

BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA

Prefácio

Volnei Garrafa

Autores

Aline Albuquerque

Andrea Nogueira Araujo

Annik Persijn

Irene Fulgêncio

Isis Layne de Oliveira Machado

Juliana Miranda Cerqueira

Luciana Barbosa Musse

Mariana Lima Menegaz

Meiriany Arruda Lima

Nelma M. O. Melgaço

Renato Santos Gonçalves

BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA

Prefácio

Volnei Garrafa

Autores

Aline Albuquerque

Andrea Nogueira Araujo

Annik Persijn

Irene Fulgêncio

Isis Layne de Oliveira Machado

Juliana Miranda Cerqueira

Luciana Barbosa Musse

Mariana Lima Menegaz

Meiriany Arruda Lima

Nelma M. O. Melgaço

Renato Santos Gonçalves

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Daphynny Pamplona

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Aline Albuquerque

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B615 Bioética e justiça restaurativa / Organizadora Aline Albuquerque. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-697-0

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.970211111>

1. Bioética. 2. Direitos fundamentais. 3. Direitos humanos. I. Albuquerque, Aline (Organizadora). II. Título.

CDD 344.810419

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

PREFÁCIO

Diziam os antigos que o ser humano só estaria com sua tarefa terrena plenamente cumprida quando tivesse alcançado três objetivos: plantar uma árvore, ter um filho e escrever um livro. Nesta altura do século 21, pela facilidade de acesso à tecnologia e a toda e qualquer informação, o cumprimento desse chavão ficou mais acessível, especialmente a escrita e publicação de um livro. O papel, que recebe a escrita, e a internet, que a acolhe - transportando sabedoria e ignorância com a mesma neutralidade - estão acessíveis a sábios e a ignorantes. Esta reflexão inicial tem o objetivo de recordar aos leitores que ao lado de publicações que geram benefícios reais e diretos às pessoas e comunidades, é crescente a quantidade de lixo literário disponível no mundo contemporâneo, seja impresso ou digital.

Se por um lado, escrever e publicar um livro se tornou tarefa mais acessível, por outro, é tarefa cada dia mais desafiante produzir conhecimento original e de qualidade com o propósito cidadão de comparti-lo com a humanidade em benefício de melhor convívio e desenvolvimento humano no planeta.

A professora Aline Albuquerque, que organizou e comanda a presente publicação, tem se notabilizado - muito especialmente no campo de interface entre a bioética, o direito e os direitos humanos - em proporcionar aos pesquisadores e estudiosos interessados, reflexões acadêmicas de elevada qualidade em uma seara que, pelo menos no Brasil, carece do devido aprofundamento. De modo geral, com exceções pontuais, o nível da produção acadêmica no campo do chamado “biodireito” tem deixado a desejar já a partir de uma distorção de origem: na sua gênese, o neologismo omite a raiz “ética” na sua composição. Pela inexistência de um histórico de construção epistemológica própria, o “biodireito” simplesmente se apropriou da fundamentação teórico-conceitual da bioética e seguiu em frente...

No *Sixth World Congress of Bioethics* promovido pela *International Association of Bioethics* realizado em Brasília em 2002, que contou com 1400 participantes provenientes de 62 países, com a organização da Sociedade Brasileira de Bioética e a condução do então Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília - hoje Programa de Pós-Graduação/Cátedra UNESCO de Bioética da UnB - uma das mesas redondas mais concorridas tinha como título a instigante interrogação: *Bioethics and Law or Bioethics and “Biolaw”?* Nesse evento organizado programaticamente com participações teórico-culturais geograficamente equilibradas, perspectivas dos países do Hemisfério Sul foram confrontadas frontalmente com ideias vindas do Norte, especialmente da Europa e Estados Unidos/Canadá, ficando patente que já estava em curso na época a apropriação da fundamentação teórica arduamente construída pela bioética desde o início dos anos

1970, pela novidade então representada pelo “biodireito”. Na ocasião, contudo, a posição majoritária resultante dos debates recomendou que a expressão correta para o assunto deveria ser “Bioética e Direito” ao invés de “Biodireito”. É importante deixar registrado que, juntamente à Filosofia e às Ciências Humanas, o Direito é sem dúvida um dos pilares imprescindíveis à sustentação conceitual da Bioética, campo de conhecimento que optou pelo estudo da vida humana e planetária no seu amplo sentido.

E é exatamente com esse referencial generoso e ampliado que tem como base os direitos humanos universais, que a Doutora Aline Albuquerque criou oportunamente no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB o “Observatório Direitos dos Pacientes”, que agora nos proporciona essa pérola de qualidade e originalidade representada pela obra “Bioética e Justiça Restaurativa”.

Diferentemente de outros trabalhos dessa área de interface entre a Bioética e o Direito, esse livro a que me foi dado o especial prazer de prefaciá-lo, traz na sua essência a originalidade e a independência do pensar. Ao contrário de rechaçar as imprescindíveis contribuições acadêmicas vindas do Norte hegemônico, o grupo de pesquisa liderado pela Professora Aline se alimenta dos saberes dessas paragens, mas sempre com o devido filtro crítico, com a imprescindível contextualização do conhecimento pautada em referenciais culturais e geopolíticos “do seu lugar de fala”, do lugar onde esse conhecimento está sendo gestado: o Brasil e a América Latina. Nesse sentido, não posso deixar de repetir um pensamento que não canso de reforçar: produzindo conhecimento autóctone a partir do que os próprios olhos estão vendo e construindo ideias originadas a partir da percepção e interpretação dos próprios cérebros, diferentemente de produções colonizadas que apenas reproduzem vertical e acriticamente conhecimentos forjados a partir de olhos e cérebros provenientes de outras latitudes e longitudes.

Uma argumentação que se pretenda adequada deve incluir exemplos concretos nos quais se sustentar. E é exatamente isso que procuro desenvolver a seguir com base em determinadas passagens da obra, como na Introdução do seu primeiro capítulo:

(...) a Bioética latino-americana vem, ao longo do século XXI, consolidando a incorporação de temas sociopolíticos e perspectivas críticas frente ao individualismo liberal dos estudos no campo bioético... (...) A vertente relacional e comunitarista, adotada neste capítulo, endossa as pesquisas precursoras latino-americanas na direção de uma Bioética comprometida com uma visão comunitarista de mundo. Tal posição impele à crítica dos atuais enfoques de solução de conflitos morais por instâncias bioéticas fundamentados em teorias filosóficas liberais...

A Justiça Restaurativa (JR) é entendida no livro como um movimento global que já pode ser encontrado em ação nas instâncias judiciais de diferentes países, em universidades, hospitais, etc., tendo como base certos princípios e valores e fazendo uso de antigas práticas originárias de diferentes culturas existentes no mundo. A JR busca

essencialmente a restauração - seja das conexões entre as pessoas, seja de laços comunitários - por ocasião da ocorrência de conflitos ou ofensas.

Um exemplo claro da postura criativa e independente trabalhada na obra se refere à sua posição crítica frente ao chamado “procedimento deliberativo” proposto por Diego Gracia para a resolução de conflitos no campo da bioética clínica. Para esse autor, a proposta consiste em um método prático e racional por meio do qual um Comitê de Bioética Hospitalar, por exemplo, delibera e toma decisões invariavelmente concretas tendo como referência a ponderação de princípios e valores, à luz das circunstâncias e conseqüências particulares de cada caso. Sua proposta se estrutura nos seguintes passos: deliberação sobre fatos; deliberação sobre os valores; deliberação sobre os deveres; e deliberação sobre as responsabilidades. Segundo ele, a iniciativa de levar o caso ao âmbito do Comitê é do próprio profissional que o detectou e ficou em dúvida sobre como proceder com relação ao mesmo.

O que se percebe na proposta acima é a completa ausência de menção à participação dos maiores interessados no processo de análise do conflito, o seja, os **sujeitos** do mesmo. Na estrutura apresentada pelo autor espanhol, as pessoas são apenas o **objeto** - embora central - da referida ação deliberativa. Para as/os autores do livro, a deliberação a ser tomada com relação a um conflito concreto na ótica da abordagem restaurativa deveria partir sempre do diálogo entre as pessoas envolvidas, caso estas estejam de acordo em participar voluntariamente do mesmo.

É nesse contexto que emerge de modo cristalino e democrático a essência da proposta relacional e comunitarista da original produção acadêmica de Albuquerque e grupo, que se baseia na interpretação de que as pessoas são formadas no espaço das suas relações sociais, sendo interdependentes, estando interconectadas umas com as outras e em permanente processo de construção de relações comunitárias. Esse complexo contexto, para a JR, mostra na sua essência a existência de um senso comum de humanidade mutuamente compartilhado pelos indivíduos envolvidos em algum conflito. Neste sentido, a utilização do enfoque restaurativo para a resolução de conflitos morais na Bioética consiste em uma proposta que objetiva trabalhar a recuperação (e, se possível, a restauração...) de relações em conflito, de conexões humanas e da própria coesão intercomunitária. Vai muito além da episódica tomada de decisão de um comitê sobre um determinado conflito ou problema que envolve pessoas e suas vidas...

Como se pode perceber desse relato resumido do processo (mas que será compreendido na sua completude pela leitura atenta do livro...), no método proposto por Gracia não está previsto espaço para o diálogo e “para a escuta respeitosa entre os implicados no caso”. Ou, como registra com letras claras a coordenadora da obra no seu capítulo inicial: Na aplicação da abordagem restaurativa ao procedimento deliberativo de Gracia, constata-se que na fase da deliberação sobre o conflito não há espaço para a

escuta dos **sujeitos** nele envolvidos. Sujeitos esses que, em tais circunstâncias, reforço com base no conhecido argumento kantiano, são transformados em mero **objeto** de decisões de outros.

Finalizo esse breve Prefácio deixando registrada minha admiração e reconhecimento à Professora Aline Albuquerque e seu dedicado grupo de pesquisa, cuja produção acadêmica alcança hoje justo reconhecimento não somente no âmbito da Bioética e do Direito nacional, como se estende a diferentes âmbitos de variados países da América Latina e do Caribe. O Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB - do qual o Observatório Direitos dos Pacientes é parte importante - vem se destacando entre os estratos superiores de avaliação da Capes/MEC exatamente por contar em seus quadros com docentes e pesquisadores de tamanha envergadura acadêmica e capacidade de resistência social, que honram o ensino e a pesquisa produzidos no país, mesmo em ásperos tempos de turbulência e negacionismo científico.

Brasília, Agosto de 2021.

Volnei Garrafa

Professor Emérito da Universidade de Brasília

SUMÁRIO

PARTE I –ASPECTOS GERAIS ACERCA DAS INTERFACES ENTRE BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA

CAPÍTULO 1..... 1

INTERFACES ENTRE BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA: APLICAÇÃO DA ABORDAGEM RESTAURATIVA NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS MORAIS

Aline Albuquerque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111111>

PARTE II – ARTICULAÇÕES TEÓRICAS ENTRE BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA

CAPÍTULO 2..... 18

BIOÉTICA, JUSTIÇA RESTAURATIVA E PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Isis Laynne de Oliveira Machado

Juliana Miranda Cerqueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111112>

CAPÍTULO 3..... 33

JUSTIÇA E PRÁTICAS RESTAURATIVAS EM SAÚDE MENTAL: NOVAS LENTES PARA ANTIGAS QUESTÕES

Luciana Barbosa Musse

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111113>

CAPÍTULO 4..... 47

JUSTIÇA RESTAURATIVA, CRIME E SAÚDE MENTAL

Renato Santos Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111114>

CAPÍTULO 5..... 60

EVENTO ADVERSO NOS CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGEM RESTAURATIVA

Mariana Lima Menegaz

Meiriany Arruda Lima

Nelma M. O. Melgaço

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111115>

PARTE III – APLICAÇÃO DA JUSTIÇA RESTAURATIVA NOS CUIDADOS EM SAÚDE

CAPÍTULO 6..... 71

CÍRCULOS RESTAURATIVOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Irene Fulgêncio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111116>

CAPÍTULO 7..... 79

OS CÍRCULOS RESTAURATIVOS NOS COMITÊS HOSPITALARES DE BIOÉTICA

Andrea Nogueira Araujo

Annik Persijn

Nelma M.O. Melgaço

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111117>

CAPÍTULO 8..... 110

SEGURANÇA DO PACIENTE E JUSTIÇA RESTAURATIVA

Aline Albuquerque

Mariana Lima Menegaz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9702111118>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 126

SOBRE OS AUTORES 127

**PARTE I –ASPECTOS GERAIS ACERCA DAS INTERFACES
ENTRE BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA**

INTERFACES ENTRE BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA: APLICAÇÃO DA ABORDAGEM RESTAURATIVA NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS MORAIS

Data de aceite: 01/11/2021

Aline Albuquerque

1 | INTRODUÇÃO

A Bioética é um campo do saber que se ocupa da análise e da prescrição moral de “questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais”.¹ O desenvolvimento da biotecnologia, os impactos deletérios globais das ações humanas sobre o planeta e os movimentos de direitos civis, dentre outros fatores, contribuíram para o nascer da Bioética na década de 1970. Além desses fatores, como um evento que lhes antecede, o julgamento de 23 médicos nazistas, em Nuremberg,² também fez emergir uma nova consciência ética sobre a prática da pesquisa envolvendo seres humanos, o que também se refletiu na construção da nova disciplina. Diante de tal contexto, Potter, no início dos anos setenta, formulou a Bioética como ponte entre

“o presente e o futuro, a natureza e a cultura, a ciência e os valores e, finalmente, a humanidade e a natureza”.³ Assim, Potter a caracterizou como uma ciência da sobrevivência, entendendo-a como um saber apto a estabelecer uma interface entre as ciências e as humanidades, de modo a assegurar o futuro do planeta. Também na década de setenta, André Hellegers, no âmbito do *Center for Bioethics of the Kennedy Institute at Georgetown University*, utilizou o termo Bioética para denominar os novos estudos que estavam sendo propostos na área da reprodução humana.⁴ No processo de consolidação da Bioética, o seu escopo foi sendo paulatinamente ampliado, nas décadas de oitenta e noventa, uma vez que passou a incorporar temáticas “persistentes”, nas palavras de Garrafa, como as relacionadas à desigualdade social e à alocação de recursos em saúde⁵.

Nessa linha, a Bioética latino-americana vem, ao longo do século XXI, consolidando a incorporação de temas sócio-políticos e perspectivas críticas frente ao individualismo liberal dos estudos no campo bioético. Com efeito, Garrafa assinala que a Bioética “não pode mais ser considerada apenas como questão de

1. CÂTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA DA UNB. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 1 jun. 2021.

2. SHUSTER, Evelyne. American Doctors at the Nuremberg Medical Trial. *American Medical Journal*, v. 108, n. 1, 2018.

3. TEN HAVE, Henk. Potter's notion of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*. 2012 Mar; 22(1):59-8.

4. HARVEY, John Collins. André Hellegers, the Kennedy Institute, and the Development of Bioethics: The American–European Connection. In: GARRET, Jeremy R.; JOTTERAND, Fabrice; RALSTON, Christopher. *The Development of Bioethics in the United States*. New York: Springer, 2013, p.37-54.

5. GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, v. 13, n. 1, 2006, p. 125-134.

consciência a ser resolvida na esfera da autonomia, privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo.⁶ Sendo assim, a vertente relacional e comunitarista, adotada neste artigo, endossa as pesquisas precursoras latino-americanas na direção de uma Bioética comprometida com uma visão comunitarista de mundo. Tal posição impele à crítica dos atuais enfoques de solução de conflitos morais por instâncias bioéticas, fundamentados em teorias filosóficas liberais, como será abordado neste artigo.

A Bioética constitui-se como campo do saber e, como tal, abarca ferramentas analíticas e normativas⁷, que se aplicam a conflitos interpessoais entre os atores envolvidos na prática clínica e a conflitos que emergem de práticas sanitárias.⁸ Com efeito, a Bioética consiste na reflexão sobre teorias e normativas éticas, bem como na prescrição de condutas, haja vista que além de ter como propósito a formulação de argumentos fundamentados para o estudo de conflitos morais, também é uma “ação transformadora do real”.⁹

Nesse sentido, Engelhardt pontua que no pluralismo moral vigente nas sociedades contemporâneas, na qual se insere a Bioética, há a configuração dos “estranhos morais”. Isto é, aquelas pessoas que não comungam uma visão apta a criar consensos que propiciariam a resolução de conflitos morais por meio de argumentos racionais ou o apelo à uma autoridade moral. Assim, Engelhardt assinala que, em tal caso, os conflitos se perpetuam e evidenciam a potência de determinados desacordos morais, como se nota no caso do aborto.¹⁰ Desse modo, a Bioética diz respeito à solução de conflitos morais, entendidos como a situação em que há oposição de pontos de vista morais que vão provocar o conflito de ideias sobre temáticas controvertidas naquela sociedade, em dado momento histórico.¹¹

Desse modo, a Bioética pode ser compreendida como um saber teórico-prático que se destina, prioritariamente, a buscar soluções para conflitos morais¹². Assim, conforme ressalta Durand, questiona-se se há incidência da Bioética em situações não conflituosas,¹³ pois essas não demandariam a aplicação das ferramentas analíticas e normativas¹⁴ com a finalidade de guiar práticas e políticas¹⁵. De qualquer modo, constata-se que a presença do conflito é um fator demarcador epistemológico da Bioética, porquanto parte da análise

6. GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, v. 13, n. 1, 2006, p. 125-134.

7. SHCRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

8. SHCRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

9. NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo, 2007.

10. ENGELHARDT, H. Tristram. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.

11. SINGER, Nina et al. Decision-making in everyday moral conflict situations: Development and validation of a new measure. *Plos One*, April 1, 2019.

12. Neste artigo, a expressão “conflitos morais” e “conflitos éticos” são empregadas como sinônimos.

13. DURAND, Guy. *Introdução geral à Bioética*. São Paulo: Loyola, 2003.

14. SHCRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

15. JONSEND, Albert R. A history of Bioethics as Discipline and Discourse. In: JECKER, Nancy; JONSEND, Albert R.; PEARLMAN, Robert A. *Bioethics*. Sudbury: Jones and Bartlett, 2007, p.3-16.

das situações e dos conflitos morais que emergem das distintas moralidades relacionadas direta ou indiretamente com a vida humana.¹⁶

Como visto, o conflito moral é caracterizador da Bioética, assim, neste artigo, parte-se do pressuposto de que é importante para a Bioética refletir e prescrever modos de resolução de conflitos morais. Em consequência, o pensar bioético é impelido para a reflexão acerca dos modos de resolução de conflitos e, particularmente, para a Justiça Restaurativa (doravante JR). A JR é um movimento internacional, presente formalmente em mais de 100 países, que vem sendo desenvolvido há 40 anos e remonta a tradições de povos nativos¹⁷, como as dos povos Maori e Navajo¹⁸. A JR se fundamenta em teorias éticas e é demarcada conceitualmente como um processo, no qual todas as partes envolvidas em uma ofensa ou conflito atuam em conjunto para resolvê-lo coletivamente, visando lidar com as suas consequências e as suas implicações para o futuro.¹⁹ A JR tem como ponto nodal a abertura do diálogo e a busca pela solução de conflitos a partir da comunidade, entendendo-o como pertencente ao grupo, a despeito das partes singulares implicadas.²⁰ Desse modo, a JR tem como finalidade, primária, a restauração das conexões humanas rompidas ou abaladas pela ofensa ou pelo conflito.

Assim, a JR traz para a Bioética a perspectiva comunitária da resolução de conflitos, e, segundo Zehr, “um dos critérios de avaliação da justiça restaurativa seja justamente sua capacidade de fortalecer a comunidade.”²¹ A análise das interfaces entre a JR e a Bioética, portanto, lança luz sobre a vertente relacional e comunitarista da Bioética, que se ancora nas concepções de que as conexões humanas e as responsabilidades éticas²² delas decorrentes são elementos centrais da construção de arranjos éticos conformadores da vida social. Nesse sentido, a vertente relacional e comunitarista confere ênfase aos espaços comunitários, nos quais os seres humanos se inserem e modelam suas escolhas pessoais.²³ Como se pode notar, a JR e a vertente relacional e comunitarista da Bioética compartilham a ideia de que os indivíduos são seres forjados pelas suas interações sociais e que a visão do conflito moral não pode desconsiderar a sua compreensão como um fenômeno comunitário.

16. GARRRAFA, Volnei; AZAMBUJA, Letícia Erig Osório de. Epistemología de la bioética - enfoque latinoamericano. *Revista Colombiana de Bioética*, v. 4, n. 1, 2019.

17. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. Handbook on Restorative Justice Programmes. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/20-01146_Handbook_on_Restorative_Justice_Programmes.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

18. CUNNEEN, Chris. Reviving restorative justice traditions? In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

19. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019

20. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

21. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

22. HERRING, Jonathan. *Relational Autonomy and Family Law*. Oxford: Springer, 2014.

23. AMARAL, Carlos. Comunitarismo. In: ROSAS, João Cardoso (Org.). *Manual de Filosofia Política*. Lisboa: Almedina, 2008, p.87-108.

Para tanto, este estudo objetiva analisar as interfaces entre a JR e a Bioética, visando contribuir para os modos de solução de conflitos por instâncias bioéticas. Assim, se trata de pesquisa teórica, cujo escopo consiste em desenvolver aportes teóricos concernentes a um campo do saber, de modo a participar de seu processo de consolidação e a permitir a sua incidência prática²⁴. Quanto ao marco teórico empregado nesta pesquisa, esse se divide em duas áreas: a perspectiva comunitarista e relacional da Bioética e a JR. Em relação à perspectiva relacional e comunitarista de Bioética, este artigo baseou-se nas investigações formuladas por Herring²⁵, Etzioni²⁶, Ogunbanjo e Knapp. No que tange à JR, alicerçou-se nas pesquisas Lyubansky e Barter²⁷, Zehr²⁸, bem como Johnstone e Van Ness²⁹ e Wachtel.³⁰ Cabe registrar que esta pesquisa não envolve revisão da literatura ou pesquisa bibliográfica, porquanto se trata de pesquisa teórica, que pressupõe a aplicação de determinado referencial teórico a um objeto de estudo.

O presente artigo se estrutura em três partes: a primeira apresenta fundamentos e princípios da JR; a segunda trata das interfaces entre a vertente relacional e comunitarista da Bioética e a JR; e a terceira versa sobre a proposta de aplicação da abordagem restaurativa na resolução de conflitos em instâncias bioéticas.

2 | JUSTIÇA RESTAURATIVA: FUNDAMENTO TEÓRICO E PRINCÍPIOS

A JR é considerada um movimento que ecoa práticas ancestrais empregadas em diferentes culturas em várias partes do mundo³¹ e abarca processos balizados por determinados princípios e valores, que objetivam a busca da restauração das conexões humanas, que consistem na essencialidade da vida em comunidade, após a ocorrência de conflitos ou ofensas.³² A JR é um movimento global com ampla penetração, cujas práticas se encontram inseridas em escolas, no Poder Judiciário, em empresas e em hospitais, por

24. ADOM, Dickson; HUSSEIN, Emad Kamil; ADU AGYEM, Jow. 2018. Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research. Acesso el 2 de abril de 2021. [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1). Acesso em: 29 mai. 2021.

25. HERRING, Jonathan. *Relational Autonomy and Family Law*. Oxford: Springer, 2014.

26. ETZIONI, Amitai. Communitarian Bioethics. In: Happiness is the Wrong Metric. *Library of Public Policy and Public Administration*, v. 11. Springer, Cham.

27. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

28. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

29. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

30. WACHTEL, Ted. Defining Restorative. Disponível em: <https://www.iirp.edu/restorative-practices/defining-restorative/>. Acesso em: 29 mai. 2021.

31. WACHTEL, Ted. Defining Restorative. Disponível em: <https://www.iirp.edu/restorative-practices/defining-restorative/>. Acesso em: 29 mai. 2021.

32. MARIACA, Daniel Mauricio Patiño; GUTIÉRREZ, Adriana María Ruiz. La justicia restaurativa: un modelo comunitarista de resolución de conflictos. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, v. 45, n. 122, 2015, p. 213 – 255.

exemplo.³³

Embora os princípios da JR não sejam uniformes, neste artigo adota-se o elenco proposto por Lyubansky e Barter, quais sejam: o engajamento no conflito é produtivo; o conflito pertence à comunidade; o engajamento efetivo no conflito requer colaboração e compartilhamento de poder; e o entendimento mútuo e os acordos são objetivos para ir adiante.³⁴ A seguir, explicam-se sinteticamente cada um dos princípios: (a) o engajamento no conflito é produtivo – o conflito não é essencialmente temerário, mas sim o modo como foi ensinado a interpretá-lo e a respondê-lo. Desse modo, o conflito é entendido como uma oportunidade para se identificar o que faz sentido ou não para determinadas pessoas e pensar em conjunto o que pode ser feito para solucioná-lo; (b) o conflito pertence à comunidade – a solução do conflito é remetida aos implicados e à comunidade impactada e o foco não recai sobre a infringência de normas, mas sim tem-se como objetivo a reparação de modo a reestabelecer os vínculos e a preservação do equilíbrio da comunidade; (c) o engajamento efetivo no conflito requer colaboração e compartilhamento de poder – o compartilhamento do poder é um componente central da JR, na qual aquele que é detentor de posição superior deve escolher colaborar e escutar as vozes de todos os implicados; (d) o entendimento mútuo e os acordos são objetivos para ir adiante – a JR não enfoca apenas no que aconteceu ou nas resultantes do conflito, mas busca acordos para fortalecer os laços entre os implicados e a comunidade.³⁵

No que tange aos valores, podem ser classificados como: valores que modulam os processos restaurativos com o objetivo de que não se tornem opressivo; valores norteadores do processo, utilizados para mensurar o seu sucesso; e valores resultados, que decorrem da conclusão do processo. Assim, são valores moduladores: não dominação, empoderamento, escuta respeitosa e igual preocupação com todos os atores. Os valores norteadores são: restauração emocional, restauração da dignidade, compaixão, e suporte social, e os valores resultados são: pedido de desculpa, censura do ato e perdão.³⁶

Desse modo, a JR diz respeito a um processo participante, formal ou informal, que pressupõe a atuação dos implicados no conflito e na aposta no diálogo.³⁷ Considerando que as pessoas envolvidas no conflito ou na ofensa são convidadas a dialogar, o processo é sempre horizontal e visa empoderar a todos, para que as vozes sejam escutadas com

33. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

34. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

35. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

36. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

37. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. Handbook on Restorative Justice Programmes. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/20-01146_Handbook_on_Restorative_Justice_Programmes.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

equânime atenção.

A JR abarca uma série de processos, denominados de processos restaurativos,³⁸ tais como: mediação entre vítima-ofensor; conferências restaurativas; círculos de paz; círculos restaurativos³⁹; diálogos restaurativos;⁴⁰ órgãos comunitários reparadores; conferências de grupo familiar; e círculos de sentença.⁴¹ Apesar das diferenças entre tais práticas, assinala-se que têm em comum a participação ativa e horizontal de todos os implicados, os quais, no processo de diálogo, têm a oportunidade de se colocar de forma segura e respeitosa. Os encontros são entendidos como experiências democráticas, nas quais as pessoas implicadas se expressam e podem participar do processo de tomada de decisão.⁴²

Importante distinguir a JR e Práticas Restaurativas, porquanto, segundo Wachtel, essas últimas consistem em uma ciência social que estuda como construir capital social e realizar uma disciplina social por meio do aprendizado participativo e da tomada de decisão. Nessa linha, a JR estaria abarcada pelas Práticas Restaurativas, porém a primeira seria reativa, pois consiste em uma resposta a um conflito ou ofensa, e as Práticas Restaurativas incluem processos formais e informais que objetivam a construção de relacionamentos e senso de comunidade, prevenindo conflitos e ofensas. Assim, há o entendimento de que a rede de relações sociais é essencial para que se responda efetivamente a conflitos e ofensas e restaurar as conexões rompidas.⁴³

Compreendido o conceito de JR, seus princípios e valores, em seguida, passa-se à conjugação da JR com a vertente relacional e comunitarista da Bioética.

31 ANÁLISE DAS INTERFACES ENTRE A VERTENTE RELACIONAL E COMUNITARISTA DA BIOÉTICA E A JR

A Bioética é um saber teórico-prático de natureza interdisciplinar, que tem como objetivos refletir e prescrever considerações éticas para questões ligadas à vida e à saúde, bem como contribuir para a resolução de conflitos morais. A vertente relacional e comunitarista da Bioética parte da crítica de correntes bioéticas que assumiram o individualismo liberal e construíram suas bases sobre um ser humano atomizado, desconsiderando que as identidades pessoais são construídas no contexto das suas interações intersubjetivas e

38. RAYE, Barbara; ROBERTS, Ann Warner. Restorative processes. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

39. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

40. RAYE, Barbara; ROBERTS, Ann Warner. Restorative processes. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

41. BAZEMORE, Gordon; UMBREIT, Mark. A comparison of Four Restorative Conferencing Models. *Juvenile Justice Bulletin*. Disponível em: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojdp/184738.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

42. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

43. WACHTEL, Ted. Defining Restorative. Disponível em: <https://www.iirp.edu/restorative-practices/defining-restorative/>. Acesso em: 29 mai. 2021.

moldadas por um complexo de determinantes sociais.⁴⁴

Desse modo, a vertente relacional e comunitarista se ancora nas teorias comunitaristas, que podem ser aglutinadas em torno da ideia de que as identidades pessoais são moldadas pelas relações sociais, que incorporam julgamentos morais e políticos e conferem significado às escolhas pessoais. Os seres humanos vivem a maior parte do tempo de suas vidas em comunidades, o que os impele a preservá-las, nutrindo-as por meio da construção de acordos morais e políticos.⁴⁵ Os comunitaristas estabeleceram um embate com o liberalismo, que é enquadrado por Gargarella como “um novo capítulo de um enfrentamento filosófico de longa data, como o que opunha as posições ‘kantianas’ às ‘hegelianas’.”⁴⁶ Desse modo, dentre as variadas discordâncias entre o comunitarismo e o liberalismo, destaca-se que os comunitaristas veem o indivíduo não como um ser apartado do seu meio, mas sim como um ser marcado pelos variados pertencimentos; tal como assinala Taylor, a identidade de cada um é “definida em boa parte a partir do conhecimento de onde a pessoa está situada.”⁴⁷ Em consequência, critica o individualismo, mormente seu aspecto sombrio, “que tanto nivela quanto restringe nossa vida, tornando-a mais pobre em significado e menos preocupada com os outros ou com a sociedade.”⁴⁸

Embora as vertentes relacional e comunitarista da Bioética compartilhem origens filosóficas equivalentes, tais como as teorias comunitaristas, não são completamente semelhantes. A vertente relacional se centra na ideia de que construímos nossa identidade e significados por meio das relações pessoais.⁴⁹ Essa vertente vem sendo aplicada no espectro dos estudos sobre autonomia, notadamente com o objetivo de criticar a visão tradicional de autonomia pessoal, formulada por Kant e Mill, como não ingerência e escolhas livres de influência. Nesse linha, propõe-se o conceito de autonomia relacional, que se ancora na concepção de que as pessoas tomam decisões sobre suas próprias vidas a partir das suas interações subjetivas e condições pessoais.⁵⁰ Por outro lado, a vertente comunitarista tem como foco balancear o respeito à autonomia do indivíduo e o bem comum, fundamentado em estratégias distintas da coerção legal para moldar condutas em prol da coletividade, tais como controles sociais informais, persuasão e educação.⁵¹ Exemplificando a aplicação da vertente comunitarista da Bioética, o enfrentamento da pandemia da COVID-19 impõe a relativização do direito à autodeterminação de modo a tutelar o bem comum, revelando a necessidade de mitigar os valores e concepções de vida

44. HERRING, Jonathan. *Relational Autonomy and Family Law*. Oxford: Springer, 2014.

45. STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY. Comunitarism. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/communitarianism/>. Acesso em: 4 mai. 2021.

46. GARGARELLA, Roberto. *As teorias de justiça depois de Rawls*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

47. TAYLOR, Charles apud GARGARELLA, Roberto. *As teorias de justiça depois de Rawls*. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

48. TAYLOR, Charles. *A Ética da autenticidade*. São Paulo: Realizações, 2011, p. 14.

49. HERRING, Jonathan. *Relational Autonomy and Family Law*. Oxford: Springer, 2014.

50. ALBUQUERQUE, Aline. *Capacidade Jurídica e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

51. ETZIONI, Amitai. Communitarian Bioethics. In: Happiness is the Wrong Metric. *Library of Public Policy and Public Administration*, v. 11. Springer, Cham, 2011.

boa individuais em prol da saúde coletiva.

A vertente relacional e comunitarista se alicerça na visão de que os indivíduos são forjados no contexto das suas relações sociais e são interdependentes, nunca pessoas insuladas.⁵² Nesse sentido, compartilham com a JR o fundamento nos laços comunitários⁵³ e na ideia de que as pessoas são entendidas como relacionais, interconectadas e interdependentes⁵⁴, bem como no mútuo reconhecimento da humanidade comum compartilhada por todos os envolvidos em dado conflito.⁵⁵

Portanto, constata-se que a JR compartilha com a vertente relacional e comunitarista da Bioética pressupostos teóricos significativos para a sua caracterização. Com efeito, a JR elege valores e concepções do que seja uma vida boa, por ocasião da construção do espaço dialógico de resolução de conflitos. Assim, tal como a vertente relacional e comunitaristas da Bioética, que se ancora na ideia de que o Estado pode ser motivado por determinada “concepção da vida boa”⁵⁶. Desse modo, a JR e a vertente relacional e comunitarista da Bioética podem contribuir para a resolução de conflitos morais com base no entendimento de que essa resolução consiste em um processo comunitário⁵⁷, guiado por valores e princípios que traduzem certos ideais de bem, a despeito de assumir que existem diferentes outras concepções de bem ou de vida boa.⁵⁸ Esse tópico será analisado no item subsequente.

4 | PROPOSTA DE APLICAÇÃO DA ABORDAGEM RESTAURATIVA NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS MORAIS NA BIOÉTICA

A resolução de conflitos morais com base na abordagem restaurativa implica conferir voz a todos os envolvidos,⁵⁹ distinguindo-se dos modos majoritários propostos por bioeticistas, que partem de processos formais de deliberação moral. Ainda, segundo a abordagem restaurativa, não necessariamente o conflito deve ser evitado ou resolvido, pois pode ser valorado positivamente, permitindo crescimento interno e transformação pessoal.⁶⁰ Quanto a esse ponto, a abordagem restaurativa traz para a Bioética uma nova

52. OGUNBANJO GA, KNAPP VAN BOGAERT D. Communitarianism and Communitarian Bioethics. Disponível em: <file:///C:/Users/aline/Downloads/13228-Article%20Text-271396-1-10-20140311.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2021.

53. MARIACA, Daniel Mauricio Patiño; GUTIÉRREZ, Adriana María Ruiz. La justicia restaurativa: un modelo comunitarista de resolución de conflictos. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, v. 45, n. 122, 2015, p. 213 – 255.

54. HERRING, Jonathan. *Relational Autonomy and Family Law*. Oxford: Springer, 2014.

55. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

56. SANDEL, Michael J. *O liberalismo e os limites da justiça*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2005.

57. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

58. GARGARELLA, Roberto. *As teorias de justiça depois de Rawls*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

59. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

60. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN

visão de conflito, como oportunidade para se refletir comunitariamente sobre acordos ou desacordos morais.

Os encontros em ambientes seguros que permitam aos envolvidos no conflito se escutarem e falarem são caracterizadoras da abordagem restaurativa,⁶¹ bem como o entendimento dos espaços de solução de conflito como um encontro dialogado, o que contribui para o fortalecimento da democracia. Com efeito, se percebe o conflito como parte da convivência de estranhos morais ou de divergentes morais, fenômeno das sociedades contemporâneas. Assim, o espaço de solução de conflito é visto como um espaço de divergência, que pode ou não ser dirimida. Ainda, o fortalecimento dos laços comunitários na democracia contemporânea se vale do reconhecimento do conflito como uma oportunidade de incremento da coesão social, pois o outro, mesmo quando um estranho moral, não deve ser visto como um inimigo, mas sim como coparticipante da mesma comunidade.⁶²

O emprego da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais na Bioética consiste em uma proposta de ética procedimental e substancialista para balizar a adoção de processos restaurativos que visam a lidar com tais conflitos. Nesse sentido, utiliza-se a definição de Cortina sobre éticas substancialistas e procedimentais. As éticas procedimentais são aquelas que se ocupam de procedimentos legitimadores da adoção de prescrições de condutas, entendidos como processo de diálogo. Ao passo que as éticas substancialistas são aquelas que consideram a finalidade ou os bens que se almejam para se avaliar eticamente práticas, visando à criação ou ao fortalecimento de laços de coesão social. As éticas substancialistas, de acordo com Cortina, se aproximam das vertentes relacional e comunitarista, pois entendem que meros acordos procedimentais para a criação de padrões de regulação social não são suficientes para sustentar acordos morais passíveis de manter a unidade das comunidades.⁶³ Neste artigo, entende-se que a abordagem restaurativa apresenta características de uma ética procedimental e de uma ética substancialista, haja vista que concebe como central o processo dialógico, democrático e participativo de resolução de conflitos, bem como os resultados que se buscam obter com tal processo, como a restauração das conexões humanas e a coesão da comunidade.

Aplicando-se tal perspectiva à Bioética, entende-se que a solução de conflitos morais não deve perpassar apenas por propostas teóricas que se cinjam a estabelecer procedimentos deliberativos que visam a alcançar decisões e soluções. A Bioética tem um papel intransferível de contribuir para a restauração das relações e robustecer a comunidade. Assim, sob a ótica da ética procedimental, o processo de resolução de conflitos

NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

61. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

62. MARIACA, Daniel Mauricio Patiño; GUTIÉRREZ, Adriana María Ruiz. La justicia restaurativa: un modelo comunitarista de resolución de conflictos. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, v. 45, n. 122, 2015, p. 213 – 255.

63. CORTINA, Adela. *Ética*. São Paulo: Loyola, 2008.

baseado na abordagem restaurativa deve ser inclusivo, participativo, dialógico e horizontal. Sob o prisma da ética substancialista, há que se buscar contribuir para a autorreflexão e o compartilhamento de sentimentos dos implicados, bem como para a construção de uma vontade coletiva de reparar as conexões rompidas.⁶⁴ Por consequência, um processo de deliberação adotado por um Comitê Hospitalar de Bioética, por exemplo, há que perquirir a eticidade procedimental e substancialista do seu processo de solução de conflitos. Isso porque a Bioética e seus conflitos morais, notadamente na arena clínica, dizem respeito a pessoas e às comunidades nas quais se inserem, desse modo, os conflitos não devem ser resolvidos sem o processo dialógico, cerne da abordagem restaurativa, e a considerações equânimes de suas vozes.

