2009 de 7 de Abril, permitiu delimitar a atuação e a expansão territorial das IES, alcançando o

âmbito regional ou provincial, isto é, confinadas àquelas áreas. Daí a **Região Académica I** – *Universidade Agostinho Neto* (Luanda e Bengo, sede em Luanda, 17 Instituições; 7 Faculdades, 1 Escola Superior e 8 Institutos Superiores); **Região Académica II** – *Universidade Katyavala Buila* (Benguela e Kuanza Sul, sede na província de Benguela, 6 Instituições; 3 Faculdades e 5 Institutos Politécnicos); **Região Académica III** – *Universidade 11 de Novembro* (Cabinda e Zaire, sede em Cabinda, 6 Instituições; 3 Faculdades, 2 Institutos Politécnicos e 1 Escola Superior Politécnica); **Região Académica IV** – *Universidade Lueji A'Nkonde* (Lunda Norte, Lunda Sul e Malange, sede na Lunda Norte, 11 Instituições; 5 Faculdades, 4 Escolas Superiores e 22 Escolas Politécnicas); **Região Académica V** – *Universidade José Eduardo dos Santos* (Huambo, Bié e Moxico, sede no Huambo, 5 Faculdades, 2 Institutos Politécnicos e 2 Escolas Superiores); **Região Académica VI** – *Universidade Mandume ya Ndemofayo* (Huila, Namibe, Cunene, e Kuando-Kubango, sede na província da Huila, 3 Institutos Politécnicos e 4 Escolas Superiores); **Região Académica VII** – *Universidade Kimpa Vita* (Uíge e Kuanza Norte, sede na província do Uíge, 2 Faculdades, 2 Escolas Politécnicas, 1 Escola Superior, 1 Academia de Saúde e 1 Instituto Superior (Decreto nº 7/2009 de 12 de Maio) e por via do Decreto presidencial nº 188/14, criou-se também a **Região Académica VIII** - *Universidade Cuíto Cuanavale* (Cuando Cubango e Cunene, sede na província de Cuando Cubango).

Assim, a regionalização universitária é um passo em direção à descentralização e à independência funcional das IES. É nesta vertente que o Ministério do ES, desde 2015, tem vindo a publicar⁴ documentos oficiais com o objetivo de esclarecer/reconhecer a legalidade daquelas instituições, tendo para o efeito, em 2018, registado 72 IES (25 públicas e 47 privadas) com base nos requisitos. Deste modo, existe 1 Academia, 4 Escolas Superiores Públicas, 49 Institutos Superiores (12 públicas e 37 privadas) e 18 Universidades (8 públicas e 10 privadas).

A Graduação entre 2017 e 2018

Relativamente à formação, em **2017**, foram graduados 21.310, destacando-se o curso de Direito com 2.288 (10,74%), sendo; públicas com 532 (12,50%) e privadas com 1.756 (8,24%), seguido do curso de Enfermagem com 1.392 (6,53%), sendo; 573 (2,69%) públicas e privadas com 819 estudantes (3,84%). Já no que diz respeito à área de

⁴ Por exemplo, no documento “Quadro Actual de Legalidade dos Cursos de Graduação Ministrados nas Instituições de Ensino Superiores Públicas e Privadas” assume a existência de 25 Instituições públicas e 45 privadas.

conhecimento, realçam-se as Ciências Sociais, Comércio e o Direito com 45, 25% (11,52% públicas e 33,53% privadas), seguindo-se a área da Educação com 25,76%, (21,27% públicas e 4,49% privadas). Também o diagnóstico indica que as IES Privadas contribuíram na graduação de 54,43 % (sendo 24,02% Masculino e 30,41% Feminino) em oposição as IES Pública 45,57% (Sendo 25,86% Masculino e 19,71% Feminino), segundo MESCTI (2018).

Para o ingresso de novos estudantes, as IES disponibilizaram uma oferta de 134.418 vagas com maior proporção nas IES privadas com 106.851 (79,5%) contra 27.567 (20,5%) das IES públicas. Esta oferta engajou 234.369 candidatos inscritos para o Exame de Acesso, sendo a maior procura registada nas IES públicas de 72,18% contra 27,82% das IES privadas.

Esta procura cingiu-se nas áreas de Ciências Sociais, comércio e Direito 36,99%, Educação com 23,42%, Saúde e Proteção Social com 23,42% e a área de Letras e Artes com somente 1,12% de procura. Nesta estatística, a admissão de candidatos através do exame de acesso foi de 87.198 (37,21 %) com realce para as IES privadas com 58.007 (24,75%) contra 29.191 (12,46 %) das IES públicas. No entanto, dos candidatos admitidos somente 78.574 realizaram a matrícula pela 1ª vez, sendo 34.526 do sexo feminino (43,94%) e 44.048 do sexo masculino (56,06 %) representando uma taxa de ingresso de 58,45 %.

Ao contrário do anterior, o ano de **2018** contou com uma matrícula de 261.214 estudantes (54,76 %, sexo masculino e 45,24 %, sexo feminino), sendo as IES privadas as que concentraram o maior número de estudantes (53,06 %) em relação às IES públicas (46,94 %). Assim, as áreas do conhecimento (1) Ciências Sociais, Comércio e Direito com 44,06 %, (2) Ciências da Educação 20,07 %, (3) Engenharia, Indústria de Transformação e Produção 14,05 % e (4) Saúde e Proteção Social com 13,06 % foram as que maior número de estudantes matriculou. À semelhança de 2017 o curso de Direito foi o que maior número de estudantes matriculou 11,64 %, seguindo-se ao de Enfermagem e Psicologia (5,42 % e 4,49 %).

Dada a localização geográfica das IES, a província de Luanda concentra o maior número de estudantes (50,87 %,) destacando-se as IES privadas (38,89%) contra 11,98 % das IES públicas. Seguem-se as províncias: Huíla (7,84 %), Benguela (7,56 %) e Huambo (7,28 %). Portanto, em termos de Recursos Humanos, contou-se com 17.391 funcionários, 10.441 docentes 60,04 % (23,29 % IES publicas e 36,75 % IES privadas) e 6.950 são Técnicos Administrativos 39,96% (19,40 % IES públicas e 20,56 % IES

Mbaz Naege, Albano A. Eduardo, O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações privadas), predominando o gênero masculino 68,14 % (46,15 % docentes e 21,99 % técnicos administrativos) em relação ao feminino 31,86 % (13,89 % docentes e 17,97 % técnicos administrativos).

A Passagem das Regiões Acadêmicas em Redes de Instituições Públicas

No âmbito da reorganização das redes de IES públicas no país, o governo extinguiu e fundiu⁵ 12 instituições públicas, entre várias razões, com objetivo de evitar a dispersão de recursos financeiros e humanos, bem como com a finalidade de adequar a expansão de acordo com os objetivos estratégicos de desenvolvimento socioeconômico e comunitário local (MESCTI, 2018). Esta ação obedeceu ao programa do governo que assentou no redimensionamento das instituições existentes; fusão de algumas e a criação de novas IES. Foi nesta visão que o país passou a contar com 11 Universidades e com respectivos cursos, enquanto oferta para a diversificação de quadros:

1) **Universidade Agostinho Neto** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Ciências Naturais, Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Faculdade Engenharia, Faculdade Humanidades, Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências de Saúde, Instituto de Educação Física e Desportos e Escola de Hotelaria e Turismo), 2) **Universidade Cuíto Cuanavale** — *Unidades Orgânicas* (Instituto Politécnico e Escola Pedagógica), 3) **Universidade José Eduardo dos Santos** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Ciências Agrárias, Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Faculdade de Engenharia, Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina Veterinária, Instituto Politécnico). 4) **Universidade Katyavala Bwila** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Faculdade de Medicina, Instituto Politécnica); 5) **Universidade Kimpa Vita** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Instituto Politécnico), 6) **Universidade Lueji A N'Nkonde** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Escola Pedagógica na Cidade de Dundo; Instituto Técnico do Cuango na Cidade do Cuango e Instituto Politécnico na Cidade do Saurimo Província da Lunda Sul. 7), **Universidade Mandume Ya Ndemufayo** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade Direito; Faculdade de Economia, Faculdade de Medicina e Instituto Politécnico, na Cidade Ondjiva, Província do Cunene), 8) **Universidade 11 de Novembro** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Direito,

⁵ À luz do Decreto Presidencial nº 285/20 do 29 de Outubro que estabelece a reorganização de Instituições Públicas de Ensino Superior em Angola, revogado o Decreto nº 5/09 de 7 de Abril, o Despacho Presidencial nº 38/16, de 24 de Março, o Decreto Presidencial nº 172/14 de 23 de Julho, o Despacho Presidencial nº 63/16, de 18 de Maio.

Faculdade de Economia, Faculdade de Medicina, Instituto Politécnico), 9) **Universidade do Namibe** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Ciências Naturais, Faculdade de Ciências das Pescas, Faculdade de Ciências Sociais e Humanidades, Faculdade de Engenharia e Tecnologias), 10) **Universidade Rainha Njinga a Mbande** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Medicina, Instituto Politécnico, Instituto de Tecnologia Agro-Alimentar), 11) **Universidade de Luanda** — *Unidades Orgânicas* (Faculdade de Arte, Faculdade de Serviço social, Instituto Politécnico de Gestão, Logística e Transportes, Instituto de Tecnologias de Informação e Comunicação).

Paralelamente àquele esforço, o governo reajustou 11 Institutos Superiores Autónomos sedeados nas seguintes províncias:

Ex. Unidade Orgânica da Universidade Katyavala Bwila (**Benguela**); Instituto Superior Politécnico do Bengo, Ex. Unidade Orgânica da Universidade Agostinho Neto (**Bengo**); Instituto Superior de Ciências da Educação, antiga Unidade Orgânica da Universidade 11 de Novembro (**Cabinda**); Instituto de Ciências da Educação, Ex. Unidade Orgânica da Universidade Katyavala Bwila, Instituto Superior de Petróleos e Instituto Superior Politécnico de Cuanza Sul todas na Cidade do Sumbe (**Cuanza- Sul**); Instituto Superior de Ciências de Educação (**Huambo**); Instituto Superior da Educação, na Cidade de Lubango (**Huíla**); Instituto Superior de Ciências da Educação (**Luanda**); Instituto Superior de Ciências da Educação (**Uíge**); Instituto Superior Politécnico, na Cidade de Soyo (**Zaire**).

Ainda na vertente de oferta formativa, registou-se a alteração de Tipologia de Escola para Instituto Superior Autónimo, as Instituições Públicas de Ensino Superior que foram criadas como Escolas Superiores, pelo Decreto nº 7/09, de 12 de Maio, nos termos do novo diploma, um total de 3, passam a ser Institutos Superiores Politécnicos Autónomos para além da criação de 4 Escolas Superiores Autónomas, nas províncias de Bengo, Bié, Cuanza Norte e província de Zaire (Decreto Presidencial nº 285/2020 do 29 de Outubro).