Gracia ressalta que, na esfera da prática clínica, os conflitos aumentaram e enfatiza que na relação profissional de saúde e paciente o conflito pode ser tão agudo que “não existe a possibilidade de resolvê-lo dentro da própria relação.”⁶⁵ Nesse sentido, propõe que hospitais e instituições de saúde contem com “instâncias específicas de resolução de conflitos morais”.⁶⁶ Para tanto, há Comitês Hospitalares de Bioética que podem desenvolver a função de resolução de conflitos morais que emergem da prática clínica. Para a análise dos casos que são levados ao Comitê, Gracia formula um método de deliberação, entendido como um “método da racionalidade prática, delibera-se para tomar decisões que são sempre, e necessariamente, concretas”.⁶⁷ Tratando-se particularmente da deliberação moral proposta por Gracia para casos críticos em Bioética⁶⁸, essa tem como objeto a ponderação de princípios e valores, à luz das circunstâncias e consequências dos casos. Segundo Zoboli, o procedimento deliberativo de Gracia se estrutura da seguinte forma: deliberação sobre fatos; deliberação sobre os valores; deliberação sobre os deveres; e deliberação sobre as responsabilidades. O caso é levado à instância hospitalar pela pessoa que “descobriu o caso clínico como problema ético e ficou sem saber como deveria proceder”.⁶⁹ Na fase da deliberação sobre os valores, há que se formular uma pergunta-problema que deve “se referir às pessoas nele envolvidas e considerar suas peculiaridades e circunstâncias”.⁷⁰ Na fase da deliberação sobre os deveres, tem-se como foco a escolha do curso ótimo e os valores em conflito são situados em polos extremos. Na fase da deliberação sobre

64. DEERY, Sharon; CHIAPPINO, Kathryn. Grad Night Surprise: Ethic of Care and Restorative Justice. *Journal of Cases in Leadership*, 2021, p.-1-10.

65. GRACIA, Diego. Ética médica. Disponível em: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201035.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

66. GRACIA, Diego. Ética médica. Disponível em: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201035.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

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

68. GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clín.*, v. 117, 2000, p. 18-23.

69. ZOBOLI, Elma. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*, v. 6, n. 1, 2012, p.51.

70. ZOBOLI, Elma. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*, v. 6, n. 1, 2012, p.52.

responsabilidades, que implica a sua análise à luz do ordenamento jurídico e, por fim, a decisão final é tomada pelos envolvidos no caso e essa deliberação do Comitê de Bioética é entendida como “assessoria deliberativa”.⁷¹

No passo a passo formulado por Gracia, não há um espaço de diálogo e de escuta respeitosa entre os implicados no caso. Com efeito, ao se aplicar a abordagem restaurativa ao procedimento deliberativo proposto por Gracia, verifica-se que na fase da deliberação sobre fatos não há a escuta dos envolvidos no conflito, a despeito de Zoboli pontuar que nessa fase se busca “entender o caso mais claramente possível, abrangendo de maneira compreensiva as diversas perspectivas implicadas na situação”.⁷² Nesse sentido, a pergunta-problema orientadora da deliberação também deve ser formulada com base nas falas das pessoas envolvidas no caso e em suas perspectivas. Ainda, à luz da abordagem restaurativa, nota-se que a deliberação de Gracia se alicerça em valores identificados pelos membros da instância deliberativa sem extraí-los das falas dos diretamente envolvidos e dos membros da comunidade. Desse modo, seria adequado que se identificasse, com base nas falas dos envolvidos e da comunidade, a sua percepção sobre o conflito e a partir disso se identificassem os princípios, direitos e concepções de bem subjacentes ao conflito, bem como as necessidades e preferências dos implicados.

Para a abordagem restaurativa, a deliberação acerca de um conflito concreto deveria partir do diálogo entre os envolvidos, caso esses desejem participar, haja vista que é sempre voluntária⁷³, mas não de suposições *a priori*. Quanto à busca pelo curso moralmente ótimo e a se evitar os cursos classificados por extremos, conforme proposta de Gracia, que “opta por um dos valores em conflito e o realiza, à custa do aniquilamento do outro”⁷⁴, verifica-se que esse método enquadra as necessidades e as preferências dos implicados como um “curso de ação extremo que deve ser evitado”⁷⁵. Não há qualquer justificativa para se categorizar pejorativamente as necessidades e as preferências das partes do conflito e priorizar um curso de ação eleito por decisores, membros de uma instância bioética, e não decorrente do processo dialógico restaurativo.

Motta et al apresenta um elenco de enfoques contemporâneos da tomada de decisões em Bioética Clínica, dentre esses se encontra o de Gracia. Sabe-se que o processo decisório ou deliberativo em Bioética, como atualmente se encontra formulado pelos enfoques apontados por Motta et al, não se equivale a um método de solução de

71. ZOBOLI, Elma. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*, v. 6, n. 1, 2012, p.56.

72. ZOBOLI, Elma. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*, v. 6, n. 1, 2012, p.54.

73. Em relação à voluntariedade, uma vez haja a recusa de participação dos implicados, não se revela possível a adoção da abordagem restaurativa.

74. ZOBOLI, Elma. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*, v. 6, n. 1, 2012, p.54.

75. ZOBOLI, Elma. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos*, v. 6, n. 1, 2012, p.54.

conflito.⁷⁶ Contudo, o que se verifica no campo bioético é o uso do processo deliberativo em conflitos envolvendo pacientes, familiares e profissionais de saúde sem se levar em conta os princípios e teorias que embasam os métodos de resolução de conflitos, como a abordagem restaurativa. Conforme Motta et al, os procedimentos de deliberação moral têm o objetivo de “gerir o conflito moral de uma maneira razoável e prudente, através de discussões meticolosas”⁷⁷. Assim, o que se verifica é uma proposta de procedimento asséptico e desconectado dos sentimentos, necessidades e preferências das pessoas implicadas no conflito, bem como enfoques que se limitam a uma ética procedimental, desconsiderando o papel educativo das instâncias bioéticas.

Nesse sentido, predomina na Bioética uma visão no sentido de que a deliberação moral sobre um conflito envolve a identificação de um curso de ação ótimo e prudente, como aquele que será identificado por meio de argumentos e teorias. Desse modo, a deliberação moral hegemônica na Bioética se coloca como uma ética procedimental, deixando de lado a grande oportunidade de se contribuir para o fortalecimento da equipe de saúde ou para o engajamento do paciente em seu próprio cuidado, ao se reconhecer pertencente à comunidade de pacientes. Assim, essa visão procedimental da resolução de conflitos em Bioética desconsidera o papel dos Comitês de Bioética na educação e na promoção de valores em dada comunidade. De forma distinta, a abordagem restaurativa se compromete com o envolvimento dos afetados pelo conflito de forma a fazer emergir das diferentes vozes as propostas de curso de ação e o mútuo entendimento. Não se pretende afastar a busca pelos princípios, direitos e concepções de bem subjacentes à fala dos implicados, mas sim considerá-las como importantes para o processo de tomada de decisão na medida em que emergem dos próprios implicados e não de suposições e ilações dos membros das instâncias bioéticas.

Sustenta-se neste artigo que processos restaurativos deveriam ser adotados por instâncias bioéticas para a resolução de conflitos. Como exemplo, tem-se propostas de implementação da JR em hospitais e instituições de saúde, haja vista que conflitos, erros, ofensas ocorrem cotidianamente em tais ambiências.⁷⁸ O Conselho de Justiça Restaurativa do Reino Unido, ao ser consultado sobre o Conselho Médico Geral sobre a temática, assinalou que processos restaurativos podem envolver encontros entre os envolvidos em um dano ou conflito, propiciando a comunicação entre as partes. No caso dos conflitos em hospitais, a abordagem JR é vista como uma forma mais efetiva dos pacientes de obterem respostas e de serem empoderados.⁷⁹

76. MOTTA, Luis Claudio de Souza et al. Toma de decisiones en (bio) ética clínica: enfoques contemporáneos. *Revista Bioética*, v. 24, n. 2, 2016, p. 304-14.

77. MOTTA, Luis Claudio de Souza et al. Toma de decisiones en (bio) ética clínica: enfoques contemporáneos. *Revista Bioética*, v. 24, n. 2, 2016, p. 304-14.

78. RESTORATIVE SOLUTIONS. Restorative Justice in Hospitals. Disponível em: <http://restorativesolutions.us/hospitals>. Acesso em: 1 jun. 2021.

79. RESTORATIVE JUSTICE COUNCIL. Restorative Justice Council response to the General Medical Council consultation: Reviewing how we deal with concerns about doctors. Disponível em: <https://restorativejustice.org.uk/sites/>

A abordagem restaurativa pode servir como um referencial para lidar com conflitos morais em hospitais e outros ambientes, por meio de círculos restaurativos ou Conferências, considerando os contextos nos quais pacientes, profissionais de saúde e outros membros da comunidade hospitalar se encontram inseridos, de modo a engajá-los na resolução de conflitos de forma horizontal, participativa e compreensiva.⁸⁰ Nas palavras de Zehr, a JR “se funda no pressuposto de que, como indivíduos, estamos todos interligados, e o que fazemos afeta a todas as outras pessoas e vice-versa”⁸¹, assim, a incorporação da abordagem restaurativa à resolução de conflitos morais se revela essencial para que as instâncias bioéticas encarnem valores e princípios como os que dizem respeito ao fortalecimento dos laços humanos e das comunidades.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A JR é um movimento global que traz à tona a relevância das relações humanas e das comunidades, bem como dos métodos de resolução de conflitos que extrapolam as visões individualistas de sociedade e de construção de acordos morais. A abordagem restaurativa agrega à Bioética uma concepção distinta das adotadas comumente pelos enfoques de tomada de decisão por instâncias bioéticas, notadamente na ambiência hospitalar. A visão hegemônica de deliberação em Bioética desconsidera que os conflitos morais não são meras abstrações passíveis de serem reduzidas a argumentos e teorias éticas, mas sim situações que dizem respeito a pessoas concretas, que se inserem em contextos particulares e sofrem influências das suas interações. Assim, a abordagem restaurativa traz para a Bioética uma nova forma de pensar os conflitos morais, como oportunidades significativas de restaurar laços e consolidar a comunidade, bem como de propor processos de sua solução, como os círculos restaurativos, por exemplo. Embora se saiba que a Bioética foi construída majoritariamente sobre as bases de teorias liberais, a abordagem restaurativa provoca a crítica desse predomínio, propiciando a abertura para se pensar a partir da consideração do ser humano como um ser relacional e forjado pela comunidade. Com efeito, a abordagem restaurativa contribui para o equilíbrio entre o respeito e a promoção da autonomia pessoal com a manutenção da coesão das comunidades contemporâneas, tarefa árdua que também se impõe à Bioética e aos membros de instâncias bioéticas.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Gina Baral; HEBLING, Mary Jo; SMULL, Beth. Proactive restorative practices: creating the conditions for individuals and communities to flourish. Disponível em: [https://www.iirp.edu/images/conf_downloads/FoqHEZ_Proactive_RP_Creating_the_Conditions_for_Individuals_and_Communities_](https://www.iirp.edu/images/conf_downloads/FoqHEZ_Proactive_RP_Creating_the_Conditions_for_Individuals_and_Communities_default/files/resources/files/RJC%20response%20to%20General%20Medical%20Council%20consultation.pdf)

[default/files/resources/files/RJC%20response%20to%20General%20Medical%20Council%20consultation.pdf](https://www.iirp.edu/images/conf_downloads/FoqHEZ_Proactive_RP_Creating_the_Conditions_for_Individuals_and_Communities_default/files/resources/files/RJC%20response%20to%20General%20Medical%20Council%20consultation.pdf). Acesso em: 2 jun. 2021.

80. LOKUGAMAGE, A.U.; PATHBERIYA, S.D.C. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, v. 14, n. 17, 2017.

81. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

to_Flourish.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

ADOM, Dickson; HUSSEIN, Emad Kamil; ADU AGYEM, Jow. 2018. Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research. Acesso em 2 de abril de 2021. [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1). Acesso em: 13 jul. 2020.

ALBUQUERQUE, Aline. *Capacidade Jurídica e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

AMARAL, Carlos. Comunitarismo. In: ROSAS, João Cardoso (Org.). *Manual de Filosofia Política*. Lisboa: Almedina, 2008, p.87-108.

BAZEMORE, Gordon; UMBREIT, Mark. A comparison of Four Restorative Conferencing Models. *Juvenile Justice Bulletin*. Disponível em: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojdp/184738.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA DA UNB. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em: http://bvsm.sau.de.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 1 jun. 2021.

CORTINA, Adela. *Ética*. São Paulo: Loyola, 2008.

DEERY, Sharon; CHIAPPINO, Kathryn. Grad Night Surprise: Ethic of Care and Restorative Justice. *Journal of Cases in Leadership*, 2021, p.-1-10.

DURAND, Guy. *Introdução geral à Bioética*. São Paulo: Loyola, 2003.

ENGELHARDT, H. Tristram. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.

ETZIONI, Amitai. Communitarian Bioethics. In: Happiness is the Wrong Metric. *Library of Public Policy and Public Administration*, v. 11. Springer, Cham.

GARGARELLA, Roberto. *As teorias de justiça depois de Rawls*. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

HARVEY, John Collins. André Hellegers, the Kennedy Institute, and the Development of Bioethics: The American–European Connection. In: GARRET, Jeremy R.; JOTTERAND, Fabrice; RALSTON, Christopher. *The Development of Bioethics in the United States*. New York: Springer, 2013, p.37-54.

HERRING, Jonathan. *Relational Autonomy and Family Law*. Oxford: Springer, 2014.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med. Clín.*, v. 117, 2000, p. 18-23.

_____. Ética médica. Disponível em: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201035.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

GARRRAFA, Volnei; AZAMBUJA, Leticia Erig Osório de. Epistemología de la bioética - enfoque latinoamericano. *Revista Colombiana de Bioética*, v. 4, n. 1, 2019.

_____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, v. 13, n. 1, 2006, p. 125-134.

JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

JONSEN, Albert R. A history of Bioethics as Discipline and Discourse. In: JECKER, Nancy; JONSEN, Albert R.; PEARLMAN, Robert A. *Bioethics*. Sudbury: Jones and Bartlett, 2007, p.3-16.

LOKUGAMAGE, A.U.; PATHBERIYA, S.D.C. Human rights in childbirth, narratives, and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, v. 14, n. 17, 2017.

LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

MARIACA, Daniel Mauricio Patiño; GUTIÉRREZ, Adriana María Ruiz. La justicia restaurativa: un modelo comunitarista de resolución de conflictos. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, v. 45, n. 122, 2015, p. 213 – 255.

MOTTA, Luis Claudio de Souza et al. Toma de decisiones en (bio) ética clínica: enfoques contemporâneos. *Revista Bioética*, v. 24, n. 2, 2016, p. 304-14.

NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo, 2007.

OGUNBANJO GA, KNAPP VAN BOGAERT D. Communitarianism and Communitarian Bioethics. Disponível em: <file:///C:/Users/aline/Downloads/13228-Article%20Text-271396-1-10-20140311.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2021.

RAYE, Barbara; ROBERTS, Ann Warner. Restorative processes. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

RESTORATIVE JUSTICE COUNCIL. Restorative Justice Council response to the General Medical Council consultation: Reviewing how we deal with concerns about doctors. Disponível em: <https://restorativejustice.org.uk/sites/default/files/resources/files/RJC%20response%20to%20General%20Medical%20Council%20consultation.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2021.

RESTORATIVE SOLUTIONS. Restorative Justice in Hospitals. Disponível em: <http://restorativesolutions.us/hospitals>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SANDEL, Michael J. *O liberalismo e os limites da justiça*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2005.

SHCRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

SHUSTER, Evelyne. American Doctors at the Nuremberg Medical Trial. *American Medical Journal*, v. 108, n. 1, 2018.

SINGER, Nina et al. Decision-making in everyday moral conflict situations: Development and validation of a new measure. *Plos One*, April 1, 2019.

STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY. Comunitarism. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/communitarianism/>. Acesso em: 4 mai. 2021.

TAYLOR, Charles. *A Ética da autenticidade*. São Paulo: Realizações, 2011, p. 14.

TEN HAVE, Henk. Potter's notion of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*. 2012 Mar;22(1):59-8.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. Handbook on Restorative Justice Programmes. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/20-01146_Handbook_on_Restorative_Justice_Programmes.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

WACHTEL, Ted. Defining Restorative. Disponível em: <https://www.iirp.edu/restorative-practices/defining-restorative/>. Acesso em: 29 mai. 2021.

ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

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

**PARTE II – ARTICULAÇÕES TEÓRICAS ENTRE BIOÉTICA E
JUSTIÇA RESTAURATIVA**

BIOÉTICA, JUSTIÇA RESTAURATIVA E PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Data de aceite: 01/11/2021

Isis Layne de Oliveira Machado

Advogada. Doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília-UnB.

Juliana Miranda Cerqueira

Advogada. Aluna especial em Bioética pela Universidade de Brasília-UnB.

INTRODUÇÃO

Pesquisas envolvendo seres humanos têm sido objeto de discussão mundial nas últimas décadas, em razão da necessidade de promover o avanço científico, com objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida e saúde para os seres humanos. Nesse sentido, surgem reflexões éticas e bioéticas, em busca de instrumentos normativos e práticos, que promovam condutas éticas para o campo do desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos¹.

Albuquerque² ressalta a importância de interconectar a ética em pesquisa com o referencial dos direitos humanos, a fim de conferir maior salvaguarda aos direitos de participantes de pesquisa. A autora perpassa

por três momentos de relevância para a construção da ética voltada a pesquisas envolvendo seres humanos. O primeiro, inicia-se na década de 1940 e refere-se à instituição dos princípios de Nuremberg, que decorreu do julgamento e condenação de médicos nazistas, por realizarem experimentações sem qualquer procedimento de anuência e que acarretaram sofrimentos desnecessários aos participantes. Em tal julgamento o Tribunal concluiu que não foram adotados mecanismos para evitar danos, tampouco a morte de diversas pessoas.

Nesse contexto, verificou-se a necessidade de promover parâmetros normativos, pautados em princípios éticos, que pudessem ser aplicados aos experimentos envolvendo seres humanos. Ao conjunto dos dez enunciados de ordem ética, denominou-se Código de Nuremberg³, que prescreve a avaliação de riscos, benefícios e danos advindos da pesquisa; a necessidade de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade física e mental; assim como, prevê o consentimento informado como parte fundamental para desenvolvimento de pesquisas.

O segundo momento é marcado pela hegemonia da Declaração de Helsinque⁴,

1. KIPPER, Délio José. Breve história da ética em pesquisa. *Revista da AMRIGS*, v. 54, n. 2, p. 224-228, 2010.

2. ALBUQUERQUE, Aline. Para uma ética em pesquisa fundada nos direitos humanos. *Revista Bioética*, v. 21, p. 412-422, 2013.

3. UNITED NATIONS ORGANIZATION. The Nuremberg code. 1949. Disponível em: https://search.usa.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih_history&query=nuremberg&commit=Procurar Acesso em 06 jul. 2021.

4. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. 59th WMA General Assembly, Seoul, oct. 2008. Disponível em: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/> Acesso em 06 jul 2021.

advinda de discussões acadêmicas que, posteriormente, passaram a ser um dos temas de discussão da Bioética. Tal documento possui predominância na atuação de profissionais da saúde e apesar de propugnar a necessidade de avaliação ética prévia dos estudos, por meio de comitês independentes, faz pouca menção à proteção de participantes de pesquisas e à sua dignidade humana⁵.

Na década de 1970, após questionamentos éticos quanto ao desenvolvimento de estudos, que favoreciam indústrias farmacêuticas em detrimento dos participantes de pesquisa, e que lhes colocavam em acentuado risco, restou evidenciada a necessidade de aprofundamento de reflexões éticas voltadas ao campo das pesquisas envolvendo seres humanos⁶. Em 1978 surge então o Relatório Belmont⁷, que trouxe três princípios éticos basilares no âmbito da pesquisa, quais sejam, o respeito à pessoa, centrado na autonomia do participante da pesquisa; a beneficência, pautada no dever de maximizar benefícios e reduzir danos aos participantes de estudos; e o princípio da justiça, inerente à equidade na participação e distribuição de resultados e benefícios advindos dos estudos.

Posteriormente, tais princípios foram aprofundados e ensejaram a bioética principialista, proposta por Tom Beauchamp e James Childress⁸, voltada ao campo biomédico e pautada em quatro princípios, sendo eles, o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. No entanto, novas discussões bioéticas ao redor do mundo ocorreram, concluindo pela insuficiência de tais princípios para responder à pluralidade e abrangência da bioética⁹. Assim, o terceiro momento é marcado pelo enfraquecimento da Declaração de Helsinque e constatação da necessidade de adequação e melhoria nos documentos já existentes, que tratam de pesquisas envolvendo seres humanos. Em 2005, a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH, que traduz a abordagem bioética conjugada aos direitos humanos, significou importante marco para a ampliação do escopo da bioética¹⁰.

A DUBDH¹¹ amplia o campo de discussão da bioética, para além da área biomédica

5. ALBUQUERQUE, Aline. Para uma ética em pesquisa fundada nos direitos humanos. *Revista Bioética*, v. 21, p. 412-422, 2013.

6. KOTTOW, Miguel. História da ética em pesquisa com seres humanos. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 2, 2008.

7. THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 18 abril 1979. [Internet]. Bethesda: Office of Human Subject Research. Disponível em <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> Acesso em 06 jul 2021.

8. BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics. 7.ed. New York: Oxford University Press, 2013.

9. PARANHOS, Flávio Rocha Lima; GARRAFA, Volnei; MELO, Rosana Leite de. Estudio crítico del principio de beneficio y daño. *Revista Bioética*, v. 23, p. 12-19, 2015.

10. ALBUQUERQUE, Aline. Para uma ética em pesquisa fundada nos direitos humanos. *Revista Bioética*, v. 21, p. 412-422, 2013.

11. CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA DA UNB. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. [internet]. Disponível em http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 06 jul.2021.

e principialista, incorporando aspectos sociais e princípios fundamentais para o campo da pesquisa com seres humanos, especialmente no que se refere aos países em desenvolvimento, que carecem de maior atenção quanto ao respeito à dignidade humana¹².

Sendo assim, é importante aprofundar e atualizar a discussão bioética referente ao campo da pesquisa envolvendo seres humanos. Faz-se necessário aprimorar a construção de uma bioética voltada para promoção de mecanismos que auxiliem a identificação e reparação de danos causados a pessoas que participam de experimentações científicas. Uma bioética que atue de modo a preservar na memória histórica casos como os de Tuskegee e Guatemala¹³, que configuraram crimes contra a humanidade e que, para além da prevenção de situações semelhantes, se preocupe com a reparação aos danos sofridos. Nesse ponto, a justiça restaurativa pode ser ferramenta importante na construção desse caminho¹⁴.

Considerando o crescente número de pesquisas desenvolvidas no mundo, o presente capítulo tem como objetivo abordar o uso da justiça restaurativa, conjugada à bioética, como possível mecanismo facilitador para solução de conflitos na área da pesquisa envolvendo seres humanos.

Para tanto, realizou-se estudo teórico, a partir de revisão de literatura, abordando princípios da justiça restaurativa, suas conexões com a bioética e possíveis aplicações ao campo da pesquisa envolvendo seres humanos, avaliando de que modo a justiça restaurativa pode contribuir para solução de conflitos neste âmbito.

JUSTIÇA RESTAURATIVA E BIOÉTICA: ENLACES E ADEQUAÇÕES

A justiça restaurativa advém de mecanismos estatais e jurídicos reativos, que oferecem às vítimas e aos demais envolvidos, a oportunidade de expor de que modo determinado fato lhe gerou dano, assim como conferir ao causador do dano a oportunidade de repará-lo. Possui nascedouro em um novo modo de compreender a justiça criminal, deixando de conferir importância apenas à punição aos ofensores, para enfatizar a reparação de danos causados às pessoas e às relações estabelecidas entre elas¹⁵.

Diferentes práticas atreladas à justiça restaurativa têm sido instituídas formalmente ao redor do mundo, configurando-se, em síntese, como um processo que envolve as partes, com vistas a encontrar meios de lidar com as consequências de determinada prática danosa e com suas implicações futuras, centrando atenção na identificação de danos individuais ou

12. GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev. Bras. Bioética*; 2(1):122-132, 2005

13. RODRIGUEZ, Michael A.; GARCÍA, Robert. First, do no harm: the US sexually transmitted disease experiments in Guatemala. *American journal of public health*, v. 103, n. 12, p. 2122-2126, 2013.

14. REVERBY, Susan M. Restorative justice and restorative history for the sexually transmitted disease inoculation experiments in Guatemala. *American journal of public health*, v. 106, n. 7, p. 1163, 2016.

15. WACHTEL, Ted. Defining restorative. *International Institute for Restorative Practices*, v. 12, 2013.

comunitários e, sempre que possível, na sua reparação¹⁶.

As partes interessadas, primariamente, são as vítimas, suas comunidades de cuidados e os infratores, cujas necessidades são, respectivamente, a obtenção de reparação, obtenção de reconciliação e responsabilização educativa¹⁷.

Com o aprimoramento de tal mecanismo, práticas restaurativas foram desenvolvidas para outros campos de atuação, tal como o familiar, o civil e o campo da saúde¹⁸. O objetivo das práticas restaurativas é desenvolver a relação comunitária, gerenciar conflitos e tensões em uma atuação proativa; ou, em uma abordagem reativa, reparar danos e restaurar relacionamentos¹⁹. O uso de práticas restaurativas auxilia a reduzir crimes, violência e bullying; fortalece as relações humanas e a sociedade civil; restaura relacionamentos e repara danos; auxilia na prevenção de conflitos e transgressões, através da construção de relacionamentos e de um senso de comunidade, com estreitamento de laços entre indivíduos.

No que concerne à saúde pública, a justiça restaurativa atua principalmente com intenção de evitar recorrência de ações danosas²⁰. Nesse sentido, tem-se que a aplicação da JR ao campo das pesquisas envolvendo seres humanos pode ser utilizada com intuito de reparar, bem como de prevenir danos e minimizar riscos para pessoas que participam de estudos científicos.

Dekker²¹, ao abordar a questão de danos inerentes aos cuidados em saúde, defende a adoção de um pensamento sistêmico, haja vista que esta é uma área com profunda imprevisibilidade, que envolve diversidade e fatores desconhecidos em relação a outras áreas. Por isso, defende a adoção de uma justiça mais restauradora, que não esteja voltada apenas para o aspecto punitivo na solução de conflitos, mas que incorpore a abertura ao diálogo e exposição de experiências, de modo a trazer a vivência humana para o centro da solução de conflitos.

A justiça restaurativa tem foco nos danos e consequentes necessidades da vítima, ofensor e comunidade, considerando o ponto de vista desses três agentes²². Nesse sentido, a JR cria a obrigação de corrigir erros, já que considera como norma a reparação do dano e o processo como caminho para a reconciliação. Zehr²³ afirma que aplicar a justiça restaurativa significa reparar a lesão e promover a cura. Os valores e princípios da

16. ALBUQUERQUE, Aline. Manual de direito do paciente. Ed. CEI. 2020.

17. WACHTEL, Ted. Defining restorative. *International Institute for Restorative Practices*, v. 12, 2013.

18. DEKKER, Sidney. *Just culture: Balancing safety and accountability*. Ashgate Publishing, Ltd., 2012.

19. WACHTEL, Ted. Dreaming of a new reality: How restorative practices reduce crime and violence, improve relationships and strengthen civil society. International Institute for Restorative Practices, The Piper's Press, 2013.

20. WACHTEL, Ted. Defining restorative. *International Institute for Restorative Practices*, v. 12, 2013.

21. DEKKER, Sidney. Agency for healthcare research and quality (arhq). In *Conversation with... Sidney Dekker*, 2013. Tradutor: Diego Alfaro.

22. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Athena, 2008.

23. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Athena, 2008.

JR destacados por autores especializados são diversos, Hopkins²⁴, por exemplo, destaca: abertura, autodeterminação, colaboração, flexibilidade, igualdade, não discriminação, não violência, justiça, respeito, empoderamento, confiança, honestidade, voluntariedade, cura, *accountability* geral e pessoal, inclusão e empatia.

O objetivo central da JR consiste em restaurar relações humanas, que são o ponto nodal para a vida em comunidade. Por isso, o estabelecimento do diálogo é peça-chave para que as pessoas envolvidas no conflito ou ofensa participem de maneira horizontal, equânime e conjunta, na busca por uma solução. Para tanto, alguns mecanismos podem ser utilizados, tais como conferências e diálogos restaurativos, conferências de grupos familiares, mediação entre vítima-ofensor e círculos de sentença²⁵.

As práticas restaurativas podem se dar por meio de encontros, rodas de conversa e outros meios que usualmente são realizados em ambientes fora do Sistema Judiciário, dispensando burocracias e cerimônias típicas de audiências realizadas no Fórum. A exceção a essa informalidade é com relação à elaboração do termo constante do acordo, que ao final, deverá ser homologado judicialmente. Para isso, é necessário que seja redigido em termos objetivos, firmando prestações proporcionais e possíveis de serem satisfeitas pelas partes, além de prever formas de fiscalização, garantindo a *accountability* geral e pessoal, bem como oferecimento de garantia para seu cumprimento²⁶.

As sessões restaurativas precisam passar segurança às partes com relação ao sigilo de tudo que é pronunciado, não havendo a possibilidade de se usar em outra oportunidade, a favor ou contra elas. Qualquer declaração não pode ser revelada no curso de eventual processo em andamento ou em nenhum outro que possa surgir. Da mesma forma, a recusa por parte dos envolvidos em buscar a restauração não pode ser fundamento ou causa para agravamento de eventual pena a ser aplicada²⁷.

A vítima e o ofensor são partes principais no processo e, por isso, a voluntariedade, a flexibilidade, a honestidade, a abertura para receber informações e discuti-las e a colaboração, são indispensáveis para abertura do diálogo em busca da melhor maneira de reparar um dano. Em tal processo, as partes são estimuladas a utilizarem a justiça restaurativa, com em foco obter um acordo²⁸.

As partes envolvidas usam seu protagonismo para expor seus anseios,

24. HOPKINS, Belinda. From Restorative Justice to Restorative Culture. Revista de Asistență Socială, n. 4, p. 9-34, 2015.

25. ALBUQUERQUE, Aline. Interfaces entre Bioética e Justiça Restaurativa: aplicação da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais. 2021.

26. PERES, Igor Canale; GODOY, Paula H. Silva. O desenvolvimento da Justiça Restaurativa. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0134.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2021.

27. PERES, Igor Canale; GODOY, Paula H. Silva. O desenvolvimento da Justiça Restaurativa. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0134.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2021

28. PERES, Igor Canale; GODOY, Paula H. Silva. O desenvolvimento da Justiça Restaurativa. Disponível em <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0134.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2021.

inseguranças e reflexões²⁹. Tal mecanismo é mediado por um moderador, que necessita demonstrar e promover a empatia, a inclusão, despertar a confiança mútua entre as partes, ressaltar a importância do respeito ao processo, que se dá quando ambos exercem sua autodeterminação.

Uma das dimensões da JR é o empoderamento da vítima, que figura em desvantagem frente ao agente. As vítimas têm necessidade de vindicação, reparação e de encontrar significado no ocorrido. Buscam equidade e reparação do dano, sendo que o processo de restauração visa promover esses aspectos³⁰.

O princípio da não discriminação garante a isonomia entre as partes e impede o favorecimento de um ou de outro ponto de vista no procedimento restaurativo. Ambas serão ouvidas, na presença ou ausência da parte contrária, com relação aos fatos em análise, motivação e resultados, levando em consideração graus de responsabilidade e o contexto social de cada um. Em momento posterior, as partes, juntas, discutem e avaliam um possível acordo, na busca pela restauração³¹.

Contudo, há que se atentar aos riscos inerentes a tal prática, visto que a falta de qualidade na organização e falta de atenção que vise proteger os participantes do processo, podem resultar na rotulação de determinadas práticas como restauradoras, quando na verdade não o são. Isso pode resultar em desfechos ruins, gerando impacto negativo e baixa credibilidade da justiça restaurativa, contribuindo para fragilizar ainda mais a relação estabelecida entre os envolvidos³². Por isso, deve-se partir do reconhecimento de que existem muitos contextos para aplicação da justiça restaurativa, devendo-se compreender as diversidades pertinentes a cada sociedade, assim como contar com profissionais habilitados para conduzir práticas efetivamente restaurativas³³.

A bioética, compreendida como ramo da ética aplicada à vida, constitui estudos de natureza multidisciplinar e demonstra-se como campo ideal para adequação de práticas da JR aplicáveis ao campo de pesquisa com seres humanos, por incorporar em seu escopo temas de natureza jurídica, social e filosófica.

Na contemporaneidade, a bioética é qualificada como campo que possibilita a troca de saberes concernentes à vida e ao viver, capaz de abarcar saberes dos mais diversos campos do conhecimento, por meio de seu viés multi-inter-transdisciplinar³⁴.

29. PERES, Igor Canale; GODOY, Paula H. Silva. O desenvolvimento da Justiça Restaurativa. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0134.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2021.

30. ZEHR, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Athena, 2008.

31. PERES, Igor Canale; GODOY, Paula H. Silva. O desenvolvimento da Justiça Restaurativa. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0134.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2021.

32. VAN CAMP, Tinneke. Understanding victim participation in restorative practices: Looking for justice for oneself as well as for others. *European journal of criminology*, v. 14, n. 6, p. 679-696, 2017.

33. SHAPLAND, Joanna; ROBINSON, Gwen; SORSBY, Angela. Restorative justice in practice: Evaluating what works for victims and offenders. Willan, 2011.

34. GARRAFA, Volnei. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. 2006.

Enquanto ética aplicada³⁵, a bioética envolve não apenas questões atinentes à esfera biomédica, mas questões de cunho social, político, filosófico, econômico, dentre outras, que influenciam direta ou indiretamente no ‘viver’, envolvendo também discussões sobre direitos individuais e autonomia de cada pessoa³⁶. Essa confluência de temáticas, distantes entre si e raramente dominadas por uma única área do saber, é que confere à Bioética sua autenticidade, culminando para o surgimento de uma nova epistemologia.

A bioética traduz-se em uma forma de pensar comunicadora e não disjuntiva, visto que os problemas bioéticos não são meros problemas conceituais, que se restringem ao intelecto abstrato, mas problemas antropológicos fundamentais, significativos na experiência concreta dos seres humanos³⁷. Por isso, o ambiente da bioética é importante, especialmente no que toca aos valores presentes na abordagem dos direitos humanos³⁸, para discutir temas inerentes ao direito e à eticidade de condutas, que refletem diretamente na vida do indivíduo.

Saliente-se que a DUBDH significou um marco importante para a caracterização da bioética como um campo para discussões plurais, para além de questões estritamente biomédicas e individuais³⁹. Por isso, a aplicação dos princípios previstos em tal documento deve ser materializada por meio do uso de ferramentas adequadas, como é o caso da JR.

Considerando a natureza de promoção de diálogo, o caráter de construção de relações e a importância conferida às experiências humanas para solução de conflitos, tem-se que a JR possui entrelace com os objetivos da bioética, especialmente a vertente desenvolvida na América Latina⁴⁰, uma vez que suas concepções e campo de atuação ultrapassam a esfera biomédica para adentrar a questões sociais, culturais e econômicas, que influenciam diretamente a temática da saúde pública, assim como o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

A confluência de objetivos entrelaça saberes da bioética e da justiça restaurativa com vistas à solução de conflitos concretos, balizada no diálogo voluntário entre o causador do dano e a parte afetada, assim como na comunidade em que eles se inserem. Isso contribui para o fortalecimento comunitário, além de objetivar o equilíbrio entre o respeito e a promoção da autonomia pessoal⁴¹, tema de grande relevância para a bioética.

35. GARRAFA Volnei. APRESENTAÇÃO – O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V; Kottow M; Saada A (orgs.). Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo Editora Gaia / Unesco, 2006, pags. 09-15.

36. O'NEALL Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge; 2002.

37. D'AGOSTINO, Francesco. *Bioética, segundo o enfoque da filosofia do direito*. 2006.

38. OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. *Interface entre bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa*. 2010.

39. ANDORNO, Roberto. *Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. *Journal of Medical Ethics*, v. 33, n. 3, p. 150-154, 2007.

40. GARRAFA, Volnei. *Da bioética de princípios a uma bioética interventiva*. *Revista Bioética*, v. 13, n. 1, 2006, p. 125-134.

41. ALBUQUERQUE Aline. *Interfaces entre Bioética e Justiça Restaurativa: aplicação da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais*. 2021.

PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS: POSSÍVEIS CONFLITOS

O desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos é campo de recorrentes tensões, especialmente quanto à mensuração entre benefícios, riscos e danos aos envolvidos. Os aspectos inerentes aos riscos tornam-se ainda mais centrais em países em desenvolvimento, haja vista o acentuado nível de diferentes vulnerabilidades a que as populações de tais países estão expostas. Nesse sentido, a discussão bioética adentra o campo de questões sociais⁴².

Considerando que diversas pesquisas podem ensejar alto nível de risco e dano para os participantes⁴³, é necessário adotar meios práticos aplicáveis a situações e contextos específicos, a fim de conferir proteção àqueles que necessitem, assim como estimular a realização de pesquisas de maneira ética⁴⁴.

No Brasil, por exemplo, o Sistema CEP/Conep⁴⁵ traduz o esforço em conferir proteção às pessoas que optam por participar de determinada pesquisa, através de avaliação ética realizada previamente ao início dos estudos propostos. Esse sistema objetiva verificar se os estudos envolvendo seres humanos são conduzidos de maneira ética, além de conferir se as informações e demais direitos inerentes aos participantes de pesquisa são efetivamente prestados. Tal mecanismo funciona de maneira a reduzir o risco de potenciais danos, além de estimular a disseminação acerca de direitos e deveres do conjunto de pessoas envolvido na condução de um estudo. No entanto, há necessidade de rediscutir diretrizes éticas que melhor garantam a segurança, integridade física e mental e respeito aos participantes de pesquisa⁴⁶.

Considerando que determinadas pesquisas, especialmente os ensaios clínicos, acarretam elevado risco aos participantes de pesquisa, há que se realizar constantes estudos e discussões quanto à ponderação entre riscos e benefícios, tema relevante para a bioética⁴⁷. Nesse sentido, a DUBDH traduz-se em importante instrumento orientador para condutas estatais, assim como individuais, por trazer princípios e reflexões, tais como, o dever estatal em proteger vulneráveis, bem como respeitar a dignidade e direitos humanos; dever de zelar pelo consentimento; compartilhamento, com a sociedade, dos benefícios advindos de pesquisas científicas; respeito pela integridade dos participantes de pesquisa;

42. LORENZO Cláudio et al. Hidden risks associated with clinical trials in developing countries *Journal of Medical Ethics* 2010;36:111-115.

43. KOTTOW, Miguel. História da ética em pesquisa com seres humanos. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 2, 2008.

44. SHCRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

45. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 25 jul 2021.

46. AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. Ética em pesquisa no sistema CEP-CONEP brasileiro: reflexões necessárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1033-1040, 2019.

47. PARANHOS, Flávio Rocha Lima; GARRAFA, Volnei; MELO, Rosana Leite de. Estudio crítico del principio de beneficio y daño. *Revista Bioética*, v. 23, p. 12-19, 2015.

maximização de benefícios e redução de danos⁴⁸.

Casos emblemáticos como o ocorrido na Guatemala ou em Tuskegee, em que diversas pessoas foram submetidas a experimentações científicas que lhes causaram sofrimento desnecessário, além de óbito decorrente de tais estudos, são exemplos de condutas que devem, a todo custo, ser coibidas, haja vista o respeito à dignidade humana e a importância da vida de cada pessoa⁴⁹. Em casos como tais, em que o dano é patente, ações de prevenção a novos casos devem ser adotadas, mas também mecanismos de reparação àqueles que sofreram danos diretos e indiretos⁵⁰. O que se nota é que a discussão acerca da reparação de danos, sejam coletivos ou individuais, advindos de pesquisas com seres humanos é um campo ainda embrionário e que precisa ser desenvolvido.

A noção de que os seres humanos não devem ser tratados como objetos de estudos, mas como pessoas que voluntariamente optam por participar de determinada pesquisa, tem encontrado cada vez mais consenso mundial. Por isso, é fundamental a observância de diretrizes éticas adaptadas à realidade de cada sociedade⁵¹.

Os instrumentos facilitadores de diálogo, trazidos pela JR, são importantes para que as partes envolvidas em um ato danoso sejam ouvidas e suas experiências possam servir para evitar novos erros e coibir práticas danosas aos participantes de pesquisa⁵². Mas para além da prevenção, há que se atentar para a reparação de danos causados a participantes de pesquisas.

JUSTIÇA RESTAURATIVA E A SOLUÇÃO DE CONFLITOS BIOÉTICOS NO CAMPO DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Como já salientado, o arcabouço da bioética traz importantes contribuições para o campo da pesquisa envolvendo seres humanos e como ciência e como ética aplicada deve ser constantemente aprimorada, com vistas a responder aos conflitos éticos. Sendo assim, para além de uma prática reativa, há necessidade de adotar mecanismos ativos, no sentido de prevenir danos⁵³, assim como restaurativos, no sentido de promover uma reparação histórica, psicológica e monetária àqueles que sofreram danos advindos de pesquisas,

48. CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA DA UNB. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 06 jul.2021.

49. REVERBY, Susan M. Examining Tuskegee: The infamous syphilis study and its legacy. Univ of North Carolina Press, 2009.

50. WACHTEL, Ted. Defining restorative. *International Institute for Restorative Practices*, v. 12, 2013.

51. SARIOLA, Salla; SIMPSON, Bob. Theorising the 'human subject' in biomedical research: International clinical trials and bioethics discourses in contemporary Sri Lanka. *Social Science & Medicine*, v. 73, n. 4, p. 515-521, 2011.

52. TODRES, Jonathan. Toward healing and restoration for all: Reframing medical malpractice reform. *Conn. L. Rev.*, v. 39, p. 667, 2006.

53. DALY, Kathleen et al. Revisiting the relationship between retributive and restorative justice. *Restorative justice: Philosophy to practice*, p. 33-54, 2000.

especialmente quando inobservados aspectos éticos mínimos⁵⁴.

A aplicação dos conceitos da JR aos casos de danos causados a participantes de pesquisa é ainda uma discussão incipiente e que necessita de maiores aprofundamentos. No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, há que se atentar para a fragilidade e vulnerabilidade do participante de pesquisa, que, rotineiramente, encontra-se em relação assimétrica aos pesquisadores. Nesse sentido, os mecanismos de diálogo e reparação trazidos pela JR devem ser implementados levando-se em conta as características próprias de cada sociedade e grupos de participantes de pesquisa, a fim de consistir em factível mecanismo de auxílio na solução de conflitos⁵⁵, já que ela busca restabelecer conexões entre os envolvidos no evento e a reparação do dano, utilizando processos inclusivos e cooperativos⁵⁶.

Na condução de uma pesquisa envolvendo seres humanos, inúmeros riscos podem afetar o participante. Por essa razão, deve-se levar em conta as nuances de cada pesquisa, para melhor compreensão e adequação de como utilizar aspectos da JR em tal campo. Zehr⁵⁷ entende que seis pontos balizam a justiça restaurativa, perpassando por: quem sofreu o dano; quais suas necessidades; quem tem obrigação de supri-las; quais as causas; quem tem interesse na situação; qual o processo apropriado para envolver os interessados no esforço de tratar das causas e corrigir a situação. Tais pontos mostram-se relevantes na construção de uma cultura restauradora no campo da pesquisa com seres humanos e danos atrelados.

De acordo com a proposta de Dekker⁵⁸ para danos decorrentes de efeitos adversos que ocorrem nos cuidados em saúde, é necessário fazer três questionamentos: quem sofreu o dano; quais as necessidades da vítima do dano; de quem são as obrigações decorrentes do atendimento das necessidades das vítimas do dano, sendo que os mecanismos de prevenção de danos devem ser aprimorados⁵⁹.

O participante de pesquisa é a parte mais propensa a sofrer danos. Suas necessidades envolvem a reparação de sua saúde, que pode ser por meio de acesso a um medicamento, tratamento inovador, dentre outros, ou a reparação pessoal, por meio de uma retratação pública ou outra compensação, por exemplo. As obrigações decorrentes do atendimento das necessidades da vítima do dano podem ser do pesquisador, da equipe de pesquisa ou do patrocinador, a depender do caso concreto.

54. WACHTEL, Ted. Defining restorative. *International Institute for Restorative Practices*, v. 12, 2013.

55. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: *Handbook of restorative justice*. Willan, 2013. p. 27-45.

56. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Athena, 2008.

57. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Athena, 2008.

58. DEKKER, Sidney. Agency for healthcare research and quality (arhq). In *Conversation with...Sidney Dekker*, 2013. Tradutor: Diego Alfaro.

59. DEKKER, Sidney WA; BREAKEY, Hugh. 'Just culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety science*, v. 85, p. 187-193, 2016.

A graduação da responsabilização do dano na JR aplicada às pesquisas envolvendo seres humanos levará em consideração o contexto ético, social, econômico e político do agente causador do dano. E a mensuração da reparação do dano se dará com base na extensão da ofensa, levando em conta o ponto de vista daquele que sofreu o dano, ou seja, do participante de pesquisa. Tudo isso por meio de mecanismos advindos de práticas restaurativas.

Nesse contexto, o primeiro passo na justiça restaurativa aplicada à solução de conflitos ou reparação de danos advindos de pesquisas envolvendo seres humanos consiste no atendimento das necessidades imediatas, principalmente com relação à da vítima participante de pesquisa. Após essa etapa, a JR busca a identificação de necessidades e obrigações mais amplas, inclusive envolvendo a comunidade. Porém, a responsabilidade e o poder estão sempre nas mãos das partes envolvidas no fato. O próximo passo consiste na busca de relatos sob o ponto de vista de cada uma das partes, facilitando a interação e o compartilhamento de informações sobre o acontecido, cada um dos envolvidos e suas necessidades. O outro ponto é a concentração da solução dos problemas, tratando de necessidades imediatas e intenções futuras⁶⁰.

A aplicação dos princípios e valores elencados por Hopkins⁶¹ à solução de conflitos na área de pesquisas envolvendo seres humanos, mostra-se importante ferramenta para a proteção dos participantes, visto que a abertura, autodeterminação, colaboração, flexibilidade, igualdade, não discriminação, não violência, justiça, respeito, empoderamento, confiança, honestidade, voluntariedade, cura, *accountability* geral e pessoal, inclusão e empatia mostram-se fundamentais no empoderamento de tal pessoa ou grupo de pessoas; lhes confere voz ativa para compartilhamento de experiências, oportunizando aos participantes a partilha de vivências e impressões em um espaço neutro, seguro e igualitário⁶² assim como reforça necessidade de promoção de direitos e proteção de vulneráveis.

Um exemplo de mecanismo advindo da JR e que pode contribuir para a exposição de experiências de grupos que sofreram danos advindos de experiências científicas é o Processo Circular. Tal mecanismo permite a oitiva de pessoas com auxílio de um facilitador, que se sentam em círculo, sem mesa para expor sua vivência e necessidades. O método consiste no uso de um bastão de fala. Somente quem o segura pode se manifestar. O facilitador inicia o processo com uma reflexão oportuna e depois passa a palavra, o bastão, para o participante de pesquisa ou para o causador do dano. Não há regra sobre quem inicia, pois todos terão a chance de se manifestar, relatando os fatos sob sua perspectiva. Os participantes se unem ao círculo de forma voluntária, por desejarem o restabelecimento

60. ZEHR, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Athena, 2008.

61. HOPKINS, Belinda. From Restorative Justice to Restorative Culture. Revista de Asistență Socială, n. 4, p. 9-34, 2015.

62. ZEHR, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Athena, 2008.

da relação interpessoal.

Os envolvidos no processo precisam ser empoderados pelo facilitador, a fim de que se manifestem com honestidade, identifiquem suas falhas, seus anseios, motivos e expectativas e tenham a capacidade de desenvolverem uma relação de confiança entre si.

Nesse processo de restauração, é importante que haja abertura por parte de todos, tanto para falar, quanto para escutar, sem julgamentos. A autodeterminação de cada participante do círculo precisa ser respeitada. Ambos devem colaborar entre si, já que o princípio da igualdade rege a manifestação de ambas as partes, assim como a não-discriminação, que dita igual tratamento a todos. Na mesma linha, aplicam-se os princípios do respeito e da justiça.

O princípio da empatia está presente durante todas as discussões, para que uma parte consiga perceber os fatos sob o ponto de vista do outro, compreendendo o estado emocional e os motivos que os levaram a agir de determinada forma.

O bastão pode passar para o participante do estudo e o causador do dano quantas vezes for necessário, até que todos se manifestem com relação a tudo que desejam expressar. Ao final, o facilitador pode fazer um resumo do que foi dito, com a cautela de não interpretar de forma errada as falas de cada um⁶³.

A hipótese de utilização prática de uma das ferramentas da JR fundamenta a hipótese de que a justiça restaurativa possui importantes contribuições para a solução de conflitos bioéticos no campo da pesquisa envolvendo seres humanos. Muitas vezes, a vítima deseja entender os motivos que levaram o outro a agir de determinada maneira, sendo que um pedido de desculpas sincero e o oferecimento de reparação, representam importante passo para a construção de uma cultura de respeito e valorização das pessoas envolvidas em estudos com seres humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de pesquisas envolvendo seres humanos é campo que demanda cuidado e atenção, visto que a ponderação entre riscos, danos e benefícios perpassa por uma linha tênue entre interesses individuais e coletivos. A exposição de experiências, através do diálogo entre partes envolvidas em um conflito mostra-se fundamental para reduzir danos e promover estudos com respeito a padrões éticos, voltado à proteção das pessoas envolvidas em tais estudos.

A busca por cura de doenças, desenvolvimento de novos fármacos e melhores tratamentos, deve ocorrer de modo a respeitar a integridade e autonomia das pessoas que se voluntariam para participar de pesquisas. A reparação de danos e reconstrução de

63. ZEHR, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Athena, 2008.

relacionamentos entre partes envolvidas em um ato danoso deve levar em conta a memória de inúmeras pesquisas realizadas em desrespeito a direitos fundamentais de pessoas que permaneceram sem qualquer tipo de reparação e sequer tiveram a oportunidade de expor sua experiência. Nesse sentido, a abordagem restaurativa, aplicada ao campo da bioética, tem o condão de modificar o percurso histórico de desrespeito a direitos de participantes de pesquisa, para que novos estudos sejam realizados conferindo-se a devida importância à vida humana.

A aplicação dos conceitos da justiça restaurativa aos casos de danos causados a participantes de pesquisa é discussão ainda embrionária, que precisa de maior exame, por ser pouco abordada na literatura especializada. Os mecanismos de diálogo e reparação trazidos pela JR devem ser implementados levando-se em conta as características próprias de cada sociedade e grupos de participantes de pesquisa, com auxílio de profissionais habilitados para tanto, a fim de que a má condução de tal prática não resulte em agravamento de danos.

As relações travadas entre os seres humanos estão em constante modificação e adaptação. Por isso, faz-se necessário aprimorar conhecimentos e mecanismos bioéticos capazes de auxiliar na resolução de conflitos. A DUBDH, atrelada a conhecimentos de ordem teórica, torna possível a utilização da JR como ferramenta facilitadora do diálogo entre partes envolvidas em um conflito de ordem moral e ética. Considerando que questões referentes à reparação de danos advindos de pesquisas com seres humanos ainda são pouco tratadas, a abordagem da JR e seu objetivo de restaurar relações, são importantes para a reparação de danos na esfera de pesquisas, bem como para construção e fortalecimento de uma cultura de respeito às pessoas, sua dignidade e direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ANDORNO, Roberto. Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *Journal of Medical Ethics*, v. 33, n. 3, p. 150-154, 2007.

ALBUQUERQUE, Aline. Manual de direito do paciente. Ed. CEI. 2020.

_____. Interfaces entre Bioética e Justiça Restaurativa: aplicação da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais. 2021.

_____. Para uma ética em pesquisa fundada nos direitos humanos. *Revista Bioética*, v. 21, p. 412-422, 2013.

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. Ética em pesquisa no sistema CEP-CONEP brasileiro: reflexões necessárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1033-1040, 2019.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics. 7.ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 25 jul 2021.

CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA DA UNB. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. [internet]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf . Acesso em 06 jul.2021.

D'AGOSTINO, Francesco. Bioética, segundo o enfoque da filosofia do direito. 2006.

DALY, Kathleen et al. Revisiting the relationship between retributive and restorative justice. *Restorative justice: Philosophy to practice*, p. 33-54, 2000.

DEKKER, Sidney. Agency for healthcare research and quality (arhq). In *Conversation with...Sidney Dekker*, 2013. Tradutor: Diego Alfaro.

_____. Just culture: Balancing safety and accountability. Ashgate Publishing, Ltd., 2012.

DEKKER, Sidney WA; BREAKEY, Hugh. 'Just culture.'Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety science*, v. 85, p. 187-193, 2016.

GARRAFA, Volnei. APRESENTAÇÃO – O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V; Kottow M; Saada A (orgs.). *Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano*. São Paulo Editora Gaia / Unesco, 2006, pags. 09-15.

_____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, v. 13, n. 1, 2006, p. 125-134.

_____. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev. Bras. Bioética*; 2(1):122-132, 2005

_____. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. 2006.

HOPKINS, Belinda. From Restorative Justice to Restorative Culture. *Revista de Asistență Socială*, n. 4, p. 9-34, 2015.

JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: *Handbook of restorative justice*. Willan, 2013. p. 27-45.

KIPPER, Délio José. Breve história da ética em pesquisa. *Revista da AMRIGS*, v. 54, n. 2, p. 224-228, 2010.

KOTTOW, Miguel. História da ética em pesquisa com seres humanos. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 2, 2008.

LORENZO Cláudio et al. Hidden risks associated with clinical trials in developing countries *Journal of Medical Ethics* 2010;36:111-115.

O'NEALL Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge; 2002.

PARANHOS, Flávio Rocha Lima; GARRAFA, Volnei; MELO, Rosana Leite de. Estudio crítico del principio de beneficio y daño. *Revista Bioética*, v. 23, p. 12-19, 2015.

PERES, Igor Canale; GODOY, Paula H. Silva. O desenvolvimento da Justiça Restaurativa. Disponível

em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0134.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2021.

REVERBY, Susan M. Examining Tuskegee: The infamous syphilis study and its legacy. Univ of North Carolina Press, 2009.

_____. Restorative justice and restorative history for the sexually transmitted disease inoculation experiments in Guatemala. *American journal of public health*, v. 106, n. 7, p. 1163, 2016.

RODRIGUEZ, Michael A.; GARCÍA, Robert. First, do no harm: the US sexually transmitted disease experiments in Guatemala. *American journal of public health*, v. 103, n. 12, p. 2122-2126, 2013.

SARIOLA, Salla; SIMPSON, Bob. Theorising the 'human subject' in biomedical research: International clinical trials and bioethics discourses in contemporary Sri Lanka. *Social Science & Medicine*, v. 73, n. 4, p. 515-521, 2011.

SHAPLAND, Joanna; ROBINSON, Gwen; SORSBY, Angela. Restorative justice in practice: Evaluating what works for victims and offenders. Willan, 2011.

SHCRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 18 april 1979. [Internet]. Bethesda: Office of Human Subject Research. Disponível em <<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>>. Acesso em: 06 jul 2021.

TODRES, Jonathan. Toward healing and restoration for all: Reframing medical malpractice reform. *Conn. L. Rev.*, v. 39, p. 667, 2006.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. The Nüremberg code. 1949. Disponível em <https://search.usa.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih_history&query=nuremberg&commit=Procurar> Acesso em: 06 jul. 2021.

VAN CAMP, Tinneke. Understanding victim participation in restorative practices: Looking for justice for oneself as well as for others. *European journal of criminology*, v. 14, n. 6, p. 679-696, 2017.

WACHTEL, Ted. Dreaming of a new reality: How restorative practices reduce crime and violence, improve relationships and strengthen civil society. International Institute for Restorative Practices, The Piper's Press, 2013.

_____. Defining restorative. *International Institute for Restorative Practices*, v. 12, 2013.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. 59th WMA General Assembly, Seoul, oct. 2008. Disponível em: <<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>>. Acesso em: 06 jul 2021.

ZEHR, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Athena, 2008.

JUSTIÇA E PRÁTICAS RESTAURATIVAS EM SAÚDE MENTAL: NOVAS LENTES PARA ANTIGAS QUESTÕES

Data de aceite: 01/11/2021

Luciana Barbosa Musse

Doutora e Mestre em Direito. Graduada em Psicologia e Direito. Advogada com atuação na área de Direito das Famílias. Professora Universitária. Pesquisadora.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe a ser uma reflexão inicial, embasada em pesquisa teórica e documental, nacional e internacional, sobre as interfaces entre bioética, saúde mental, justiça e práticas restaurativas, a fim de verificar a viabilidade da aplicação dessas ferramentas tanto na resolução de conflitos comunitários desencadeados por ou contra pessoas com transtornos mentais (PTM), de qualquer idade, independentemente do diagnóstico ou da gravidade do transtorno mental ou do transtorno mental decorrer do uso nocivo de álcool e outras drogas.

A comunidade, de acordo com Barter (2016) deve ser entendida como o grupo de pessoas “[...] com quem você compartilha risco; quem está contigo quando você não tem nada e com quem você divide prosperidade; são as pessoas com as quais você convive para além da sua escolha” ou dos seus laços sanguíneos. Assim, a discriminação generalizada que caracteriza o modo como as pessoas com

transtorno mental foram e ainda são vistas e tratadas na e pela comunidade, bem como os conflitos ou os delitos praticados por elas ou contra elas, também resultam da vida em comunidade e das interações comunitárias.

A justiça restaurativa surge do e no elo comunitário” (ELLWANGER, 2020, p. 2). Reproduz e adapta práticas ancestrais de diversas culturas e vem sendo estudada e aplicada, desde os anos 60, 70 do século XX, como uma potente ferramenta de resolução de conflitos em diferentes campos da vida comunitária (família, saúde, escola, trabalho...). Na seara jurídica, especialmente, nos campos da justiça criminal e infantojuvenil, tem sido utilizado e apontado como um modelo alternativo e mais efetivo do que o tradicional paradigma da justiça retributiva e punitiva. Entretanto, não identificamos muitos estudos e experiências brasileiras e estrangeiras voltadas para o uso da justiça ou de práticas restaurativas em conflitos que envolvem pessoas com transtornos mentais ou no campo da saúde mental ou em questões judicializadas, como internação compulsória ou curatela, que tenham como parte - agressor ou vítima - pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico, o que nos motivou a adotar esse recorte no presente capítulo.

A perspectiva comunitária é muito cara ao campo da saúde mental, cuja transformação sofrida – a centralidade da doença mental foi

substituída pela saúde mental - deve-se à luta empreendida por movimentos sociais, que protagonizaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, defendendo que a ênfase do cuidado seja a pessoa, sua desinstitucionalização, sua autonomia, seu protagonismo e sua saúde (física e mental), o que exige o retorno ou a manutenção das pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico na comunidade, seu território e que sejam tratadas prioritariamente em serviços extra-hospitalares ou comunitários.

Tomando o caráter comunitarista da saúde mental brasileira como ponto de partida, interessa-nos analisar a aplicação da justiça e de práticas restaurativas em questões comunitárias afetas às pessoas com transtorno mental e ao campo da saúde mental. Elegemos, dentre as práticas restaurativas, aquelas classificadas na literatura como totalmente restaurativas, assim entendidas “[...] aquelas que envolvem a vítima, a comunidade e o transgressor e se satisfazem a partir da participação de todos nos círculos de paz, conferências restaurativas [também denominados círculos restaurativos] ou nas conferências de grupos familiares”. (ELLWANGER, 2020, p. 4).

Diante do anteriormente exposto, traçamos o seguinte percurso textual. Primeiramente, enfrentaremos questões aqui denominadas de “conflitos de convivência”, por abrangerem pessoas próximas - que tenham como vítima ou agressor pessoa com transtorno mental de qualquer idade e, no outro pólo da relação a ser restaurada, um ou mais familiares, vizinho(s), colega(s) de escola ou trabalho, professor(es) ou funcionário(s) do condomínio ou da escola. Na sequência, dedicamo-nos a tratar da resolução desses conflitos por meio de círculo restaurativo.

Os conflitos morais que perpassam as práticas e as relações em saúde mental interessam à bioética, conforme Albuquerque (2021), à Reforma Psiquiátrica e às políticas públicas em saúde mental. Diante dessa premissa, refletimos, na seção três, sobre a adoção da justiça ou de práticas restaurativas nos equipamentos de atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aqui ilustrados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos dispositivos de saúde que compõem as estratégias de desinstitucionalização da política de saúde mental, denominados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Na quarta e na quinta seção, antes de apresentarmos nossas considerações finais, daremos uma olhada restaurativa nos conflitos comunitários com pessoas com transtornos mentais, cuja judicialização – via curatela ou internações forçadas (involuntária ou compulsória) – pode ser evitada e substituída pela adoção de práticas restaurativas, como a conferência do grupo familiar (CGF).

21 CONFLITOS DE CONVIVÊNCIA ENVOLVENDO PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Parafrazeando Dominic Bater (2017), a cultura não apenas esqueceu o diálogo, mas raramente o entabulou com pessoas com transtornos mentais, frequentemente rotuladas como incapazes e violentas, inclusive com o apoio e anuência de familiares, profissionais da saúde e do sistema de justiça. Por isso, é comum termos conhecimento de situações como:

Situação 1 - Uma pessoa com transtorno mental é proibida de circular na área comum do prédio em que reside em razão da sua condição.

Situação 2 – Outra pessoa com transtorno mental é expulsa de casa, após uma briga familiar.

Situação 3 - Criança com transtorno do espectro autista (TEA) é expulsa de parque infantil/ espaço de lazer - que já havia frequentado anteriormente - após conhecimento da sua condição, sob a alegação de ser perigosa para as demais crianças.

Situação 4 - Criança com TEA tem matrícula cancelada pela escola “sob a alegação de “reiteradas condutas inadequadas” e agressivas” “[...] no meio do primeiro semestre, poucos meses depois do seu ingresso na instituição e algumas semanas após o recebimento da notícia do seu diagnóstico. (BLIACHERIS, 2018).

Situação 5 - Um estudante universitário com TEA se masturba no ambiente acadêmico e colegas e professores pedem providências institucionais contra ele.

Sem entrarmos no mérito, pois são situações complexas e que envolvem múltiplos atores, circunstâncias e fatores, gostaríamos de trazer a possibilidade de “mudar a chave” e dar outros desfechos a elas, por meio do recurso ao círculo restaurativo enquanto prática restaurativa.

31 A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONVIVÊNCIA POR MEIO DE CÍRCULO RESTAURATIVO

Como já mencionado, independentemente do contexto em que se dá, o conflito faz parte da vida comunitária, além de ser “[...] um elemento essencial de qualquer relação que vale a pena”, como as relações familiares, de vizinhança e educacionais, que tem como participante(s), pessoa(s) com transtornos mentais. “Exatamente porque eu me importo com a pessoa ou com o assunto é que o conflito surge”. (BARTER, 2017). Contudo, é possível criar ou ampliar espaços para resolver esses conflitos de modo não-violento, horizontal, com diálogo e empatia.

Para isso, temos que reprogramar nossa relação com o outro, com a diferença - de opinião, de ser, de viver...- e com o conflito, para aumentar e fortalecer nossos vínculos e não os romper. Devemos, primeiramente, começar adquirindo ou recuperando a capacidade de escutar, ou seja, acolher a fala do outro, mesmo que discordemos dela. Depois, o desenvolvimento da empatia, enquanto habilidade de nos colocarmos no lugar do outro.

A criação de espaços específicos para a resolução dos conflitos é outro importante elemento desse processo. Os conflitos devem ser abordados em *locus* próprios, a fim de que as outras instâncias preservem suas funções específicas. Ex: a casa é um lugar de moradia; o quarto é o local de descanso e repouso; a sala de aula é o espaço de aprendizagem; os espaços de lazer objetivam a interação e a convivência social.

Dentro desse contexto insere-se a proposta do **círculo restaurativo**, onde o conflito é visto em sua **tripla dimensão**. A **primeira** é a que cometeu o ato (“o infrator”). A **segunda**, é a que sofreu diretamente o impacto negativo do ato praticado pelo “infrator” (“a vítima”). A comunidade do conflito – familiares, vizinhos, condôminos, amigos, colegas... que não participaram da situação, mas foram e são afetados por ela - é a **terceira dimensão**, e por ser indiretamente afetada, é normalmente excluída dos processos tradicionais e mais utilizados na resolução de conflitos.

O círculo restaurativo conta, então, com três grupos de partícipes e se desenvolve em **três etapas**: pré-círculo; círculo; pós-círculo. O círculo propriamente dito possui três fases. A primeira também é chamada de momento de compreensão mútua, pois requer a participação de um facilitador, que interroga os participantes a fim de promover uma escuta ativa e efetiva de e por todos os envolvidos. Um olhar detido sobre a conduta do ator do ato marca a segunda fase do círculo. Nesse momento pode-se, inclusive, descobrir que o suposto agressor era a vítima, pois, não raro, as agressões são recíprocas. Nas relações que envolvem pessoas com transtornos mentais, essa descoberta, que leva à alteração dos pólos relacionais, não é incomum. O pós-círculo requer a checagem sobre a (in)satisfação com o resultado da prática restaurativa. (BARTER, 2017).

Importante lembrar que a Justiça e as práticas restaurativas objetivam o diálogo, a escuta, o respeito e a empatia. Não têm, portanto, como propósito último o perdão ou a reconciliação entre as partes do conflito, que podem ou não decidir por um ou outro. (BERNARDI, s.d.)

41 A ADOÇÃO DA JUSTIÇA E DE PRÁTICAS RESTAURATIVAS POR EQUIPAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

As equipes de saúde mental que atuam em **equipamentos especializados de saúde mental**, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciam e lidam,

diariamente, com conflitos morais envolvendo membros da equipe e suas chefias; funcionários ou membros da própria equipe e frequentadores dos serviços; frequentadores e familiares; frequentadores entre si; frequentadores e familiares de outros usuários; frequentadores e outros membros da comunidade.

Os CAPS Atendem o público infante-juvenil (CAPSi) e adulto (CAPS I, II e III), que apresenta transtorno mental ou fazem uso nocivo de álcool, crack e/ou outras drogas (CAPSad e CAPSad III). As ocorrências conflitivas e que poderiam ser sanadas com a adoção de práticas restaurativas são as mais diversas, vejamos algumas:

Situação 1 - Frequentadora de CAPS vai a uma loja de colchões e é induzida pelo vendedor a comprar, usando seu cartão de crédito, um produto de R\$ 6.000,00 (seis mil reais). Além do valor do gasto ser incompatível com sua renda, pouco tempo depois identificou um empréstimo em seu nome, feito pelo vendedor em questão.

Situação 2 - Frequentador de CAPS, com efetivo acompanhamento psicossocial e devidamente orientado por assistente social do serviço, dirige-se a agência do INSS para solicitar para si o benefício de prestação continuada (BPC). Ao sair, é abordado por advogado que o leva até seu escritório e o convence a assinar um contrato de honorários para “requerer, junto ao INSS, o BPC”, o que já tinha sido feito pelo próprio interessado, sem qualquer custo. Para tal, o profissional receberia 30% do valor do benefício. Após tomarem ciência do ocorrido, o referido profissional foi procurado por trabalhadores do CAPS, que apesar dos esforços feitos, não conseguiram solucionar o conflito.

Situação 3 – Servidores de um CAPS praticaram assédio sexual contra colegas de trabalho, durante o horário de trabalho, o que desencadeou sofrimento psíquico nas vítimas.

Situação 4 – Sobrecarga de trabalho, condições inadequadas de trabalho e assédio moral fazem com que trabalhadores de CAPS apresentem problemas de saúde física e mental ou tenham que se licenciar para tratamento. (LIMA, 2020).

Parece-nos que os CAPS são contextos em que a adoção dos **círculos da paz** é amplamente indicada, face a diversidade e a gravidade dos conflitos e a pluralidade de pessoas envolvidas, quer direta, quer indiretamente. De acordo com Zehr (2010), os círculos da paz são recomendáveis:

[em] momentos nos quais é necessária a tomada de uma decisão de forma conjunta entre os sujeitos; quando há discordância entre duas pessoas; quando há a necessidade de tratar de uma experiência que resultou em danos para alguém; há o desejo de celebrar algo; pessoas que gostariam de partilhar dificuldades, gostariam de trabalhar em conjunto como uma equipe; e quando desejam aprender uns com os outros.

Na última década, uma questão de saúde mental que tem gerado muitos conflitos é o uso/o uso nocivo de álcool, crack e outras drogas. Envolvem disputas sobre os modelos de cuidado a serem adotados (redução de danos ou abstinência); o local do cuidado (comunidade ou internação); o tipo de internação, caso se faça necessária (voluntária, involuntária ou compulsória); o tempo máximo de duração da internação, dentre outros. Os participantes desses conflitos são heterogêneos: familiares, profissionais da saúde, líderes religiosos, políticos e profissionais do Direito, além da própria sociedade e dos meios de comunicação.

As alternativas propostas são diferentes, quando não antagônicas e controversas. Em 2020, a cidade de Santos/SP, pioneira na implementação da Reforma Psiquiátrica e criação de várias práticas comunitárias e inclusivas em saúde mental, inovou mais uma vez ao realizar uma parceria entre a Coordenação de Saúde Mental do município e o Poder Judiciário do estado de São Paulo, por meio da Vara do Juizado Especial Criminal de Santos (Jecrim), inserindo núcleos de justiça restaurativa nos equipamentos de saúde mental voltados para a atenção a pessoas que fazem uso nocivo de drogas. O Jecrim tem utilizado práticas restaurativas - círculos de cuidado e autocuidado – com os usuários de droga e vem estimulando a participação dos seus familiares no processo de restauração.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também integram a RAPS e são **dispositivos de desinstitucionalização**; moradias financiadas por recursos públicos, que objetivam abrigar indivíduos com transtornos mentais, que vivenciaram longos períodos de institucionalização, inclusive no sistema prisional e que perderam seus vínculos familiares ou preferiram manter seu próprio espaço privado, após a desinstitucionalização.

Aproximadamente apenas 2% do orçamento para a saúde é gasto em atenção à saúde mental na região [América Latina e Caribe], com cerca de 60% desse valor usado para financiar hospitais psiquiátricos. Os países das Américas têm legislação avançada que promove a transição para serviços de saúde mental baseados na comunidade, **mas apenas algumas nações oferecem residências comunitárias para pessoas com transtornos mentais graves** [dentre elas, o Brasil]. (OPAS, 2020; grifos nossos).

As equipes de saúde mental que atuam nesses equipamentos também vivenciam e lidam, diariamente, com conflitos morais envolvendo membros da equipe e moradores; moradores e seus familiares; moradores entre si; moradores e vizinhos e/ou outros membros da comunidade, como líderes comunitários. Na sequência, trazemos alguns exemplos de situações conflitivas.

Situação 1 - Moradores se mobilizam contra implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) na rua ou no município, por temerem a presença de pessoas com transtornos mentais na localidade.

Situação 2 - Morador de SRT gera conflito com vizinhos por gostar de ouvir músicas

com o som muito alto, incomodando-os nos seus afazeres e durante o período de repouso.

Situação 3 – Moradores de SRT brigam entre si por descumprimento de regras de convivência ou divergências em torno da (não) realização das tarefas domésticas.

Esses conflitos poderiam ser solucionados por intermédio da aplicação de práticas restaurativas, expostas em seções anteriores e a seguir, pois, verificamos a confluência de princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da justiça e das práticas restaurativas, a saber. Nos SRTs as relações são horizontais, não há, portanto, relação de poder ou dominação entre profissionais e moradores. A busca é pelo protagonismo e empoderamento dos moradores, a fim de que possam se responsabilizar pelos seus atos e escolhas, participar ativamente da resolução das questões, fortalecer os vínculos e a coesão social ao mesmo tempo em que se estimula a busca por outros espaços de moradia e formas diversas de construir o senso de pertencimento e experimentar a vida em comunidade.

Qualquer que seja o equipamento de saúde mental, o tipo de transtorno ou sofrimento psíquico experienciado ou as pessoas em conflito deve-se focar na solução autocompositiva das disputas e dos problemas concretos, adotando-se o diálogo, a empatia, a não perseguição, a responsabilização sem culpa, e a criação e espaços seguros e protegidos de resolução dos conflitos e das questões mais difíceis e sensível para as pessoas direta e indiretamente envolvidas.

5 | INTERNAÇÕES FORÇADAS E CURATELA EM SAÚDE MENTAL

Desde o início da Reforma Psiquiátrica brasileira, no final dos anos 70, a internação enquanto estratégia hegemônica de tratamento em saúde mental vem sendo substituída pelas estratégias comunitárias de cuidado. Temos aqui um importante denominador comum entre Justiça e Práticas Restaurativas, as diretivas atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica brasileira: o papel central atribuído à comunidade no processo de inclusão/exclusão das pessoas com transtornos mentais.

Doença mental e deficiência não devem estar associadas a estigmas ou sofrer qualquer forma de violação dos direitos humanos. A estigmatização de uma doença mental é uma grande barreira para a desinstitucionalização. Por exemplo, a ideia de que pessoas com doenças mentais são “violentas” ou perigosas para as comunidades é muito difundido, e é uma justificativa para interná-las em hospitais instituições psiquiátricas ou fechadas. (OPAS, 2020, p. 22)

Caso seja demonstrada a necessidade de se recorrer à internação da pessoa com transtorno mental, a voluntária - aquela que se dá com o consentimento do usuário deve ser

privilegiada em detrimento da involuntária, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. A internação compulsória, assim compreendida quando é determinada pela Justiça, apesar de estar disposta na Lei n. 10.216/2001, não é uma modalidade de tratamento, mas sim de sanção, logo reflete o modelo da justiça retributiva-punitiva e não restaurativa. A despeito de possuírem propósitos distintos – tratamento e punição - tanto a internação involuntária quanto a compulsória são espécies de internações forçadas ou não consentidas. A internação involuntária, como modalidade de tratamento, exige, obrigatoriamente, a atuação de profissionais da saúde e não requer o acionamento e nem a atuação do Poder Judiciário, pois é realizada contra a vontade ou sem o consentimento da pessoa, a pedido de terceiro(s), que pode(m) ser familiar(es) ou profissional responsável pelo seu cuidado em saúde mental. A despeito de prescindir da provocação do Poder Judiciário, a internação involuntária exige a fiscalização do Ministério Público, que deverá ser comunicado sobre sua ocorrência até setenta e duas horas após a internação. Já a internação compulsória demanda necessariamente a atuação do Poder Judiciário. A concretização de qualquer uma das três modalidades de internação depende, nos termos da Lei n. 10.216/2001, de laudo médico circunstanciado e, de acordo com as melhores práticas em saúde e da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Lei n. 13.146/2015), de relatório interdisciplinar e multiprofissional, que justifique os seus motivos e a sua necessidade (MUSSE, 2018, p. 188).

Esses critérios técnico-científicos e jurídicos, que regem as internações de pessoas com transtornos mentais, não raro são desconhecidos ou ignorados, dando lugar à errônea ou abusiva busca e utilização dessas espécies de internações que podem, ainda, de forma mais grave, serem associadas à curatela, um instituto da área cível, afeto ao direito de família, com forte impacto na autonomia pessoal e financeira da pessoa. Temos nos deparado com processos judiciais que versam sobre curatela de pessoas com transtorno mental, especialmente de pessoas que fazem uso nocivo de álcool e/ou outras drogas cujo propósito é instrumental, isto é, objetivam legitimar a propositura ou a continuidade de ações de internação forçada - involuntária ou compulsória - dessas pessoas. (MUSSE, 2018).

Selecionamos três situações que ilustram a crítica feita anteriormente.

Situação 1 - Pessoa é internada sempre que a família promove festas ou recebe visitas na residência.

Situação 2 – Pessoa é retirada de casa, enquanto dormia, para ser internada involuntariamente a mando de familiares em razão do consumo esporádico de maconha.

Situação 3 – Empresário com histórico de adicção em álcool é internado involuntariamente pelos filhos do primeiro casamento, em serviço de saúde privado,

em estado e região distantes do seu domicílio e sem o consentimento da sua família atual. Em seguida, entraram com pedido de curatela do genitor e assumiram o controle dos negócios da família. A atual esposa tentou, sem sucesso, desinternar o marido, pois não foi a responsável pela internação.

O recurso à internação forçada e à curatela de pessoas com transtorno mental deve ser cuidadosamente avaliado e revisto, pois desde a promulgação da Lei n. 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), formalizou-se o reconhecimento das pessoas com transtornos mentais como sujeitos de direito. Esse *status* foi reforçado com a internalização da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), recepcionada como norma constitucional e regulamentada pela LBI. Dentre os ganhos advindos dessa transformação jurídica, temos o “igual reconhecimento perante a lei” (art. 12 da CDPD) e, portanto, a garantia de que são igualmente capazes em relação a outras pessoas adultas e de que assim deverão ser tratadas por todos – autoridades e comunidade.¹

Dentre as práticas restaurativas, vislumbramos a conferência do grupo familiar (CFG) como instrumento por excelência para a resolução desses conflitos que podem levar à internação forçada e/ou à curatela de pessoas com transtornos mentais.

6 I CONFERÊNCIA DO GRUPO FAMILIAR EM SAÚDE MENTAL

A Conferência do Grupo Familiar (CGF) é um instrumento de tomada de decisão, baseado em princípios e valores Maori, desenvolvido na Nova Zelândia, nos anos 80. Tem sido utilizado com sucesso para auxiliar pessoas vulneráveis, como crianças e adolescentes e pessoas com transtornos mentais, contribuindo para aumentar sua autonomia, o respeito aos seus direitos humanos e a resolução de conflitos nos quais se encontram envolvidos, quer na qualidade de ofensor, quer na qualidade de vítima, utilizando para tal estratégias e recursos familiares, antes de incluir um profissional no processo decisório. (ASHLEY, 2007, p. 161; JONG, *et. al.*, 2015; SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017) .

Reforçando os ganhos de se utilizar a CGF para restaurar conflitos comunitários, especialmente os que envolvem crianças, Cathy Ashley (2007, p. 161) afirma que:

As CGF incorporam um forte conjunto de valores sobre as pessoas. No cerne da filosofia da CGF estão os princípios políticos e sociais de respeito pelos cidadãos, autodeterminação, democracia, responsabilidade coletiva e a importância das relações familiares, cultura e identidade para as crianças.