Deste modo, o Subsistema de Ensino Superior ao integrar 93 IES (29 públicas e 64 privadas) registou 1090 graduações (362 IES públicas e 728 IES privadas). Para além da observação, é importante salientar com base no Anuário que o quadro atual de cursos/oferta formativa, àquele nível, é heterogêneo, desequilibrado e gerador de distorções no que diz respeito à relação diplomados e necessidades socioeconômicas, porque é um quadro que evidencia maior concentração de cursos na capital do país (45%), sobretudo, nas áreas de Ciências Sociais e Humanas (MESCTI, 2018).

Discussão dos Resultados

A revisão bibliográfica e documental, numa abordagem de natureza qualitativa, permitiu compreender os aspectos históricos do ES em Angola e obter os dados descritos nas secções anteriores, com base na questão de pesquisas. A intencionalidade na sua recolha justificou-se pelo fato de, para além da sua significação no contexto social (Bogdan & Biklen, 1994), pretendermos compreender a relação entre as variáveis, evolução universitária e implicações no desenvolvimento.

A par do crescimento do país, a evolução dos dados indica que o principal desafio do sector é a melhoria da qualidade do ES em que o crescimento espelha a quantificação das suas instituições bem como o número da população estudantil cujo desafio é ajustar o paradigma estrutural⁶, para além de formar quadros e técnicos capazes de responderem aos diferentes sectores da vida nacional e internacional.

Sendo um dos desafios da educação, em geral, e, particular do ES, a elevação da qualidade do ensino, torna-se necessário que sejam definidos parâmetros de qualidade para que as instituições públicas e privadas gozem de maior prestígio de modo que os seus estudantes se tornem em profissionais mais competentes. Esta evolução (extensão, regionalização, redes), por mínimo que seja, é também uma consequência da sua qualidade (Agostinho Eduardo, 2020), isto é, passos em direção a avaliação da qualidade do ensino, corpo docente e da qualidade das instalações e dos respectivos cursos enquanto resposta à demanda/oferta formativa, sendo um esforço indispensável para o contínuo desenvolvimento se se tiver em conta os padrões internacionais (Paulo & Almeida, 2018).

Uma outra leitura que os dados evidenciam é a possibilidade de os estudantes diversificarem a formação ao nível da rede cuja avaliação externa sobre a interna também ajuda aos estudantes a ponderarem sobre as suas escolhas, sobretudo ao nível da

⁶ A Universidade Lueji A N'Nkonde (ULAN), enquanto modelo de observação, surgiu por força do Decreto nº 7/09 de 12 de Maio. Segundo Agostinho Eduardo, (2020, p. 4) "coube à província de Malanje a Faculdade de Medicina, Instituto Superior Politécnico e o Instituto Superior Técnico Agro-Alimentar, estas duas sem dependência à ULAN; à província da Lunda Sul, a Escola Superior Politécnica e à província da Lunda Norte, a ESPLN, a Escola Superior Politécnica do Cuango, as Faculdades de Direito e de Economia". No período de 2009-2019 teve um universo de 42291 e uma média de 3. 844 estudantes matriculados. De acordo com o mesmo estudo, a "triangulação MESCTI, ULAN e parceiros internacionais (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Instituto de Cooperação Jurídica da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Universidade Trás-os Montes e Alto Douro, Universidade Marian Ngouabi-Congo Brazaville, Universidade de Quilmes-Argentina e com a Universidade de São Paulo" (p. 4-5) permitiu, a partir de 2018, a aprovação dos mestrados em Ciências da Educação (ESPLN), Desenvolvimento Sustentável e Gestão Ambiental (ESPLS) e em Toxicologia (Faculdade de Medicina), suportados por um corpo docente maioritariamente colaborador, carência de bibliotecas (especializadas), carência de recursos financeiros. No âmbito da evolução em Redes, está confinada nas duas Lundas ainda com parte das anteriores dificuldades.

qualidade do ensino e de proximidade da sua residência. No entanto, este esforço tem as suas implicações colaterais, uma vez que o ensino médio não está isento de insuficiências do ponto de vista de qualidade e de exigências dado que um número considerável de estudantes tem sido incapaz de alcançar a média exigível para a admissão no ES. Nos casos em que há ponderações (admissões) esta dificuldade tem proporcionado a existência de estudantes a frequentar o ES sem a necessária preparação académica ao nível do saber prévio, indispensável para a frequência universitária, dá lugar a deficiências que os estudantes e os professores vão contornando, perdendo alguns dos parâmetros de qualidade pretendidos como mais abrangentes possíveis (Cruz, 2005).

O exercício de investigação científica, área que requer mais investimento, é outro elemento subjacente a esta evolução uma vez que a edição de revistas ou livros científicos, assim como a dinamização de encontros científicos continua a ser uma atividade escassa — os docentes e estudantes que pretendem dedicar-se à investigação confrontam-se às vezes com a necessidade de sair do país para obterem o incentivo e respectivo acompanhamento metodológico. Mesmo nestes casos, de acordo com Silva (2012), ainda não é fácil divulgar, nas universidades locais, os resultados tanto das investigações quanto da aplicação prática, sendo uma postura de resistência e descrédito quanto à relevância da produção científica, desacelerando o crescimento do país.

Outra linha de atenção é a construção de infraestruturas universitárias (escolares, bibliotecas e laboratórios), para além de docentes capazes de desenvolverem nos estudantes as competências necessárias ao mercado de trabalho. Segundo Carvalho (2012, p. 57), o fato de haver docentes com pouca preparação e rigor metodológico estas lacunas são uma condição que despromove, sobretudo, o rigor ao nível do subsistema. O levou o governo (em parceria) a investir na capacitação do quadro docente com vista a alterar, atualização e imprimir uma nova dinâmica aos desafios de desenvolvimento do país.

Considerações Finais

Ao longo desta reflexão foi possível caracterizar alguns aspectos relativos ao percurso do ES em Angola, com destaque para as distintas fases da sua evolução, como parte do seu desenvolvimento e do sistema educativo em geral. As realidades históricas, sociopolíticas e económicas do País são variáveis inseparáveis do desenvolvimento do ES em Angola cujas fases de evolução se compenetraram nos esforços de educação,

formação e realização de gerações. Para além da evolução as implicações do seu desenvolvimento refletem - se no país e, em particular, em cada região/rede académica ao responderem às demandas formativas às quais se deve juntar com rigor os desafios do século XXI — saber, saber fazer e o saber estar em direção a um saber estar e ao saber ter individual, comunitário e universal.

A retoma da informação estatística (MESCTI, 2018) ajuda a perceber a necessidade de uma visão desafiadora, a partir das fragilidades / deficiências, fundamentada em acompanhamento, apoio e modernização das instituições, adequando-as às solicitações regionais e internacionais de formação e diversificação de quadros. Pois a falta de estruturas adequadas para acomodar a maioria das IES, a insuficiência de docentes efetivos (também com qualidade questionável), a ausência de fundo de apoio à investigação científica, a superação e adequação do perfil do estudante universitário, a pouca relação entre a universidade e as suas comunidades, são entre outras implicações que as universidades necessitam de reinvenção nesta visão expansionista.

Assim, quanto maior diversidade e oferta formativa (cursos), maior deve ser a preocupação em relação à qualidade e à gradual consolidação das IES, a partir do agora, enquanto parte das implicações no desenvolvimento de ES em Angola. Portanto, nesta evolução e implicações no desenvolvimento, as especificidades da ULAN, no geral, não são estranhas a compreensão de outras universidades, sobretudo novas, com a diferença entre as unidades orgânicas antigas e as criadas recentemente; entre as mais e menos dotadas financeiramente, bem como de características socioeconômicas das respectivas províncias acolhedoras, o que pressupõe ainda um longo caminho de investimento para um retorno de e com maior qualidade nacional e internacional.

Referências

- Agostinho Eduardo, A. (2020). A Escola Superior Pedagógica da Lunda Norte e o seu objecto social vs COVID-19. *Revista Eletrónica Kulongesa – TES*. 3 (E-1): 65-74.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Tradução de Maria J. Alvarez, Sara B. dos Santos e Telmo Baptista. Porto: Porto Editora.
- Canjimbi, L. (2000). Situação da Educação em Angola: Grandes Centros Urbanos: In Primeira Semana Social Nacional 99: *Educação para uma cultura de paz (pp.172-189)*. Luanda: CEAST
- Carvalho, P. (2012). Angola: Estrutura social da sociedade colonial. *Revista Angolana de Sociologia*, 7(1), 57-69.

Mbaz Naege, Albano A. Eduardo, *O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações*

Cruz, V. E. (2005). *O estatuto do indigenato e a legalização da discriminação na colonização portuguesa. O caso de Angola*. Lisboa: Novo Imbondeiro.

Cunha, M. (2010). *Trajetórias de Lugares de Formação da Docência universitária. Da perspetiva individual ao espaço institucional*. Junqueira & Marim editores. RJ, Brasil.

Decreto Presidencial nº 07/2009 de 12 de Maio. Diário da República nº237/2009 - I Série. Estabelece as Normas Gerais Reguladoras do Subsistema de Ensino Superior. Secretaria de Estado para o Ensino Superior. Luanda.

Decreto Presidencial nº 285/2020 do 29 de Outubro. Diário da República nº 173/2020 – I Série que Estabelece a Reorganização da Rede de Instituições Públicas de Ensino Superior. Secretaria de Estado para o Ensino Superior. Luanda.

Decreto Presidencial nº 32/2020 de 12 de Agosto. Diário da República nº 132/2020 - I Série. Lei de Bases do Sistema de Educação e Ensino, que altera a lei nº 17/16 de 7 de Outubro. Secretaria de Estado para o Ensino Superior. Luanda.

Gulbenkian, C. (1987). *Estudo da Universidade Agostinho Neto*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Henderson, L. W. (1990). *A Igreja em Angola*. Lisboa: Editorial Além-Mar.

Kandingi, A. C. (2016). *A expansão do Ensino Superior em Angola. Um estudo sobre impacte das instituições do Ensino Superior Privado*. Tese de doutoramento (não publicada). Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

MESCTI (2018). *Anuário de estatístico do ensino superior*. Ministério do ensino superior, ciências, tecnologia e inovação da República de Angola. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. Luanda. 5ª ed. Edições MESCTI.

Naege, M. (2019). *Transição, adaptação e Sucesso académico: estudo com alunos do 1º ano do ensino superior em Angola*. Editorial Academica Universitaria (Edacun). Universidad de Las Tunas: <http://www.edanob.ut.edu>.

Nguluve, A. K. (2006). *Política Educacional Angolana (1976-2005): Organização, Desenvolvimento e Perspetivas*. Dissertação de mestrado não publicada São-Paulo: Universidade de São Paulo.

Paulo, T. G., & Almeida, L. S. (2018). Adaptação dos estudantes ao Ensino Superior em Angola: Análise das suas dificuldades antecipadas. In J.R. Casanova, M. J. Ruiz-Melero, & L. S. Almeida (Eds.), *VI Seminário Internacional: Cognição, Aprendizagem e Desempenho. Livro de Atos (pp. 102-109)*. Braga: Centro de Investigação em Educação (CIEd), Universidade do Minho.

Mbaz Naege, Albano A. Eduardo, O desenvolvimento do ensino superior em Angola: implicações Santos, M. (1970). *História de ensino em Angola*. Edição dos Serviços de Educação. Luanda

Silva, E. A. (2004). *O burocrático e o político na administração universitária. Continuidades e rupturas na gestão dos recursos humanos docentes na Universidade Agostinho Neto (Angola)*. Braga: Universidade do Minho, Centro Investigação em Educação (CIEEd).

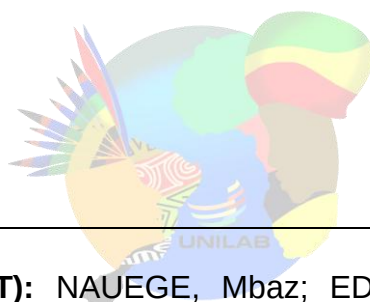
Silva, E. A. (2012). *Universidade Agostinho Neto. Quo vadis?* Luanda: Editora Kilombelombe.

Teta, J. S. (2008). Educação superior em Angola, (1991), 30-34. Retieved from <http://www.pucrs.br/edipucrs/cplp/arquivos/teta.pdf>.

Zau, F. (2009). *Educação em Angola, Novos trilhos para o desenvolvimento*. Lisboa: Ed. Universitária.

Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 27/12/2022



Para citar este texto (ABNT): NAUEGE, Mbaz; EDUARDO, Albano Agostinho. O desenvolvimento do ensino superior em angola: implicações da diversidade das suas instituições. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p. 290-306, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): Naege, Mbaz; Eduardo, Albano Agostinho. (dez.2022).O desenvolvimento do ensino superior em angola: implicações da diversidade das suas instituições. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 290-306.

Ensino primário e qualidade de serviços comunitários: a teoria de educação de Julius Nyerere vista a partir da realidade de Moçambique

Fernando Rafael Chongo *

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-2706-9916>

Resumo: O investimento na educação é uma estratégia incontornável de lograr a produção de conhecimentos, que é o garante indubitável do desenvolvimento humano. À vista disso, a história universal preserva algumas teorias da educação que são passíveis de análise e quiçá de aplicabilidade nos dias que correm. O presente estudo tem como objetivo analisar até que ponto releva para Moçambique a teoria de educação de Julius Nyerere, que concebe o ensino primário como um fator de garantia da qualidade de serviços comunitários. Em termos metodológicos o presente estudo é de caráter qualitativo, e a sua técnica de recolha de dados é a entrevista. O estudo conclui que a teoria de educação de Julius Nyerere é deveras relevante para Moçambique, porquanto estimula significativamente a potenciação do ensino primário como uma base de construção de conhecimentos em prol do desenvolvimento local.

Palavras-passe: Ensino Primário, Garantia De Qualidade, Teoria De Educação

Jondzo ya masungulu ni kuyampwsa ka mintirho amintlaweni: Kuwoneka ka miyanakanyu ya Julius Nyerere kusakela ka mahanyela ya Musambiki

Nkomiso (Changana): Nsimamelo eka jondzo indlela yaku yaka vutivi, leli hluvukisaka vumunhu. Hi ndlela leyi, matimu ya misava mihlayisa miyanakanyu ya nkoka mayelana nita jondzo, lemioxopaxopekaka hambi kutirhiseka masikwini lawa. Tsalwa leli lini nkongomrto waku xiyaxiya mpimu wa lisima la miyanakanyu ya Julius Nyerere mayelana nita jondzo, leti fambelanaka nita jondzo ya masungulu, svanga ndlela ya kuyampswisa mintirho amintlawemi. Ndlela leyi tirhisiweke ya kukola svitiviwa l nxopanxopo wa miyanakanyu ya nkoka. Enxopaxopeni leyo ku kumeke lesvaku miyanakanyu ya Julius Nyerere mayelana nita jondzo l ya nkoka svinene, hikusa mapfuxetela svinene ajondzo ya masungulu akuyakeni ka vutivi leli pfuxetelaka nhluvuku amigangeni.

Marito-mpfungulo: Jondzo ya masungulu, kuyampswa ka jondzo, miyanakanyu ya ta jondzo

Primary education and quality of community services: Julius Nyerere's theory of education seen from the reality of Mozambique

Abstract: Investment in education is an unavoidable strategy to achieve the production of knowledge, which is the undoubted guarantee of human development. In view of this, the universal history preserves some theories of education which are susceptible of analysis and perhaps of applicability nowadays. The present study aims to analyse to what extent the theory of education of Julius Nyerere, who sees primary education as a factor that guarantees the quality of community services, is relevant to Mozambique. In methodological terms, the present study is qualitative, and its data collection technique is interview. The study concludes that the theory of education of Julius Nyerere is very relevant to Mozambique, because it significantly stimulates the enhancement of primary education as a basis for building knowledge for local development.

Keywords: Primary education, quality assurance, theory of education

* Doutor em Inovação Educativa (Ciências de Educação) pela Universidade Católica de Moçambique; Professor Auxiliar no Departamento de Pedagogia e Psicologia, Faculdade de Educação, Universidade Púnguè, na Região Centro de Moçambique. E-mail: fernandochongo@yahoo.com

Introdução

Nos dias que correm é impensável dispensar a educação, seja ela primária, secundária, terciária ou mesmo transversal. Reconhece-se o seu indubitável papel de catalisação do desenvolvimento. Nesta era das sociedades de conhecimento é imprescindível que cada estado garanta a construção de sistemas de educação que possam estimular a promoção da dignidade humana, através da oferta de diversificados programas de formação de protagonistas da transformação social. Com efeito, é estratégico conceber sistemas educativos que valham para a humanização das sociedades.

O conhecimento, uma das ferramentas em uso no processo de construção do desenvolvimento das sociedades atuais, resulta do contributo de sistemas educativos que sejam orientados para a qualidade. Sendo assim, há uma competição mundial, tanto em promover a qualidade de educação, quanto em sancionar os sistemas de educação que ignorarem práticas de investimento na cultura da qualidade. As sociedades modernas logram, através duma educação de qualidade, reformar seus propósitos e buscar caminhos apropriados ao autodesenvolvimento (OFUASIA, 2019).

Em Moçambique está-se numa incessante peleja pela construção de ideias que sejam em prol da melhoria significativa da qualidade do ensino primário. No contexto da concepção das políticas públicas são reconstituídas legislações orientadas para a galvanização da qualidade de ensino. Ademais, no contexto da promoção das liberdades de expressão permite-se que académicos e amantes da educação se desdobrem em emitir críticas construtivas ao estágio atual da educação primária em Moçambique (CASTIANO, 2006).

Nisso, constrói-se por um lado uma consciência coletiva assente na ideia de que a melhor estratégia de integração social é o investimento na promoção, desenvolvimento e garantia da qualidade da educação, com destaque para o ensino primário. Por outro lado, inculca-se nos programas de educação que esta é orientada para ser um contributo em prol da emancipação inclusiva e equitativa do homem e da mulher. Ademais, em cursos de formação de professores e de gestores da educação ensina-se a estudar a história universal à procura de teorias contemporâneas da educação, de modo que sirvam de luz no processo de análise e de melhoria dos sistemas e subsistemas nacionais de educação (BASÍLIO, 2016; BERTRAND, 2019).

Entretanto, passam sensivelmente 20 anos de implementação do currículo local. Esta é uma componente do currículo do ensino primário que visa promover a construção de conhecimentos relevantes para o desenvolvimento das comunidades. Seus impactos, que no nosso entender deixam a desejar, não têm constituído temáticas de debates na arena acadêmica. As direções provinciais, distritais, de escolas e os próprios docentes parecem não estarem sendo contínua e convenientemente preparados para evoluírem no domínio da gestão do currículo local.

Face ao exposto o pesquisador formulou o seguinte problema de investigação: que relevância tem para Moçambique a teoria de educação, de Julius Nyerere, que concebe o ensino primário como um fator de garantia da qualidade de serviços comunitários? O presente estudo tem como objetivo analisar a relevância que tem em Moçambique a teoria de educação, de Julius Nyerere, que concebe o ensino primário como um fator de garantia da qualidade de serviços comunitários.

O nome *Julius Kambarage Nyerere* está orgulhosamente marcado na história das ideias pedagógicas. É uma grande referência do pensamento pedagógico africano (GADOTTI, 2014). A sua teoria de educação tem merecido análises por académicos africanos, europeus e americanos (MAJOR & MULVIHILL, 2009; IBANGA, 2016). *Mwalimu*, que significa professor na língua Suaíli, era o nome com que era chamado em homenagem aos seus feitos. Em meados da década de 1980, os alunos do ensino primário em Moçambique auto-intitulavam-se continuadores da revolução moçambicana e, nisto, faziam referência ao *Papá Samora* e ao *Vovó Nyerere*. Esta célebre figura africana deixou como legado uma teoria de educação que merece uma atenção especial, precisamente neste ano em que estaríamos celebrando os seus 100 anos de vida (1922-2022).

Em termos estruturais o presente estudo observa cinco partes principais. A primeira parte é a introdução. A segunda parte é a revisão da literatura, que é composta pelas seguintes secções: (i) Teorias da educação: fatores perenes de desenvolvimento humano, (ii) Educação para a autoconfiança: uma teoria histórica de Julius Nyerere e, (iii) Currículo local: uma implementação atual no ensino primário em Moçambique. A terceira parte do estudo é a dos caminhos metodológicos. A quarta parte é de apresentação, análise e discussão dos resultados. Por fim, a quinta parte é das conclusões.

1. Teorias de Educação: fatores perenes de desenvolvimento humano

O ser humano foi criado para ser ativo e criativo. Logo após o seu nascimento vê-se na contingência de estar engajado na busca da sua própria subsistência. Luta constantemente pela preservação da sua estrutura biológica, de modo a poder manter a sua condição de ser vivo. Entretanto, o ser humano é um ser educável através de processos de integração social. Todos os seus esforços individuais seriam insuficientes se ele dispensasse a prática das relações sociais. Com efeito, no contexto da promoção da dignidade humana concebe-se a educação como um direito fundamental, por ser um caminho incontornável de integração social (MONTEIRO, 2005).