1. Abordamos a (in)capacidade jurídica e decisional em texto coletivo intitulado Avaliação de capacidade decisional: novas perspectivas sob o olhar dos direitos humanos, que compõe livro organizado por Eduardo Mourão Vasconcelos **Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares**, editado pela Hucitec neste ano de 2021.

Com o propósito de garantir sua eficácia, a CGF tem como um importante pilar o envolvimento de um amplo número de atores sociais no processo de tomada de decisão, tais como membros da família - nuclear ou estendida - amigos, vizinhos e outros membros da comunidade, inclusive profissionais da saúde, a fim de se buscar a resolução dos problemas de pessoas ou famílias em conflito. A ideia é sintetizada sobre a denominação “eficácia de grupo” e é moldada em práticas de cuidado em saúde mental e de bem-estar, que permitem às pessoas com transtornos mentais e aos seus familiares e demais integrantes do seu círculo comunitário construir uma estratégia ou plano por si mesmos e, depois, a expandirem o círculo. A ampliação do círculo é essencial para garantir um desfecho satisfatório para o conflito, pois parte-se do pressuposto de que o diálogo entabulado por um grupo heterogêneo de pessoas aumenta as chances de se obter resultados positivos. (JONG, *et. al.*, 2015, p. 278; SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017, p. 484)

A **estruturação da CGF**, que é uma **etapa prévia**, fica sob a responsabilidade de um “facilitador independente”, um terceiro treinado e desinteressado - que, em contato direto com a família, dialoga individualmente com os potenciais participantes da conferência. Aqui também estão incluídos os profissionais que atuam na saúde mental, pois dispõem de informações e conhecimento técnico-científico que muito podem contribuir para a busca de soluções e o deslinde da questão, que envolve seus próprios pacientes ou pessoa(s) com transtorno mental. Em razão do tempo dedicado à realização desses contatos individualizados, essa etapa pode durar algumas semanas. (ASHLEY, 2007, p. 166; JONG *et. al.*, 2015, p. 279; SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017, p. 481)

A **CGF em sentido estrito** envolve **três diferentes etapas**. No **primeiro estágio** realiza-se o **compartilhamento de informações**, inclusive aquelas trazidas por profissionais da/na saúde mental ou profissionais de outras áreas, como assistentes sociais, professores, advogados ou defensores públicos, dentre outros, a fim de garantir e efetivar os direitos das pessoas com transtornos mentais ali envolvidas, quer como vítimas, quer como agressoras. As **reuniões familiares privadas** marcam a **segunda fase** do processo, o que requer a saída de cena do “facilitador” e dos profissionais. Esse é o momento mais importante da CGF e pode se alongar por várias horas, pois é quando a pessoa com transtorno mental e sua rede social e familiar são encorajadas a buscar sua própria e satisfatória resolução do conflito. Após o grupo familiar chegar a um consenso sobre a forma de resolver o conflito e a viabilidade da solução encontrada, o “facilitador” volta a se juntar ao grupo para concluir e formalizar a estratégia proposta, que deverá ser segura e garantida por recursos. Essa – o **consenso em torno da estratégia** de restauração do conflito - é a **terceira e última etapa** da CGF. (ASHLEY, 2007, p. 166; JONG, Gideon de *et. al.*, 2015, p. 279-280; SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017, p. 481).

Se a estratégia de resolução do conflito considerar ou prever a adoção de medidas coercitivas, como internação forçada (involuntária e compulsória) ou internação forçada

associada à curatela, os profissionais de/na saúde mental envolvidos podem solicitar ou sugerir a revisão da estratégia, especialmente as que envolvem questões de segurança. Esta fase é denominada de **acompanhamento e revisão**, pois abrange a avaliação contínua e, se necessária, a revisão das metas inicialmente traçadas. (ASHLEY, 2007, p. 167; JONG *et. al.*, 2015, p. 280; SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017, p. 481).

Um diferencial da CGF em relação a outras práticas² que objetivam coibir a internação forçada e incentivar a permanência ou a inclusão social e comunitária da pessoa com transtorno mental “é o fato de ser um modelo de tomada de decisão ‘voltado para a família’ e uma estratégia de rede social alinhada com a tradição da engenharia social indireta.” (SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017, p. 483).

7 | PRÁTICA DE DELITOS POR PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

A pessoa com transtorno mental pode praticar delitos de maior ou menor gravidade durante uma crise mental, vindo a promover danos pessoais ou patrimoniais a outrem, inclusive a pessoas jurídicas e ao próprio Estado. Nesse sentido, trazemos dois exemplos para análise.

Situação 1 -

“Um usuário de CAPS com crises que envolviam agitação e quebras no ambiente imediato, teve uma delas em um terminal de ônibus, quebrando várias coisas ao redor. A polícia foi chamada, ele foi levado à delegacia e, quando mostrou o cartão de crise³, foi liberado sem efetivar formalmente a queixa e sem qualquer penalização, mesmo alternativa. A avaliação da equipe psicossocial é de que a impunidade justificada/corroboração pelo cartão de crise, neste caso, foi prejudicial, na prática o estimulando a não ter limites em novas crises”. (VASCONCELOS; MUSSE, 2021)

Situação 2 - Pessoa com transtorno bipolar, em crise mental, simula e denuncia ter sofrido violência física, no contexto doméstico, com o propósito de atingir a honra e a imagem do companheiro.

Em ambos os casos autoridades competentes foram acionadas, mas os agressores

2. Recém introduzidos na saúde mental brasileira e ainda pouco difundidos, o cartão e o plano de crise também são exemplos de práticas que, como a CGF, visam reduzir as internações forçadas e prevenir crises. São espécies de diretivas antecipadas em saúde mental, que contém disposições de vontade da pessoa com transtorno mental, sobre o que ela aceita ou não, durante uma crise mental. Contudo, o cartão e o plano de crise são vistos como menos efetivos do que a CGF, pois aqueles são desenvolvidos com o auxílio de profissionais (ou familiares), que podem atuar no sentido de gerar ou manter uma relação de poder e assimetria com a pessoa com transtorno mental, enquanto a CGF envolve a participação direta e ativa da pessoa e da sua própria rede comunitária. (SCHOUT; MEIJER; JONG, 2017, p. 482; VASCONCELOS; MUSSE, 2021).

3. No campo da saúde mental, o plano e o cartão de crise são modalidades de diretivas antecipadas (DAs) elaboradas pela pessoa com transtorno mental, com o apoio de profissional, da equipe psicossocial ou de apoiadores da confiança da pessoa. Nesses documentos, a pessoa estabelece, dentre outras, orientações sobre nome da pessoa a ser contatada, o tipo de tratamento, medicação, local de internação...que aceita (suas preferências) e o que não aceita (suas recusas), se e quando sua capacidade decisional estiver afetada por crise mental. (VASCONCELOS; MUSSE, 2021)

não foram punidos, nos moldes tradicionais da Justiça Retributiva, que tem como foco o indivíduo que descumpriu as regras jurídicas e a norma que foi violada. Todavia, essas pessoas também não receberam penas alternativas ou qualquer outra forma de responsabilização.

A participação voluntária e consciente desses indivíduos em práticas restaurativas, ao lado das vítimas e de pessoas da comunidade, inclusive dos profissionais de saúde mental e das autoridades acionadas, muito poderia contribuir para uma transformação no agir deles e, por conseguinte, na manutenção de ambos na comunidade, em outras bases, pois, enquanto a justiça retributiva foca no agente e na norma violada, o paradigma restaurativo requer que a resposta ao conflito seja construída com a participação da vítima e de outros atores sociais, que o agressor se responsabilize pela sua conduta, se engaje e protagonize a busca da melhor forma de reparar as relações impactadas pela sua conduta e o dano material e/ou moral que causou diretamente à vítima e, indiretamente, à comunidade.

“A Justiça restaurativa não é incompatível ou antagônica à justiça punitiva⁴, podendo, inclusive, ser adotada como alternativa ou complemento das medidas punitivas”. (ELLWANGER, 2020, p. 3). Contudo, a despeito de não haver conflito entre justiça restaurativa e punitiva, devemos promover uma mudança de valores e não apenas a substituição das tecnologias punitivas, como ressalta Kay Harris citado por Howard Zehr (2008, p. 169) e, nesse sentido, a Justiça e as práticas restaurativas são mais condizentes com a mudança de valores que se busca promover na saúde mental.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo buscamos analisar a viabilidade da aplicação da justiça e de práticas restaurativas tanto na resolução de conflitos comunitários desencadeados por ou contra pessoas com transtornos mentais (PTM), de qualquer idade, independentemente do diagnóstico ou da gravidade do transtorno mental e desse transtorno decorrer do uso nocivo de álcool e outras drogas.

Para isso, apresentamos exemplos variados de situações comunitárias conflituosas cujos denominadores comuns são a participação - na qualidade de ofensora(s) ou de vítima(s) - de pessoas com transtornos mentais, em contextos exclusivamente comunitários ou em equipamentos de saúde mental, envolvendo internações forçadas e curatela e a possibilidade de resolver esses litígios por intermédio da aplicação da justiça ou de práticas restaurativas, notadamente círculos de paz, conferências restaurativas e conferências de

4. Para maior aprofundamento sobre Justiça Restaurativa, crime e saúde mental, sugerimos a leitura do capítulo de autoria de Renato Santos Gonçalves e da tese de doutorado em Direito da Promotora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT): TIVERON, Raquel. *Justiça restaurativa: a emergência da cidadania na dicção do direito. A construção de um novo paradigma da justiça criminal.* Tese (Doutorado em Direito). Brasília, DF: CEUB, 2014.

grupos familiares (CGF).

Trouxemos, ainda, para encerrar a reflexão, uma breve análise sobre o uso dessas ferramentas se e quando pessoas com transtornos mentais praticarem crimes punidos com sanções tradicionalmente adotadas pela justiça retributiva e vislumbramos, da mesma forma que nos exemplos anteriormente expostos, a plena possibilidade de adotar, com sucesso, as ferramentas próprias da Justiça Restaurativa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Interfaces entre bioética e justiça restaurativa: aplicação da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais. 2021. (lidos no original).

ASHLEY, Cathy. Family decision making in a changing context. Disponível em: <https://www.iirp.edu/news/family-decision-making-in-a-changing-context>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BARTER, Dominic. Cocriando o mundo. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLhG1r7IAkMjtOGQf45KjsLN4gXh8EYuwV>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BARTER, Dominic. A cultura esqueceu o diálogo. 2017. Disponível em: www.fmss.org.br/cultura-esqueceu-o-dialogo-diz-dominic-barter-especialista-em-mediacao-de-conflitos/. Acesso em: 13 jul. 2021.

Bliacheris, Marcos Weiss. *O que diz decisão do STJ sobre caso de expulsão de estudante com autismo*. Disponível em: <https://diversa.org.br/artigos/decisao-stj-caso-expulsao-estudante-autismo/>. Acesso em: 06 set. 2021.

DEKKER, Sidney. Just Culture: the movie, 2018. Disponível em: <https://youtu.be/bu9yhdOegm8>. Acesso em: 23 ago. 2021.

ELLWANGER, Carolina. A efetivação do ideário restaurativo a partir da aplicação das práticas restaurativas. *Revista de Formas Consensuais de Solução de Conflitos*, v. 6, n. 2, p. 01-21, jul./dez. 2020.

JONG, Gideon de *et. al*. Family Group Conferencing in public mental health and social capital theory. *Journal of Social Work*, v. 15, n. 3, p. 277-296, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468017314547675>. Acesso em: 15 ago. 2021.

LIMA, Vivia. Trabalhadores de saúde dos CAPS denunciam sobrecarga e assédio moral. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/21-09-2020/profissionais-de-saude-do-caps-denunciam-sobregarca-e-assedio-moral.html>. Acesso em: 06 set. 2021.

MARTINS, Neuza; CORREIA, Pedro Miguel Alves Ribeiro; PEREIRA, Sandra Patrícia Marques. O paradigma da Justiça Restaurativa: preocupações éticas na gestão de conflitos. *Lex Humana*, Petrópolis, v. 13, n. 1, p. 148-164, 2021.

MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos. *Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Cap. 9. p. 187-228.

MUSSE, Luciana Barbosa *et. al*. Avaliação de capacidade decisional: novas perspectivas sob o olhar dos direitos humanos. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Novos horizontes em saúde*

mental. São Paulo: Hicitec, 2021. Cap. 14. p. 455-478.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-11-2020-opas-lanca-nova-publicacao-sobre-desinstitucionalizacao-da-atencao-psiquiatrica>. Acesso em: 13 dez. 2020.

SANTOS (SP). Núcleos de Justiça restaurativa serão introduzidos na saúde mental em Santos. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/nucleos-de-justica-restaurativa-serao-introduzidos-na-saude-mental-em-santos> Acesso em: 14 ago. 2021.

SCHOUT, Gert; MEIJER, Ellen; JONG, Gideon de. Family group conferencing: its added value in mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 38, n. 6, p. 480-485, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28510481/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

TIVERON, Raquel. *Justiça restaurativa: a emergência da cidadania na dicção do direito. A construção de um novo paradigma da justiça criminal*. Tese (Doutorado em Direito). Brasília, DF: CEUB, 2014.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; MUSSE, Luciana Barbosa. Diretivas antecipadas, plano e cartão de crise em saúde mental: história, fundamentos, desafios e experiências para uma apropriação crítica no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). *Novos horizontes em saúde mental*. São Paulo: Hicitec, 2021. Cap. 11. p. 339-394.

ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

Data de aceite: 01/11/2021

Renato Santos Gonçalves

Doutorando em Bioética. Mestre em Direito.

Professor de penal, processo penal e criminologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Gov. Valadares (UFJF/GV).

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo é uma nova oportunidade de - após e a partir do mestrado - refletir sobre a interface entre Justiça Restaurativa, crime e saúde mental, por meio de pesquisa documental – normativas da ONU e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que têm recomendado e adotado a Justiça e as práticas restaurativas como estratégias de resolução de conflitos na esfera criminal - e teórica baseada na criminologia crítica.

Comumente, quando se fala em saúde mental e crime, somos remetidos ao histórico e paradoxal elo e conflito entre direito e medicina que, em grande medida, decorre da busca – empreendida por profissionais do direito - pela opinião de médicos (perícia) em casos que envolviam a prática de delitos por pessoas com transtornos mentais, os ainda hoje denominados “loucos infratores”.

Desde os anos 80, quando se fez a “Reforma do Código Penal”, adota-se como estratégia punitiva dessas pessoas, as medidas

de segurança de internação ou ambulatorial. Essas sanções, de acordo com a doutrina, objetivam tratar o indivíduo e, ao mesmo tempo, fazer com que pague pelo mal causado. Entretanto, sob a ótica do tratamento, essas medidas não têm cumprido seu objetivo, pois se baseiam em critérios punitivos - gravidade do crime praticado - e não de saúde mental.

Mas, a falência é mais ampla, abrangendo as políticas públicas e o sistema criminal e carcerário como um todo e não apenas as medidas de segurança. Diante dessa constatação, vem-se empreendendo, no Brasil e no mundo, várias iniciativas com vistas a minimizar o impacto negativo da tradicional e ineficiente Justiça Retributiva. Dentre esses esforços, destacamos a justiça restaurativa e a (im)possibilidade de utilizá-la para lidar com condutas delitivas praticadas por pessoas adultas com transtornos mentais, durante uma crise mental.

Assim, este texto, está dividido em duas seções primárias, além desta introdução e da conclusão. Na primeira seção aborda-se a saúde mental e o crime na perspectiva da justiça restaurativa. A segunda seção tem como foco mais específico o uso da justiça restaurativa para a resolução de conflitos que resultaram em crimes mais graves e que requerem, na perspectiva retributiva, a aplicação de medida de segurança de internação para os infratores com transtorno mental.

21 SAÚDE MENTAL E CRIME NA PERSPECTIVA DA JUSTIÇA RESTAURATIVA

A justiça restaurativa, surgida nos anos 60, trouxe uma nova perspectiva para as crises existentes no Sistema de Justiça Criminal, fundamentado na ideia de retribuição ante a prática delitiva. Nova perspectiva pode ser compreendida como novos olhares para o Sistema de Justiça Criminal e de suas mais importantes e marginalizadas partes: a vítima e o ofensor, ao qual é dada uma maior participação tão somente em virtude da necessidade de responsabilização pelo delito. Conforme proposto por Zehr (2008), é necessário trocar as lentes da tradicional concepção de jurisdição e suas finalidades na área criminal, centrada no delito, no seu impacto para a coletividade, e da centralidade do Estado na gestão da vingança social, formalmente denominada de paradigma retributivo ou punitivo.

O paradigma retributivo advoga que o objetivo da sanção penal é atribuir culpa moral ao agente da prática delitiva e que sua conduta futura, ou de outros membros da sociedade não fazem parte desses objetivos (HUDSON, 2003).

De acordo com Barbara Hudson (2003), as razões para a punição podem ser verificadas em dois campos, a saber, a prevenção de futuros delitos e a punição dos delitos cometidos. As teorias que focam a prevenção do delito são chamadas de utilitárias, haja vista sua orientação político-moral utilitarista; ou são chamadas de consequencialistas, quando se justificam a punição a partir da antecipação das consequências futuras do crime. Por fim, são denominadas redutivistas as que tem como meta a redução da criminalidade.

Importante destacar que a filosofia utilitarista parte da premissa que a conduta moral é legítima se suas consequências resultarem em maior grau de felicidade e bem-estar para o maior número de pessoas (NEIVA in STUART MILL, 2007, p. 8).

As teorias utilitaristas e retributivas compõem um debate que remonta o século XVII, no escopo de uma melhor compreensão dos fundamentos da punição. A partir de então, teorias mistas ou conciliatórias surgiram, concebendo a pena a partir de suas funções retributivas e utilitaristas, prevenção e retribuição. Assim foi construído um direito penal dogmático, e uma disciplina processual rígida e focada no caso penal (ação delitiva e suas circunstâncias) e no agente. Nesse contexto, a prática do delito é um ato contra a sociedade e o Estado, que responde com a pena privativa de liberdade.

Abrem-se então oportunidades para que o sistema jurisdicional criminal contemple penas desumanas e degradantes, marginalize a vítima, e desaproprie da vítima e do infrator as possibilidades de buscarem a solução e pacificação do conflito. Ademais, vale salientar que esse sistema não foi capaz de reduzir a criminalidade, muito menos a satisfação da vítima (que entendemos ser a maior interessada). Michel Foucault (2013) pontua, em “Vigiar e Punir”, que o modelo prisional fracassou, haja vista a não redução da criminalidade (pode até aumenta-la), elevada probabilidade de reincidência após o cumprimento da pena.

Nesse sentido, Goffman (1974) afirma que após o cumprimento de pena injusta ou

excessiva, aliada ao tratamento degradante típico do sistema retributivo, o ingrator passa a justificar seu ato, o que não ocorria até então. Sente-se em crédito diante do tratamento degradante e da punição excessiva, que transborda o conteúdo expresso da lei, abrindo a porta para a reincidência.

Referida crise do sistema penal, passou a ser objeto de questionamentos mais contundentes exatamente na mesma época em que as discussões sobre a justiça restaurativa tiveram início, a saber, entre os anos sessenta e setenta. Para Jesús-Maria Silva Sánchez (2011), referida crise é subdividida em uma crise de legitimidade, a partir do questionamento das justificativas estatais para o uso da máquina punitiva, seu instrumento mais poderoso), e também de identidade, quando o modelo criminal em si e sua utilidade social são questionados.

Vera Regina Pereira Andrade (1997) complementa essa reflexão, reiterando que a partir da década de sessenta o sistema de justiça criminal passou por um processo de deslegitimação teórica. Cohen (1988 *apud* ANDRADE, 1997, p. 182), por sua vez, afirma que esse momento marcou um verdadeiro “impulso desestruturador”, um “[...] conjunto de ataques – críticas, demandas, visões, teorias, movimentos de reforma etc – que constituíram, desde a década de 60 como que um assalto continuado às próprias fundações (ideológicas e institucionais) do sistema de controle penal da modernidade, cuja hegemonia perdurava há dois séculos”.

Corroborando crítica ora apresentada, bem como a percepção da falta de legitimidade do sistema punitivo retributivo, Nils Christie (2011, p. 156) afirma que “é como se, frequentemente esquecêssemos no que a punição consiste: um ato praticado com intenção de causar sofrimento a outros seres humanos. A punição significa ministração intencional de dor. A punição é uma atividade em desarmonia básica com esses valores acalentados. Olho por olho era um comando restritivo, e não uma demanda. A punição é utilizada em todos os lugares, aceita em todos os lugares, mas, não obstante, está em rota de colisão com outros valores centrais. (...) A ministração de dor é a espinha dorsal da punição, mesmo em países nos quais não se pratica a tortura ou a pena de morte. Com o encarceramento, não tiramos a vida, mas partes dela. Com a prisão perpétua, confiscamos quase a vida inteira”.

Torna-se cada vez mais claro que os resultados do paradigma retributivo contemplam o excessivo uso da força e destruição de vidas humanas (CARVALHO, 2008). A prisão assumiu, nesse paradigma, a difícil função de punir e recuperar ao mesmo tempo (MORAES, 2005), que não foi cumprida com sucesso. Ante esse desastre, é imprescindível que um novo modelo de justiça seja gestado, incluindo novos olhares para com a vítima e o infrator, respeitando-se as especificidades de cada caso. E assim começou o movimento e as discussões que envolvem a justiça restaurativa, buscando viabilizar alternativas ao sistema criminal tradicional, adequada reparação do dano (concebendo-o a partir da

responsabilização advinda da interlocução entre as partes envolvidas). A conciliação é portanto privilegiada, sem prejuízo da possibilidade de aplicação de penas proporcionais e humanizadas.

Manter a concepção de justiça a partir do protagonismo do exercício do poder do Direito Penal, e na autoridade do Processo Penal não trazem os resultados esperados quando da proposta inicial das já mencionadas teorias punitivas, que embasaram o paradigma retributivo. Conforme Pallamolla (2009), a justiça criminal na contemporaneidade é fruto de um modelo histórico de propostas não atingidas, haja vista sua estruturação incapaz de gerar efetiva responsabilização. Sica (2007), por sua vez, entende que é impossível avançar rumo a um Sistema de Justiça Criminal humano e democrático enquanto o paradigma que o fundamenta permanecer o mesmo: Processo Penal manifestando autoridade, e o Direito Penal como exercício de poder.

Diferentemente do que ocorre com o paradigma punitivo que hoje está em crise, a nova proposta paradigmática da justiça restaurativa consiste no reconhecimento do crime como conflito humano e, a partir disso, busca soluções humanizadas e integradoras, aptas a observar o delito em sua perspectiva social, mas também comunitária. Reconhece a complexidade, especificidade e diversidade do caso penal.

Raquel Tiveron (2014) concebe a justiça restaurativa como uma via democrática de superação dos impasses, insuficiências e ineficiências da jurisdição criminal tradicional. O modelo criticado verticaliza as relações, assume a narrativa e retira a maior parte da voz das pessoas efetivamente envolvidas, impedindo que tenham contato, e com isso, inviabiliza explicações, responsabilizações e reparações satisfatórias.

Howard Zehr, reconhecido mundialmente como um dos pioneiros na temática restaurativa, enuncia que as necessidades mais imediatas para satisfação são as da vítima. Na sequência, necessidades mais amplas, sendo necessário que seja atribuído poder e responsabilidade às pessoas envolvidas: vítima, ofensor e comunidade. Posteriormente, deve-se buscar a interação e intercâmbio de informações entre esses atores, pautando-se pela comunicação de suas necessidades a partir do conflito inicial. Assim, necessidades atuais e futuras podem ser verificadas (ZEHR, 2008). Assim é factível o resultado Restaurativo, a partir do consenso no procedimento, incluindo-se aí responsabilidades para o infrator (reparação, restituição e prestação de serviços comunitários), buscando a satisfação das necessidades individuais e coletivas, reintegração da vítima e de seu infrator.

Em 2016 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Resolução n. 225, definindo justiça restaurativa como “um conjunto ordenado e sistêmico de princípios, métodos, técnicas e atividades próprias, que visa à conscientização sobre os fatores relacionais, institucionais e sociais motivadores de conflitos e violência, e por meio do qual os conflitos que geram dano [...] são solucionados [...]”.

Cardoso Neto e Sposato (2013), complementam, destacando, a partir da valorização da deliberação entre as partes, que o grande destaque dessa proposta de sistema de justiça reside “na ampliação do próprio acesso à justiça, pela oportunidade dada às partes envolvidas em um conflito ou delito de participarem diretamente de seus procedimentos e resultados”.

3 | JUSTIÇA RESTAURATIVA E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO

Com o aumento da criminalidade, a reflexão das estruturas detentoras de poder (Estado, grandes corporações) não buscaram incluir os segregados ou conferir-lhes formas de ingressar na corrida de forma equânime, mas mudar a visão de segurança pública para uma questão atuarial, securitária, prevenindo o crime da maneira mais excludente possível, num perfeito modelo de gestão administrativa. Com isso, não existe atenção para com causas, culpas e motivação, mas tão somente com minimização de riscos e limite de perdas:

Não estamos interessados nem em responsabilidade nem em patologia, nem em dissuasão ou reabilitação. O foco é anterior à ocorrência em vez de posterior, está na preservação em vez de no encarceramento ou na cura. Não é uma filosofia inclusionista que abrange os considerados culpados de uma infração e tenta reintegrá-los à sociedade. Trata-se, isto sim, de um discurso excludente que busca prever o problema, seja no shopping ou na prisão, e excluir e isolar o desviante. Ele não está interessado no crime per se, mas sim na possibilidade de crime, em comportamentos anti-sociais em geral, criminosos ou não, em prováveis doenças mentais ou recalitrâncias conhecidas: em qualquer coisa que possa perturbar o funcionamento suave do sistema. Tal criminologia administrativa se preocupa em gerir em vez de reformar, seu realismo está em não pretender eliminar o crime (o que ela sabe impossível, mas minimizar riscos) (YOUNG, 2002, p. 76)

Referida postura frente à criminalidade, adotada pela modernidade recente, por não procurar causas para os crimes como solução para a criminalidade, também não é preocupada com a obtenção de justiça, mas tão somente com a prevenção criminológica pelo controle social. Vê na criminalidade um dilema social insolúvel, e portanto, com seus métodos probabilísticos, procura conter o desviante, teoricamente presente em todas as esferas sociais, mas praticamente nas classes mais baixas, evitando o delito antes de sua ocorrência, fazendo da Lei Penal um instrumento de exclusão e inabilidade de acesso ao propalado progresso.

O modelo normativo em apreço, ao excluir o divergente e selecionar condutas desviadas, acaba por rechaçar condutas contrárias aos seus interesses, culminando na criminalização de determinados grupos sociais, sob o fundamento viciado de que, por serem todos humanos iguais, e a lei ser a mesma para todos, todo o arcabouço legal

provém de valores imutáveis e constantes a todos os seres humanos, ao afirmar que “as normas e os valores sociais que os indivíduos transgridem, ou dos quais desviam, são universalmente compartilhados, válidos a nível intersubjetivo, racionais, presentes em todos os indivíduos, imutáveis, etc.” (BARATTA, 2002, p. 87)

Ocorre que esta visão do fenômeno do desvio, por esquecer-se das desigualdades geradas pelo *status quo* e pela sociedade por este sistema concebida (fundada em uma igualdade meramente formal, e não material), não considera como fator desencadeador para a maior parte das práticas criminosas a dificuldade de vitória na corrida por bens e produtividade para os sistemas de produção e consumo citadas na obra de Jock Young (2002), muito menos que as agências de poder se valem do Direito Penal para manutenção dos seus em controle, selecionando entre os marginalizados, a população criminosa. Criam-se ou ratificam-se assim estigmas e desigualdades sociais.

Como comprovação do exposto podemos mencionar o tratamento penal dado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei penal no Brasil, que até hoje permite a estrutura manicomial, a despeito de décadas do movimento antimanicomial e Reforma Psiquiátrica (que estabeleceu como regra de modelo de atenção em saúde mental o tratamento ambulatorial, que ocorre em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS).

O ser humano tido como “normal”, quando comete prática que foge à regra imposta, é penalizado através do cárcere, para que lá se adapte e seja reprogramado de modo a não fugir à linha de conduta esperada pelas classes detentoras de poder (caso contrário, para o cárcere volta, ou lá permanece, até que a mudança ocorra). Já a pessoa com transtorno mental possui maiores dificuldades de adaptação e reprogramação, pois, segundo o pensamento dominante, possui mente bestial, incapaz de dominação por completo; isto posto, aliado à impossibilidade de cura de doenças psiquiátricas, dada a sua cronicidade, faz com que este sujeito, ao envolver-se com o delito, não mais, ou dificilmente, deixe de ser institucionalizado pelo Estado.

O Direito Penal brasileiro, positivado no Código Penal em vigor, de 1940 (BRASIL, 1940), possibilita à pessoa com transtorno mental infrator a possibilidade de prisão perpétua (embora exista previsão constitucional em sentido contrário), no caso de não adaptação ao modelo de conduta imposto:

Decorre que o louco de todo gênero, único a receber a insígnia da periculosidade, de acordo com a política atual do tratamento nos manicômios judiciários, provavelmente passará o resto de sua vida contido em cárcere privado por ser o que é, ou seja, portador de sofrimento mental. Embora o Código preveja a realização do exame a qualquer tempo, veremos cotidianamente esses pacientes condenados à prisão perpétua, não pelo crime cometido, mas pela lógica da cultura que os interpreta (BARROS BRISSET, 2010, p. 41).

Neste sentido, os artigos 96 a 99 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) tratam

das medidas de segurança, espécie do gênero sanção penal, ao lado da pena; desta forma, esta sanção é direcionada aos agentes criminosos sem transtorno mental, e aquela, aplicável às pessoas com transtorno que cometeram um injusto penal, e que, em função deste ato, tem sua periculosidade presumida, consistindo portanto em uma probabilidade – e não possibilidade de condutas delitivas.

De forma sobreposta, o saber psiquiátrico e o saber jurídicos difundiram a ideia, hoje pulverizada culturalmente de que os loucos são perigosos por si só, devem ser temidos e merecem a segregação que lhes é imposta – ganhando, portanto, a adesão comunitária no que diz respeito ao controle desses corpos através do discurso médico-jurídico, desaguando na possibilidade de presunção de periculosidade ou violência por parte dos “loucos”, justificativa para a aplicação das medidas de segurança até hoje.

Dita possibilidade de encarceramento de ser humano que provavelmente será criminoso não deixa de ser um argumento que desumaniza o louco – e o insere no campo das coisas da natureza, exploráveis e manipuláveis legitimamente dentro do contexto atual de relação de entre o homem e a natureza fundada na exploração e manipulação:

O conceito de periculosidade, desde seu surgimento, promoveu e ainda promove, de modo que parece natural e evidente, a construção de práticas sociais e discursos orientados a partir dele, como se presumir periculosidade a alguém fosse um fato dado como incontestável. Assim, atualmente, designar alguém como intrinsecamente perigoso parece algo banal, tendo em vista a circulação e a apropriação desse conceito pelas diversas redes sociais; no entanto, as consequências dessa banalização na atribuição da periculosidade aos loucos infratores são catastróficas para o destino desses indivíduos. Por causa da presunção de sua periculosidade, eles são, de modo geral, lançados para fora da órbita da humanidade, e, na maioria das vezes, sem passagem de volta (BARROS-BRISSET, 2010, p. 19)

Dentro desta lógica de exclusão da racionalidade, concebeu-se o cumprimento das medidas de segurança, deferido às pessoas com transtorno mental, nos termos do art. 26, caput, do Código Penal (BRASIL, 1940), apurada conforme previsão nos artigos 149 a 154, do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), através do denominado incidente processual de insanidade mental, em que a decisão judicial deveria, em tese, ser amparada na perícia médica. Caso aplicada a medida de segurança, para os casos em estudo pela presente pesquisa, sua forma de execução é prevista nos artigos 171 a 179 da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984), garantindo à autoridade administrativa nos Hospitais de Custódia e Tratamento a responsabilidade sobre o cumprimento das medidas, e à autoridade judicial o poder para decretação de seu término, estabelecendo-se ainda à necessidade de uma desinternação condicional, nos moldes do livramento condicional oferecido ao preso comum, que, se não cumprido, culminará em reinternação.

Ou seja, ao cessar a periculosidade do interno, se o juiz entender que a medida de segurança também deve cessar, esta ocorrerá, inicialmente, de forma condicional, cabendo

ao então egresso cumprir as mesmas obrigações relativas ao livramento condicional, caso contrário, novamente será reinternado.

Primeiramente, necessário salientar-se que por tratar-se de instituto jurídico inserido no ordenamento pátrio na década de 40, necessário se faz que seja aplicada à luz dos princípios constitucionais advindos no ano de 1988 aplicáveis à pena, dos quais podemos ressaltar a ampla defesa e devido processo legal para a sua imposição, além do respeito ao teto de 30 (trinta) anos de cumprimento.

Diferentemente da pena, que no paradigma tradicional possui finalidade preventiva e/ou retributiva, a medida de segurança possui escopo meramente preventivo; já que a pessoa com transtorno mental infrator não possui consciência da ilicitude do ato praticado, muito menos da exigibilidade de conduta diversa, não pode ter sobre si atribuída a responsabilidade ou culpabilidade em relação ao injusto penal.

A espécie de sanção penal em estudo possui duas modalidades, uma detentiva, de internação em hospital judiciário psiquiátrico, os famigerados manicômios judiciários, atualmente denominados hospitais de custódia e tratamento, destinada a agentes que cometeram atos apenados com reclusão; a outra modalidade, restritiva, permite que o agente se submeta a tratamento ambulatorial, desde que o ato praticado seja apenado com detenção. Para o fim da aplicação da medida de segurança, necessário que seja realizado exame pericial de cessação de periculosidade positivo, o qual deve ser feito num período variável de um a três anos, conforme arbítrio do juiz do processo em que se apura o ato praticado, levando-se em conta a dita periculosidade, e, eventualmente a ausência de melhora do paciente judiciário neste sentido. Necessário destacar, para melhor delimitação da reflexão ora apresentada, que neste trabalho a medida de segurança de internação é o foco e representa o recorte dado ao presente estudo.

Note-se, portanto, que as medidas de segurança, embora se direcionem à indivíduo que não possuía consciência do ato praticado, não o sanciona em função de sua condição de saúde, mas sim em função do ato praticado inconscientemente. Ademais, note-se ainda que possui, pela Lei, prazo indeterminado: caso os exames de cessação de periculosidade realizados periodicamente não atestem a possibilidade de convívio social (caráter extintivo condicionado à perícia), no cárcere hospitalar o ser humano fica, muitas vezes sem possibilidade de readaptação, por toda a vida (por isso se afirma que as medidas de segurança, na prática, tornam-se penalidades de cunho perpétuo, a despeito de previsão constitucional contrária. Ainda que eventuais decretos de indulto de natal muitas vezes tenham previsto o teto de trinta anos de cumprimento para as medidas de segurança, nota-se que não se trata de instrumento normativo legislativo, e portanto, de aplicabilidade delimitada apenas para o ano a que se projeta, e depende de sentença judicial favorável para concretização na vida do paciente judiciário (o ser humano que cumpre a medida de segurança).

Corroborando o exposto:

A indeterminação da sanção penal está relacionada à presunção de periculosidade e a consequência imediata dessa presunção é a correlação entre a doença mental e a probabilidade de cometimento de novos crimes, motivados pela patologia psíquica. A indeterminação da sanção penal é sustentada juridicamente pelo pressuposto de que o “doente mental” é um sujeito patologicamente incapaz de reconhecer o caráter ilícito de seus atos e, portanto, um irresponsável, incapaz de determinar-se racionalmente, o que indica a probabilidade de cometer crimes futuros. Parece ser esse o sentido do perigo: perigo de vir a realizar novos crimes (BARROS-BRISSET, 2010, p. 17).

Percebemos que não só a forma de apuração da insanidade mental do agente de suposto crime que deve se moldar a novos paradigmas de produção de conhecimento, mas também o paradigma de estudo da criminalidade e fenômeno do desvio. Antigas concepções neste sentido que se olvidam das desigualdades, e tratam o crime de forma objetiva (mecanicista, estritamente causal e empírica), acabam por conferir caráter superficial ao estudo e limitada eficácia, pois

Só descendo do nível fenomênico da superfície das relações sociais, ao nível de sua lógica material, é possível uma interpretação contextual e orgânica de ambos os aspectos da questão. Mas isto ultrapassa os limites das teorias de médio alcance, e implica um deslocamento do ponto de partida para a interpretação do fenômeno criminal, do próprio fenômeno para a estrutura social, historicamente determinada, em que aquele se insere (BARATTA, 2002, p. 99)

Pelo exposto, não devemos restringir as causas do crime de forma estatística e preventiva, mas, em uma abordagem qualitativa e crítica, procurar compreender, neste exercício, quais são os mecanismos sociais e institucionais dos quais erige a realidade do crime ou desvio. Como resposta, amparada, inclusive em dados práticos, poderemos concluir que, na grande maioria dos casos, a criminalidade e a violência (inclusive a perpetrada pelo louco infrator) não é ontológica, mas principalmente um reflexo do descaso e abandono às classes e grupos periféricos, tanto pela ausência quanto pela ineficiência de políticas públicas e/ou respeito à direitos – atenção à saúde, educação, carência de recursos sociais básicos. O efeito de uma política que segrega (BARROS-BRISSET, 2010, p. 41).

No que tange a novas percepções sobre as formas de conhecimento que incidem sobre as medidas de segurança (interdisciplinar por excelência, para a qual convergem e interseccionam diversas áreas do conhecimento), destaca-se o direito do paciente de ser informado sobre seus cuidados em saúde, que envolvem diagnóstico, prognóstico, tratamentos, medicamentos e os riscos e benefícios associados, bem como todos os eventos adversos ocorridos com determinado paciente, ainda que sob tutela do Estado.

Quando se pensa na segurança do paciente, perspectivas fundadas na culpa e na justiça restaurativa para se lidar com os fatos ensejadores da medida de segurança estimulam o distanciamento do direito à informação. Os cuidados em saúde caracterizam-se corriqueiramente pela assimetria de informação. Assim, ao garantir o acesso às informações clínicas do paciente, ainda que sob tutela do Estado (eis que não é um objeto manipulável, mas sujeito de direitos) mitiga-se essa disparidade, permitindo menor tempo de hospitalização, erros relativos ao tratamento e adesão ao tratamento (HARRISON, 2016). O direito de informação do paciente circunscreve o seu protagonismo na redução de adversidades, como a proteção da própria vida. Isso acaba se promovendo a conscientização do paciente sobre sua condição e possibilidades de reabilitação, situação terapêutica que reverbera no cumprimento da medida de segurança.

No que diz respeito a possibilidade de utilização da justiça restaurativa para casos mais gravosos, destaca-se que apesar de as práticas restaurativas não deverem ser irrefletidamente não aplicadas em casos com maior dano, há que se ter especial cuidado para não tornar mais agudo um conflito que já possui grande intensidade de conteúdo. Para minorá-los, frisam-se programas voltados para esses crimes com devidas especificidades: são geralmente pós-sentenciais (no caso do presente trabalho, pós aplicação da medida de segurança de internação), não se distanciando da possibilidade de sanção penal, sendo o procedimento iniciado após um período de tempo razoável para que a estabilização dos ânimos. É imprescindível também que nesse caso as pessoas responsáveis pela mediação e facilitação do procedimento tenham experiência mais longa e com capacitação específica, ante a provável necessidade de vários encontros individuais e coletivos. É importante também que não prescindam do auxílio de representantes das instâncias formais de controle (SANTOS, 2014, p.592-593).

Ainda de acordo com Santos (2014), a participação não deve ser obrigatórias, haja visto que, se a decisão de participação não for voluntária, dificilmente haverá uma solução satisfatória. Levando-se em conta as desigualdades socioeconômicas que permeiam o cotidiano nacional, destaca-se a necessidade de criatividade para que sejam encontradas formas de reparação de dano que não tenham fundamento em questões patrimoniais, para melhor composição de possibilidades de retratação e reparação. Assim, torna-se possível uma participação mais inclusiva e diversa, especialmente se levarmos em conta o perfil socioeconômico da “clientela” do Sistema de Justiça Criminal brasileiro.

4 | CONCLUSÃO

No presente trabalho foram apresentadas algumas críticas dentre outras mais possíveis em relação ao instituto jurídico penal das medidas de segurança. O recorte para tanto levou em consideração as ligações possíveis entre as críticas e a justiça restaurativa, bem como as práticas restaurativas.

Percebe-se que o Direito Penal até os dias de hoje é incapaz de auxiliar na resolução de conflitos sob sua tutela, haja vista não prevenir sua existência e reincidência, tampouco auxiliar a satisfação das partes lesadas quando de sua ocorrência. O agente é perseguido com todo o aparato punitivo, muitas vezes tendo garantias fundamentais violadas em nome de um Estado cada vez mais autoritário, punitivo e policalesco, que também sequestra a voz da vítima, que tem apenas uma rápida oportunidade de fala no procedimento tradicional, quando é ouvida em audiência, juntamente com testemunhas de acusação e defesa.

No caso específico das medidas de segurança, a despeito de reformas realizadas na lei penal, esta ainda se orienta por normas resultantes da cultura manicomial e respectivas ideias corretivas em relação à loucura, tanto por tratamentos físicos, quanto por tratamentos morais. E o cerne de todos os reflexos culturais em questão é exatamente o conceito de periculosidade, imprescindível para a aplicação da sanção penal aplicável aos inimputáveis.

Afirmar que a pessoa com transtorno mental é “perigosa” expressa uma percepção de periculosidade como um dado ontológico, desumanizando-o e penalizando-o antecipadamente. Afirmar que a medida de segurança é aplicada pelo risco de que o agente, em sofrimento mental, venha a cometer outros crimes não consiste com a presunção de inocência, princípio que, além de constitucional, é marcador de quão democrático é o Estado.

A justiça restaurativa e o arcabouço teórico que a fundamenta consistem em um novo paradigma, em “novas lentes” (como afirma Zehr) para a observação do combate à criminalidade. Há na justiça restaurativa um potencial de relevante mitigação de todas as contradições das medidas de segurança, que, se aplicadas tal qual proposto em lei, não são capazes de reabilitar o paciente judiciário, haja vista a notória falência dos manicômios nesse quesito. O Direito Penal também enxerga a pessoa com transtorno mental a partir da restrita dicotomia entre capacidade e incapacidade, imputabilidade e inimputabilidade, desconsiderando que o transtorno mental se dá em espectro. A partir disso, muitos pacientes judiciários tem capacidade suficiente para assumir compromissos, responsabilidades e reparações para com as vítimas de seus atos, o que pode ser inclusive terapêutico para os respectivos quadros clínicos.

Logo, trazer para a engessada dinâmica prevista em lei os horizontes da justiça restaurativa e a participação democrática entre agente, vítima e comunidade para a construção da recuperação dos vínculos e expectativa quebrados representa a factível possibilidade de satisfação da vítima e reabilitação do paciente e melhora de seu quadro clínico, fim último das medidas de segurança. Devem ser privilegiadas práticas que fortaleçam as conexões entre as pessoas envolvidas com a comunidade que acolhe as partes e o conflito, reinterpretando-o e dando-o novas resposta, a partir da compreensão do que funciona ou não para agente e vítima, que não podem ser vistos em assimetria (é

imprescindível a distribuição de poder), de modo que o mútuo entendimento e respectivos acordos possam ser uma realidade.

Contudo, para tanto é necessário que, após amplo processo deliberativo na sociedade, a justiça restaurativa seja devidamente regulamentada pelo Poder Legislativo, dando nova redação aos dispositivos penais e processuais penais que com ela não se coadunem. Nesse contexto, é necessário que sejam analisadas quais práticas que, a despeito de exclusão de sanção ou não, permitam modalidades alternativas de reparação nas medidas de segurança, desvinculando-se do desgastado modelo retributivo, com existência disfarçada nas medidas de segurança. Já há experiências de práticas restaurativas e de justiça restaurativa pelo Brasil, com respaldo do CNJ, mas não há uma regulamentação por meio de Lei Federal, o que torna esse exercício vulnerável às políticas criminais do momento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Interfaces entre bioética e justiça restaurativa: aplicação da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais. 2021. (lidos no original).

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. *A ilusão de segurança jurídica: do controle da violência à violência do controle penal*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal: introdução à sociologia do direito penal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BARROS-BRISSET, Fernanda. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BRASIL. Decreto Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (*Código Penal*).

_____. Decreto- Lei 3.689, de 03 de outubro de 1941 (*Código de Processo Penal*).

_____. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça restaurativa: horizontes a partir da Resolução CNJ 225*. Coord. Fabrício Bittencourt da Cruz. Brasília: CNJ, 2016.

_____. *Resolução nº 225, de 31 de maio de 2016*. Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça restaurativa no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3127>>. Acesso em: 03 set. 2021.

CARDOSO NETO, Vilobaldo; SPOSATO, Karyna Batista. Justiça restaurativa e a solução de conflitos na contemporaneidade. In: CONPEDI/UNINOVE (Org.). KNOERR, Fernando Gustavo; NEVES, Rubia Carneiro; CRUZ, Luana Pedrosa de Figueiredo (Coord.). *Justiça e o paradigma da eficiência na contemporaneidade*. Florianópolis: FUNJAB, 2013. Disponível em: <www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a22ede5d703532f2>. Acesso em: 03 set. 2021.

CARVALHO, Salo. *Anti-manual de criminologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

CHRISTIE, Nils. *Uma razoável quantidade de crime*. Trad. André Nascimento. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41. ed. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HARRISON, Reema et al. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 28, n. 2, p. 240-245, 2016.

HUDSON, Barbara. *Understanding Justice. An Introduction to ideas, perspectives and controversies in modern penal theory*. Philadelphia: University Press, 2003.

MARTINS, Neuza; CORREIA, Pedro Miguel Alves Ribeiro; PEREIRA, Sandra Patrícia Marques. O paradigma da Justiça Restaurativa: preocupações éticas na gestão de conflitos. *Lex Humana*, Petrópolis, v. 13, n. 1, p. 148-164, 2021.

MILL, John Stuart. *Utilitarismo*. Trad. Rita Cássia Gondim Neiva. São Paulo: Escala, 2007

MORAES, Pedro Rodolfo Bodê de. *Punição, encarceramento e construção de identidade profissional entre agentes penitenciários*. São Paulo: IBCCRIM, 2005.

PALLAMOLLA, Raffaella da Porciúncula. *Justiça restaurativa: da teoria à prática*. São Paulo: IBCCRIM, 2009.

SANTOS, Cláudia Cruz. *A justiça restaurativa. Um modelo de reacção ao crime diferente da Justiça Penal. Porquê, para quê e como?* Coimbra: Coimbra Editora, 2014.

SICA, Leonardo. *Justiça restaurativa e mediação penal: o novo modelo de justiça criminal e de gestão do crime*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

SILVA SÁNCHEZ, Jesús-María. *Aproximação ao direito penal contemporâneo*. Trad. Roberto Barbosa Alves. São Paulo: RT, 2011.

TIVERON, Raquel. *Justiça restaurativa. A emergência da cidadania na dicção do direito. A construção de um novo paradigma da justiça criminal*. Brasília, DF: Thesaurus, 2014.

YOUNG, Jock. *A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente*. Revan: Rio de Janeiro, 2002.

ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

EVENTO ADVERSO NOS CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGEM RESTAURATIVA

Data de aceite: 01/11/2021

Mariana Lima Menegaz

Meiriany Arruda Lima

Nelma M. O. Melgaço

1 | INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos nos cuidados em saúde é inevitável. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, há uma chance em um milhão de uma pessoa sofrer um dano enquanto viaja de avião. Contudo, existe a probabilidade de uma em 300 (trezentas) de um paciente sofrer um evento durante os cuidados em saúde. Além disso, há, aproximadamente, 421 (quatrocentas e vinte e um) milhões de internações no mundo, anualmente, e cerca de 42,7 milhões de eventos adversos são verificadas durante as hospitalizações. Ressalta-se que se compreende por evento adverso a falha em executar um plano de ação que era pretendido, como a aplicação de um plano considerado incorreto² como em incidente que resulta em

dano ao paciente³.

Ante a definição de evento adverso e a constatação de que sua ocorrência permeia a temática dos cuidados em saúde, é imprescindível discorrer sobre as abordagens para lidar com os erros nos cuidados em saúde. Desse modo, o presente artigo possui o objetivo de analisar o evento adverso, compreendendo-o como abordagem sistêmica, bem como a abordagem restaurativa utilizada para solucionar conflitos no contexto dos cuidados em saúde. Insta salientar que para atingir o objetivo da pesquisa, faz-se necessário a compreensão, e contraposição, da justiça retributiva e da justiça restaurativa.

Para tanto, foi realizada pesquisa teórica e bibliográfica sobre o tema, em especial, sobre a justiça restaurativa no tocante aos cuidados em saúde. Após a análise, foi possível concluir que o modelo da abordagem restaurativa, que é utilizado no contexto do Direito do Paciente, contribui para a retomada do diálogo entre os envolvidos no evento, bem como a possibilidade de reconstrução da confiança entre o paciente e os profissionais de saúde, e a melhoria dos serviços de atendimento prestados pelos profissionais e

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. *Segurança do Paciente: confira 10 fatos importantes segundo a OMS*. 04 abr. 2018. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/seguranca-do-paciente-confira-10-fatos-importantes-segundo-a-oms/>. Acesso em: 06 set. 2021.

2. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

3. PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Taxonomia. *Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS)*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-clas-sifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-paraseguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso em: 06 set. 2021.

instituição. Assim, faz-se necessário o fomento do referido modelo, em contraposição ao modelo tradicionalmente utilizado no Brasil, qual seja, o modelo adversarial.

21 O EVENTO ADVERSO NOS CUIDADOS EM SAÚDE

Os erros são os eventos que, inevitavelmente, ocorrerão no contexto dos cuidados em saúde. Conceitualmente, podem ser definidos como “danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base.”⁴ O erro analisado na presente pesquisa, é sinônimo de evento adverso e deve ser compreendido como um erro sistêmico.

É imprescindível destacar que a abordagem do evento adverso como uma situação sistêmica possui relação com a cultura não punitiva, ainda não adotada no Brasil⁵. A abordagem sistêmica é entendida como a falha humana, sem que haja intenção do profissional (ao contrário da negligência, também denominado de erro negligente, que é verificado quando há uma decisão incorreta do profissional)⁶. Assim, é notório que o evento adverso faz parte do cuidado em saúde e, portanto, não pode ser solucionado com a punição nos moldes que vem sendo desenvolvidos no Brasil, haja vista que a busca pelo culpado do evento, com a conseqüente punição, não promove o Direito do Paciente, nem mesmo previne eventos futuros⁷. Cumpre também indicar que tal abordagem contribui para que exista determinado receio, por parte dos profissionais, em relatar a ocorrência dos eventos adversos, justamente em razão das conseqüentes punições⁸.

Percebe-se, assim, que o evento adverso deve ser entendido dentro da perspectiva sistêmica, ante as questões supracitadas e o auxílio direto à construção de um ambiente seguro para que os profissionais de saúde relatem os fatos ocorridos e que, conseqüentemente, influencie positivamente nas melhorias dos cuidados em saúde e a adoção de novas abordagens para solucionar os conflitos existentes, conforme será abordado a seguir⁹.

4. PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Taxonomia. *Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS)*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-paraseguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso em: 06 set. 2021.

5. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

6. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

7. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

8. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

9. ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento

3 I MODELOS E FERRAMENTAS PARA SOLUÇÃO DE CONFLITOS

O modelo de litigância adversarial é o modelo tradicionalmente utilizado, no Brasil, para dirimir conflitos, inclusive controvérsias no contexto dos cuidados em saúde. Segundo pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça¹⁰, no ano de 2019, mais de 77 (setenta e sete) milhões de processos estavam em trâmite no país. Ademais, mais de 1 (um) milhão de processos relacionados à saúde estavam em curso, em 2019, conforme pesquisa realizada pelo CNJ e pelo INSPER¹¹. Ressalta-se, ainda, que há indicação de 70 (setenta) novas ações, por dia, referentes ao evento adverso¹².

Nesse sentido, verifica-se que o modelo pautado na litigância possui como fundamento principal o direito do consumidor e o direito civil, conferindo ao paciente a posição de usuário e consumidor. Em consequência, a relação de cuidado em saúde é reduzida a uma relação patrimonial, haja vista que há o fomento para propositura de processos judiciais em que, em regra, o pleito é pela busca por um culpado e pela condenação da parte contrária ao pagamento de danos morais e materiais. Outrossim, há o aumento da judicialização dos cuidados em saúde e de condutas de profissionais da saúde para evitarem a exposição à ações judiciais, se pautando em uma atuação defensiva¹³.

Segundo dispõe Todres¹⁴, caso algo não saia como o previsto no tratamento do paciente, a conduta, em regra, é acionar os profissionais da área jurídica e a questão deixa de estar situada no âmbito da saúde, passando a ser competência do sistema judiciário resolvê-la. O foco é alterado para a busca de argumentos e de provas sobre quem foi o culpado e não são todos os esforços que são traçados para promover melhorias e evitar que novos eventos adversos aconteçam.

Nota-se que, além de não conferir centralidade ao paciente e à relação estabelecida entre ele e os profissionais de saúde, o referido modelo não possui o propósito principal de melhorar os cuidados em saúde ou prevenir a ocorrência de novos incidentes. A busca pela compreensão de quem foi o culpado da conduta, bem como qual será a sanção aplicada, seja ela no âmbito administrativo, cível ou criminal, são questões balizadoras desse modo, mantendo o princípio “ganha-perde”, ou seja, no processo judicial, em regra, alguma das partes terminará como vencedora e a outra como vencida, ainda que em parte. Insta

legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

10. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça em Números*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/rel-justica-em-numeros2020.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

11. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Relatório Analítico Propositivo: Justiça Pesquisa: Judicialização de saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021.

12. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito dos Pacientes*. CEI: Belo Horizonte, 2020.

13. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito dos Pacientes*. CEI: Belo Horizonte, 2020.

14. TODRES, Jonathan. Toward Healing and Restoration for All: Reframing Medical Malpractice Reform. *Connecticut Law Reviv.* Vol. 39, dec. 2006, n. 2. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/22816676>. Acesso em: 30 ago. 2021. p. 970.

salientar que é imprescindível destacar a morosidade do processo judicial, tendo em vista que não é possível prever o lapso temporal que perdurará o processo, o que influencia diretamente no aumento do estresse físico e emocional dos envolvidos no litígio.

Diante da notória crise instaurada no modelo adversarial, faz-se imprescindível compreender outras formas de solucionar tais conflitos no contexto dos cuidados em saúde e, em especial, as controvérsias oriundas dos incidentes. Em contraposição ao modelo relatado acima, outros sistemas foram desenvolvidos por diferentes países em todo o mundo, entre eles, o modelo que utiliza a abordagem restaurativa para solucionar conflitos envolvendo o erro sistêmico nos cuidados em saúde.

No contexto do Direito do Paciente, o modelo preconizado é o que utiliza como base o Princípio da Solução Restaurativa dos Conflitos, que é compreendido como “a abordagem que possibilita o encontro entre o paciente e o profissional de saúde, de modo que o paciente possa receber por parte do profissional explicações e insights acerca das consequências de seus atos, bem como possa ter voz e ser empoderado”¹⁵. A Justiça Restaurativa é definida por Zehr¹⁶ como “uma abordagem que visa promover justiça e que envolve, tanto quanto possível, todos aqueles que têm interesse numa ofensa ou dano específico, num processo que coletivamente identifica e trata os danos, necessidades e obrigações decorrentes da ofensa, a fim de restabelecer as pessoas e endireitar as coisas na medida do possível.”

Acerca da origem da Justiça Restaurativa, seu início remonta de forma tão antiga quanto o desenvolvimento da humanidade, haja vista que povos nativos e tradições indígenas, da América do Norte e da Nova Zelândia,¹⁷ já utilizavam os elementos restaurativos para solucionar controvérsias existentes entre os indivíduos que lá habitavam. Porém, a aplicação da Justiça Restaurativa, na atualidade, se desenvolveu nos anos 1970, com projetos iniciais a América do Norte, em que foram possibilitados encontros entre as denominadas “vítimas e ofensores”¹⁸.

A Justiça Restaurativa possui três pilares que podem ser resumidos em¹⁹: a) analisar os danos e as necessidades dos envolvidos na controvérsia; b) verificar as obrigações pelas quais a pessoa que causou o dano é responsável. Para isso, é imprescindível compreender as necessidades dos envolvidos; c) é necessário o comprometimento das pessoas afetadas pelo dano para que a abordagem restaurativa alcance os objetivos propostos.

Insta salientar, com a finalidade de contribuir para a compreensão da temática, que a Justiça Restaurativa “não tem como objetivo principal o perdão ou a conciliação” das

15. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito dos Pacientes*. CEI: Belo Horizonte, 2020.

16. ZEHR, Howard. *Justiça Restaurativa*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015, p. 54.

17. ZEHR, Howard. *Justiça Restaurativa*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015, p. 25.

18. ZEHR, Howard. *Justiça Restaurativa*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015, p. 25.

19. PROBACNI A MEDIACNI SLUZBA. *Best Practice Manual: Restorative justice - Victim Support and Counseling*. Disponível em: <http://restorativejustice.org/am-site/media/best-practice-manual-on-restorative-justice-victim-support-and-counseling.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021. p. 11

pessoas envolvidas no evento, e não é um “programa ou projeto específico”, ou seja, não há um modelo específico, ou ideal, de abordagem restaurativa, que deve ser seguido e aplicado em todas as situações²⁰. Conforme afirma Zehr²¹, “a Justiça Restaurativa é uma bússola e não um mapa”, assim, sua construção é observada em cada caso concreto, verificando qual o modelo a ser utilizado na controvérsia e qual a abordagem utilizar, como, por exemplo, a aplicação de processos circulares de construção de paz²².

Percebe-se, assim, que ao contrário do verificado no modelo de justiça retributiva, observado no litígio e nas condutas adversariais, a justiça restaurativa requer o envolvimento de todos os indivíduos afetados, o que inclui o paciente, os profissionais de saúde e demais afetados, como, por exemplo, familiares e o hospital. A justiça retributiva²³ possui como foco determinar qual o tratamento adequado para aqueles que cometeram eventos adversos ou violaram padrões de conduta. Assim, se alguém foi “ferido”, a resposta para essa conduta também deve ser “ferir”. Porém, a justiça restaurativa²⁴ trata as situações de evento adverso e violações de forma inclusiva, que considera de forma sistemática, as necessidades e as obrigações que são decorrentes daquelas, buscando restaurar a confiança através do diálogo e da escuta dos envolvidos, o que não ocorreria se o escopo fosse, tão somente, verificar quem é o culpado e aplicar uma penalidade.

É interessante notar que, segundo Todres²⁵, os envolvidos informam que há grande frustração quando não conseguem informações sobre o que está ocorrendo ou o que efetivamente aconteceu em seus casos. No mesmo sentido, relatam frustrações quanto a não possibilidade de participar de forma ativa dos processos judiciais que seus casos são submetidos, não havendo oportunidade para expor seus sentimentos, opiniões e desejos.

Assim, é notória a importância de que o tratamento dos conflitos decorrentes dos eventos adversos nos cuidados em saúde seja revisto, para que o modelo adversarial não continue sendo a abordagem tradicionalmente utilizada no Brasil.

4 | A JUSTIÇA RESTAURATIVA, A JUSTIÇA RETRIBUTIVA E O ERRO

Conforme verificado, o sistema jurídico nacional tem como uma de suas características o excesso de judicialização, o Estado uma vez provocado não pode quedar inerte, o que faz com que haja um excesso de intervenção jurídica nas diversas áreas

20. ZHR, Howard. *Justiça Restaurativa*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015, p. 21.

21. ZHR, Howard. *Justiça Restaurativa*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015, p. 23.

22. PRANIS, KAY. *Processos Circulares de construção de paz*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Athena, 2010.

23. DEKKER, Sidney. Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science* 85 (2016), 187-193. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2016.01.018>. Acesso em: 03 set. 2021.

24. DEKKER, Sidney. Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science* 85 (2016), 187-193. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2016.01.018>. Acesso em: 03 set. 2021.

25. TODRES, Jonathan. Toward Healing and Restoration for All: Reframing Medical Reform Malpractice. *Connecticut Law Reviv.* Vol. 39, dec. 2006, n. 2. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/22816676>. Acesso em: 30 ago. 2021. p. 710.

da vida. As judicializações perpassam desde áreas envolvendo questões de saúde até os conflitos privados. O modelo atual de justiça brasileiro praticado, a justiça retributiva, não se mostrou suficiente para atender a contento as necessidades das soluções de conflitos contemporâneas.²⁶ Portanto, o resgate e aplicação de um modelo judicial eficaz e humanizado tornou-se não apenas necessário, mas também urgente. A prática restaurativa tem como objetivo possibilitar a todos os atores uma construção a partir da reflexão sobre o fato/dano, buscando as diversas perspectivas, para então promover a reparação por meio da restauração.

Retributiva	Restaurativa
Punição	Reparação: material, moral e emocional
Profissional/Infrator	Vítima, autor e coletivo
Poder de decisão adstrito ao juiz e/ou representante do Estado	Partes envolvidas / representantes do Estado
Uso dogmático da norma positivada	Alternativas ao Direito Positivado
Formal / público / contencioso	Informal / Sigiloso / complementar
O evento adverso é isolado e não contextualizado	Interculturalidade Multidimensionalidade Proporcionalidade Razoabilidade
Individualização da conduta	Compartilhamento de responsabilidade

Quadro 1 – Justiça Retributiva e Justiça Restaurativa

Fonte: Scuro Neto, 2004²⁷ & Shapland, 2003. ²⁸

No quadro acima é possível observar as diferenças entre os dois sistemas de justiça praticados no Brasil, bem como fica evidente a necessidade da solidariedade entre as partes na construção do processo da prática restaurativa, não podendo ser uma prática

26. MELO CAMPELO, Olivia Brandão; MELLO, Lais Veiga de Carvalho. Justiça Restaurativa como Promoção do Justo e da Cultura de Paz. Arquivo Jurídico – ISSN 2317-918X – Teresina-PI – v. 3 – n. 2 – p. 112-125. Disponível: <https://revistas.ufpi.br/index.php/raj/article/view/7099/0>.

27. SCURO NETO, Pedro. Por uma justiça Restaurativa “real e possível”. In *Justiça Restaurativa: um caminho para os direitos humanos?*. Porto Alegre: Instituto de Acesso à Justiça, 2004, p. 33-44. [pdf]

28. SHAPLAND, Joanna. Restorative Justice and Criminal Justice: just responses to crime? In: Hirsch, Andrew von; Roberts, Julia; Bottoms, Anthony .; Roach, Kent; Cchiff, Mara(eds). *Restorative Justice & Criminal Justice: competing or reconcilable paradigms?* Portland: Hard Publishing,2003, p. 195-218. [pdf]

verticalizada para que os resultados almejados sejam alcançados.²⁹

Abaixo é possível ler a transcrição de uma ementa referente a um dos mais de 10.000 casos levados a justiça através da judicialização por erro médico (evento adverso). A ideia é analisarmos de maneira sucinta de que forma a partir da Justiça Restaurativa a lide poderia ser resolvida. Trata-se do caso de uma paciente submetida a procedimento cirúrgico estético que a deixou sequelada de forma permanente. Buscou-se mediante a judicialização a reparação do dano material, em caráter solidário entre o anestesista e o médico cirurgião. No caso em tela, apesar do reconhecimento do erro/dano, não houve por parte do judiciário o reconhecimento da responsabilidade solidária. Em outros casos não haverá sequer o reconhecimento do erro/dano. O que por seu turno gera frustração e sensação de impotência nos pacientes e seus familiares, por estarem inseridos no sistema de justiça retributiva, onde se busca o resultado punitivo combinado com a penalização do indivíduo e não a reparação/ restauração dos efeitos causados pelo dano.

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. CIVILE CONSUMIDOR. ERRO MÉDICO. RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS CIRURGIÃO E ANESTESISTA. CULPA DE PROFISSIONAL LIBERAL (CDC, ART. 14, § 4º). RESPONSABILIDADE PESSOAL E SUBJETIVA. PREDOMINÂNCIA DA AUTONOMIA DO ANESTESISTA, DURANTE A CIRURGIA. SOLIDARIEDADE E RESPONSABILIDADE OBJETIVA AFASTADAS. 1. Não se conhece dos embargos de divergência apresentados pela Clínica, pois: (I) ausente o necessário cotejo analítico entre os acórdãos embargado e paradigma, para fins de comprovação da divergência pretoriana (RISTJ, arts. 255, §§ 1º e 2º, e 266, § 1º); e (II) o dissídio apontado baseia-se em regra técnica de conhecimento do recurso especial. 2. Comprovado o dissídio pretoriano nos embargos de divergência opostos pelo médico cirurgião, devem ser conhecidos. 3. A divergência cinge-se ao reconhecimento, ou afastamento, da responsabilidade solidária e objetiva (CDC, art. 14, caput) do médico-cirurgião, chefe da equipe que realiza o ato cirúrgico, por danos causados ao paciente em decorrência de erro médico cometido exclusivamente pelo médico-anestesista. 4. Na Medicina moderna a operação cirúrgica não pode ser compreendida apenas em seu aspecto unitário, pois frequentemente nela interferem múltiplas especialidades médicas. Nesse contexto, normalmente só caberá a responsabilização solidária e objetiva do cirurgião-chefe da equipe médica quando o causador do dano for profissional que atue sob predominante subordinação àquele. 5. No caso de médico anestesista, em razão de sua capacitação especializada e de suas funções específicas durante a cirurgia, age com acentuada autonomia, segundo técnicas médico-científicas que domina e suas convicções e decisões pessoais, assumindo, assim, responsabilidades próprias, segregadas, dentro da equipe médica. Destarte, se o dano ao paciente advém, comprovadamente, de ato praticado pelo anestesista, no exercício de seu mister, este responde individualmente pelo evento. 6. O Código de Defesa do Consumidor, em seu art. 14, caput,

29. SALM, João; LEAL, Jackson da Silva. A Justiça Restaurativa: multidimensionalidade humana e seu convidado de honra. *Sequência* (Florianópolis) [online]. 2012, n. 64, pp. 195-226. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2012v33n64p195>. Epub 17 Jun 2013. ISSN 2177-7055. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2012v33n64p195>. Acesso em: 21 ago. 2021.

prevê a responsabilidade objetiva aos fornecedores de serviço pelos danos causados ao consumidor em virtude de defeitos na prestação do serviço ou nas informações prestadas - fato do serviço. Todavia, no§ 4º do mesmo artigo, excepciona a regra, consagrando a responsabilidade subjetiva dos profissionais liberais. Não há, assim, solidariedade decorrente de responsabilidade objetiva, entre o cirurgião-chefe e o anestesista, por erro médico deste último durante a cirurgia. 7. No caso vertente, com base na análise do contexto fático-probatório dos autos, o colendo Tribunal de Justiça afastou a culpa do médico-cirurgião - chefe da equipe -, reconhecendo a culpa exclusiva, com base em imperícia, do anestesista. 8. Embargos de divergência da Clínica não conhecidos. 9. Embargos de divergência do médico cirurgião conhecidos e providos.

(STJ - EREsp: 605435 RJ 2011/0041422-0, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 14/09/2011, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 28/11/2012)³⁰

Ao invés da judicialização carreado pela justiça retributiva onde a busca é pelo resultado punir, as partes tivessem promovido a solução do conflito aplicando o processo da prática restaurativa, todos provavelmente seriam beneficiados e trabalhariam de modo coletivo para construção da reparação dos danos materiais, morais e emocionais causados, por intermédio de uma construção reflexiva coletiva e individual, promovendo a emancipação dos sujeitos e a solidariedade.³¹ Se faz mister informar que o processo da prática restaurativa não põe termo ao judiciário, ele apenas atribui um outro viés ao sistema judiciário através da Justiça Restaurativa.

A prática restaurativa pode ter início antes do fato gerador do evento adverso, é necessário esclarecer que o incidente não ocorre de maneira isolada, uma série de eventos corroboram para o resultado positivo ou negativo. As situações anteriormente mencionadas podem variar desde a falha na comunicação entre o profissional, o paciente e seus familiares, até a sobrecarga de horas trabalhadas.³²

A Justiça Restaurativa lança um novo olhar sobre o evento adverso nos cuidados em saúde e apesar de estar distante de ser um sistema jurídico perfeito aponta para construção de uma ponte entre o presente e o futuro em que os princípios norteadores dos direitos humanos e da bioética possam estar presentes.³³

30. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça STJ. *Embargos de Divergência em Recurso Especial*: EREsp 605435 RJ 2011/0041422-0. Disponível: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22905278/embargos-de-divergencia-em-recurso-especial-eresp-605435-rj-2011-0041422-0-stj/inteiro-teor-22905279>.

31. MELO CAMPELO, Olívia Brandão; MELLO, Lais Veiga de Carvalho. Justiça Restaurativa como Promoção do Justo e da Cultura de Paz. *Arquivo Jurídico* – ISSN 2317-918X – Teresina-PI – v. 3 – n. 2 – p. 112-125. Disponível: <https://revistas.ufpi.br/index.php/raj/article/view/7099/0>.

32. VASCONCELOS, Camila Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente *Revista Bioética*, vol. 20, núm. 3, 2012, pp. 389-396. Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil. [pdf]

33. SOUSA, Edson Luiz André de; ZÜGE, Márcia Barcellos Alves. Direito à palavra: interrogações acerca da proposta da justiça restaurativa. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2011, v. 31, n. 4, pp. 826-839. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400012>. Epub 09 Feb 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400012>. Acesso em: 21 ago. 2021.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme abordado neste artigo, é possível concluir que é imprescindível que a ocorrência de eventos adversos nos cuidados em saúde seja compreendido como uma questão sistêmica, ou seja, não apenas de um indivíduo, de forma específica. Ademais, verificou-se que o modelo tradicional utilizado no Brasil, qual seja, o adversarial, compreende o evento adverso no contexto da responsabilidade civil e na busca pelo culpado e pela compensação pecuniária como forma de indenização pelo dano sofrido. Contudo, verifica-se que, no âmbito do Direito do Paciente, o modelo preconizado é o da abordagem restaurativa, com aplicação da Justiça Restaurativa, bem como seus princípios.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito dos Pacientes*. CEI: Belo Horizonte, 2020.

ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 20(3), 3-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em 05 set. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça STJ. *Embargos de Divergência em Recurso Especial*: EREsp 605435 RJ 2011/0041422-0. Disponível: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22905278/embargos-de-divergencia-em-recurso-especial-eresp-605435-rj-2011-0041422-0-stj/inteiro-teor-22905279>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça em Números*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/rel-justica-em-numeros2020.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Relatório Analítico Propositivo: Justiça Pesquisa: Judicialização de saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021.

DEKKER, Sidney. Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science* 85 (2016), 187-193. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2016.01.018>. Acesso em: 03 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. *Segurança do Paciente: confira 10 fatos importantes segundo a OMS*. 04 abr. 2018. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/seguranca-do-paciente-confira-10-fatos-importantes-segundo-a-oms/>. Acesso em: 06 set. 2021.

MELO CAMPELO, Olivia Brandão; MELLO, Lais Veiga de Carvalho. Justiça Restaurativa como Promoção do Justo e da Cultura de Paz. *Arquivo Jurídico* – ISSN 2317-918X – Teresina-PI – v. 3 – n. 2 – p. 112-125. Disponível: <https://revistas.ufpi.br/index.php/raj/article/view/7099/0>.

PRANIS, KAY. *Processos Circulares de construção de paz*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Athena, 2010.

PROBACNI A MEDIACNI SLUZBA. *Best Practice Manual: Restorative justice - Victim Support and Counseling*. Disponível em: <http://restorativejustice.org/am-site/media/best-practice-manual-on-restorative-justice-victim-support-and-counseling.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021.

PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Taxonomia. *Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS)*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-paraseguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso em: 06 set. 2021.

SALM, João; LEAL, Jackson da Silva. A Justiça Restaurativa: multidimensionalidade humana e seu convidado de honra. Sequência (Florianópolis) [online]. 2012, n. 64, pp. 195-226. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2012v33n64p195>. Epub 17 Jun 2013. ISSN 2177-7055. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2012v33n64p195>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SCURO NETO, Pedro. Por uma justiça Restaurativa “real e possível”. In *Justiça Restaurativa: um caminho para os direitos humanos?*. Porto Alegre: Instituto de Acesso à Justiça, 2004, p. 33-44. [pdf]

SHAPLAND, Joanna. Restorative Justice and Criminal Justice: just responses to crime? In: Hirsch, Andrew von; Roberts, Julia; Bottoms, Anthony.; Roach, Kent; Cchiff, Mara(eds). *Restorative Justice & Criminal Justice: competing or reconcilable paradigms?* Portland: Hard Publishing,2003, p. 195-218. [pdf]

SOUSA, Edson Luiz André de; ZÜGE, Márcia Barcellos Alves. Direito à palavra: interrogações acerca da proposta da justiça restaurativa. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2011, v. 31, n. 4, pp. 826-839. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400012>. Epub 09 Feb 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400012>. Acesso em: 21 ago. 2021.

TODRES, Jonathan. Toward Healing and Restoration for All: Reframing Medical Malpractice Reform. *Connecticut Law Reviw*. Vol. 39, dec. 2006, n. 2. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/22816676>. Acesso em: 30 ago. 2021.

VASCONCELOS, Camila Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. *Revista Bioética*, vol. 20, núm. 3, 2012, pp. 389-396. Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil. [pdf]

ZEHR, Howard. *Justiça Restaurativa*, trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015.

**PARTE III – APLICAÇÃO DA JUSTIÇA RESTAURATIVA NOS
CUIDADOS EM SAÚDE**

Data de aceite: 01/11/2021

Irene Fulgêncio

1 | INTRODUÇÃO

As abordagens restaurativas têm suas raízes em um movimento social mais amplo: o movimento pela justiça restaurativa. Surgido na América do Norte na década de 1970, quando vários profissionais da justiça criminal, frustrados com a condução convencional do Poder Judiciário – especialmente dos jovens infratores, lançaram um projeto de Reconciliação Vítima/Delinquente (VORP).¹

A concepção central era promover a reconciliação entre vítima e infrator por meio de encontros, em que ambas as partes eram encorajadas a expor seus relatos, fazer perguntas uma à outra e chegar a um acordo sobre o que o infrator deveria fazer para reparar o dano causado pelo crime.

A reparação geralmente incluía o ofensor pagando uma compensação financeira à vítima, mas também assumia outras formas: como o ofensor trabalhando para a vítima ou para a comunidade. Essas intervenções tendiam

a encorajar os infratores a assumir maior responsabilidade por suas ações, enquanto a vítima considerava mais satisfatório do que o processo convencional do Poder Judiciário, no qual tiveram pouca ou nenhuma participação significativa.²

Curiosamente, foi relatado que a mediação vítima – agressor (VOM), como ficou conhecida, muitas vezes teve um efeito de empoderamento sobre aqueles que dela participavam, ou seja, os deixou com maior senso de capacidade para resolver seus próprios conflitos, tornando assim, menos dependentes do Estado e de profissionais.

Ao longo das décadas de 1970 e 1980, a mediação vítima-infrator foi desenvolvida em toda a América do Norte e haviam projetos no Reino Unido. Em 1990, Howard Zehr, que era um estudioso da justiça criminal e praticante da mediação vítima-infrator, despertou interesse por esses experimentos com a publicação de seu livro *Trocando as Lentes*.³

A principal contribuição de Zehr foi descrever uma série de relatos, apontando o caminho para uma revolução fundamental na maneira como se pensava e operacionalizava a justiça criminal. O desenvolvimento da mediação

1. G. Johnstone, 'Restorative Justice' in A. Huckleby and A. Wahadin (eds) *Criminal Justice* (Oxford, 2009) pp185---202

2. This was presented at the 13th World Conference in Restorative Practice at Hull on 14th October 2010 by John Boulton and Kathryn Boulton. The paper was entitled: 'Blackpool: The Introduction of Restorative Practices and Issues Relating to Implementation'.

3. Zehr, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Athena, 2008.

vítima-ofensor, sugeriu ele, não foi apenas mais um experimento com caráter relativamente inócuo, ao contrário, foi o início de um novo paradigma na abordagem crime e justiça.

Por conseguinte, o que ele chamou de modelo retributivo, que permeou o pensamento e ações em relação ao crime por séculos, não mais atendeu às necessidades no contexto das relações, e foi substituído pela justiça restaurativa, atendendo melhor às necessidades das vítimas, conferindo uma alternativa mais construtiva de lidar com os infratores e, assim revitalizar as comunidades.

Não obstante, e de forma independente, novas formas de justiça restaurativa emergiram, em particular, uma série de conferências desenvolvidas na Nova Zelândia e na Austrália, foram apresentadas ao mundo modelos de justiça restaurativa. Em comunidades isoladas no Canadá, Círculos Restaurativos, nos quais toda a comunidade é convidada a se envolver em uma decisão sobre como lidar com as consequências de um crime, sendo convidadas a participar de uma assembleia.⁴

No Brasil, Dominic Barter, por meio do emprego da Comunicação Não Violenta, concebeu uma ferramenta importante de Justiça Restaurativa, denominada “Círculos Restaurativos”, no qual reconhece que o conflito tem três partes e não duas: o que cometeu o ato, o que levou o impacto principal e o terceiro papel que os procedimentos punitivos atuais não reconhecem, que é a comunidade do conflito. A metodologia dos Círculos Restaurativos são uma forma de estabelecer confiança entre os profissionais, de coexistir de forma pacífica, e de trazer o senso de comunidade.