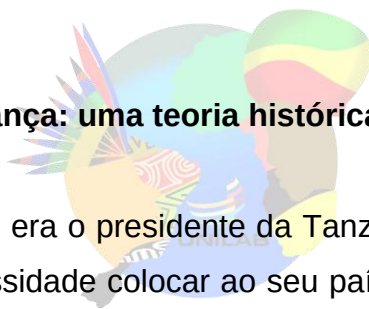
A educação é uma realização social perene. Os sistemas sociais e estaduais devem torná-la num fator constante e eficaz de desenvolvimento da aprendizagem para a integração social. Entende-se, por conseguinte, a partir do estudo da história da humanidade, que onde há sociedade, há educação (VEIGA, 2007). Por causa da indissociabilidade da sociedade com a educação, a história da humanidade foi registando uma série de teorias contemporâneas da educação. Crê-se, pois, que as ideias fundamentais relativas a educação são passíveis de transmissão e de reconstrução. Ademais, inspiram a construção de novas teorias de educação.

Teorias da educação são ideias sistematizadas, que foram sendo adoptadas em determinadas circunstâncias, para o desenvolvimento de mudanças em prol da superação de determinados problemas na área da educação. Dito doutro modo, são referências, modelos, paradigmas ou filosofias que incitam mudanças e melhorias por terem sido marcantes e por serem relevantes na área da educação. Existem, portanto, diversas teorias da educação, sendo de fazer menção às que se enquadraram nas seguintes designações: espiritualistas, personalistas, psicocognitivas, tecnológicas, sociocognitivas, sociais e académicas (BERTRAND, 2019).

Em 1960 já estavam em voga no mundo, por exemplo, as teorias de desenvolvimento do capital humano, que têm estado a defender a necessidade de formação do capital humano como um fator de garantia do desenvolvimento e do estímulo do bem-estar dos menos favorecidos (LEMER, 2006; CABRAL, SILVA & SILVA, 2016). Como corolário das pressões diretas e indiretas das referidas teorias foi criada em Moçambique, mesmo na era colonial, a primeira instituição de ensino superior, designada por Estudos Gerais Universitários de Moçambique (EGUM), em 1962. Passou a chamar-

se Universidade de Lourenço Marques (ULM), em 1968, e em Universidade Eduardo Mondlane (UEM), em 1976, já no período pós-independência (LANGA, 2013). Ainda houve, nessa altura, a formação de figuras africanas, tais como o Professor Doutor Eduardo Chivambo Mondlane, que se formou em 1961 e colaborou significativamente na criação da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), em 1962, na Tanzânia, numa altura em que este país acabava de se tornar independente e por sinal estava sob a presidência do Professor Julius Kambarage Nyerere.

As teorias da educação relevam pelo fato de serem essencialmente orientadas para o estímulo do desenvolvimento comunitário. As comunidades, sendo e devendo ser o objeto fundamental da pesquisa educacional, têm as suas necessidades e potencialidades identificadas à luz das teorias da educação. Dito doutro modo, as teorias da educação são ferramentas e os pesquisadores educacionais são sujeitos de construções de estratégias de melhorias no seio das comunidades. Com efeito, as teorias da educação são fatores perenes de desenvolvimento humano no seio das comunidades (CASTIANO, 2010).



2.Educação para a autoconfiança: uma teoria histórica de Julius Nyerere

Em 1967, Julius Nyerere era o presidente da Tanzânia há cinco anos. No contexto da sua governação viu a necessidade colocar ao seu país a sua ideia sobre a educação. Tinha tido, pois, o privilegio de graduar-se em educação, em 1945, em Makerere College, na Uganda. Ademais, alcançara o grau de Mestre em Ciências Sociais, em 1952, pela Edinburg University, no Reino Unido (NASANGO & MUSUNGU, 2009).

A ideia de Julius Nyerere surgiu para a superação da mentalidade que havia sido implantada ao povo tanzaniano pelo sistema colonial, sobre educação. Se, por um lado, o sistema colonial, que era alicerçado no neoliberalismo, dava primazia às liberdades individuais em prol do desenvolvimento do capitalismo, por outro lado, Julius Nyerere, cujo país acabava de ganhar a independência política, dava primazia a que o povo conquistasse as liberdades mentais. Promovia um sentido de familiaridade (*Ujamaa*, em língua Suaíli), para que de forma unida e autoconfiante o povo pudesse fazer face aos desafios individuais, comunitários e nacionais (IBANGA, 2016).

A educação, no contexto colonial, tinha o pretexto de pretender ser um processo de civilização dos povos colonizados, de modo que estes superassem os seus atrasos culturais e alcançassem o nível da alta cultura europeia. Entretanto, o mesmo modelo de

educação chegou a ser interpretado pelos colonizados como um processo de alienação, que era a inculcação de crenças e de valores ocidentais mormente aos povos africanos. Na óptica dos interpretes da educação colonial a alienação não tinha em vista o desenvolvimento humano dos povos africanos. Era a construção estratégica do servilismo em prol do desenvolvimento dos estados colonizadores (MAJOR & MULVIHILL, 2009).

Julius Nyerere concebia a educação em duas dimensões fundamentais e complementares. A primeira dimensão tinha que ver com a educação como um processo de transmissão. As sociedades, representadas por suas respectivas instituições formais e informais, eram educadas para que transmitissem deliberada e orgulhosamente as suas heranças culturais, que eram as suas experiências de vida, de geração em geração. A segunda dimensão, por sua vez, tinha que ver com a educação como um processo de reconstrução ou de inovação das culturas ou experiências herdadas. Em função de suas necessidades contextuais, as sociedades eram educadas para que reaprendessem e reajustassem as suas tradições e culturas, como forma de garantia do poder de solução de seus problemas contextuais (IBANGA, 2016).

A transmissão e a reconstrução são expressões de subsistência coletiva e evolutiva. A transmissão, por um lado, carrega consigo a história, tanto do insucesso, assim como do sucesso do povo. O insucesso do passado devia ser conhecido no presente, de modo que servisse de lição e fosse evitado. O sucesso, por sua vez, devia ser conhecido e utilizado para que galvanizasse o engajamento pela busca de conquistas. A reconstrução, por outro lado, carrega consigo a expressão da inteligência coletiva, que é a sua capacidade de autoconhecimento, autocorreção e autodesenvolvimento. Estas duas dimensões de educação têm feito, portanto, com que a cultura seja concomitantemente um legado e uma construção histórica das sociedades africanas. Foi nessa óptica que Julius Nyerere adoptou a língua Swahili como língua nacional e oficial. Utilizou a língua como um elo de unificação cultural (MESQUIDA, PEROSA & AKKARI, 2014).

No nosso entender, Julius Nyerere pretendia derrubar a mentalidade servil e substituí-la por uma mentalidade criativa, alicerçada no sentido de pertença e de valorização da cultura local. Uma vez ganha a independência política, era imprescindível, pois, consolidar o ganho da independência cultural nas suas várias dimensões, bem como da independência econômica. Foi assim, por sinal, que tomou os desafios que enfrentava no contexto da sua governação, como magnas oportunidades para a produção de ideias

para a sua superação. Foi nesse contexto que protagonizou a criação da teoria de educação para a autoconfiança.

Julius Nyerere apresentou primeiramente uma ideia de adoção, tanto de *Ujamaa*, quanto da língua Suaíli como uma língua oficial, tal como a língua inglesa. Foi nessa base que inculcou a educação do povo para a autoconfiança. Educou, assim a superar a mentalidade de dependência e a construir uma cultura nacional, quanto de preservação cultural, quanto de subsistência comunitária (NASANGO & MUSUNGU, 2009).

No contexto da educação para a autoconfiança, o sistema educacional tanzaniano deveria investir no desenvolvimento de competências, bem como na dedicação pelo aperfeiçoamento das mesma em prol da excelência resultante da criatividade. Conceberia, com efeito, a autoconfiança como estimulante do auto-respeito, da auto-realização e, conseqüentemente, do autodesenvolvimento humano (IBANGA, 2016).

A teoria da autoconfiança defendia alguns princípios, sendo de destacar três. O primeiro principio é de trabalho por todos e exploração por ninguém. O segundo é de partilha de recursos produzidos nos esforços conjuntos. O terceiro é de igualdade e respeito pela dignidade humana (MAJOR & MULVIHILL, 2009). A teoria concebe a educação como emancipação da pessoa humana para a construção da liberdade mental, baseada na inquirição, como uma estratégia de superação de barreiras do desenvolvimento, tais como a ignorância a dependência e a pobreza. Mais do que isso, a educação é uma exaltação da participação activa de individualidades competentes na construção de comunidades e duma sociedade que seja livre e orientada para o autodesenvolvimento (NASANGO & MUSUNGU, 2009; GADOTTI, 2014).

A teoria de Julius Nyerere não se compadece com o capitalismo, que permite que o gozo das liberdades individuais viole as liberdades dos outros. A de Nyerere tem uma perspectiva socialista, que a levou a ser designada, a partir de 1974, por teoria de educação para a libertação (NASANGU & MUSUNGU, 2009).

A teoria de Julius Nyerere tem pontos de convergência com a de Paulo Freire. Trata-se dum pensador brasileiro que foi o autor da teoria da pedagogia do oprimido, uma pedagogia de engajamento dos oprimidos pela sua própria libertação e pela libertação dos opressores, através da promoção da intersubjectividade.

Paulo Freire despromovia a educação bancária, baseada na dissertação do educador para o deposito de conteúdos na cabeça do educando e na memorização por parte deste, que devia guarda-los, arquivá-los. Defendia a educação libertadora, alicerçada no dialogo com o professor, para a pratica da inquirição, reflexão, crítica e

criatividade. Nessa base, Nyerere, tal como Paulo Freire, privilegiava a participação activa dos alunos na planificação, para a expressão das suas necessidades, bem como no ensino, para que dialogassem com seus professores e ganhassem o sentido de autoconfiança (FREIRE, 1987; MESQUIDA ET AL, 2014).

A teoria de Julius Nyerere estimulou a conciliação das atividades práticas com as disciplinas teóricas. Na sua óptica, a educação para a autoconfiança, ou melhor, a educação para a libertação, devia ser repercutida na qualidade dos serviços comunitários, tanto na zona rural, como na urbana. Os utentes das aprendizagens deviam transmiti-las no seio das suas comunidades e, estas, deviam ser reconstruídas em função das necessidades e dos contextos, de modo que fossem usadas em prol da melhoria da vida comunitária e nacional (MAJOR & MULVIHILL, 2009).

É importante referir que as instituições escolares deviam ser entidades de produção e de captação de receitas para a sua subsistência. Deviam, para tal, assentar-se na autoconfiança institucional. Seus alunos deviam tê-la como uma oficina de desenvolvimento profissional, bem como de desenvolvimento de primeiras experiências de serviço às comunidades. As escolas deviam, com efeito ser comunidades de aprendizagem para o desenvolvimento profissional, bem como de oferta de serviços e de profissionais às comunidades (MAJOR & MULVIHILL, 2009).

Um aluno graduado do ensino primário devia estar preparado para dar o seu contributo em prol do desenvolvimento comunitário local. O mesmo acontecia com o graduado do ensino secundário. Não seria o ensino superior a estimular, mas sim a consolidar significativamente o desenvolvimento de competências para o trabalho, podendo ser nas áreas de carpintaria, agro-pecuária, entre outras. Mais do que serem concebidos como meros ciclos preparatórios para o ensino superior, os ensinos primário e secundário deviam preparar sobretudo para a vida na comunidade, em prol da garantia da felicidade. (GADOTTI, 2014; IBANGA, 2016).

Com efeito, a teoria de educação para a autoconfiança ou para a libertação, de Julius Nyerere, estava concebida para o estímulo do poder de subsistência nos seguintes termos: (i) Autoconfiança individual, em que a pessoa aprende e desenvolve competências profissionais, a ponto de poder participar ativamente em serviços prestados à comunidades fora da escola, em prol da subsistência, (ii) Autoconfiança institucional, em que a comunidade ou instituição, sendo de destacar a própria escola, aprende a ponto de desenvolver competências comunitárias, institucionais ou escolares, e nisso chega a prestar serviços prestados pela comunidade escolar (alunos e professores) em prol do

seu autodesenvolvimento. Nestes termos a escola é potenciada a ponto de saber ensinar, saber fazer, saber servir-se das suas próprias competências em prol da melhoria do seu ambiente, saber vender seus serviços às comunidades, e saber desenvolver um fundo para o reinvestimento, em prol do seu próprio desenvolvimento como uma escolar sustentável e, (iii) Autoconfiança nacional, em que a Nação desenvolve competências estatais, baseadas em competências institucionais, organizacionais, comunitárias e individuais, serviços em prol da sustentabilidade e da participação ativa do desenvolvimento regional (MAJOR & MULVIHILL, 2009).

3.Currículo local: uma implementação atual no ensino primário em Moçambique

O currículo do ensino primário em Moçambique valoriza, de alguma forma, os saberes orientados para o desenvolvimento local. Alberga, por um lado, 80% dos conteúdos que comportam conhecimentos que visam a integração global dos alunos. Alberga, por outro lado, os restantes 20%, que compõem o designado currículo local (BASÍLIO, 2012).

O currículo local é um conjunto de conhecimentos que, mesmo não sendo necessariamente de origem local, são julgados relevantes para a construção de competências necessárias no engajamento pelo desenvolvimento local (BASÍLIO, 2012). Este entendimento expressa um currículo cuja implementação visa potenciar os alunos de modo que sejam tão emancipados a ponto de poderem contribuir ativamente no desenvolvimento das suas comunidades (NHALEVILO, 2013).

A integração do currículo local no currículo nacional é, pelos vistos, uma pretensão de que os alunos sejam capazes de associar conhecimentos locais e globais para o desenvolvimento de competências que sejam localmente úteis. É, por isso, um projeto curricular apreciável, porquanto constitui um potencial contributo no bojo dos esforços que visam o desenvolvimento nacional.

Entretanto, é importante referir que o desenvolvimento de competências deve resultar efetivamente da capacidade de mobilização concomitante de conhecimentos, habilidades e atitudes (ROLDÃO, 2003). Isto significa que o currículo nacional não deve tender a ser exclusivamente teórico a ponto de privilegiar meros conhecimentos e não oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e de atitudes.

As aprendizagens sobre um rio, por exemplo, não se devem limitar a abordar as suas componentes. É importante que o currículo local propicie oportunidades de desenvolvimento de habilidades e de atitudes tais como: (i) detenção de sinais de perigo,

(ii) natação apropriada para o salvamento em situações de risco, (iii) pesca e irrigação sustentáveis, (iv) promoção de campanhas de combate à poluição do rio, entre outras (CHONGO, 2021).

Ademais, é importante que o currículo local seja orientado para corresponder a um contexto de promoção dum entrosamento ativo entre os conhecimentos de dimensão global e os de dimensão local. Um aluno do ensino primário deve ser iniciado na construção de capacidades de indagação das práticas comunitárias a ponto de chegar a buscar respostas hipotéticas que sejam resultantes do debate fervoroso entre a racionalidade global e local.

No processo de testar suas hipóteses, construídas a partir da associação da apropriação de conhecimentos universais com a reapropriação dos conhecimentos locais (CASTIANO, 2006), o aluno deve partilhar suas descobertas com seus pares e deixa-las expostas a suas críticas. É assim que juntos podem lograr construir e consolidar uma cultura baseada na dialetização de seus conhecimentos, baseada na tese, antítese e síntese (CHONGO & ALVES, 2018). A essa forma de construção de competências propomos que tenha a designação de desenvolvimento de racionalidades orientadas para a emancipação de comunidades locais.

A introdução do currículo local em Moçambique foi efetivada em 2002. Para o efeito o governo começou por experimentar o currículo local em duas escolas selecionadas em cada Província do país. Com o andar do tempo o currículo local foi assumindo uma cobertura evolutiva e, volvidos 20 anos, já está sendo implementado integralmente ao nível nacional (CASTIANO, 2006).

Os seus impactos, no entanto, não têm estado a satisfazer as necessidades das comunidades locais. Inquirições feitas em 2021, na Província de Manica, expressam um projeto educativo e curricular falhado. As escolas não têm sido, pois, tão inteligentes, em termos curriculares, a ponto de poderem fazer com que os alunos sejam emancipados em prol do desenvolvimento local (CHONGO, 2021).

Está subjacente nas políticas curriculares a pretensão de fazer do currículo local um vector de profissionalização dos graduados do ensino primário. Entretanto, o projecto não parece estar a conciliar a teoria com a prática. As teorias do currículo local em si não têm sido suficiente e claramente promovidas para constituírem uma cultura forte de constituição da escola como uma base para o desenvolvimento local. Os docentes não são suficientemente competentes para a facilitação da aprendizagem num contexto de

desenvolvimento do currículo local. Com efeito, é imprescindível rever e inovar o currículo local em prol da materialização do desenvolvimento local em Moçambique.

4.Caminho metodológico

O presente trabalho resulta de uma pesquisa de campo, que é uma modalidade usada pelo pesquisador para a realização da sua investigação relativa ao currículo local integrado no ensino primário em Moçambique (TOZONI-REIS, 2009). O estudo foi realizado em Julho de 2022. Para o efeito, o estudo teve como participantes cinco professores universitários que lecionam nas áreas de História, Matemática, Linguística, Geografia e Supervisão Escolar, respectivamente, tendo sido quatro participantes da Universidade Púnguè, e um da Universidade Estadual da Bahia, no Brasil.

A seleção dos cinco participantes observou a amostragem não probabilística. Nisso, tratou-se de amostragem não probabilística acidental, em que foi solicitada uma participação que resultou da disponibilidade de cada participante (Coutinho, 2007).

O estudo teve um enfoque qualitativo, dada a natureza do problema de investigação. Uma pesquisa é qualitativa quando analisa casos de manifestações e de atividades de pessoas, distintos por contextos particularizados por tempo e espaço (FLICK, 2002).

As entrevistas foram feitas telefonicamente e tiveram em vista questionar a relevância que tem em Moçambique a teoria de educação, de Julius Nyerere, que concebe o ensino primário como um fator de garantia da qualidade de serviços comunitários. À vista disso, inquiriu aos participantes sobre as inovações que são passíveis de implementação no currículo local em Moçambique, de modo que este possa constituir uma fonte de desenvolvimento de competências e de motivação para a participação ativa dos alunos no desenvolvimento das comunidades locais.

Por uma questão de ética de investigação foram ocultados o nomes dos participantes inquiridos. O pesquisador optou pela codificação das suas identidades, como forma de proteção da imagem de cada participante (COHEN, MANION & MORRISON, 2018; LAMBERT, 2019).

5. Apresentação, análise e discussão de resultados

A presente secção faz referência aos dados, informações ou resultados recolhidos através da técnica de inquirição por entrevista semiestruturada. Assume-se que a qualidade atual do currículo local não é satisfatória. Este currículo está longe de propiciar o alcance dos objetivos para os quais foi integrado no currículo nacional do ensino primário em Moçambique. Por conseguinte, a questão básica de investigação que foi endereçada a cada um dos cinco participantes foi a seguinte: que inovações são passíveis de implementação no currículo local de modo que este possa constituir uma fonte de desenvolvimento de competências e de motivação para a participação activa dos alunos no desenvolvimento das comunidades locais? Segue-se, assim, a análise e a discussão dos resultados infracitados.

Primeiro ponto, é como esse currículo é elaborado. Devemos saber se os conteúdos que são colocados vão de acordo com a realidade, porque o currículo local deve estar interligado com a questão da língua. Depois da língua vamos ver a questão de conteúdos. Há conexão entre língua e conteúdos (...) o problema é a compreensão desse currículo. Como é que ele vai compreender esses conteúdos para depois lhe servirem na sua própria sociedade? (...) porque em Moçambique, muitas vezes, o português é visto na escola, não em casa. Então, quando ele vai à escola adquirir conhecimentos sem que ele compreenda o que está-se a falar, isso já é um problema (...). (A)

O participante A propõe duas inovações. A primeira inovação é o uso da língua local no desenvolvimento do currículo local. Esta ideia é passível de apreciação à luz da teoria da educação para a autoconfiança, de Julius Nyerere, que faz referência ao dever de valorização da língua Suaíli no contexto da sociedade tanzaniana. De fato, se o aluno é estimulado a desenvolver competências que sejam relevantes para o desenvolvimento local, então ele deve ser capaz de mobiliza-las excelentemente, usando inclusivamente a sua língua local. É dessa forma que ele pode ser capaz de desenvolver altos níveis de autoconfiança a ponto de chegar a ser mais do que um mero subsistente (IBANGA, 2016).

A segunda inovação proposta pelo participante A é a garantia de que os conteúdos sejam selecionados tendo-se em consideração a sua pertinência no contexto local. A questão da qualidade de conteúdos é indubitavelmente fulcral no contexto de desenvolvimento curricular. É interessante constatar que este participante não defende a pertença dos conteúdos selecionados ao local são destinados. Entende-se não é tao

relevante que sejam exclusivamente locais, desde que os mesmos sejam relevantes para o desenvolvimento local, podendo ser resultantes da coabitação entre os conhecimentos modernos e tradicionais (CASTIANO, 2006).