2 | CÍRCULOS RESTAURATIVOS: FUNDAMENTO TEÓRICO

A resolução de conflitos morais com base na abordagem restaurativa confere voz a todos os envolvidos⁵, os encontros são parte do processo de diálogo em ambientes seguros, que possibilitem aos envolvidos no conflito se escutarem e falarem, caracterizando assim a abordagem restaurativa.⁶

Conforme a proposta de Dekker, a cultura restaurativa aplicada aos danos decorrentes dos eventos adversos que ocorrem nos cuidados em saúde se baseiam em três perquirições: a) Quem sofreu o dano? b) Quais são as necessidades da vítima do dano? c) De quem são as obrigações decorrentes do atendimento das necessidades das vítimas do dano? Wailling, Marshall e Wilkinson insere uma quarta pergunta ao modelo de Dekker: d) Como podemos prevenir que o dano aconteça novamente?⁷ A cultura restaurativa tem

4. See <http://www.restorativejustice.org.uk/> The RJC is now called the Restorative Justice Council.

5. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

6. JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice*. Devon: Willan, 2007.

7. WALLING, Jo, MARSHALL, Chris, WILKINSON, Jill. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical

como premissa ofertar cura ao sofrimento decorrente do dano.⁸

A cultura restaurativa parte do pressuposto de que o dano cria necessidades para as vítimas e essas por sua vez acarretam obrigações. Na abordagem da cultura restaurativa, há a perspectiva de o paciente ser informado adequadamente sobre o que transcorreu e de o profissional envolvido admitir o seu erro.⁹

A abordagem restaurativa objetiva conferir apoio à vítima e aos seus familiares, atentando para os impactos psicológicos do ato¹⁰. Uma vez adotada, permite que as leis de pedido de desculpa sejam incorporadas às instituições de forma mais factual e com melhores resultados para os profissionais de saúde e para a vítima.¹¹

O formato e a implementação das práticas restaurativas são sempre voluntários, tendo em vista que as pessoas participam se quiserem, facilitando os encontros pessoais após a ocorrência de incidentes com danos ou conflitos.¹²

O emprego da abordagem restaurativa na resolução de conflitos morais, uma prática específica de restauração, foi desenvolvida por Dominic Barter, no Rio de Janeiro em meados dos anos 90, objetivando reduzir o nível de violência nas comunidades. Após resultados exitosos, a abordagem começou a ser utilizada em vários contextos.

O processo de resolução de conflitos tem como escopo uma abordagem inclusiva, participativa, dialógica e horizontal, a partir do diálogo entre os envolvidos, caso desejem participar, tendo em vista que é sempre voluntária.¹³

É importante ressaltar que não existem padrões exclusivos para a abordagem restaurativa, considerando os contextos nos quais os pacientes, profissionais de saúde, membros da comunidade, se encontram inseridos.¹⁴

Os Círculos Restaurativos – onde os participantes narram uma história, ou a Conferência em grupo – discussão com todas as partes, incluindo a comunidade, podem ser adequados para abordar as preocupações que emergem nos cuidados em saúde, onde os pacientes sentem que não receberam os cuidados que deveriam.

Mesh. The Diana Unwin Chair in Restorative Justice, 2019.

8. DEKKER, Sidney. *Jus Culture. Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. Miami: CRC Press, 2017.

9. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.

10. FARRELL, Anne-Maree, ALGHARANI, Amel, KAZARIAN, Melinee. *Gross Negligence Maslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach?* *Medical Law Review*, 2020.

11. MCNEIL, Chris. *Applying the Restorative Justice Model to Medical Malpractice*. National Judicial College, 2006.

12. FARRELL, Anne-Maree, ALGHARANI, Amel, KAZARIAN, Melinee. *Gross Negligence Maslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach?* *Medical Law Review*, 2020.

13. Em relação à voluntariedade, uma vez haja a recusa de participação dos implicados, não se revela possível a adoção da abordagem restaurativa

14. LOKUGAMAGE, A.U.; PATHBERIYA, S.D.C. *Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review*. *Reproductive Health*, v. 14, n. 17, 2017

3 I PROPOSTA DE APLICAÇÃO DOS CÍRCULOS RESTAURATIVOS

Os objetivos principais da abordagem restaurativa, seria reparar o dano sofrido pela vítima, a pessoa culpada toma conhecimento de que as suas ações são inaceitáveis, e do efeito que suas ações estão tendo sobre a vítima e a comunidade. Desse modo, reconhecendo a responsabilidade pelas ações, participar da tomada de decisão, para reparar o dano, participação da comunidade, e a vítima levada a compreender a posição das partes envolvidas no conflito.¹⁵

Para a implementação dos Círculos Restaurativos no ambiente hospitalar, torna-se necessário compreender os fatores etiológicos que produzem resultados negativos, tais como: estresse, falta de recursos (tempo e treinamento), bem como envolver os pacientes e a comunidade de forma humanista, a fim de entender seus dilemas e preocupações. Esses modelos de JR, têm a capacidade de reduzir os custos de saúde.¹⁶, como por exemplo, no transtorno de estresse pós-traumático e também na resolução de conflitos organizacionais.

Deixar as partes conversarem é a forma mais eficaz de resolver os conflitos, a fim de encontrar uma solução, diferentemente em cada contexto, mas, faz-se o uso da palavra e do entendimento dos envolvidos, a sensibilização é uma das áreas muito trabalhadas nesse contexto¹⁷.

A abordagem do Círculo Restaurativo se evidencia na necessidade ou problema, o que resultou o conflito, o que ainda está pendente entre os envolvidos, para que estes se aproximem e os participantes sejam responsabilizados. Essa responsabilidade é ajustada a partir do diálogo, sendo elaborado um plano de ação, para que os laços sociais sejam restaurados, como o autor compensará os danos praticados e de que forma ele ficará responsável com o caso, bem como com seu comportamento futuro¹⁸.

Os Círculos Restaurativos nos serviços de saúde, são uma forma de resolver conflitos não violentos, sem, contudo, envolver o judiciário, e sem a sobreposição de um sobre o outro. As pessoas participam, para se conectarem, e para que sintam-se iguais umas às outras. Para que sejam aplicados, faz-se necessário o entendimento dos mesmos, o preparo dos envolvidos e do coordenador, bem como das pessoas que participarão do Círculo.

Os Círculos Restaurativos apresentam cada vez mais um avanço nas resoluções

15. United Nations Office On Drugs And Crime. Handbook on restorative justice programmes. Vienna: United Nations; 2006.

16. Angel CM, Sherman LW, Strang H, Ariel B, Bennett S, Inkpen N, et al. Shortterm effects of restorative justice conferences on post-traumatic stress symptoms among robbery and burglary victims: a randomized controlled trial. *J Exp Criminol*. 2014;10(3):291–307.

17. Alliais L. Restorative justice, retributive justice, and the south african truth and reconciliation commission. *Philos Public Aff*. 2011;39(4):331–63.

18. Strang H, Sherman LW, Mayo-Wilson E, Woods D, Ariel B. Restorative Justice Conferencing (RJC) using face-to-face meetings of offenders and victims: effects on offender recidivism and victim satisfaction. a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 1-11-2013. Oslo, Norway, The Campbell Collaboration. Ref type: journal (full).

de conflito. A Comunicação Não-Violenta é uma peça chave para esse Círculo de Restauração¹⁹, existem quatro elementos estruturantes: observar sem julgar, identificar e expressar as necessidades, nomear os sentimentos envolvidos e formular pedidos claros e possíveis.

4 | METODOLOGIA DOS CÍRCULOS RESTAURATIVOS

Para que o Círculo funcione, as partes não podem ser obrigadas a comparecer, como exemplo, o autor gostaria de se redimir, mas a vítima não tem interesse de se sentar-se frente a frente com ele. Portanto, se o sentimento da vítima não for trabalhado, o Círculo Restaurativo não terá eficácia, pois mesmo que a vítima esteja frente a frente com o agressor, de nada adiantará, se ela não estiver inclinada a perdoar, e ouvir o que o agressor tem a dizer.²⁰

Os círculos acontecem, portanto, com a presença da vítima e do agressor, e os envolvidos que estejam dispostos a conversar sobre o ocorrido. Nessa premissa, podem também, presenciar e participar, familiares das partes, amigos e comunidade. Os encontros são orientados por um coordenador, previamente treinado e capacitado para esse tipo de resolução de conflitos²¹.

Logo o coordenador tem um papel essencial na harmonização do ambiente: além da condução com tranquilidade, permitindo o diálogo sobre o assunto, com respeito, esclarecendo possíveis dúvidas, busca solucionar o conflito, estabelecendo acordos entre os envolvidos.

A abordagem do Círculo Restaurativo envolve três etapas distintas: pré-círculo – consiste na aceitação do envolvido, que após a outra parte comunicar o interesse ao coordenador, deve ser procurado e convidado a participar, com o aceite da outra parte, onde as partes entendem o que é Justiça Restaurativa, o que é, como funciona, quem participará, procedimentos e expectativas com relação aos demais participantes, condições oferecidas para a participação, o que poderá resultar dos procedimentos, os possíveis benefícios para os participantes, com a data aprazada, horário e local para a realização do encontro, conferência com o autor e o receptor acerca dos fatos, prestar esclarecimentos sobre o termo de consentimento, bem como a assinatura e a segunda via do termo para o convidado.²²

19. ROSENBERG, Marshall B. Comunicação Não Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006.

20. MARSHALL, Chris. BOYACK, Jim; BOWEN, Hellen. Como a Justiça Restaurativa assegura a boa prática: uma abordagem baseada em valores. In: SLAKMON, C; DE VITTO, R.; PINTO, R, Gomes. Justiça Restaurativa. Brasília: Ministério da Justiça, PNUD, 2005.

21. ROSENBERG, Marshall B. Comunicação Não Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006.

22. BRANCHER, Leoberto. Práticas Restaurativas: manual de práticas restaurativas. Porto Alegre, 2008.

Posteriormente a essa etapa pré-circular, é previamente agendado o círculo restaurativo em si, onde todos os envolvidos são posicionados de forma circular, para que sintam como iguais, e vejam-se dessa forma também. Nesse momento, transcorre a externalização dos sentimentos, onde a vítima e o agressor, dialogam acerca do ocorrido, seus sentimentos e ações. Os familiares presentes, bem como a comunidade, poderão falar sobre o que viram, para que posteriormente, seja celebrado um acordo, de forma que possa ser cumprido.

Por conseguinte, o círculo não excluirá a responsabilidade do autor, mas proporcionará a realização do acordo, através dos prazos estabelecidos. Já o pós-círculo, servirá como forma de fiscalizar o acordo, e estabelecer se o mesmo foi cumprido, e o conflito superado.

5 | A COMUNICAÇÃO NÃO-VIOLETA E OS CÍRCULOS RESTAURATIVOS

A Comunicação Não-Violenta consiste no estabelecimento de relações de parceria e cooperação, onde predomina a comunicação de forma eficaz e empática. Marshal ²³ aponta que processos e valores são inseparáveis na JR.

Nesse sentido, valores determinam o processo, e o processo é o que torna visíveis os valores. A JR privilegia os valores, o respeito e a honestidade, por conseguinte, é importante que as práticas adotadas no encontro restaurativo exibam respeito por todas as partes e propicie amplas oportunidades para todos os presentes falarem suas verdades livremente.

Proporcionar que as partes conversem, é a forma mais eficaz de resolver os conflitos, a Comunicação Não-Violenta é uma ferramenta para consolidar esse círculo de restauração, através de quatro elementos: observar sem julgar, identificar e expressar as necessidades, nomear os sentimentos envolvidos e formular pedidos claros e possíveis.²⁴

A partir dessa premissa surge a empatia na conexão com o outro. A visão restaurativa propõe a fazer a biografia oculta do processo de conflito originado. Evoca uma visão sistêmica e profunda social, é apropriado analisar a essência do conflito gerado, a paz almejada pode ser alcançada através desses mecanismos envolvidos, fazendo uso da visão restaurativa e da Comunicação Não-Violenta atrelada a esse agir²⁵.

23. MARSHALL, Chris. BOYACK, Jim; BOWEN, Hellen. Como a Justiça Restaurativa assegura a boa prática: uma abordagem baseada em valores. In: SLAKMON, C; DE VITTO, R.; PINTO, R, Gomes. Justiça Restaurativa. Brasília: Ministério da Justiça, PNUD, 2005.

24. ROSENBERG, Marshall B. Comunicação Não Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006

25. ROSENBERG, Marshall B. Comunicação Não Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006.

6 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem dos Círculos restaurativos, contribui para a harmonia e a promoção da autonomia pessoal. As principais razões para a crescente popularidade e eficácia da JR é a capacidade dos processos restaurativos de construir melhores relacionamentos nos serviços de saúde, e fortalecer as comunidades, ao mesmo tempo em que é capaz de descobrir coletivamente uma alternativa de seguir em frente, solucionando conflitos e curando danos.

Por essa razão, os processos de JR, em oposição aos litígios, podem quebrar um ciclo de animosidade, prática médica defensiva e estresse pós-traumático que o litígio pode ampliar.

Compreender o fenômeno e aplicar os Círculos Restaurativos é a principal forma de alcançar a solução dos conflitos de forma pacífica e restauradora, não considerando apenas o ressarcimento em valores, e sim, estabelecendo a restauração entre os envolvidos, bem como, nas origens do conflito e o que ele acarretou, chegando à cultura de paz almejada.

REFERÊNCIAS

Alliais L. Restorative justice, retributive justice, and the south african truth and reconciliation commission. *Philos Public Aff.* 2011;39(4):331–63.

ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente. Belo Horizonte: CEI,2020.

Angel CM, Sherman LW, Strang H, Ariel B, Bennett S, Inkpen N, et al. Shortterm effects of restorative justice conferences on post-traumatic stress symptoms among robbery and burglary victims: a randomized controlled trial. *J Exp Criminol.* 2014;10(3):291–307.

BRANCHER, Leoberto. Práticas Restaurativas: manual de práticas restaurativas. Porto Alegre, 2008.

DEKKER, Sidney. *Jus Culture. Restoring Trust and Accountability in Your Organization.* Miami: CRC Press, 2017.

FARRELL, Anne-Maree, ALGHARANI, Amel, KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Maslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.

G.Johnstone, '**Restorative Justice**' in A. Hucklesby and A. Wahadin (eds) *Criminal Justice* (Oxford,2009) pp185---202.

JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice.* Devon: Willan, 2007.

JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. The meaning of restorative justice. In: JOHNSTONE, Gerry; VAN NESS, Daniel W. *Handbook of Restorative Justice.* Devon: Willan, 2007.

LOKUGAMAGE, A.U.; PATHBERIYA, S.D.C. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, v. 14, n. 17, 2017.

LOKUGAMAGE, A.U.; PATHBERIYA, S.D.C. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, v. 14, n. 17, 2017.

MARSHALL, Chris. BOYACK, Jim; BOWEN, Hellen. Como a Justiça Restaurativa assegura a boa prática: uma abordagem baseada em valores. In: SLAKMON, C; DE VITTO, R.; PINTO, R, Gomes. Justiça Restaurativa. Brasília: Ministério da Justiça, PNUD, 2005.

MCNEIL, Chris. Applying the Restorative Justice Model to Medical Malpractice. National Judicial College, 2006.

ROSENBERG, Marshall B. Comunicação Não Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006.

Strang H, Sherman LW, Mayo-Wilson E, Woods D, Ariel B. Restorative Justice Conferencing (RJC) using face-to-face meetings of offenders and victims: effects on offender recidivism and victim satisfaction. a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 1-11-2013. Oslo, Norway, The Campbell Collaboration. Ref type: journal (full).

See <http://www.restorativejustice.org.uk/> The RJC is now called the Restorative Justice Council.

WAILLING,Jo,MARSHALL, Chris, WILKINSON,Jill. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh. The Diana Unwin Chair in Restorative Justice, 2019.

Zehr, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Athena, 2008.

OS CÍRCULOS RESTAURATIVOS NOS COMITÊS HOSPITALARES DE BIOÉTICA

Data de aceite: 01/11/2021

Andrea Nogueira Araujo

Annik Persijn

Nelma M.O. Melgaço

1 | INTRODUÇÃO

O comitê de bioética aborda de maneira sistemática e constante a dimensão ética das ciências da saúde, ciências biológicas e políticas de saúde inovadoras. Usualmente, tais comitês são constituídos por vários especialistas, possuem caráter multidisciplinar e usam abordagens distintas para lidar com problemas bioéticos, em especial dilemas morais. Os comitês (que podem ser criados em nível nacional, regional ou local) compreendem um instrumento democrático capaz de examinar questões morais complexas que se relacionam aos rápidos avanços da ciência e tecnologia¹.

Conforme suas funções e áreas de trabalho, os comitês de bioética podem ser classificados como: (i) comitê de ética em pesquisa, que tem o fito de garantir direitos, segurança e bem-estar dos seres humanos participantes

de pesquisas, bem como a qualidade científica da pesquisa em saúde; (ii) comitê de bioética hospitalar, que atua no ambiente hospitalar e tem como função debater, refletir e aconselhar acerca de conflitos éticos provenientes da assistência em saúde, estabelecer normas ou protocolos que atendam a conflitos frequentes aliados à política institucional e desenvolver o trabalho de educação em bioética; (iii) comitê nacional permanente ou temporário, também conhecido como comissão de bioética, consiste numa estrutura interdisciplinar dos órgãos legislativos, executivos ou judiciais e, geralmente, opera em nível nacional. Por sua vez, existe ainda o comitê de ética profissional que fiscaliza a conduta ética dos seus profissionais e não deve ser considerado como comitê de bioética por causa da sua constituição (composto apenas pelos próprios pares profissionais), do seu procedimento de resolução (deontológico) e método (balizado pelo código de ética da profissão)². O presente trabalho abordará os comitês hospitalares de bioética.

As práticas restaurativas têm suas raízes na justiça restaurativa, que pode ser concebida como uma perspectiva de ver a justiça criminal com ênfase na reparação dos danos causados às pessoas e aos relacionamentos, ao invés

1. UNESCO. Creación de Comités de Bioética. Guía n.1. França, 2005, p.9, 17 e 18. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

2. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020, p.4 e 5. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

de apenas punir os infratores³. O objetivo é construir comunidades saudáveis, aumentar o capital social, reparar danos e restaurar relacionamentos⁴. As práticas restaurativas possuem diversas modalidades, tais como a declaração afetiva, o círculo de paz, o círculo restaurativo, a reunião restaurativa, a conferência familiar.

Dentre as referidas práticas restaurativas, esse trabalho elegeu os círculos restaurativos que, resumidamente, permitem encontros com as vítimas, os infratores e os seus respectivos familiares e amigos para explorar como todos foram afetados por uma ofensa ou infração e, quando possível, decidir como reparar o dano e atender suas próprias necessidades⁵. O círculo restaurativo é uma prática versátil que pode ser usada proativamente para desenvolver relacionamentos e construir comunidade, ou reativamente para responder a irregularidades, conflitos e problemas. Os círculos dão às pessoas a oportunidade de falar e ouvir umas às outras em uma atmosfera de segurança, decoro e igualdade. O processo circular permite que as pessoas contem suas histórias e ofereçam suas próprias perspectivas.

Diante do exposto, após breve explanação teórica preliminar, o presente capítulo compreende uma pesquisa de natureza bibliográfica e documental que propõe o uso dos círculos restaurativos pelos comitês hospitalares de bioética como uma forma de resolução de conflitos bioéticos. Sendo assim, este texto foi dividido em três partes. A primeira apresenta o que é e o que faz um comitê de bioética hospitalar, como ele se desenvolveu e tem sido utilizado ao longo da sua existência. Ademais, traz sua definição e seus aspectos legais no Brasil. A segunda parte descreve os círculos restaurativos como ferramenta para a resolução de conflitos bioéticos. Para tanto, aponta suas raízes, sua definição e como eles podem ser aplicados. Por fim, a terceira e última parte desta pesquisa examina um caso hipotético que propõe a utilização do círculo restaurativo por um comitê de bioética hospitalar.

Vale notar que o pioneirismo do tema aqui desenvolvido não se revela ao mostrar a importância e necessidade do incremento desse tipo de comitê de bioética no Brasil, mas sim por introduzir a justiça restaurativa na área da saúde, especificamente por meio da aplicação dos círculos restaurativos pelos comitês de bioética no ambiente hospitalar para a resolução de conflitos bioéticos. Além disso, a relevância do tema fica evidente ao observar os desfechos dos conflitos históricos narrados nessa obra: ruptura da confiança na relação terapêutica, desgaste emocional, prejuízo financeiro, judicialização do caso. É exatamente isso que os comitês hospitalares de bioética poderiam evitar ao empregar os círculos restaurativos - essa é a proposta.

3. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para nosso tempo*. Tradução de Tônia Van Acker. 4 ed. São Paulo: Palas Athena, 2008, p.189-217.

4. WACHTEL, Ted. Defining Restorer. *International Institute of Restorative Practices*. Disponível em: <<https://www.iirp.edu/restorative-practices/what-is-restorative-practices>>. Acesso: 04 set.2021.

5. WACHTEL, Ted. Defining Restorer. *International Institute of Restorative Practices*. Disponível em: <<https://www.iirp.edu/restorative-practices/what-is-restorative-practices>>. Acesso: 04 set.2021.

2 | OS COMITÊS HOSPITALARES DE BIOÉTICA

Em português, o termo comitê de bioética hospitalar ou comitê hospitalar de bioética também é conhecido por comitê de ética hospitalar, comitê de ética clínica, comitê de ética assistencial ou comitê de ética de cuidados de saúde hospitalar^{6 7 8}. No idioma espanhol costuma ser referido como *comité de ética asistencial*, *comité ético praxiológico*, *comité hospitalario de bioética* ou *comité de ética clínica*^{9 10}. Em inglês, *hospital ethics committees*, *hospital bioethics committees*, *healthcare ethics committees*, *clinical ethics committees*, *hospital clinical ethics committees*, *clinical ethics advisory groups*, *patient care advisory committees* ou *institutional ethics committees*^{11 12 13}. Nos Descritores em Ciências da Saúde, vocabulário controlado que usa descritores para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica, o termo aparece como comitês de ética clínica (português), *ethics ou clinical committees* (inglês) e *comités de ética clínica* (espanhol)¹⁴. Em relação ao conceito, esses comitês compreendem:

[...] colegiados que atuam em determinada instituição de saúde, com composição multidisciplinar, formada por membros *ad hoc* e não necessariamente vinculados à instituição, com funções educativas, normativas e consultivas com vistas a oferecer justificativa ética às decisões consideradas moralmente complexas decorrentes da atividade organizacional¹⁵.

A origem do comitê de bioética hospitalar remete aos Estados Unidos da América

6. RIBEIRO, Aldaiza Marcos. Implantando um Comitê Hospitalar de Bioética. *Revista de Saúde da Criança*. Ceará, v.2, n.1, jan-jul. 2010, p.32. Disponível em: <<http://www.hias.ce.gov.br>>. Acesso em: 06 set.2021.

7. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.101, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf>. Acesso em: 11 out.2012.

8. ÁLVAREZ, Jorge Alberto; MORENO, Sergio López. Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2017, p.185. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a10.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

9. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020, p.5. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

10. ÁLVAREZ, Jorge Alberto; MORENO, Sergio López. Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2017, p.185. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a10.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

11. HAJIBABAE, Fatemeh et al. Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 17 dez.2016. p.2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432947/pdf/JMEHM-9-17.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

12. ÁLVAREZ, Jorge Alberto; MORENO, Sergio López. Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2017, p.185. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a10.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

13. WILKINSON, Dominic; DUNN, Michael. Must clinical ethics committees involve patients or families in their meetings? Practical Ethics, *Ethics in the News*. University of Oxford, 03 ago. 2020. Disponível em: <<http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2020/08/must-clinical-ethics-committees-involve-patients-or-families-in-their-meetings/>>. Acesso em: 06 set. 2021.

14. DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. DeCS. ed.rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2021. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 07 jul. 2021.

15. FERNANDES JUNIOR, Hugo. Bioética e Comissões Nacionais no Estado Brasileiro. Brasília: UnB, 2002, p.13 e 14. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica/conep.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

(EUA) a partir do início da década de sessenta. Na ocasião, com o surgimento do primeiro centro de diálise em saúde (*Seattle Artificial Kidney Center*) houve a necessidade de uma triagem de pacientes renais crônicos, tendo em vista a escassez de máquinas e a grande demanda de pacientes para realização da hemodiálise. Nesse contexto, para avaliar e selecionar quem deveria ser submetido à diálise, foi formado um grupo independente multiprofissional (composto por profissionais não médicos, representantes da comunidade e especialistas) a fim de representar valores individuais e coletivos, bem como minimizar possíveis conflitos de interesse por parte da instituição ou dos médicos responsáveis. Tal comitê, por decidir acerca da sobrevivência ou não de pacientes, ficou conhecido pela imprensa como Comitê da Vida e da Morte ou Esquadrão de Deus ou Comitê Divino¹⁶ ¹⁷. Em 1962, uma reportagem da revista *Life* revelou que esse comitê não empregava a reflexão moral, mas sim critério baseado no valor social. Pacientes casados, empregados, participativos nas atividades comunitárias e religiosas eram beneficiados, o que tornava as decisões discriminatórias. A repercussão dessa reportagem acarretou comoção pública e a votação no Congresso Americano pelo incremento de verbas para tornar a diálise acessível a todos os pacientes¹⁸. Também na década de sessenta nos EUA, outros comitês hospitalares de bioética foram criados, tais como comitês de esterilização e comitês de aborto seletivo, que possuíam fins específicos¹⁹.

Em 1968, a introdução do conceito de morte encefálica gerou a necessidade do estabelecimento de comitês para resolver conflitos relacionados à desconexão dos meios de suporte de vida em pacientes com diagnóstico de morte encefálica. Nesse cenário, o *Massachusetts General Hospital* criou o seu primeiro comitê de ética em saúde no ano de 1970 e, em 1971, um comitê de tanatologia foi constituído no *Hennepin Country Medical Center (Minneapolis)* para assessorar o tratamento de pacientes terminais²⁰.

Em 1975, a pediatra Karen Teel publicou um artigo científico na *Baylor Law Review* sugerindo a criação de um comitê de bioética hospitalar para lidar com casos conflituosos por meio do diálogo. A autora recomendou que o grupo fosse composto por diferentes profissionais (médicos, assistentes sociais, advogados, teólogos e outros) para fins de uma

16. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.100 e 101, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf> . Acesso em: 11 out.2012.

17. FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto; LOPES, Maria Helena Itaquí. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v.10, n.2, nov.2009, p.148 e 149. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/219/220> . Acesso em: 06 set.2021.

18. FERNANDES JUNIOR, Hugo. Bioética e Comissões Nacionais no Estado Brasileiro. Brasília: UnB, 2002, p.12 a 14. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica/conep.pdf>> . Acesso em: 06 set.2021.

19. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020, p.220.

20. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>> . Acesso em: 02 dez. 2020, p.13 a 15.

revisão ética (não técnica) e como forma de dividir responsabilidades em situações clínicas individuais^{21 22 23}.

No mesmo ano, 1975, um caso marcado pelo conflito bioético gerou ação judicial e repercussão midiática. Karen Ann Quinlan, uma jovem de 21 anos, entrou em coma devido à privação de oxigênio por razões ainda desconhecidas. A família, diante do quadro de estado vegetativo persistente, por acreditar que agia conforme a vontade da filha e após aconselhamento religioso (a igreja católica apoia não ser obrigatório sustentar a vida quando não há expectativa real de recuperação), solicitou ao médico assistente a suspensão dos meios extraordinários de suporte vital, o que inclui a ventilação mecânica. Todavia, mesmo com a expressa autorização e isenção da responsabilidade por parte da família, o médico se recusou. Esse foi o início de uma batalha judicial^{24 25}.

Inicialmente, a família obteve decisão judicial desfavorável no processo, porém o caso foi levado à Suprema Corte de *New Jersey* que solicitou parecer ao comitê de bioética do hospital acerca da irreversibilidade do estado cognitivo de Karen Ann. Aqui dois pontos merecem atenção. Em primeiro lugar, é importante ressaltar que tal comitê ainda não existia e foi formado para atender o pedido judicial - houve a presunção equivocada pela Suprema Corte que a maioria dos hospitais possuía esse tipo de comitê apontado pelo artigo supramencionado da Karen Teel²⁶. Em segundo lugar, a Suprema Corte solicitou a emissão de um juízo clínico de prognóstico ao comitê de bioética, porém uma avaliação de prognóstico neurológico requereria a composição do grupo com ênfase na área da neurologia, o que não ocorreu²⁷. O referido comitê foi constituído por seis profissionais, sendo que cinco (dois clérigos, o presidente do conselho do bem-estar, um assistente social, um advogado da instituição de saúde) não tinham formação na área da saúde e um

21. FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto; LOPES, Maria Helena Itaquí. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v.10, n.2, nov.2009, p.148-149. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/219/220>. Acesso em: 06 set.2021.

22. VEATCH, Robert M. Hospital Ethics Committees: is there a role? *The Hastings Center Report*, v. 7, n.3, jun.1977, p. 22 e 23. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/3560688>>. Acesso em: 06 set.2021.

23. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.13 a 15.

24. KAREN ANN QUINLAN HOSPICE. The Story of Karen Ann Quinlan Made Headlines!. Disponível em: <<https://www.karenannquinlanhospice.org/about/history/>>. Acesso em: 06 set.2021.

25. CLARK, Annette E. The Right to Die: The Broken Road from Quinlan to Schiavo. *Loyola University Chicago Law Journal*, v.37, 2006, p.386-394. Disponível em: <<https://lawcommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1194&context=lucj>>. Acesso em: 06 set.2021.

26. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.100 e 101, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf>. Acesso em: 11 out.2012.

27. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p.129-131. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

era médico da equipe não envolvido nos cuidados diários da paciente²⁸. A esse respeito, Veatch argumenta que:

Decidir o prognóstico de um paciente pode não ser uma questão completamente técnica. Nós nos tornamos cada vez mais conscientes da nebulosidade entre fatos e valores. Quando alguém está tentando fazer um julgamento de prognóstico envolvendo termos vagos como “esperança razoável” e “estado cognitivo e sábio”, questões de valor podem afetar até mesmo a determinação do prognóstico. Essa pode ser uma razão para o comitê ter sido estabelecido em primeiro lugar; evitar depender exclusivamente de apenas um médico para avaliar o prognóstico²⁹.

Por fim, o comitê de bioética do caso em questão emitiu um parecer que afirmava não haver probabilidade razoável da Karen Ann retomar um estado cognitivo e sábio. Diante disso, a Suprema Corte proferiu uma sentença que estabeleceu precedentes jurídicos e impactos significativos na área da saúde. Para fins deste capítulo, dos vários pontos da decisão, convém destacar o importante papel atribuído aos comitês hospitalares de bioética. Segundo o juiz Hughes, a consulta ao comitê é útil em casos como o da Quinlan, tendo em vista que há responsabilidade compartilhada e difusa por profissionais distintos, sob perspectivas diversas, em relação às decisões éticas difíceis. Nesse cenário, a Suprema Corte nomeou Joseph Quinlan, pai de Karen Ann, como o tutor com poderes para tomar a decisão sobre as medidas extraordinárias de suporte vital³⁰. Assim, a paciente foi afastada gradualmente da ventilação mecânica e continuou a respirar sozinha, sendo alimentada por uma sonda nasogástrica e, desse modo, permaneceu por mais nove anos³¹, quando faleceu em razão de uma pneumonia e sem qualquer melhora do quadro neurológico³².

Vale notar que a decisão da Suprema Corte de *New Jersey* no caso Quinlan ocorreu em março de 1976. Contudo, antes disso ocorreram algumas tentativas para o estabelecimento de comitês de bioética em hospitais com a finalidade de tomar, revisar ou aconselhar decisões relativas ao cuidado de pacientes terminais, mas foi com o caso da Karen Ann que essa tendência ganhou impulso³³. Então, ainda em 1976, um subcomitê do comitê de cuidados clínicos foi criado no *Massachusetts General Hospital* para revisar

28. VEATCH, Robert M. Hospital Ethics Committees: is there a role? *The Hastings Center Report*, v. 7, n.3, jun.1977, p. 22 e 23. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/3560688>>. Acesso em: 06 set.2021.

29. VEATCH, Robert M. Hospital Ethics Committees: is there a role? *The Hastings Center Report*, v. 7, n.3, jun.1977, p. 25. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/3560688>>. Acesso em: 06 set.2021.

30. CLARK, Annette E. The Right to Die: The Broken Road from Quinlan to Schiavo. *Loyola University Chicago Law Journal*, v.37, 2006, p.386-394. Disponível em: <<https://lawecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1194&context=luclj>>. Acesso em: 06 set.2021.

31. KAREN ANN QUINLAN HOSPICE. The Story of Karen Ann Quinlan Made Headlines!. Disponível em: <<https://www.karenannquinlanhospice.org/about/history/>>. Acesso em: 06 set.2021.

32. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.100 e 101, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf> . Acesso em: 11 out.2012.

33. VEATCH, Robert M. Hospital Ethics Committees: is there a role? *The Hastings Center Report*, v. 7, n.3, jun.1977, p. 22. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/3560688>>. Acesso em: 06 set.2021.

casos de quinze pacientes com câncer e sem possibilidade aparente de cura³⁴.

Em 1982, outro caso conhecido como *Baby Doe* gerou repercussão e provocou o aumento do número de comitês hospitalares de bioética nos Estados Unidos da América por recomendação governamental^{35 36 37}. Em *Bloomington*, Indiana, *Baby Doe* foi um recém-nascido com síndrome de down e atresia no esôfago com fístula traqueoesofágica, uma malformação congênita que não permite a alimentação e resulta em morte na ausência de intervenção cirúrgica³⁸. Aqui surgiu o conflito bioético: os pais não autorizaram a cirurgia pois entendiam que não era justificável submeter o bebê a um sofrimento com baixa probabilidade de sobrevivência e recuperação, ao passo que a equipe de saúde entendia que o procedimento era adequado e tudo deveria ser feito em prol do bem-estar do paciente. Em vista desse conflito bioético, a equipe médica acionou o poder judiciário para a realização da cirurgia³⁹. O pedido foi negado na primeira instância; seis dias depois, durante o julgamento do recurso, *Baby Doe* faleceu por inanição. Devido à atenção pública do caso, normas foram criadas a fim de fiscalizar a decisão dos pais no tratamento de crianças com deficiência. Tais normas representavam a interferência por parte do Estado em decisões individuais; inclusive, havia uma linha telefônica para denúncias⁴⁰.

No ano seguinte, em outubro de 1983, mais um caso adquiriu notoriedade como *Baby Jane Doe* e dizia respeito a uma paciente nascida em *Smithtown, New York*, que possuía malformações neurológicas (mielomeningocele⁴¹, microcefalia e hidrocefalia). O

34. FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto; LOPES, Maria Helena Itaquí. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v.10, n.2, nov.2009, p.148. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/219/220>. Acesso em: 06 set.2021.

35. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p.129 e 130. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

36. FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto; LOPES, Maria Helena Itaquí. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v.10, n.2, nov.2009, p.149. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/219/220>. Acesso em: 06 set.2021.

37. KAWAMURA, Kelson et al. Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades. *Revista Bioética*, Brasília, v.20, n.1, mai. 2012, p.141. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/720/745>. Acesso em: 06 set.2021.

38. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.13 a 15.

39. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p.129 e 130. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

40. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.13 a 15.

41. A mielomeningocele é uma herniação congênita ou raramente adquirida dos tecidos meníngeos e da medula espinhal, devido a defeito ósseo na coluna vertebral. A maioria destes defeitos ocorre na região lombossacral. Entre os sinais clínicos estão paraplegia, perda da sensação na parte inferior do corpo e incontinência. Esta afecção pode estar associada com malformação de Arnold-Chiari e hidrocefalia (MIELOMENINGOCELE). Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=29458&filter=ths_termall&q=mielomeningocele>. Acesso em: 06 set. 2021).

quadro clínico do bebê requeria intervenção médica e os pais optaram por um tratamento menos agressivo, que consistia na colocação de uma válvula ao invés de cirurgia. Não havia conflito algum. Todavia, tanto a família como a instituição de saúde foram denunciadas por uma terceira pessoa, um advogado não vinculado ao caso que judicializou a situação para que a cirurgia fosse realizada. Por fim, a paciente sobreviveu e houve discussão acerca das normas oriundas do caso Baby Doe, invasivas no que tange à confidencialidade e ao direito à privacidade. Como resultado, tendo em vista os casos acima apresentados e que as maneiras de atuação nos conflitos de assistência à saúde não se mostraram frutíferas (eventual relação de discordância entre médicos e familiares, intervenção do Estado que feriu princípios e direitos da cultura individualista norte-americana, justiça que se mostrou lenta e ineficiente), os comitês de bioética despontaram como a alternativa mais adequada para lidar com a resolução de conflitos éticos no atendimento clínico. As associações médicas (tais como *American Medical Association*, *American Hospital Association*, *American Academy of Pediatrics* e *American Academy of Neurologists*) defenderam a criação dos comitês⁴².

Diante disso, um relatório de 1983 da Comissão Presidencial para o Estudo dos Problemas Éticos na Medicina e na Pesquisa Biomédica e Comportamental dos EUA identificou a necessidade de mecanismos de revisão e consulta em casos que envolvessem questões éticas. Para tanto, incentivou a criação de comitês de bioética em hospitais com o propósito de tentar resolver dilemas e conflitos éticos. Cabe observar que apesar dos estímulos que levaram à expansão desses comitês em solo norte-americano, eles permanecem não sendo obrigatórios⁴³. Em 1992, por sua vez, o manual de acreditação para hospitais da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* determinou que a existência de serviços de consultoria ética no processo assistencial é critério de qualidade e condição de credenciamento, o que também favoreceu o incremento da quantidade desses comitês⁴⁴.

Assim, nos Estados Unidos da América, os comitês de bioética estavam presentes somente em 1% dos hospitais no ano de 1982, número que subiu para 60% em 1987⁴⁵ e 90% em 2001⁴⁶. Em 2010, 85% dos hospitais no Canadá possuíam comitês de bioética,

42. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.13 a 15.

43. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p.130. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

44. MARINHO, Suely et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n.1, p.107, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DrBy5mY-qdv4Vj3SBbsCQrgC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

45. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p.130. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

46. HAJIBABAE, Fatemeh et al. Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *Journal of Medical Ethics*

86,4% na Alemanha e 51,1% no Japão. No cenário mundial, os Estados Unidos da América, o Canadá e a Holanda são os países mais desenvolvidos no que tange aos comitês hospitalares de bioética, enquanto na América Latina é a Argentina⁴⁷.

Portanto, o número de comitês hospitalares de bioética vem crescendo no mundo. O real impacto para profissionais, pacientes e serviços tem sido investigado. Nos Estados Unidos da América, um estudo pioneiro descreveu o perfil de práticas dos serviços de consultoria ética de seiscentos hospitais gerais entre 1990 e 2000⁴⁸: ampla variação na quantidade de demandas, nos fluxos de trabalho, com comitês e também consultoria individual, poucos profissionais com treinamento formal em bioética, poucos mecanismos para controle de qualidade dos serviços e padrões diferenciados entre os serviços ligados à bioética acadêmica e os de hospitais de pequeno porte ou de zona rural. Atualizado em 2021⁴⁹, o estudo mostrou poucas mudanças relevantes em alguns desses aspectos, a despeito de esforços envidados para melhorias.