(...) O professor Joseph Ki-Zerbo diz que não é possível os africanos desenvolverem uma educação que não seja baseada nos seus contextos reais (...) Diz que a educação na África é um fracasso porque é uma educação que se desliga da realidade local. Herdamos uma educação do sistema colonial. Não fizemos nada para alterar esse sistema, copiámos e colámos em Moçambique, por isso temos este fracasso que se observa hoje. É preciso que a nossa educação se baseie nas particularidades e nas condições que os países africanos têm (...). Ele mostra como é que podemos ter um desenvolvimento endógeno. Há uma discussão que ele levanta aqui (...) Fala sobre a questão das línguas (...) Os livros escolares devem efectivamente apresentar a realidade local. (...) é importante conhecer a geografia local donde a criança está inserida (...) conhecer a história local, as culturas locais. Então, é o que se devia tentar fazer (...) o livro escolar deve permitir isso (...) Isso vai fazer com que os professores se dediquem na busca dos materiais (...) nos régulos (...) chama o líder comunitário para a escola, para o líder falar sobre as tradições locais. (...) Não pode haver separação entre a escola e a comunidade. Você forma pessoas que vão servir a comunidade, a comunidade tem que participar, e o líder comunitário é o chefe máximo daquele local. O próprio líder pode indicar algumas pessoas que são especialistas em diversas áreas. Essas pessoas podem ir à escola e fazerem aquela roda de conversa em que vai se transmitir o conhecimento (...) A criança não deve ser preparada para ser estrangeira no seu próprio país (...) Deveria haver um entrosamento entre essa educação moderna e essa educação tradicional. O currículo local resolve isso, cria esse entrosamento (...) (B)

O participante B propõe exclusivamente três inovações. A primeira inovação é sobre a inserção explícita de abordagens do currículo local em cada unidade do livro escolar. Diz que esta é a melhor forma de transmitir aos alunos os conhecimentos construídos e preservados como um legado das comunidades locais. A ser assim, vê-se a oportunidade de reapropriá-los, reconstruí-los e inová-los no contexto do seu entrosamento com os conhecimentos modernos (CASTIANO, 2006; IBANGA, 2016).

A segunda inovação proposta pelo participante B é sobre as estratégias de ensino, que devem ser aplicáveis no contexto de desenvolvimento do currículo local. Faz referência ao envolvimento dos líderes comunitários como agentes de transmissão dos conhecimentos herdados e preservados na comunidade, cabendo ao professor estimular o seu entrosamento com os conhecimentos modernos.

A terceira inovação proposta pelo participante B é a orientação da criança para a construção duma identidade local que expresse um alto sentido de pertença e de engajamento no desenvolvimento endógeno. Na óptica do participante B há que evitar

que os alunos do ensino primário sejam desprovidos de identidade local a ponto de se parecerem estrangeiros no seu próprio país. Nesta óptica o currículo local faz com que o aluno seja, certamente, contra a alineação e à favor da emancipação (NHALEVILO, 2013).

(...) Nós temos que tratar o processo de ensino-aprendizagem como algo integrado, porque o que se nota, os docentes, a leccionarem determinados conteúdos, eles não têm em vista o que um estudante já traz. Então, de certa maneira isso tem levado os estudantes a um esforço muito adicional para compreenderem algo que ate certo ponto seria muito fácil de compreender, se o professor privilegiasse mais uma metodologia de interacção com o estudante. Nas aulas, por exemplo, de geografia, uma aula de solos, nos na literatura tratamos os solos de acordo com a classificação que é de padrão internacional, usando diferentes tipos de classificação. Mas se eu vou na comunidade, eu quero fazer uma classificação do solo (...) as designações que eles dão são designações mesmo locais (...) Os conhecimentos locais, nós trazemo-los a sala de aulas, para de certa maneira, construirmos o conhecimento. O que falta é isto, nós não pegamos aquilo que o estudante sabe (...) O professor também deve estar muito bem inteirado sobre o que é isso de currículo local, porque senão o professor só vai dar as aulas de acordo com a cientificidade, isso que vem escrito nas literaturas, sem seguir a partir da base os conhecimentos que os estudantes trazem (...) o importante é que o professor deve trazer um equilíbrio entre aquilo que o estudante sabe, conciliar com aquilo que a literatura traz. (...) e isto vai ajudar aos estudantes a assimilarem e contribuírem de certa maneira para o desenvolvimento das comunidades (...) A metodologia de ensino na sala de aulas é que deve ser revista (...).(C)

O participante C defende exclusivamente que o aluno tenha a oportunidade de ensinar os conhecimentos por si herdados na sua comunidade. Esta ordem de ideias é também defendida por Julius Nyerere. Na óptica deste pensador, o aluno consolidada as suas aprendizagens tanto através da oportunidade de ensinar ao professor, numa relação dialógica, quanto através da oportunidade de aprender dos outros e de replicar na sua comunidade as aprendizagens construídas na escola (MESQUIDA ET AL, 2014).

(...) Nós temos que olhar para os aspectos que em algum momento minaram essa implementação de 20 anos. Um dos aspectos, na minha óptica, tem a ver com, provavelmente, alguns conteúdos não estarem claros. Dois, embora eu assuma que seja um currículo nacional, mas eu penso que deve estar aberto a possibilidades a que nesse currículo local faça-se a listagem ou referência a varias potencialidades que nos temos a cada uma das regiões. Não é o professor pensar, não. É a partir do próprio Ministério da Educação, trazer as várias potencialidades de cada uma das regiões (...) que é para, obviamente, conduzir, orientar esses alunos para a utilização massiva e efectiva desses recursos que nós temos naquela região. Então, basicamente posso dizer isso.(D)

A inovação proposta pelo participante D tem que ver com a necessidade de centralização do currículo local. Defende, por sinal, que seja o Ministério da Educação,

decisor macrocurricular, a definir os conteúdos que devem ser lecionados, tendo em consideração as especificidades das zonas sul, centro e norte do país. Defende, assim, uma política curricular que embora centralista tenha um impacto positivo ao nível local (PACHECO, 2002). Entretanto, diferentemente do paradigma centralista, está em voga a teoria da autonomia curricular, que privilegia a concepção de conteúdos adaptados ao local, tanto no nível meso ou intermédio, quanto no nível microcurricular (VARELA, 2013).

Eu acho que talvez pode não precisar duma inovação, mas precise duma implementação tal como foi previsto. Eu acho que o maior problema nosso é este, desenhámos muito bonitas, mas não conseguimos implementar tal como desenhámos (...). (E)

A proposta do participante E chama atenção sobre a necessidade de implementar rigorosa do currículo local, e não a sua inovação. Entretanto, considera-se que a implementação tenha iniciado oficialmente em 2002. Dito, doutro modo, o currículo local tem sido implementado, ativa ou passivamente, há 20 anos. Parece um tempo suficientemente apropriado para a abertura a uma reforma ou revisão curricular (PACHECO, 2001). Mais do que isso, é estratégico ir ajustando o currículo de modo que vá correspondendo às dinâmicas e das circunstâncias para as quais tiver sido desenhado. É justamente a esse processo de imprescindível ajustamento que designamos por inovação curricular. Por conseguinte, é problemático, discutível, implementar um currículo sem inova-lo.

As apresentações e análises feitas estimulam discussões, no contexto moçambicano, sobre a relevância da teoria de Julius Nyerere. Esta concebe, pois, o ensino primário como um fator inicial de garantia da qualidade de serviços comunitários.

Os dados recolhidos apontam para cinco inovações que podem catapultar a qualidade do currículo local, que são as seguintes: (i) Uso da língua local na âmbito do desenvolvimento do currículo local, (ii) Concepção de conteúdos que não sejam necessária e exclusivamente locais, desde que sejam relevantes no estímulo do desenvolvimento local, (iii) Inserção do currículo local no livro escolar, (iv) Instigação de práticas docentes que sejam orientadas para a construção de estratégias de ensino no desenvolvimento do currículo local, (v) Orientação dos alunos para uma cultura de transmissão, partilha ou ensino das suas heranças culturais.

As inovações propostas pelos participantes não fogem daquilo que é a essência da educação para a autoconfiança ou para a libertação. A inolvidável teoria de Julius Nyerere privilegiou: (i) o uso do Suaíli como uma língua de estímulo da autoconfiança, (ii) conteúdos aliados à prática da agricultura, pecuária, carpintaria, entre outros ofícios, (iv) o uso de práticas docentes que estimulassem a liberdade de participação na planificação e no ensino, e (v) a cultura da replica das aprendizagens nas comunidades (NASANGO & MUSUNGU, 2009; IBANGA, 2016).

A aplicação da teoria de Julius Nyerere, em 1967, deixa uma imagem duma teoria descontextualizada, tanto pelo tempo que passou, quanto pelo fato de Moçambique não ser mais um país socialista. Entretanto, tratando-se dum pensamento pedagógico africano, é passível de reapropriação por parte de pensadores pedagógicos moçambicanos em particular, que têm sido engajados na busca de caminhos para o sucesso da teoria do currículo local.

No nosso entender há elementos suficientes, ligados a inovações imprescindíveis no currículo local, que expressam a relevância da teoria da educação para a autoconfiança. Mesmo assim ainda podemos propor o acréscimo duma inovação inspirada pela teoria de Nyerere, que é de conceber as escolas como entidades de captação de receitas para a garantia da sua sustentabilidade (MAJOR & MULVIHILL, 2009). Ademais, para além de poderem ser oficinas de reapropriação dos conhecimentos locais como resultado do seu entrosamento com os conhecimentos apropriados globalmente, a escola passa, nesta óptica, a ser um polo de oferta de serviços de qualidade às comunidades circunvizinhas, contribuindo assim no processo de melhoria da sua qualidade de vida.

Podemos, assim, considerar que esta teoria é deveras relevante para impulsionar a qualidade do ensino primário em Moçambique. Entretanto, considerando os traços educativos e sociais distintivos deste país, há, assim, que conceber a teoria de Julius Nyerere não como uma prescrição, mas sim como uma fonte de inspiração para a concepção de ideias tipicamente nacionais.

Considerações finais

Nos dias que correm tem-se notado uma responsabilidade mundial em promover a observância do direito à educação. Mais do que isso, chegou-se a um extremo de reivindicação duma educação que não seja para o servilismo, mas sim para a libertação, tanto dos oprimidos, quanto dos opressores. Educar é, por conseguinte, humanizar as comunidades, como forma de promover o seu desenvolvimento.

Os governos dos países em desenvolvimento devem ser estratégias de engajamento pelo desenvolvimento sustentável. Isso implica, em primeiro lugar, fazer um crivo permanente das suas políticas públicas, à luz do conhecimento profundo que tem sido preservado pelo arquivo histórico nacional, continental e global.

A história universal da educação preserva um legado de teorias de educação, que é passível de apropriações que possam estimular construções e reconstruções valiosas para o contexto atual. No seu bojo está a teoria da educação de autoconfiança, ou de educação para a libertação, que foi concebida pelo primeiro presidente da Tanzânia independente, Julius Kambarage Nyerere, ou simplesmente *Mwalimu* Nyerere, conforme tem sido carinhosamente chamado pelos seus compatriotas, mercê da sua profissão docente e dos seus dotes de governação educativa.

A conclusão a que este estudo chegou foi de que a teoria de educação de Julius Nyerere é deveras relevante para Moçambique, porquanto estimula uma série de práticas que podem contribuir significativamente na potenciação do ensino primário como uma base de construção de conhecimentos em prol do desenvolvimento local. É uma teoria que inspira significativamente ao a produção dum pensamento pedagógico moçambicano na produção de ideias que estimulem práticas de desenvolvimento da educação para o desenvolvimento humano nas comunidades, sejam elas urbanas ou rurais, em Moçambique.

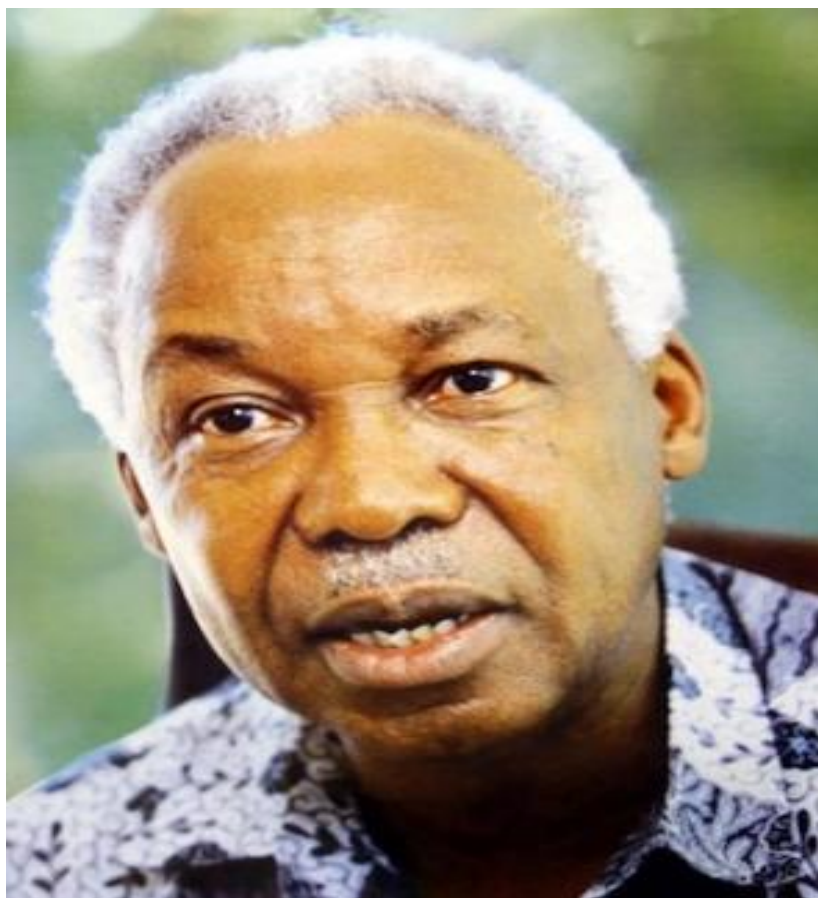
Com efeito, por um lado o currículo local carrega consigo a ideia da apropriação de conhecimentos modernos mediante a sua coexistência com conhecimentos reapropriados para o desenvolvimento local. Por outro lado, a teoria de Julius Nyerere transmite implicitamente ao currículo do ensino primário em Moçambique a ideia da construção duma cultura de autoconfiança individual, comunitária, institucional e nacional, em prol do desenvolvimento sustentável.

Referências

- BERTRAND, Yves. **Teorias contemporâneas da educação**. 3ª Ed. Lisboa: Edições Piaget, 2019.
- CHONGO, Fernando & ALVES, José Matias. **A comunicação no contexto da aprendizagem baseada em pesquisa: desafios ao estudante da escola superior de jornalismo em Manica**. Revista de Investigação, Comunicação e Desenvolvimento. Nampula, nº 3, 2018.
- CHONGO, Fernando. **Currículo local e desenvolvimento comunitário: um olhar à província de Manica, Moçambique**. Njinga & Sepé: Revista Internacional culturas, de línguas africanas e brasileiras. São francisco de Conde (BA), v. 1, nº 2, p. 307-321, 2021.
- CABRAL, António.; SILVA, Cláudia & SILVA, Famara. **Teoria do Capital Humano, Educação, Desenvolvimento Económico e suas implicações na formação de professores**. Revista Principia: Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB, Nº 32, p. 35-41, 2016.
- CASTIANO, José. Educação e pobreza. In NGOENHA, Severino & CASTIANO, José. **Pensamento engajado**. Maputo: Educar, 2010.
- COHEN, Louis., MANION, Lawrence. & MORRISON, Keith. **Research Methods in Education**. 8ª ed. New York: Routledge. 2018.
- COUTINHO, Clara. **Métodos de Investigação em Educação**. Braga: Universidade do Minho. 2007.
- GADOTTI, Moacir. **História das ideias pedagógicas**. 8ª ed. São Paulo: África, 2014.
- IBANGA, Francis. Nyerere's Philosophy of Education: **Implication for Nigeria's Educational System Reform**. Africology: The journal of Pan African Studies, v. 9, nº 3, 2016.
- FLICK, Uwe. **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. Lisboa: Monitor, 2002.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- LAMBERT, Mike. **Practical research Methods in Education: An early researcher's critical guide**. London: Routledge. 2019.
- LANGA, Patrício. **Higher Education in Portuguese Speaking African Countries: A Five Country Baseline Study**. Cape Town, South Africa: African Minds, 2013.
- LEMER, Eleanor. **Educação contemporânea: questões e tendências globais**. Maputo: Textos editores, 2006.

- MAJOR, Thenjiwe & MULVIHILL, Thalia. **Julius Nyerere (1922-1999), an African Philosopher, Re-envisions Teacher Education to scape Colonialism**. New Proposals: Journal of Marxism and Interdisciplinary Inquiry, v. 3, nº 1, p. 15-22, 2009.
- MESQUIDA, Peri,; PEROZA, Juliano & AKKARI, Abdeljalil. **A contribuição de Paulo Freire à Educação na África**. Educ. Soc. Campinas, v. 35, n. 126, p. 95-110, (2014).
- MONTEIRO, A. Reis. **História da Educação: uma perspectiva**. Porto: Porto Editora, 2005.
- NASANGO, Joseph. & MUSUNGU, Lydiah. **The implications of Nyerere's Teory of Education to Contemporary Education in Kenya**. Edcatio Research and Review, v. 4 (4), p. 111-116, 2009.
- OFUASIA, Emmanuel. A comparative exploration of John Dewey's and Julius Nyerere's concept of education and African development. **Philosophy of Education**, Nº 2 (25), 2019.
- PACHECO, José Augusto. **Currículo: Teoria e Práxis**. 3. ed. Porto: Porto Editora. 2001.
- PACHECO, José Augusto. **Políticas Curriculares**. Porto: Porto Editora. 2002.
- ROLDÃO, Maria do Ceu. **Gestão do Currículo e avaliação de competências: as questões dos professores**. Lisboa: Editorial Presença, 2003.
- TOZONI-REIS, Maria Freitas de Campos. **Metodologia de Pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE, 2009.
- VARELA, Bartolomeu Lopes. **O Currículo e o Desenvolvimento Curricular: Concepções, Praxis, Tendências**. Praia: Edições Unicv, 2013.
- VEIGA, Cynhia. **História da Educação**. São Paulo: Ática, 2007.

Mwalimu Julius Nyerere (1964-1985)



Fonte: Imagens da Internet

Mwalimu Julius Nyerere nasceu na República da Tanzânia e lançou-se na política em 1954 quando era professor e fundador do Partido Tanganyika African National Union (TANU). Estabeleceu parcerias com diversos países africanos dos quais Moçambique era um país amigo contribuindo para a fundação da Organização da Unidade Africana. É autor de diversas obras:

(1968) *Freedom and Socialism. A Selection from Writings & Speeches, 1965-1967*, Dar es Salaam: Oxford University Press.

(1974) *Freedom & Development, Uhuru Na Maendeleo*, Dar es Salaam: Oxford University Press. (ensaios sobre educação de adultos, liberdade e desenvolvimento)

(1977) *Ujamaa-Essays on Socialism*, London: Oxford University Press.

(1979) Crusade for Liberation, Dar es Salaam: Oxford University Press.

(1978) "Development is for Man, by Man, and of Man": The Declaration of Dar es Salaam in B. Hall and J. R. Kidd (eds.) Adult Learning: A design for action, Oxford: Pergamon Press.

Nyerere foi presidente da República Unida da Tanzânia Nyerere, que se conservou no poder até 1985 quando, voluntariamente decidiu deixar a presidência, conduziu o país segundo uma política denominada "Socialismo Africano", internamente designada "*Ujamaa*", que significa "unidade" ou "família", em KiSwahili. Ele foi atribuído Premio Lenin da Paz em 1985-1986.



Fonte: Imagens da Internet.

Recebido em: 08/08/2022

Aceito em: 15/09/2022

Para citar este texto (ABNT): CHONGO, Fernando Rafael. Ensino primário e qualidade de serviços comunitários: a teoria de educação de Julius Nyerere vista a partir da realidade de Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.307-328, 2022.

Para citar este texto (APA): Chongo, Fernando Rafael. (dez.2022). Ensino primário e qualidade de serviços comunitários: a teoria de educação de Julius Nyerere vista a partir da realidade de Moçambique. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 307-328.



Njinga & Sepé: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape>

Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana

COUTO, Mia. **Mulheres de cinzas: as areias do imperador**: uma trilogia moçambicana, livro 1. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

António N'Runca¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0147-7711>

MULHERES DE CINZAS: A RIVALIDADE ENTRE PORTUGAL E NGUNGNHANE NO SUL DE MOÇABIQUE

Nascido em 1955, na cidade de Beira, Moçambique, Mia Couto é biólogo e jornalista, porém a sua paixão pela literatura tornou-o um dos principais escritores moçambicanos e da língua portuguesa, é autor de mais de trinta livros, que se estendem desde romances, contos, poemas e crônicas. Seu romance *Terra Sonâmbula* (1992) é considerado um dos doze melhores livros africanos do século XX. Foi galardoado com vários prêmios literários, dentre eles o Camões em 2013 e o Prêmio Neustadt International Prize em 2014, tido como o “Nobel Americano” — Couto e João Cabral de Melo Neto foram os únicos escritores de língua portuguesa que receberam tal honraria. Além disso, Mia Couto é o único escritor africano eleito como membro correspondente da Academia Brasileira de Letras.

Seu recente romance histórico em questão, *As Mulheres de Cinzas*, publicado em 2015, é o primeiro volume que compõe a sua trilogia, intitulada “As Areias do Imperador”, sendo que o segundo volume *Sombras da água* foi publicado 2016 e o terceiro livro, *O bebedor de horizontes*, foi lançado em 2017. Este primeiro volume é composto por vinte e nove capítulos; alguns capítulos são introduzidos com provérbios, outros com poemas, que trazem de maneira resumida o assunto principal de cada capítulo.

No que diz respeito ao aspecto geográfico, toda a trama do enredo desenrolou-se no atual território moçambicano, isso é compreendido por se tratar de um romance histórico, uma narrativa que recria factos reais e históricas por meio da ficção. Além disso, todos os aspectos rústicos e nome dos lugares mais marcantes dessa época foram reconstruídos, inclusive as paisagens dos rios e das florestas.