Ademais, em outras experiências relatadas por Estados Unidos, Canadá, Porto Rico, Colômbia, Noruega, Espanha, Alemanha, Israel e Austrália, entre 1982 e 2019, acerca da utilidade dos comitês de bioética, os profissionais de saúde perceberam benefícios na redução do estresse moral, enquanto a perspectiva dos pacientes e/ou de seus representantes foi pouco registrada⁵⁰. Na Espanha, escassos estudos de campo registraram atividade ético-assistencial infrequente de alguns comitês, distante da necessidade concreta dos pacientes, sendo uma das principais razões para que os profissionais de saúde utilizem pouco o recurso, enfrentando de forma solitária os problemas éticos do cotidiano⁵¹. Na África⁵², em 2019, havia poucos comitês de bioética estabelecidos, ao passo que comitês de ética em pesquisa são mais frequentes, implementados por instituições do norte global para apreciação de suas pesquisas sediadas no continente.

and History of Medicine. 17 dez.2016. p.3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432947/pdf/JMEHM-9-17.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

47. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020, p.221.

48. FOX, Ellen; MYERS, Sarah; PEARLMAN, Robert A. Ethics Consultation in United States Hospitals: a national survey. *The American Journal of Bioethics*, 2007, p.13–25. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17366184/>>. Acesso em: 06 set.2021.

49. FOX, Ellen et al. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study. *The American Journal of Bioethics*, 2021, p.1-14. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33769216/>>. Acesso em: 06 set.2021.

50. CRICO, Chiara et al. Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: a systematic review. *Med Health Care Philos*, 2021, p.135-151. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33219898/>>. Acesso em: 06 set.2021.

51. ROMÁN, José María Galván et al. Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética*, 2021, p.75-87. Disponível em: <<https://medes.com/publication/160114>>. Acesso em: 06 set.2021.

52. MOODLEY, Keymanthri et al. Clinical Ethics Committees in Africa: lost in the shadow of RECs/IRBs? *BMC Med Ethics*, 2020, p.115-124. Disponível em: <<https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00559-2>>. Acesso em: 06 set.2021.

No Brasil, há publicações esparsas sobre comitês hospitalares de bioética^{53 54}, em geral referentes a hospitais universitários e/ou de grande porte, sem ainda um retrato amplo e conhecido do que possa ocorrer no país. No Distrito Federal, há mais comitês de ética em pesquisa do que comitês hospitalares de bioética, cenário que guarda certa semelhança com o descrito no continente africano⁵⁶. Muitas vezes, profissionais e estudantes reconhecem conflitos bioéticos no cotidiano do trabalho, mas não dispõem de uma instância à qual recorrer para apoio. Eventualmente, existe confusão com o papel dos comitês de ética profissional.

Cumpra observar que o Brasil, em 2019, possuía aproximadamente 6,7 mil hospitais. Contudo, havia comitês de bioética em menos de 10% dos hospitais brasileiros. Dos 967 hospitais do estado de São Paulo registrados em 2017, apenas 18 comitês foram identificados⁵⁷. O primeiro comitê de bioética hospitalar no Brasil foi criado em 1993 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)^{58 59}, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Posteriormente, outros surgiram, tais como: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) em 1996; Hospital São Lucas, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS) em 1997; Instituto Nacional de Câncer (Inca) no Rio de Janeiro em 1999; Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (Paraná); Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) em 2003; Hospital Universitário Santa Teresinha da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Joaçaba, Santa Catarina) em 2007; Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis,

53. BAMPI, Luciana Neves da Silva; GRANDE, Lydia Feito. Potencialidades e limites do comitê de ética hospitalar e a participação do enfermeiro: reflexões. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/LZ3g7GsdZnycF9PTWNMfdyr/?lang=pt>>. Acesso em: 30 ago.2021.

54. OLIVEIRA, Maridite Cristóvão Gomes de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; A experiência do comitê de bioética de um hospital público. *Revista Bioética*, p. 338-347, 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017252194. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/LKn4yJ6JF8FQdVwchkxrhk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

55. MARINHO, Suely et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n.1, p.105-115, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DrB y5mYqdv4Vj3SBbsCQRG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

56. MOODLEY, Keymanthri et al. Clinical Ethics Committees in Africa: lost in the shadow of RECs/IRBs? *BMC Med Ethics*, 2020, p.115-124. Disponível em: <<https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00559-2>>. Acesso em: 06 set.2021.

57. QUEIROZ, Cristina. Escolhas complexas: Comitês de bioética ganham relevância na resolução de dilemas trazidos pela pandemia, embora estejam presentes em poucos hospitais. *Revista Pesquisa FAPESP*, edição 302, abr.2021. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/escolhas-complexas/>>. Acesso em: 06.set.2021.

58. GENRO, Bruna Pasqualini et al. 25 anos de Bioética Clínica no HCPA: um pioneirismo que se renova. *Clinical & Biomedical Research*. 2018, v. 38, n.3, p. 203. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87256/pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

59. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação n.8. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. 2015. Exposição de motivos. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/imagens/Recomendacoes/8_2015.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

Santa Catarina) em 2011^{60 61 62}. Embora não haja aqui o intuito de mapear os comitês de bioética no Brasil, cabe mencionar a existência do colegiado nas seguintes localidades: Hospital de Apoio (HAB, Brasília, Distrito Federal) em 2018⁶³; Grupo Hospitalar Conceição (GHC, Porto Alegre); Hospital da Universidade Federal de Pelotas; Hospital da Aeronáutica de Canoas (HACO); Hospital Universitário de Canoas; Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV); Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre⁶⁴; Hospital Pequeno Príncipe⁶⁵ (Curitiba, Paraná) em 2017; Comitê de Bioética do Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba, Paraná) em 2003⁶⁶; Hospital Geral de São Mateus (São Paulo) em 2008⁶⁷; Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE, São Paulo)⁶⁸; Hospital do Coração (Hcor, São Paulo) em 2009⁶⁹; Hospital Sírio-Libanês (São Paulo)⁷⁰; e Hospital Universitário de Santa Maria (Rio Grande do Sul)⁷¹.

O comitê de bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o mais antigo do Brasil, fez uma análise da sua trajetória de 25 anos de atuação. De 1994 a 2018 foram realizadas 3276 consultorias demandadas por profissionais da saúde, pacientes, familiares e pela própria administração hospitalar. A maioria dessas consultorias foi solicitada por

60. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 139-141. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

61. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, María (Org.). *Bioética, Interdisciplinaridade e Prática Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008, p.21.

62. MARINHO, Suely et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n.1, p.109, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/f/bioet/a/DrBy5mY-qdv4Vj3SBbsCQrgC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

63. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. HAB é o primeiro hospital público do DF a instalar Comitê de Bioética. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/hab-e-o-primeiro-hospital-publico-do-df-a-instalar-comite-de-bioetica/>>. Acesso em: 06 set. 2021.

64. GENRO, Bruna Pasqualini et al. 25 anos de Bioética Clínica no HCPA: um pioneirismo que se renova. *Clinical & Biomedical Research*. 2018, v. 38, n.3, p. 204. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87256/pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

65. HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE. Hospital Pequeno Príncipe lança Comitê de Bioética Hospitalar. Notícias. 09 ago.2017. Disponível em: <<https://pequenoprincipe.org.br/noticia/hospital-pequeno-principe-lanca-comite-de-bioetica-hospitalar/>>. Acesso em: 06 set.2021.

66. URBAN, Cícero de Andrade. A Bioética e a Prática Médica. *Jornal Vasculiar Brasileiro*. v.2, n.3, 2003, p.275-77. Disponível em: <<https://www.jvascbras.org/article/5e20c3650e8825eb05939fde/pdf/jvb-2-3-275.pdf>> . Acesso em: 06 set.2021.

67. HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. Simpósio de Bioética Hospitalar. Slides. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cremesp.org.br%2Fpaps%2Fcongresso_Bioetica_III_pastor.ppt&ei=EPI4UJL8OYT68gSJ6oAY&usq=AFQjCNEY-_cqaUsi_ZgHrluP-V5dvvelnOg>. Acesso em: 06.set.2021.

68. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Comissões Médicas e Interdisciplinares. Comissão de Bioética. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/diretoria-clinica/Paginas/comissoes-medicas-e-interdisciplinares.aspx>>. Acesso em: 06 set.2021.

69. QUEIROZ, Cristina. Escolhas complexas: Comitês de bioética ganham relevância na resolução de dilemas trazidos pela pandemia, embora estejam presentes em poucos hospitais. *Revista Pesquisa FAPESP*, edição 302, abr.2021. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/escolhas-complexas/>>. Acesso em: 06.set.2021.

70. HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Parecer do Comitê de Bioética do Hospital Sírio-Libanês sobre a ética da compra privada de vacinas contra COVID19 durante situação de pandemia. 29 jan.2021. Disponível em: <<https://www.hospital-siriolibanes.org.br/Documents/parecer-vacinas-comite-de-bioteica-sirio-libanes.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

71. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Comitê de Bioética. Disponível em: <<http://jaraca.ufsm.br/web-sites/depe/7a2bce9b44cdf5643daddcfd9954d68a.htm>>. Acesso em: 06 set.2021.

médicos (71%) e para as áreas de pediatria, neonatologia, medicina interna e psiquiatria. Os temas mais abordados foram: privacidade dos pacientes, revelação de diagnóstico de doenças transmissíveis para outras pessoas, doenças genéticas de aparecimento tardio, decisões de final de vida, reprodução assistida, cirurgias de redesignação sexual, transfusões de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová e questões de relacionamentos entre profissionais⁷².

Segundo pesquisas, há ampla diversidade de práticas entre os comitês, com vários métodos para tomada de decisão em bioética clínica: modelo de casuística^{73 74}, pragmatismo clínico, método Nijmegen, diálogos hermenêuticos, diálogos socráticos⁷⁵ e deliberação moral⁷⁶. Tal diversidade é reconhecida como legítima⁷⁷ e os modelos podem ser mais ou menos elaborados. Em geral, fornecem uma diretriz para a resolução de uma questão ética na seguinte sequência: coleta de fatos relevantes para o caso, identificação dos princípios éticos relevantes, identificação de opções e alternativas, e a escolha de um curso de ação via aplicação de princípios éticos⁷⁸. Em relação ao primeiro passo, de coleta dos fatos, na cena espanhola é pouco habitual a participação dos pacientes ou familiares em primeira mão, o que acarreta um viés narrativo expressivo⁷⁹. Em hospital pediátrico de alta complexidade nos Estados Unidos, o processo de consulta mais utilizado foi o diálogo entre o consultor e o profissional ou a equipe solicitante; poucas vezes o paciente e sua família participaram das conversas⁸⁰. Fato semelhante pode ocorrer nos comitês brasileiros: experiências publicadas fazem referência ao método de deliberação moral⁸¹

72. GENRO, Bruna Pasqualini et al. 25 anos de Bioética Clínica no HCPA: um pioneirismo que se renova. *Clinical & Biomedical Research*, 2018, v. 38, n.3, p. 204. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87256/pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

73. FOX, Ellen; MYERS, Sarah; PEARLMAN, Robert A. Ethics Consultation in United States Hospitals: a national survey. *The American Journal of Bioethics*, 2007, p.13–25. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17366184/>>. Acesso em: 06 set.2021.

74. ZOBOLI, Elma. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. bioét.*, 2013, p.389-96. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/FRtRkTBrkzJxw7hc6fGwwQS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

75. STEINKAMP, Norbert; GORDIJN, Bert. Ethical case deliberation on the ward: a comparison of four methods. *Med Health Care Philos*, 2003, p. 235-46. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14620460/>>. Acesso em: 06 set.2021.

76. GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 2001, p.18–23. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/256811877_La_deliberacion_moral_El_metodo_de_la_etica_clinica>. Acesso em: 30 ago.2021.

77. FOX, Ellen et al. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study. *The American Journal of Bioethics*, 2021, p.1-14. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33769216/>>. Acesso em: 06 set.2021.

78. KAPOSY, Chris et al. The use of Ethics Decision-Making Frameworks by Canadian Ethics Consultants: a qualitative study. *Bioethics*, 2016, p. 636-642. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27214562/>>. Acesso em: 06 set.2021.

79. ROMÁN, José María Galván et al. Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética*, 2021, p.75-87. Disponível em: <<https://medes.com/publication/160114>>. Acesso em: 06 set.2021.

80. NATHANSON, Pamela G. et al. Relational, Emotional, and Pragmatic Attributes of Ethics Consultations at a Children's Hospital. *Pediatrics*, abr.2021. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/147/4/e20201087?download=true>>. Acesso em: 06 set.2021.

81. OLIVEIRA, Maridite Cristóvão Gomes de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fan-

para tomada de decisão, como na Espanha. Além disso, há registro de que o relato do caso ao comitê de bioética hospitalar é feito pelo profissional solicitante do parecer, sem referência à participação do paciente ou de seu representante⁸². Todavia, o paciente deve ter a oportunidade de expressar o seu ponto de vista, porém nem sempre é consultado em relação a assuntos do seu interesse⁸³.

Em 2005, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO recomendou a criação de todos os tipos de comitês de bioética⁸⁴. Tal documento é basilar para o trabalho de um comitê de bioética, sendo que seus princípios gerais devem ser conhecidos por todos os membros e precisam guiar suas atuações. São alguns desses princípios norteadores: dignidade humana e direitos humanos, autonomia e responsabilidade individual, consentimento, respeito à vulnerabilidade humana e integridade pessoal, privacidade e confidencialidade, não discriminar e não estigmatizar, respeito à diversidade cultural e ao pluralismo, responsabilidade social e saúde⁸⁵. De acordo com a referida Declaração, os Estados possuem o papel de fomentar a implementação de comitês de bioética independentes, pluralistas e multidisciplinares⁸⁶:

Comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas devem ser instituídos, mantidos e apoiados em nível adequado com o fim de: (i) avaliar questões éticas, legais, científicas e sociais relevantes relacionadas a projetos de pesquisa envolvendo seres humanos; (ii) prestar aconselhamento sobre problemas éticos em situações clínicas; (iii) avaliar os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir para a elaboração de diretrizes sobre temas inseridos no âmbito da presente Declaração; e (iv) promover o debate, a educação, a conscientização do público e o engajamento com a bioética⁸⁷.

No Brasil, em 2015, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Recomendação nº8 no sentido de incentivar a implementação e participação efetiva dos médicos nos

tini; A experiência do comitê de bioética de um hospital público. *Revista Bioética*, p. 338-347, 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017252194. Disponível em: <<https://www.scielo.br/f/bioet/a/LKn4yJ6JF8FQdVwchxrhk/B/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

82. MARINHO, Suely et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n.1, p.105-115, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/f/bioet/a/DrB y5mYqdv4Vj3SBbsCQrgC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

83. UNESCO. Funcionamiento de los Comités de Bioética: procedimientos y políticas. Guía 2. França, 2006, p.38. Disponível em: <https://www.unesco.org/ark:/48223/pf0000150970_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

84. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2005. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

85. UNESCO. Capacitación de los Comités de Bioética. Guía n.3. França, 2007, p.14 a 18. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000150970_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

86. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2005, artigo 22, “b”. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

87. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2005, artigo 19. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

comitês de bioética. Para tanto, o CFM determinou que o diretor técnico e clínico do corpo clínico de hospitais, os diretores técnicos das demais instituições de saúde e os presidentes de entidades profissionais médicas devem contribuir para a criação, o funcionamento e a manutenção de um comitê de bioética em sua instituição. Além disso, estipulou que tais profissionais devem se empenhar sobretudo para: (i) estimular a participação dos médicos nos comitês de bioética; (ii) favorecer a divulgação de normas e orientar que os conflitos sejam encaminhados ao comitê; (iii) remeter documentos institucionais que contenham aspectos bioéticos para que o comitê possa conhecer e, eventualmente, analisar e se manifestar; (iv) apoiar eventos realizados pelo comitê de bioética e promover assuntos bioéticos em outros eventos; (v) oferecer suporte para a criação, o funcionamento, a manutenção e a divulgação do comitê de bioética na instituição; e (vi) providenciar infraestrutura adequada às atividades do comitê de bioética⁸⁸.

A Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), por sua vez, em 2020 divulgou a Recomendação nº1 sobre os fundamentos e aspectos éticos para o enfrentamento da pandemia por COVID-19 no Brasil. No documento em questão, a SBB: (i) aponta para a necessidade da criação e do reforço de comitês hospitalares de bioética a fim de atenuar a carga emocional da equipe de atendimento, colaborar no processo de triagem, auxiliar decisões que envolvam escolhas complexas, contribuir para reflexões e propostas específicas; (ii) orienta que o comitê tenha formação multiprofissional e experiência em bioética, incluindo também ao menos um representante da sociedade civil e número ímpar de membros; (iii) apresenta um fluxograma com o estabelecimento de critérios éticos para o atendimento de pacientes durante a pandemia; (iv) infere que a ausência de um comitê de bioética em funcionamento no atendimento hospitalar e no acesso à unidade de terapia intensiva (suporte tecnológico) representa possíveis riscos éticos nas fases do atendimento na pandemia por COVID-19⁸⁹.

Os objetivos de um comitê de bioética hospitalar são amplos e variam conforme, por exemplo, as necessidades do local, os recursos humanos disponíveis, as funções definidas como metas⁹⁰. Existem três funções atribuídas aos comitês hospitalares de bioética, que podem ser cumulativas ou não: consultiva, normativa (formuladora de política)

88. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação n.8. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. 2015, artigo 1º, *caput*; artigo 2º. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

89. SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. Recomendação n.1 de 2020. Aborda fundamentos e aspectos éticos no enfrentamento da pandemia COVID 19 no Brasil, incluindo a alocação de recursos e o uso igualitário das tecnologias em saúde. Defende a proteção aos mais vulneráveis e a imprescindibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito ao acesso ao melhor tratamento para todos e o acesso igualitário a todos os leitos de UTI, públicos e privados. Recomenda princípios para definição de parâmetros a serem seguidos em situação de insuficiência destes. XIII, XVIII, anexo 1. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Recomendação_SBB_01_2020_F_15Maio20.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

90. RIBEIRO, Aldaiza Marcos. Implantando um Comitê Hospitalar de Bioética. *Revista de Saúde da Criança*. Ceará, v.2, n.1, jan-jul. 2010, p.33. Disponível em: <<http://www.hias.ce.gov.br>>. Acesso em: 06 set.2021.

e educativa⁹¹. Portanto:

Historicamente, os CBs se desenvolveram como um espaço interdisciplinar de discussão para as questões éticas com tríplice função: 1. analisar e mediar os casos concretos oriundos da área assistencial, auxiliando profissionais de saúde, pacientes e seus representantes, que necessitem decidir sobre conflitos de natureza moral, seja para equacioná-los, ou para prestar esclarecimentos quando de uma tomada de decisão difícil do ponto de vista moral; 2. avaliar e contribuir para as políticas institucionais através da elaboração de normas, rotinas e diretrizes que visem à proteção das pessoas, sejam elas pacientes, profissionais de saúde ou membros da comunidade; 3. educar a comunidade interna e externa a respeito da dimensão moral do exercício das profissões ligadas à área da saúde, além de contribuir para a melhoria do cuidado dedicado aos pacientes, através de uma análise ética dos problemas e da elaboração de recomendações práticas para sua solução e manejo⁹².

A função consultiva é a mais difundida e deve começar com a deliberação de casos clássicos da literatura ou casos do arquivo hospitalar semelhantes a outros já publicados ou discutidos por comitês mais experientes a fim de adquirir aprendizado. Tal momento evidencia a importância de um profissional com formação em bioética e o intercâmbio de conhecimento proporcionado por uma rede de comitês. Enquanto isso, o grupo opta pela metodologia de trabalho para a resolução dos casos e cria vínculo entre seus integrantes, o que favorece o debate. A partir desse ponto, o comitê fica apto para atuar em casos da própria instituição, mas quem pode e deve determinar quando isso acontece é o próprio colegiado. Posteriormente, o comitê poderá receber consultas externas à instituição, tais como de associações de pacientes ou setores da comunidade⁹³.

A função normativa, também conhecida como função política, é a mais complexa e visa a promover o consenso institucional acerca de determinadas práticas. Para realizar essa tarefa, além de conhecimento adequado, o comitê precisa adquirir um nível de legitimidade para conseguir implementar as normas. O primeiro momento requer a divulgação de conteúdo normativo (por exemplo, sobre o direito dos pacientes) e o conhecimento dos fundamentos desse material para responder aos questionamentos sobre a sua aplicabilidade. O segundo passo diz respeito à elaboração de normas específicas, enquanto a terceira etapa corresponde à produção de normas gerais. Cumpre observar que a tarefa normativa não consiste em uma imposição de condutas, tampouco almeja

91. REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 131-133. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

92. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.102, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf>. Acesso em: 11 out.2012.

93. VIDAL, Susana. Los Comitês Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.21 a 24.

controlar, sancionar ou julgar ações de pessoas ou violação de normas. A ideia aqui é a responsabilidade, não é a obediência. A construção dessas normas deve refletir o consenso da instituição, que é atingido mediante a participação dos envolvidos. Contudo, a aceitação e mudança de atitudes acontecem com o tempo no hospital⁹⁴.

A função mais importante é a educativa, que deve ser iniciada com os membros do comitê para adquirir os conhecimentos necessários ao desenvolvimento das atividades. Após a autoformação do comitê, é possível direcionar um plano de capacitação para o hospital, aos profissionais de saúde, por meio de conferências, aulas, sessões de reflexão, oficinas e discussões sobre casos arquivados. Por último, a tarefa de educação pode ser estendida à comunidade de uma forma geral ou para a comunidade que frequenta o hospital⁹⁵. No tocante ao trabalho de capacitação dos membros do comitê no campo da bioética, isso pode ser feito de forma gradual e em etapas: (i) selecionar e adquirir recursos e materiais; (ii) fortalecer as capacidades individuais por meio do estudo e preparo para as reuniões; (iii) buscar informação, compartilhar conhecimentos e debater sobre trabalhos em bioética relevantes e pertinentes; (iv) convidar especialistas e palestrantes; (v) realizar sessões intensivas para a capacitação⁹⁶.

Perante o exposto, convém apontar que não são funções dos comitês de bioética: fazer perícias; impor decisões; assumir a responsabilidade do consulente; controlar práticas profissionais e/ou emitir juízos de valor sobre elas⁹⁷; aplicar ação disciplinar⁹⁸; oferecer apoio jurídico a qualquer uma das partes; definir normas de ação profissional; analisar problemas socioeconômicos da instituição a que pertence (não obstante, pode tratar da alocação de recursos escassos sob a perspectiva moral)⁹⁹; discutir má conduta ou negligência profissional; lidar com problemas interpessoais ou de serviços, tratar de aspectos deontológicos ou disciplinares; resolver problemas jurídicos; sancionar ou realizar disposições de natureza vinculante¹⁰⁰. Vale destacar que os comitês hospitalares de bioética

94. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.21 a 24.

95. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez. 2020, p.21 a 24.

96. UNESCO. Capacitación de los Comités de Bioética. Guía n.3. França, 2007, p.11 a 13. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000150970_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

97. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação n.8. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. 2015, artigo 1º, §4º. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

98. TROSTER, Eduardo Juan. Comitês de Bioética. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Panorama Internacional, v.46, n.4, p.296. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v46n4/3760.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

99. GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos F. *Comitês de Bioética*. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/biocomrt.htm>>. Acesso em: 06.set.21.

100. VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>>. Acesso em: 02 dez.

foram criados para auxiliar os profissionais de saúde e seus pacientes, não tendo como objetivo interferir diretamente nessa relação¹⁰¹.

No tocante à constituição de um comitê de bioética no âmbito hospitalar, não existe um tamanho considerado ideal, porém todos os funcionários da instituição devem estar representados. A maioria desses comitês possui entre 15 e 25 membros, além do presidente. Calha observar que se o número de membros for menor, as partes interessadas podem não ter a representação adequada, embora provavelmente o comitê irá funcionar com maior eficácia¹⁰². Sobre a sua composição, não há uma predeterminação e a maioria abarca os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, assistente social, especialista em bioética, especialista em gestão de risco, advogado especializado em direito médico, representante religioso e representante dos pacientes da comunidade local¹⁰³.

Portanto, o comitê deve buscar uma composição multidisciplinar e, se necessário, pode recorrer a consultores *ad hoc*, seja de forma ordinária ou extraordinária. No contexto da pluralidade, deve ter membros dos gêneros feminino e masculino¹⁰⁴. Além disso, é esperado que os membros sejam dotados de algumas características, tais como: capacidade de reflexão moral; não estejam respondendo a processos em conselho profissional, administrativo, civil e/ou penal¹⁰⁵; sensibilidade e interesse em relação a questões éticas; abertura ao diálogo; disponibilidade para o estudo dos comportamentos humanos¹⁰⁶; busca por uma comunicação adequada com interesse, respeito, suporte e empatia¹⁰⁷. Aliás, o compromisso e a dedicação dos membros são determinantes para o sucesso de um comitê de bioética hospitalar¹⁰⁸.

2020, p.24.

101. UNESCO. Creación de Comitês de Bioética. Guía n.1. França, 2005, p.36. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

102. UNESCO. Creación de Comitês de Bioética. Guía n.1. França, 2005, p.40. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

103. UNESCO. Creación de Comitês de Bioética. Guía n.1. França, 2005, p.41. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

104. LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.101, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf>. Acesso em: 11 out.2012.

105. RIBEIRO, Aldaiza Marcos. Implantando um Comitê Hospitalar de Bioética. *Revista de Saúde da Criança*. Ceará, v.2, n.1, jan-jul. 2010, p.33. Disponível em: <<http://www.hias.ce.gov.br>>. Acesso em: 06 set.2021.

106. GAUER, Gabriel José Chittó et al. Breve Reflexão a Propósito dos Comitês de Bioética. p.219-220. In: LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, Maria (Org.). *Bioética, Interdisciplinaridade e Prática Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

107. TROSTER, Eduardo Juan. Comitês de Bioética. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Panorama Internacional, v.46, n.4, p.296. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v46n4/3760.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

108. HAJIBABAE, Fatemeh et al. Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 17 dez.2016, p.2 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432947/pdf/JMEHM-9-17.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

3 | OS CÍRCULOS RESTAURATIVOS

Conforme mencionado, uma das funções do comitê de bioética hospitalar é a resolução de um conflito ético/moral que emerge da prática clínica, ou seja, orientações e possíveis soluções de conflitos morais¹⁰⁹. Ademais, para resolver divergências com base na abordagem restaurativa, é fundamental que o processo deva ser inclusivo, participativo dialógico e horizontal com o intuito de construir uma vontade coletiva de reparar as conexões rompidas¹¹⁰. A escuta dos envolvidos no conflito é primordial para a compreensão do caso e para identificar os princípios, os direitos e as concepções subjacentes, bem como as necessidades e preferências dos implicados. Avulta-se que a deliberação acerca de um conflito concreto precisa partir do diálogo entre os envolvidos, caso esses desejem participar, haja vista que é sempre voluntário (para a adoção da abordagem restaurativa, conforme exposta neste trabalho, é imprescindível a participação dos implicados).

A abordagem restaurativa possui diversas vertentes e uma delas recebe o nome de círculo restaurativo. Esse pode ser um referencial para lidar com os conflitos morais decorrentes do encontro clínico. Os círculos restaurativos são uma abordagem sistêmica para o conflito cujo desenvolvimento começou com o trabalho de Dominic Barter no Rio de Janeiro em meados da década de 1990 e continua com uma comunidade crescente tanto no Brasil quanto internacionalmente. Os círculos restaurativos ajudam as comunidades, as organizações e o governo a desenvolver seus próprios processos de apoio àqueles em conflitos. Normalmente, eles reúnem as três partes - os que agiram, os diretamente impactados e a comunidade em geral - dentro de um contexto sistêmico intencional para dialogar como iguais. Frequentemente, os envolvidos são convidados e participam voluntariamente. O processo de diálogo utilizado é compartilhado abertamente com todos os participantes e orientado por um membro da comunidade. Geralmente, esses processos terminam com ações que trazem benefício mútuo. À medida que o círculo se forma, o poder compartilhado, a compreensão mútua, a responsabilidade própria e as ações acordadas que reparam os danos, restauram o relacionamento e reintegram a comunidade¹¹¹.

É digno de nota que essa metodologia de congregar as pessoas, ouvi-las com o desígnio de restaurar, fortalecer relacionamentos e resolver os conflitos, na verdade, é antiga. As raízes podem ser constatadas na tradição dos índios norte-americanos de usar um objeto chamado de bastão de fala, que passa de uma pessoa para outra dentro de um grupo e que confere a seu detentor o direito de falar enquanto os outros o ouvem respeitosamente e sem interrupções¹¹². Nessas comunidades indígenas, os anciãos

109. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito*. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020, p.222.

110. DEERY, Sharon; CHIAPPINO, Kathryn. Grad Night Surprise: Ethic of Care and Restaurative Justice. *Journal of Cases in Leadership*, mar.2021, p.1-10. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1555458921997521>>. Acesso em: 06 set.2021.

111. RESTORATIVE CIRCLES. Disponível em: <<https://www.restorativecircles.org/>>. Acesso em: 02 jul.2021.

112. PRANIS, Kay. *Processos Circulares de Construção de Paz*. Tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas

desempenham importante papel como líderes dos círculos, ou como conselheiros, ou ainda, trazendo percepções e *insights*¹¹³. Também é inspirado nos costumes das tribos maoris, especificamente na Nova Zelândia, quando os aborígenes quebravam as regras impostas por uma determinada tribo. Reuniam-se em volta de uma fogueira e por meio de cantigas buscavam a conscientização do ofensor pelo ato praticado. Todos os integrantes da tribo eram convidados a participar do ritual, com a finalidade de conscientizar o ofensor e sopesar a responsabilidade dos demais envolvidos sobre o ato praticado¹¹⁴.

De acordo com Barter, o conflito é uma parte natural de nossas vidas, assim como comer e dormir, ou seja, sempre haverá conflito. Ao empregar o processo do círculo restaurativo cria-se um espaço seguro, respeitoso com igualdade de condições e a possibilidade de transformar o conflito em uma oportunidade significativa para a comunidade crescer e evoluir ainda mais. O foco está em ouvir e compreender uns aos outros, enquanto o resultado dessa reunião permanece aberto. Há uma confiabilidade na sabedoria da comunidade e no potencial de restaurar conexões¹¹⁵.

Geralmente, o conflito é composto por três partes: o autor, o destinatário e a comunidade. O autor é a pessoa reconhecida pelos outros como tendo dito ou feito algo (ato) que é percebido por outra como impactando negativamente o bem-estar dessa pessoa. O destinatário é a pessoa que se identifica e é identificada por outros como vítima¹¹⁶ direta do que o autor fez ou disse. A comunidade em questão refere-se às pessoas que foram impactadas indiretamente pelo ato e, simultaneamente, são corresponsáveis pelo contexto em que o ato ocorreu. Por fazer parte da comunidade em que aconteceu o conflito, esse grupo é corresponsável pela formação e pelos diversos entendimentos e acordos implícitos que essa comunidade tinha no momento do ato¹¹⁷.

Há também princípios fundamentais nos círculos restaurativos: o conflito e o processo pertencem à comunidade; todos participam voluntariamente; a voz de todos é valorizada; não há punição¹¹⁸, pois a intenção é a restauração; o encontro é entre seres humanos e não nos papéis que esses desempenham na comunidade em que estão

Athena, 2010, p.15.

113. ZEHR, Howard. *Justiça Restaurativa*. Tradução Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015, p.71.

114. MAXWELL, Gabriele. A Justiça Restaurativa na Nova Zelândia. p.279 a 293. In SLAKMON, Catherine; VITTO, Renato Campos Pinto de; PINTO, Renato Sócrates Gomes (Org.) *Justiça Restaurativa*. Brasília: Ministério da Justiça e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2005. Disponível em: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Justice_Pub_Restorative%20Justice.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

115. BARTER, Dominic. *Restaurative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

116. O vocábulo vítima é uma tradução literal da palavra em inglês: *victim*. A literatura internacional sobre justiça restaurativa opta por esse vocábulo. Entretanto, cabe salientar que poderia ser substituída por receptora, por exemplo. As definições e os sinônimos para a palavra vítima no dicionário da língua portuguesa remetem a dano e/ou violência. No encontro clínico, em geral, o dano quando ocorre não é intencional e resulta da cultura em que todos os sujeitos estão inseridos, tanto profissionais quanto pacientes.

117. BARTER, Dominic. *Restaurative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

118. Não há punição, mas existe possibilidade de responsabilização do ato, com as suas devidas implicações.

inseridos; todos participam, não há observadores; todo mundo fala e todo mundo é ouvido¹¹⁹.

O pré-círculo é a primeira etapa do processo do círculo restaurativo. O propósito é identificar o ato/fato (o que aconteceu?) que está sendo trazido para o círculo e compreender seu significado conectando-se às necessidades e preferências subjacentes. Durante essa etapa, o facilitador¹²⁰ revisará o processo com cada participante e pedirá seu consentimento para prosseguir. No círculo propriamente dito, cada pessoa tem a chance de falar e ser ouvida por meio de um processo orientado. Depois de alcançar o entendimento mútuo, os participantes se movem em direção à autorresponsabilidade, expressando o que estavam tentando alcançar quando agiram ou falaram de determinada maneira. Esse procedimento estabelece tanto uma conexão profunda como uma base para encontrar, em conjunto, ações que restaurem o equilíbrio. No pós-círculo, há uma ponderação sobre a satisfação dos envolvidos com a implementação do plano de ação. Todos estão satisfeitos com o resultado?¹²¹ Em outras palavras, alcançou-se um alinhamento ou precisa buscar novas ações?

A palavra círculo é usada para descrever essas reuniões, não apenas em referência à forma em que as cadeiras estão dispostas, mas também a um lugar onde o poder é compartilhado. Sem nenhum papel social que dê as pessoas autoridade uma sobre as outras. Somente seres humanos podem entrar no círculo voluntariamente e a intenção expressa de assumir a responsabilidade por sua parte no que aconteceu e em cocriar o que vai acontecer a seguir¹²².

Tendo em vista que uma das raízes do conflito é a falta de comunicação eficaz, o início do círculo se concentra na capacidade de cada participante ouvir e compreender o outro. Barter chama essa fase do processo de compreensão mútua. Portanto, objetiva conectar os envolvidos e os prepara para investigar o próprio incidente. Permite que cada um ouça o outro lado da história, ou seja, o que cada um estava tentando fazer. Perguntas como: o que estava em sua mente quando agiu ou falou dessa maneira? O que você estava tentando alcançar? Quais necessidades você estava tentando suprir? O que você gostaria que fosse conhecido e por quem? Sobre como você está agora em relação ao evento e suas consequências? O que você o ouviu dizer? É isso? É isso que você queria ouvir? O que mais você gostaria de ouvir? A meta é compreender as necessidades dos envolvidos. A confiança de que serão ouvidos respeitosamente sem o foco de um diagnóstico ou juízo de valor fortalece o vínculo e os prepara para a fase de responsabilidade própria. Depois

119. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

120. Facilitador é um profissional treinado cujo papel é facilitar, de maneira justa e imparcial, a participação das pessoas afetadas envolvidas num processo restaurativo.

121. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

122. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

de alcançar um entendimento (cada pessoa teve oportunidade de falar e ser ouvida), os participantes passam a se responsabilizar e expressar o que estavam tentando alcançar quando agiram ou falaram de determinada maneira¹²³.

O próximo passo é a busca conjunta de ações que restaurem o equilíbrio, contribuindo para o bem-estar possível de cada um. Como agirão para restaurar a dignidade, a segurança, transpor o conflito ou reparar os danos, se houver? Quais estratégias serão adotadas para atender às necessidades dos envolvidos? É aconselhável perguntas como: O que você gostaria de oferecer? O que você gostaria de solicitar? O que você gostaria que acontecesse a seguir? Com base nessas informações, faça um plano de ação¹²⁴, ou seja, ações futuras e prazo determinado para que se concretizem. É imprescindível que todos estejam de acordo com o plano de ação. Com a anuência de todos, uma data deve ser combinada para o próximo passo, o pós-círculo¹²⁵.

O propósito do pós-círculo é descobrir quão satisfeitos os participantes estão com a implementação do plano de ação. O plano funcionou? Há motivos para comemorar? Precisa buscar novas ações? Há necessidade de ajustes? Conforme a avaliação, haverá motivos para explorar novas estratégias ou celebrar os resultados alcançados¹²⁶.

O impacto do círculo restaurativo é proporcional aos acordos firmados entre os indivíduos e a comunidade. É pertinente relembrar que o conflito e o processo restaurativo pertencem à comunidade. Não existe um sistema restaurador (transformação de conflito) pronto. Cada sistema é uma expressão única da comunidade que emerge¹²⁷. É uma oportunidade de aprendizado, de conhecimento, que possibilita a reflexão, a compreensão mútua, a relativização das concepções de mundo e a empatia recíproca¹²⁸.

4 | O CASO HIPOTÉTICO

No campo dos cuidados em saúde para crianças, desafios e conflitos éticos podem se apresentar de forma recorrente. Suportes artificiais de vida permanecem como potencial foco disparador de conflito, requerendo um olhar técnico, mas também ético, sobre sua

123. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

124. É importante que todos os participantes recebam uma cópia do plano de ação.

125. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

126. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

127. BARTER, Dominic. *Restorative Circles*. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

128. MAXWELL, Gabriele. A Justiça Restaurativa na Nova Zelândia. p.279 a 293. In SLAKMON, Catherine; VITTO, Renato Campos Pinto de; PINTO, Renato Sócrates Gomes (Org.) *Justiça Restaurativa*. Brasília: Ministério da Justiça e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2005. Disponível em: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Justice_Pub_Restorative%20Justice.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

aplicação^{129 130}, a exemplo do exposto previamente neste capítulo.

A partir da transição demográfica e epidemiológica ocorrida nas décadas recentes, crianças com condições crônicas complexas de saúde apresentam frequentes demandas de cuidado nas redes de atenção¹³¹. A dependência de tecnologia para suporte ou substituição de funções fisiológicas vitais é uma característica deste grupo, como uso de nutrição por sonda ou cateter venoso, presença de via aérea artificial, utilização de dispositivos para retirada de secreção de via aérea e suporte de respirador artificial.

O caso fictício de João, apresentado a seguir, retrata os conflitos éticos que podem permear a relação entre profissionais de saúde e os pais ou responsáveis por crianças com condições limitantes de vida, incuráveis e com alto risco de morte precoce¹³². João é o terceiro filho de um casal jovem, nasceu em boas condições e teve desenvolvimento normal até os dezoito meses de idade, quando andava sem apoio e balbuciava as primeiras palavras. A partir de então, dificuldades na marcha e na coordenação manual, observadas por seus pais, resultaram em um processo de investigação que levou ao diagnóstico de uma condição neurodegenerativa incurável, com prognóstico de perda progressiva de funções motoras, cognitivas e expectativa de morte precoce.

Conforme a doença avançava, João recebia cuidados de suporte e reabilitação, ofertados por uma equipe multiprofissional, em unidade de saúde de alta complexidade. Ao longo dos meses seguintes, paulatinamente perdeu funções motoras e cognitivas. A capacidade de ser alimentado pela boca, de forma segura, também foi acometida. João passou a receber nutrição por meio de uma sonda provisória, instalada através do nariz. Nessa ocasião, foi indicada e realizada a cirurgia para instalação de uma sonda permanente, através do estômago (gastrostomia¹³³), com a concordância de seus pais.