¹ graduando em Letras-Língua portuguesa pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB). Foi bolsista do PiBic (2020-2021) e Bolsista de Programa de idioma Sem fronteiras (2021-2022). E-mail: antonionrunca@gmail.com

António N’Runca, Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia ...

A narrativa está situada entre o final de 1883 a princípio de 1885, período que coincide com o fim da conhecida Conferência de Berlim (1884-1885), quando iniciaram as disputas entre as principais potências europeias pelos territórios africanos ambicionados.

O romance narra a história de Ngungunhane, o último imperador do Reino de Gaza, que governou toda metade Sul do território de atual Moçambique. O que significava que a maior parte da colônia portuguesa de Moçambique naquela época era ocupada e controlada por Ngungunhane. Portugal a medo de perder suas parcelas de terras ambicionadas pelos britânicos, em 1895 envia sua ofensiva militar a Sul de Moçambique, com o desígnio de afirmar o seu domínio absoluto no território até então a governo do monarca de Gaza. Nesse contexto de guerra, um jovem português, sargento Germano de Melo é enviado para ocupar um posto militar numa aldeia chamada Nkokolani, localizada no território da etnia Vaxopi. Os Vaxopi são um povo de território ocupado e massacrado pelo domínio dos Vanguni (tribos do imperador) e que estabeleceram, por essa razão, uma aliança de cooperação militar com as autoridades portuguesas.

No posto de Nkokolani, o sargento Germano conhece um homem que era grande aliado dos portugueses, este tem três filhos: Dubula (que se aliou a Ngungunhane) Mwanatu (que se juntou à Coroa portuguesa) e Imani (a filha mais nova), os dois últimos foram educados pelos portugueses numa missão católica. Germano acaba por apaixonar-se por Imani.

A guerra causou uma série de eventos dramáticos na família de Imani; em poucos meses o irmão mais velho Dubula é morto na batalha entre tribos, e a mãe enforca-se na árvore sagrada do seu quintal.

Para vencer a solidão, o sargento Germano escreve uma série de cartas para o tenente Ayres de Ornelas. Uma amiga do sargento, a italiana Bianca Vanzini Marini, foi visitar Nkokolani. Dias depois, um disparo atinge as mãos de Germano, que se defendia da multidão que marchava ao quartel para roubar as armas; à frente da multidão encontrava Mwanatu, o irmão de Imani. Imani, numa situação extrema, usa a arma para defender o irmão. O pai Katini, Imani, Bianca e Mwanatu transportam de urgência o sargento ferido para a margem do rio Inharrime, onde se localiza o único hospital da região que pode salvar o português.

Os personagens do enredo são construídos e distribuídos em duas grandes categorias, a saber: os africanos e os europeus. Os personagens africanos são: Imani, Ngungunhane (o imperador de Gaza) Chikazi Makwakwa (a mãe de Imani), Katini Nsambe (o pai de Imani), Tia Rosi, o avô Tsangatelo, Tio Musisi, Dubula (filho mais velho

António N’Runca, Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia ... da família Nsambe), Mwanatu (o mais novo), Binguane (régulo chope e inimigo de Ngungunhane) Layelwane (esposa de Tsangatelo), Xiperenyane (filho de Binguane e aliados dos portugueses).

Os personagens europeus são: Sargento Germano de Melo, Dona Bianca (a mulher italiana) António Enes (Comissário Régio), Conselheiro José d’Almeida/ Tenente Ayres de Orneles (apenas citado por meio das epístolas), o cantineiro Sardinha, coronel Eduardo Costa, Sanches de Miranda, Fragata, capitão Mouzinho de Albuquerque e padre Rudolfo.

Com relação à linguagem empregada no romance, como em maior parte das suas obras, Mia Couto adota uma linguagem criativa, mais acessível à percepção do leitor, incorporando nela vocabulários e estruturas específicas de línguas moçambicanas dentro do português. Por exemplo, no romance há emprego de seguintes palavras: *moya* = alma; *Imani* = quem é; *sivanyula* = tecidos de palha; *timbissi*=hienas; *noy* = feiticeiro e *simba* = leão. Além disso, há no romance traços do estilo realismo/naturalismo, verificado, por exemplo, na descrição escrutinada do corpo da mulher, baseada em erotismo.

Além de Mia Couto possuir uma escrita baseada em provérbios, metáforas e enigmas, sua ficção é também marcada pelo “Realismo Animista”: uma escrita que incorpora na narrativa dois universos: o mundo natural e o sobrenatural, o visível e o invisível, ou seja, reproduz-se na literatura a crença na existência e convivência entre os vivos e as almas dos falecidos, os entes queridos. Desse modo, não seria possível gerar uma nova vida sem um pacto com os antepassados, como é o caso do nascimento da personagem-narradora, Imani.

Diz-se em Nkokolani, a nossa terra, que o nome do recém-nascido vem de um sussurro que se escuta antes de nascer. Na barriga da mãe, não se tece apenas um outro corpo. Fabrica-se a alma, o moya. Ainda na penumbra do ventre, esse moya vai-se fazendo a partir das vozes dos que já morreram. Um desses antepassados pede ao novo ser que adote o seu nome. No meu caso, foi me soprado o nome de Layeluane, a minha avó paterna. (COUTO, 2015, p. 15-16)

No que tange ao foco narrativo, a narrativa é feita em 1ª pessoa do singular, através de um narrador testemunha. O enredo não segue um só ritmo, portanto é feito de uma maneira alternada, o que, às vezes, pode dificultar o leitor, principalmente o estreante; porém no plano do conteúdo o enredo possui uma linha uníssona, pois à proporção que uma narrativa é cessada ou retomada serve como complemento da outra, embora cada narrativa poderia ser lida de forma independente. Neste quadro há dois narradores: a moçambicana, Imani, que nos possibilita ver Ngungunhane a partir do ponto

António N’Runca, Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia ... de vista da população local, e o militar português, Germano, que, por meio das suas missivas apresenta Ngungunhane do ponto vista portuguesa.

No entanto, pela composição da intriga, Imani é a narradora principal, dado que ela não só narrou quinze capítulos, e o sargento Germano catorze, como também seus capítulos são mais longos e com muitas páginas, quando comparados aos do Germano. Os principais elementos da trama, isto é, da relação conflitante entre soldados VaNguni, a monarquia portuguesa e tribos locais só é compreendida claramente a partir da voz de Imani. O narrador português, por outro lado, apresenta uma narrativa cheia de subjetividade e solilóquio, ou seja, um discurso voltado para expressar seus sentimentos e angústia do seu espírito; muitas vezes foge do foco narração para manifestar sua tristeza, por ter sido exilado em Moçambique para cumprir a pena pela sua insurreição.

Quanto ao predomínio da narração, ambos são os narradores-oniscientes, pois conseguem mostrar que têm domínio sobre outros personagens e conseguem penetrar suas mentes para desvendar suas emoções, intenções, alegrias e tristezas até mesmo conhecem os sentimentos dos outros personagens secundários que ainda não se manifestaram diretamente na trama.

A nossa terra, porém, era disputada por dois pretensos proprietários: os VaNguni e os portugueses. Era por isso que se odiavam tanto e estavam em guerra: por serem tão parecidos nas suas intenções. O exército dos VaNguni era bem mais numeroso e poderoso. E mais fortes eram os seus espíritos, que mandavam nos dois lados da fronteira que rasgou a nossa terra ao meio. (COUTO, 2015, p. 17).

Na visão sócio-política, a obra traz o debate crítico acerca da figura de Ngungunhane a partir das ações dos personagens, principalmente as atitudes dos seus soldados que massacravam as tribos que se recusavam a submeter-se ao seu mando, e por meio da visão peculiar de cada narrador que descreve Ngungunhane a sua maneira, conduz o leitor a refletir sobre os comportamentos do imperador e tirar suas próprias inferências sobre o herói criado pela FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique), já que alguns desses atos brutais recriados pelo autor estão nos registros históricos, mas que foram ignorados pela elite moçambicana em prol de um projeto da união nacional.

Mulheres de Cinzas, portanto, é um romance histórico que apresenta ao leitor duas áreas de saber, ou seja, uma visão da intertextualidade, e procura levá-lo a pensar criticamente sobre dados históricos por meio da literatura para conseguir compreender a questão política e social da sociedade moçambicana e, principalmente, a respeito do estatuto de herói atribuído a Ngungunhane depois da independência do país, em 1975.



FIG 1. Capa de volume I da Trilogia "As Areias do Imperador" São Paulo: Editora Companhia das Letras.

António N'Runca, Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia ...

Recebido em: 11/10/2021

Aceito em: 20/12/2021

Para citar este texto (ABNT): N'RUNCA, António. Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.329-334, jan. - jun. 2023.

Para citar este texto (APA): N'Runca, António (jan./jun.2023). Resenha Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 3 (Especial II): 329-334.

Kungatave ni kurhula

Mabjeca Tingana *

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0002-9805-3121>

Na kaha ni kulwa hikola ka phalafeni, ni kukoxa timale

matikweni hi vito ra hina

Akurhula kungatafika svosvi...

Kahatave ni nyimpi, ni kukoxa timale hi vito ra hina.

Kambe akungatave ni kurhula.

Mundzuku kutave ni ndhambhi, ni ku hifamba hi majuvana

hifika hixwelile.

Hifamba hi majuvana hifika hibalhile,

hiva hinun'hwa nyuku hi kuvaviseka.

Kambe akungatave ni kurhula.

NDZHUTINI – de Mabjeca Tingana



Recebido em: 11/10/2022

Aceito em: 20/12/2022

Para citar este texto (ABNT): TINGANA, Mabjeca. Kungatave ni kurhula. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), vol.2, nº Especial II, p.335, dez. 2022.

Para citar este texto (APA): TINGANA, Mabjeca.(dez.2022). Kungatave ni kurhula. *Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras*. São Francisco do Conde (BA), 2 (Especial II): 335.

Njinga & Sepé: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape>

* É escritor, poeta e declamador em língua changana. É ativista cultural, defensor de educação e valorização das línguas bantu. Tem seus textos publicados em varias antologias em Portugal, Argentina, e Brasil em Changana e Bilíngue.

Agradecimentos

à **Universidade Aberta Instituto Superior de Ciências de Educação à Distância (UnISCED)** que é uma instituição de ensino superior privada localizada em Moçambique, com sede na Beira, província de Sofala, vocacionada, exclusivamente, para a educação aberta e à distância.

à Enfermeira Florência Paulo Nhavenge pelo apoio na organização, leitura e editoração dos materiais publicados.

à Universidade Federal de Sergipe pelo estágio pós-doutoral para o Prof. Dr. Alexandre António Timbane, pesquisa sob orientação da Profa. Dra. Raquel Meister Ko Freitag.