Na trajetória da doença, João, seus pais, irmãos e a família extensa sofreram os impactos físicos, emocionais, financeiros, sociais e espirituais de uma experiência desta natureza. Apesar disso, era usual que os cuidados de saúde fossem direcionados à dimensão física de João, sem um acolhimento do sofrimento multidimensional de todos os envolvidos.

Por volta dos quatro anos de idade, João tinha paralisia de todo o corpo e

129. WEISE, Kathryn L. et al. Guidance on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment. *Pediatrics*, set.2017. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/140/3/e20171905>>. Acesso em 17 set. 2021.

130. MACAULEY, Robert. To trach or not to trach, that is the question. *Pediatric Respiratory Reviews*, fev.2019, v.29, p.9-13. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1526054218300678>>. Acesso em 17 set. 2021.

131. COHEN, Eyal et al. Children With Medical Complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*, mar.2011, v.127, n.3, p.529-538. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387912/>>. Acesso em 17 set. 2021.

132. McNAMARA-GOODGER, Katrina; FEUDTNER, Chris. History and epidemiology. In: GOLDMAN, A; HAIN, R and LIBEN, S (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. New York: Oxford University Press, 2012, p. 3-12.

133. A gastrostomia é a criação externo no estômago para suporte nutricional (GASTROSTOMIA). Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2021. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=23254&filter=ths_termall&q=gastrostomia>. Acesso em: 17 set. 2021).

permanecia acamado ou em cadeira de rodas adaptada. Não apresentava conexão interpessoal nem possibilidade de comunicação. As oportunidades de lazer e de convivência comunitária estavam muito limitadas. Passou a ter infecções pulmonares e hospitalizações frequentes, marcadores de declínio da função respiratória. Por recomendação da equipe de saúde, João passou a receber, em sua casa, suporte artificial para a respiração, com máscara acoplada ao seu rosto enquanto dormia. Isso não modificou o curso da doença. Em mais uma hospitalização por pneumonia, já sem capacidade fisiológica de tossir nem de assegurar a necessária limpeza de suas vias aéreas, a equipe médica indicou a instalação de respiração artificial permanente, através de um orifício no pescoço de João (traqueostomia¹³⁴). Entretanto, seus pais não forneceram o consentimento para a realização desta cirurgia.

Diante do impasse, a equipe de profissionais de saúde acionou o comitê de bioética do hospital. Após a análise preliminar do relatório enviado ao comitê, houve a decisão por parte do colegiado de adotar a metodologia dos círculos restaurativos com o intuito de resolver o conflito bioético instaurado. Tal escolha se justificou pela necessidade de ouvir os pais de forma direta, o que nem sempre ocorre nos comitês de bioética. Além disso, tendo em vista que o paciente continuaria a receber atendimento por essa equipe, era imprescindível resgatar e fortalecer a relação terapêutica que ficou fragilizada pelo desacordo. Tratar do conflito bioético que emergiu nos cuidados em saúde de João foi uma oportunidade para melhorar a relação entre os profissionais de saúde e a família por estabelecer vínculos ao conectar os envolvidos, bem como alinhar a comunicação através de uma escuta empática e respeitosa entre as partes.

Depois da análise do caso e da escolha da metodologia empregada, o passo subsequente foi identificar um facilitador, que acolheu as perspectivas dos envolvidos e explicou a proposta dos círculos restaurativos. Como houve adesão voluntária e consentimento dos implicados, o primeiro encontro foi agendado. Na ocasião, o facilitador, os pais, os profissionais de saúde envolvidos no caso e o comitê de bioética se reuniram para o círculo¹³⁵. Conduzido pelo facilitador que primeiramente relembrou as regras do círculo, seguiu a oitava voluntária de cada ator do encontro terapêutico, que tiveram a oportunidade de falar sobre seus sentimentos e suas impressões do conflito sem interrupções.

A intenção foi proporcionar a oportunidade de ouvir e compreender o outro sem papel social que destacasse a autoridade das pessoas sobre as outras. A escuta empática dos pais de João foi primordial para a compreensão do que estava por trás da negativa do consentimento para a cirurgia: preocupação com procedimentos invasivos dolorosos,

134. A traqueostomia é a formação cirúrgica de um orifício na traqueia através do pescoço, ou do orifício criado (TRAQUEOSTOMIA. Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2021. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=23042&filter=ths_termall&q=traqueostomia>. Acesso em: 17 set. 2021).

135. De acordo com o primeiro capítulo deste Ebook, a diferença marcante entre o processo deliberativo adotado por alguns comitês hospitalares de bioética e o processo da justiça restaurativa, especificamente o círculo restaurativo, é a participação efetiva da vítima na construção da solução do conflito.

tendo em vista as sucessivas intervenções médicas já realizadas no filho. Percebendo o sofrimento que a doença incurável e progressiva impunha ao filho, era seu desejo privilegiar o conforto de João, sem prolongar artificialmente a vida às custas de intenso sofrimento. Além disso, a família expressou temor que a equipe de saúde abandonasse ou diminuísse os cuidados e o tratamento adequado a João por terem recusado a cirurgia. Por outro lado, a equipe teve oportunidade de conhecer os valores da família e considerar que a proposta de intervenção, incapaz de modificar o curso da doença, poderia implicar em distanásia. Afirmaram que manteriam o compromisso de cuidar do paciente até sua morte, respeitando a decisão dos pais em relação ao procedimento proposto. Ao final do processo, que levou alguns encontros, alcançou-se alinhamento entre as perspectivas da equipe e dos pais, centradas no melhor interesse da criança.

Um encontro posterior foi organizado, o pós-círculo, quando os pais de João tiveram a oportunidade de serem ouvidos novamente, afirmando que o plano de cuidados elaborado atendeu às necessidades de João, conforme os valores da família. Os temores foram dissipados e a confiança na equipe de saúde foi reestabelecida. Por sua vez, os profissionais de saúde expressaram satisfação com o apoio e a ajuda prática do comitê de bioética que facilitou a comunicação.

Cabe destacar que a abordagem de cuidados paliativos é recomendada pela Organização Mundial de Saúde para o cuidado do sofrimento multidimensional experienciado por pessoas, adultos ou crianças, e suas famílias, no percurso de doenças com risco de vida¹³⁶. Equipes que recebem qualificação na área desenvolvem habilidades para comunicações difíceis em saúde, controle de sintomas e planejamento antecipado de cuidados integrais, acolhendo o paciente e sua família. Entretanto, a oferta deste cuidado para crianças com condições limitantes de vida ainda é escassa no mundo¹³⁷, a exemplo do que ocorreu com João e sua família. Este debate, no Brasil, ganha corpo entre equipes

136. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>>. Acesso em 17 set. 2021.

137. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Atlas of Palliative Care*. 2ed. Londres, 2020.

especializadas, com importantes iniciativas para ampliação deste alcance^{138 139 140 141 142}.

O comitê de bioética hospitalar tem um papel fundamental em apoiar as equipes de profissionais de saúde a lidarem com problemas complexos e conflitos bioéticos, possibilitando tanto a prevenção, por meio da função educativa, quanto a resolução das controvérsias no encontro clínico, que é a função consultiva do comitê de bioética. Com a inserção dos círculos restaurativos como ferramenta utilizada na apreciação de conflitos, há a escuta direta, sem filtros, da perspectiva do paciente ou do seu representante. Entretanto, vale mencionar que a participação do paciente nos encontros do comitê de bioética hospitalar ainda é questionada por alguns¹⁴³.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, foi apresentada uma ferramenta oriunda da justiça restaurativa, especificamente, o círculo restaurativo, que pode ser utilizado pelo comitê de bioética hospitalar para apoiar os profissionais de saúde e pacientes na resolução de conflitos éticos. É digno de nota que essa proposta acolhe a perspectiva do paciente por convidá-lo a participar diretamente dos encontros e ouvi-lo em um ambiente de segurança, respeito e igualdade, tendo em vista que as demandas apresentadas para apreciação do colegiado são narrativas sob as “lentes” dos profissionais, ou seja, a perspectiva do paciente é repassada para o comitê através de um relatório escrito por terceiros.

Ao privilegiar a presença e participação do paciente e sua narrativa, almeja-se diminuir a assimetria das relações e alcançar a tomada de decisão consistente com os valores e as necessidades do paciente. A escuta dos envolvidos no conflito, tanto dos profissionais de saúde como do paciente ou de seu representante é primordial para uma compreensão cabal e identificação dos princípios, dos direitos e das concepções

138. I SIMPÓSIO BRASILEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS E I ENCONTRO LUSÓFONO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. 24 e 25 de setembro de 2021. Online. Disponível em: <<https://doity.com.br/i-simpósio-brasileiro-de-cuidados-paliativos-pediatricos-1>>. Acesso em: 17 set. 2021.

139. CARDOSO, Fernanda Barbosa Lopes et al. Cuidado Paliativo Pediátrico na Prática Clínica. In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

140. CARDOSO, Fernanda Barbosa Lopes. Doença Neurodegenerativa: caso clínico. In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

141. LOPES, Júlia. Momentos oportunos de comunicação e construção de plano de cuidados. In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

142. ALBUQUERQUE, Letícia Alves Andrade. Traqueostomia: melhora da qualidade de vida ou prolongamento de sofrimento? In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

143. WILKINSON, Dominic; DUNN, Michael. Must clinical ethics committees involve patients or families in their meetings? *Practical Ethics, Ethics in the News*. University of Oxford, 03 ago. 2020. Disponível em: <<http://blog.practicaletics.ox.ac.uk/2020/08/must-clinical-ethics-committees-involve-patients-or-families-in-their-meetings/>>. Acesso em: 06 set. 2021.

subjacentes ao conflito, bem como das necessidades e preferências dos implicados. Todos os envolvidos no encontro clínico são atores, entretanto, o protagonismo é do paciente, pois está em pauta a sua vida, a sua vontade e as suas preferências que devem nortear a tomada de decisão nos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente: para pacientes, profissionais da Saúde e profissionais do Direito. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020.

ALBUQUERQUE, Letícia Alves Andrade. Traqueostomia: melhora da qualidade de vida ou prolongamento de sofrimento? In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

ÁLVAREZ, Jorge Alberto; MORENO, Sergio López. Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión. Revista Latinoamericana de Bioética, 2017, p.184-199. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a10.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GRANDE, Lydia Feito. Potencialidades e limites do comitê de ética hospitalar e a participação do enfermeiro: reflexões. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/LZ3g7GsdZnycF9PTWNMfdyr/?lang=pt>>. Acesso em: 30 ago.2021.

BARTER, Dominic. Restorative Circles. A six-week online course, maio-jun, 2020. Disponível em: <<https://www.cnvc.org/training/online-6-week-restorative-circles-level-two-course>>. Acesso em: 06 set.2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação n.8. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

CARDOSO, Fernanda Barbosa Lopes. Doença Neurodegenerativa: caso clínico. In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

CARDOSO, Fernanda Barbosa Lopes et al. Cuidado Paliativo Pediátrico na Prática Clínica. In: II CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

CLARK, Annette E. The Right to Die: The Broken Road from Quinlan to Schiavo. Loyola University Chicago Law Journal, v.37, 2006, p.385-405. Disponível em: <<https://lawcommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1194&context=luclj>>. Acesso em: 06 set.2021.

COHEN, Eyal et al. Children With Medical Complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*, mar.2011, v.127, n.3, p.529-538. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387912/>>. Acesso em 17 set. 2021.

CRICO, Chiara et al. Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: a systematic review. *Med Health Care Philos*, 2021, p.135-151. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33219898/>>. Acesso em: 06 set.2021.

DEERY, Sharon; CHIAPPINO, Kathryn. Grad Night Surprise: Ethic of Care and Restorative Justice. *Journal of Cases in Leadership*, mar.2021, p.1-10. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1555458921997521>>. Acesso em: 06 set.2021.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. DeCS. ed.rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2021. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 07 jul. 2021.

FERNANDES JUNIOR, Hugo. Bioética e Comissões Nacionais no Estado Brasileiro. Brasília: UnB, 2002. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica/conep.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

FOX, Ellen et al. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study. *The American Journal of Bioethics*, 2021, p.1-14. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33769216/>>. Acesso em: 06 set.2021.

FOX, Ellen; MYERS, Sarah; PEARLMAN, Robert A. Ethics Consultation in United States Hospitals: a national survey. *The American Journal of Bioethics*, 2007, p.13–25. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17366184/>>. Acesso em: 06 set.2021.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto; LOPES, Maria Helena Itaquí. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v.10, n.2, nov.2009, p.147-157. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/219/220> . Acesso em: 06 set.2021.

GASTROSTOMIA. *Descritores em Ciências da Saúde*. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2021. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=23254&filter=ths_termall&q=gastrostomia>. Acesso em: 17 set. 2021.

GAUER, Gabriel José Chittó et al. Breve Reflexão a Propósito dos Comitês de Bioética. p.209-226. In: LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, María (Org.). *Bioética, Interdisciplinaridade e Prática Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

GENRO, Bruna Pasqualini et al. 25 anos de Bioética Clínica no HCPA: um pioneirismo que se renova. *Clinical & Biomedical Research*. 2018, v. 38, n.3, p. 203-205. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87256/pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos F. Comitês de Bioética. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/biocomrt.htm>> . Acesso em: 06.set.21.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 2001, p.18–23. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/256811877_La_deliberacion_moral_EI_metodo_de_la_etica_clinica>. Acesso em: 30 ago.2021.

HAJIBABAE, Fatemeh et al. Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 17 dez.2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432947/pdf/JMEHM-9-17.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS. Simpósio de Bioética Hospitalar. Slides. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cremesp.org.br%2Fpps%2Fcongresso_Bioetica_III_pastor.ppt&ei=EPI4UJL8OYT68gSJ6oAY&usq=AFQjCNEY_cqaUsi_ZgHrluPV5dvvelnOg>. Acesso em: 06.set.2021.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Comissões Médicas e Interdisciplinares. Comissão de Bioética. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/diretoria-clinica/Paginas/comissoes-medicas-e-interdisciplinares.aspx>>. Acesso em: 06 set.2021.

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE. Hospital Pequeno Príncipe lança Comitê de Bioética Hospitalar. Notícias. 09 ago.2017. Disponível em: <<https://pequenoprincipe.org.br/noticia/hospital-pequeno-principe-lanca-comite-de-bioetica-hospitalar/>>. Acesso em: 06 set.2021.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Parecer do Comitê de Bioética do Hospital Sírio-Libanês sobre a ética da compra privada de vacinas contra COVID19 durante situação de pandemia. 29 jan.2021. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/parecer-vacinas-comite-de-bioteca-sirio-libanes.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Comitê de Bioética. Disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/depe/7a2bce9b44cdf5643daddcf9954d68a.htm>>. Acesso em: 06 set.2021.

KAPOSY, Chris et al. The use of Ethics Decision-Making Frameworks by Canadian Ethics Consultants: a qualitative study. *Bioethics*, 2016, p. 636-642. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27214562/>>. Acesso em: 06 set.2021.

KAREN ANN QUINLAN HOSPICE. The Story of Karen Ann Quinlan Made Headlines!. Disponível em: <<https://www.karenannquinlanhospice.org/about/history/>>. Acesso em: 06 set.2021.

KAWAMURA, Kelson et al. Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades. *Revista Bioética*, Brasília, v.20, n.1, mai. 2012, p.140-9. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/720/745> . Acesso em: 06 set.2021.

LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó. Comitês de Bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.54, n.1, p.100-104, jan-mar. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/21-bioetica_comites_de_bioetica.pdf> . Acesso em: 11 out.2012.

LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, María (Org.). *Bioética, Interdisciplinaridade e Prática Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

LOPES, Júlia. Momentos oportunos de comunicação e construção de plano de cuidados. In: *CONGRESSO MINEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS: educar para transformar*. 2021, online. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos2021.com.br/home.asp>>. Acesso em 17 set. 2021.

MACAULEY, Robert. To trach or not to trach, that is the question. *Pediatric Respiratory Reviews*, fev.2019, v.29, p.9-13. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1526054218300678>>. Acesso em 17 set. 2021.

MARINHO, Suely et al. Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n.1, p.105-115, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/lj/bioet/a/DrBy5mYqdv4Vj3SBbsCQrgC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

MAXWELL, Gabriele. A Justiça Restaurativa na Nova Zelândia. p.279 a 293. In SLAKMON, Catherine; VITTO, Renato Campos Pinto de; PINTO, Renato Sócrates Gomes (Org.) *Justiça Restaurativa*. Brasília: Ministério da Justiça e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2005. Disponível em: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Justice_Pub_Restorative%20Justice.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

McNAMARA-GOODGER, Katrina; FEUDTNER, Chris. History and epidemiology. In: GOLDMAN, A; HAIN, R and LIBEN, S (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. New York: Oxford University Press, 2012, p. 3-12.

MIELOMENINGOCELE. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=29458&filter=ths_termall&q=mielomeningocele>. Acesso em: 06 set. 2021.

MOODLEY, Keymanthri et al. Clinical Ethics Committees in Africa: lost in the shadow of RECs/IRBs? *BMC Med Ethics*, 2020, p.115-124. Disponível em: <<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00559-2>>. Acesso em: 06 set.2021.

NATHANSON, Pamela G. et al. Relational, Emotional, and Pragmatic Attributes of Ethics Consultations at a Children's Hospital. *Pediatrics*, abr.2021. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/147/4/e20201087?download=true>>. Acesso em: 06 set.2021.

OLIVEIRA, Maridite Cristóvão Gomes de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; A experiência do comitê de bioética de um hospital público. *Revista Bioética*, p. 338-347, 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017252194. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/LKn4yJ6JF8FQdVwchkxrhkB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

PRANIS, Kay. *Processos Circulares de Construção de Paz*. Tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2010.

QUEIROZ, Cristina. Escolhas complexas: Comitês de bioética ganham relevância na resolução de dilemas trazidos pela pandemia, embora estejam presentes em poucos hospitais. *Revista Pesquisa FAPESP*, edição 302, abr.2021. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/escolhas-complexas/>>. Acesso em: 06.set.2021.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Comitês e Comissões Hospitalares de ética e de bioética. In: *Bioética para profissionais da saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 119-141. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/33937/pdf/rego-9788575413906-06.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

RESTORATIVE CIRCLES. Disponível em: <<https://www.restorativecircles.org/>>. Acesso em: 02 jul.2021.

RIBEIRO, Aldaiza Marcos. Implantando um Comitê Hospitalar de Bioética. *Revista de Saúde da Criança*. Ceará, v.2, n.1, jan-jul. 2010, p.32-35. Disponível em: <<http://www.hias.ce.gov.br>>. Acesso em: 06 set.2021.

ROMÁN, José María Galván et al. Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética*, 2021, p.75-87. Disponível em: <<https://medes.com/publication/160114>>. Acesso em: 06 set.2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. Recomendação n.1 de 2020. Aborda fundamentos e aspectos éticos no enfrentamento da pandemia COVID 19 no Brasil, incluindo a alocação de recursos e o uso igualitário das tecnologias em saúde. Defende a proteção aos mais vulneráveis e a imprescindibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito ao acesso ao melhor tratamento para todos e o acesso igualitário a todos os leitos de UTI, públicos e privados. Recomenda princípios para definição de parâmetros a serem seguidos em situação de insuficiência destes. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Recomendação_SBB_01_2020_F_15Maio20.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. HAB é o primeiro hospital público do DF a instalar Comitê de Bioética. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/hab-e-o-primeiro-hospital-publico-do-df-a-instalar-comite-de-bioetica/>>. Acesso em: 06 set. 2021.

STEINKAMP, Norbert; GORDIJN, Bert. Ethical case deliberation on the ward: a comparison of four methods. *Med Health Care Philos*, 2003, p. 235-46. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14620460/>>. Acesso em: 06 set.2021.

TRAQUEOSTOMIA. Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2021. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=23042&filter=ths_termall&q=traqueostomia>. Acesso em: 17 set. 2021.

TROSTER, Eduardo Juan. Comitês de Bioética. *Revista da Associação Médica Brasileira. Panorama Internacional*, v.46, n.4, p.296-297. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v46n4/3760.pdf>> . Acesso em: 06 set.2021.

UNESCO. Capacitación de los Comités de Bioética. Guía n.3. França, 2007. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000150970_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

UNESCO. Creación de Comités de Bioética. Guía n.1. França, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa>. Acesso em: 06 set.2021.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2005. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 06 set.2021.

UNESCO. Funcionamiento de los Comités de Bioética: procedimientos y políticas. Guía 2. França, 2006. Disponível em: <<https://www.cibir.es/files/biblioteca/2006-UNESCO-Guia-2-funcionamiento-de-los-comites-de-bioetica.pdf>>. Acesso em: 06 set.2021.

URBAN, Cícero de Andrade. A Bioética e a Prática Médica. *Jornal Vascular Brasileiro*. v.2, n.3, 2003, p.275-77. Disponível em: <<https://www.jvascbras.org/article/5e20c3650e8825eb05939fde/pdf/jvb-2-3-275.pdf>> . Acesso em: 06 set.2021.

VEATCH, Robert M. Hospital Ethics Committees: is there a role? *The Hastings Center Report*, v. 7, n.3, jun.1977, p. 22-25. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/3560688>>. Acesso em: 06 set.2021.

VIDAL, Susana. Los Comités Hospitalarios de Bioética. Módulo II. Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) para América Latina y el Caribe da Redbioética-UNESCO. Argentina: RedBioética UNESCO, 2020. Disponível em: <<http://www.redbioetica-edu.com.ar>> . Acesso em: 02 dez. 2020.

WACHTEL, Ted. Defining Restorer. *International Institute of Restorative Practices*. Disponível em: <<https://www.iirp.edu/restorative-practices/what-is-restorative-practices>>. Acesso: 04 set.2021.

WEISE, Kathryn L. et al. Guidance on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment. *Pediatrics*, set.2017. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/140/3/e20171905>>. Acesso em 17 set. 2021.

WILKINSON, Dominic; DUNN, Michael. Must clinical ethics committees involve patients or families in their meetings? *Practical Ethics, Ethics in the News*. University of Oxford, 03 ago. 2020. Disponível em: <<http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2020/08/must-clinical-ethics-committees-involve-patients-or>>

families-in-their-meetings/>. Acesso em: 06 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>>. Acesso em 17 set. 2021.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Atlas of Palliative Care. 2ed. Londres, 2020.

ZEHR, Howard. Justiça Restaurativa. Tradução Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2015.

ZEHR, Howard. Trocando as lentes: justiça restaurativa para nosso tempo. Tradução de Tônia Van Acker. 4 ed. São Paulo: Palas Athena, 2008.

ZOBOLI, Elma. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. Rev. bioét., 2013, p. 389-96. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/FRtRkTBrkzJxw7hc6fGwwQS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 set.2021.

I SIMPÓSIO BRASILEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS E I ENCONTRO LUSÓFONO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. 24 e 25 de setembro de 2021. Online. Disponível em: <<https://doity.com.br/i-simposio-brasileiro-de-cuidados-paliativos-pediatricos-1>>. Acesso em: 17 set. 2021.

SEGURANÇA DO PACIENTE E JUSTIÇA RESTAURATIVA

Data de aceite: 01/11/2021

Aline Albuquerque

Mariana Lima Menegaz

1 | INTRODUÇÃO

A Justiça Restaurativa é um movimento internacional organizado em torno de uma teoria filosófica de cunho ético e de distintas práticas advindas de diferentes partes do mundo, cujas raízes remontam a práticas de povos indígenas. Em 2005, estimou-se que, em mais de 100 países, alguma forma de justiça restaurativa foi formalmente institucionalizada. Atualmente, o Conselho da Europa, a União Europeia e a ONU endossam práticas restaurativas. A Justiça Restaurativa pode ser definida como o processo pelo qual todas as partes envolvidas em um evento se reúnem para resolver coletivamente como lidar com as suas consequências e as suas implicações para o futuro. A Justiça Restaurativa se distingue da tradicional Justiça Retributiva, isto é, a segunda enfoca a violação da regra à imposição de pena àquele que praticou o ato, enquanto a primeira foca na identificação dos danos para as partes e para a comunidade e,

quando possível, na sua reparação; bem como na Justiça Restaurativa, as partes buscam o mútuo entendimento e, eventualmente, acordos voluntários para reparar o dano e atender às necessidades dos envolvidos. Ainda, na Justiça Retributiva, essa é conduzida por aqueles que possuem o status de autoridade, enquanto, na Justiça Restaurativa, essa é levada a cabo por um processo inclusivo, dialogado e pela própria comunidade.¹

Segundo Zehr, o ponto central da Justiça Restaurativa consiste no “modo como ela abre o diálogo e o questionamento sobre os pressupostos e necessidades de nossa comunidade e sociedade”². Desse modo, uma prática pode ser caracterizada como restaurativa quando, dentre outros critérios, busca fortalecer as conexões entre as pessoas e a comunidade. Assim, a Justiça Restaurativa tem foco: a) nos danos causados às vítimas e nas necessidades que deles decorrem; b) nas obrigações que derivam das necessidades, objetivando atendê-las; c) em processos inclusivos e cooperativos; d) no envolvimento de todos que têm um interesse na situação; e) na reparação dos danos e na correção dos “males”.³

Uma variedade de práticas pode ser enquadrada como restaurativa. Porém, para

1. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

2. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

3. ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

que assim seja, deve-se observar os seguintes princípios da Justiça Restaurativa: a) o engajamento no conflito é produtivo – o conflito não é prejudicial, mas sim o que é a forma como aprendemos a interpretá-lo e a respondê-lo, bem como pode ser uma oportunidade para entender o que não está funcionando para as pessoas; b) o conflito pertence à comunidade – a justiça restaurativa busca retornar o conflito para os envolvidos e para a comunidade; c) o efetivo engajamento no conflito requer colaboração e compartilhamento de poder – em caso de dano, os envolvidos com mais poder na comunidade trazem sua contribuição e incluem a voz daqueles menos poderosos; d) o objetivo é o mútuo entendimento e a construção de acordos sobre o que e como prosseguir.⁴

Na esfera dos cuidados em saúde, práticas restaurativas e uma cultura de aprendizagem e restaurativa podem ser adotadas para responder a distintos tipos de eventos, como o suicídio, os danos ao paciente, a violência e as queixas contra a equipe de profissionais de saúde. Sendo assim, práticas restaurativas, como círculos restaurativos, interações individuais e diálogos improvisados, adotados em hospitais e em outras unidades de saúde⁵, têm o condão de contribuir para a restauração da confiança na relação entre profissional de saúde e o paciente que sofreu um dano decorrente dos cuidados em saúde⁶, bem como contribuir com a cura emocional dos pacientes afetados pelos incidentes, incrementando o aprendizado organizacional na direção do envolvimento da comunidade em respostas colaborativas a conflitos e situações adversas.⁷

2 | SEGURANÇA DO PACIENTE E O LITÍGIO NOS CUIDADOS EM SAÚDE

Segundo a OMS, a segurança do paciente é a “ausência de dano evitável ao paciente durante o processo de cuidado em saúde e a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde ao mínimo aceitável”⁸. Os eventos adversos na saúde, segundo a OMS, podem ser atribuídos ao sistema e a fatores humanos e os mais comumente relatados se referem a procedimentos cirúrgicos (27%), medicamentos (18,3%) e infecções associadas aos cuidados em saúde (12,2%).⁹ Os estudos apontam que, no Reino Unido, a cada 35 segundos, é reportado um incidente danoso ao paciente e que os eventos adversos na saúde são a terceira causa de morte nos Estados Unidos.¹⁰ A segurança do paciente se

4. LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

5. ABRAMS, Gina Baral; HEBLING, Mary Jo; SMULL, Beth. Proactive restorative practices: creating the conditions for individuals and communities to flourish. Disponível em: https://www.iirp.edu/images/conf_downloads/FoqHEZ_Proactive_RP_Creating_the_Conditions_for_Individuals_and_Communities_to_Flourish.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

6. SHALE, Suzanne. *Rebuilding Trust after Patient Harm*. Disponível em: <https://www.clearer-thinking.co.uk/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

7. KAUR, Mannat et al. Restorative Just Culture: a Study of the Practical and Economic Effects of Implementing Restorative Justice in an NHS Trust, *MATEC Web of Conferences*, v. 273, n.3, p. 01007, 2018.

8. WHO. Patient Safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 04 ago. 2020.

9. WHO. *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization; 2017.

10. WHO. *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization; 2017.

estrutura sobre a ideia de que os eventos adversos ocorrem nos sistemas de saúde, “que são tão complexos, com recursos limitados e objetivos contraditórios, que os erros são um subproduto necessário de um trabalho que procura gerar o máximo de benefício possível para a população.”¹¹ Considerando a diversidade de nomenclaturas na esfera da segurança do paciente, neste artigo se adota o conceito de eventos adversos “como os eventos com reações negativas ou resultados que são inesperados, não planejados e indesejados”.¹² Esses eventos podem ser desdobrados em: eventos relacionados à medicação, eventos relacionados à infecção e outros.

A litigância na área dos cuidados em saúde constitui um dos principais obstáculos para a melhora da confiança nos provedores de saúde e da segurança do paciente. Com efeito, a cultura da litigância em determinados países, como nos Estados Unidos, deu ensejo à Medicina Defensiva, entendida como a prática de profissionais de saúde que prescrevem tratamentos desnecessários (Medicina Defensiva Positiva) ou evitam procedimentos de risco (Medicina Defensiva Negativa) com o objetivo de se proteger de litígios judiciais. A Medicina Defensiva aumenta os custos dos cuidados em saúde e expõe os pacientes a riscos desnecessários.¹³ Vários estudos apontam para as correlações entre a segurança do paciente e as queixas de má prática profissional e dois preditores são proeminentes: a) melhor segurança do paciente conduz à redução dos eventos adversos e das queixas de má prática profissional; b) a compensação financeira exacerbada derivada da má prática encoraja a Medicina Defensiva, na qual médicos tentam reduzir os riscos de má prática prescrevendo procedimentos desnecessários.¹⁴

Distintamente da Medicina Defensiva, sob a ótica de segurança do paciente, busca-se a construção de uma cultura colaborativa alicerçada na revelação dos eventos adversos, algo que é improvável numa ambiência de litigância¹⁵. Essa distinção se reflete também em outros países, assim como na importância de se repensar o tratamento jurídico dos danos na esfera dos cuidados em saúde. Por exemplo, a Recomendação nº 7, de 2006, do Conselho da Europa, sobre a segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos nos cuidados em saúde, ressaltou o fato de que a legislação constitui um dos mais importantes mecanismos regulatórios no cuidado em saúde, ou seja, endossou o reconhecimento de que a lei concorre para a alteração da cultura profissional na saúde¹⁶.

11. DEKKER, Sidney. Uma conversa com... Sidney Dekker. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Uma%20conversa%20com%20Sidney%20Dekker.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

12. WAILLING, Jo; MARSHALL, Chris; WILKINSON, Jill. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh. The Diana Unwin Chair in Restorative Justice, 2019.

13. CATINO, Maurizio. Blame culture and defensive medicine. *Cognition Technology and Work*, v. 11, n. 4, p.245-253, 2009.

14. BARTTLET, Bruce. *Legal Epidemiology and the Correlation of Patient Safety, Deterrence, and Defensive Medicine*. SSRN, 2017.

15. WACHTER, Robert M. *Understanding Patient Safety*. Nova Iorque: McGraw-Hill, 2012.

16. GUILLOD, Olivier. Medical error disclosure and patient safety: legal aspects. *Journal of Public Health Research*. 2013; 2 e 311.

Ademais, constata-se que a autorregulação dos profissionais e das instituições de saúde não é suficiente para assegurar a segurança do paciente, na medida em que, para efetivá-la, é necessário adotar leis que se coadunem com uma nova cultura da responsabilização civil relativa aos eventos adversos na saúde. Por outro lado, se reconhece que a adoção de leis, por si só, não é suficiente para alterar uma cultura profissional, mas o valor simbólico e coercitivo de uma lei sobre segurança do paciente é basilar para se iniciar o processo de introdução de uma nova cultura no país. Nessa linha, Faria, Moreira e Pinto pontuam o papel da legislação na provisão de cuidados em saúde com qualidade e segurança.¹⁷

Assim, uma abordagem legal sobre os eventos adversos na esfera dos cuidados em saúde deve ter dois escopos basilares: reparar de modo adequado os danos derivados dos cuidados em saúde e prevenir tais danos.

No Brasil, constata-se hodiernamente que a visão jurídica tradicional sobre a responsabilidade civil do profissional de saúde, baseada tão somente nos conceitos de imperícia, imprudência e negligência, não é suficiente para dar conta da nova perspectiva de reparação de danos trazida pela aplicação da Justiça Restaurativa na esfera da segurança do paciente. Com efeito, uma perspectiva baseada na culpa individual encoraja a cultura do segredo e afasta a da divulgação, o que dificulta a prevenção futura de danos¹⁸.

O tratamento dos aspectos jurídicos relativos à segurança do paciente ainda é incipiente no Brasil, sendo ainda um “campo emergente”¹⁹. Sendo assim, constata-se que, atualmente, no país, há um hiato entre o modelo tradicional de responsabilidade civil na esfera da saúde e o novo modelo impulsionado pela segurança do paciente. Isto é, o modelo tradicional se caracteriza como adversarial²⁰ e ainda se encontra atrelado aos conceitos de negligência, imperícia e imprudência; ao foco na responsabilização individual do profissional de saúde; e à reparação indenizatória post factum.

3 I SEGURANÇA DO PACIENTE E DIREITO DO PACIENTE

Na esfera da segurança do paciente, verifica-se que alguns direitos do paciente têm maior incidência. Desse modo, serão abordados particularmente esses direitos. Ademais, quanto ao Princípio da Primazia do Cuidado Centrado no Paciente, o Cuidado Centrado no

17. FÁRIA, Paula Lobato; MOREIRA, Pedro Sá; PINTO, Laura Souza. Direito e segurança do paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, p. 115-137.

18. GUILLOD, Olivier. Medical error disclosure and patient safety: legal aspects. *Journal of Public Health Research*, v. 2, n. 311, 2013.

19. FÁRIA, Paula Lobato; MOREIRA, Pedro Sá; PINTO, Laura Souza. Direito e segurança do paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, p. 115-137.

20. WACHTER, Robert M. *Understanding Patient Safety*. Nova Iorque: McGraw-Hill, 2012.

Paciente é considerado um dos componentes da qualidade do cuidado²¹, ou seja, constitui uma dimensão da qualidade indissociável da segurança do paciente.²²

No que tange ao direito à vida do paciente, ensejam-se basicamente três tipos de obrigações para os Estados: a) o dever de se abster de retirar a vida de alguém, salvo nas exceções legalmente previstas, tais como a legítima defesa; b) o dever de investigar as mortes suspeitas e de punir os culpados, conforme o devido processo legal e os remédios judiciais cabíveis; c) o dever legal de adotar medidas positivas que previnam a morte evitável²³. Dados da OMS expõem que aproximadamente 134 milhões de incidentes ocorrem no mundo anualmente, acarretando 2, 6 milhões de mortes derivadas de cuidados inseguros, bem como 1 em cada 10 pacientes sofre danos decorrentes dos cuidados em saúde primários e ambulatoriais.²⁴ Desse modo, o direito ao cuidado em saúde seguro é uma expressão do direito à vida, porquanto a morte do paciente é um desfecho evitável dos eventos adversos na saúde. Um estudo citado pela OMS apontou que a taxa de eventos adversos em 26 hospitais girava em torno de 8%, sendo que 83% eram evitáveis e 30% acarretaram a morte do paciente.²⁵ Dessa forma, se extrai do direito à vida que os Estados têm a obrigação de proteger a vida dos pacientes, implicando o seu dever de adotar medidas adequadas para enfrentar os fatores presentes nos cuidados em saúde que podem ameaçar diretamente a vida ou impedir que os pacientes possam desfrutá-la com dignidade²⁶.

O direito à privacidade do paciente lhe confere o direito de conduzir sua própria vida sem interferência em seu corpo e em suas escolhas pessoais, bem como de terem a confidencialidade das suas informações pessoais respeitada. Sendo assim, do direito à privacidade derivam os seguintes direitos: o direito de participar da tomada de decisão sobre seus cuidados em saúde e o direito à confidencialidade das informações relacionadas com a saúde do paciente. O direito do paciente de participar da tomada de decisão sobre seus cuidados em saúde fomenta o modelo do Cuidado Centrado no Paciente, criando uma cultura na saúde de parceria entre o paciente e o profissional, acarretando maior qualidade no cuidado e resultados em saúde mais positivos para o paciente²⁷. O direito de participar da tomada de decisão é fundamental para se assegurar a segurança do paciente,

21. AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. Patient Centred-Care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers. Disponível em: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCC_Paper_August.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

22. RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 11, 2019.

23. COMITE DE DERECHOS HUMANOS. Observación general núm. 36. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/G1926118.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

24. WHO. Patient safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 27 ago. 2020.

25. WHO. Patient safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 27 ago. 2020.

26. COMITE DE DERECHOS HUMANOS. Observación general núm. 36. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/G1926118.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

27. HARRISON, Reema et al. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 28, n. 2, p. 240-245, 2016.

porquanto implica: a) a dedicação de tempo suficiente para o detalhamento da avaliação do paciente, como um pré-requisito de um diagnóstico adequado; b) a abertura para o paciente fazer perguntas sobre seus exames, testes e outros.²⁸

A confidencialidade significa manter protegido todo dado pessoal sobre o paciente e não o divulgar para terceiros sem o seu consentimento. A confidencialidade é essencial para a preservação da confiança nos profissionais de saúde e nos serviços de saúde, por parte dos pacientes e da comunidade. Desse modo, a elaboração de políticas e programas sobre notificação de eventos adversos deve se coadunar com os comandos extraídos do direito à confidencialidade dos dados pessoais do paciente.

O paciente tem o direito de ser informado sobre seus cuidados em saúde, que envolvem diagnóstico, prognóstico, tratamentos, medicamentos e os riscos e benefícios associados, bem como todos os eventos adversos ocorridos com determinado paciente. O direito à informação abarca as circunstâncias e o modo de comunicação com o paciente e o direito de acesso ao prontuário. Na esfera da segurança do paciente, uma perspectiva baseada na culpa individual e na Justiça Retributiva para se lidar com o evento adverso encoraja a cultura do segredo e afasta o pleno exercício do direito à informação. Os cuidados em saúde são marcados pela assimetria de informação e o respeito ao direito à informação mitiga essa assimetria, assegurando mais informação aos pacientes, o que diminui o risco de hospitalização e de eventos adversos relacionados à medicação e aumenta a adesão ao tratamento.²⁹ O direito à informação do paciente também compreende aquelas relativas ao seu papel central na redução de eventos adversos, incluindo o de proteger a própria vida. Desse modo, é papel dos serviços de saúde empoderar os pacientes para que sejam um agente da sua segurança.³⁰

Os pacientes devem ser estimulados pelos órgãos e instâncias de proteção dos seus direitos a buscar informação confiável sobre a competência técnica dos profissionais de saúde, particularmente quando se trata de cirurgias e outros procedimentos invasivos.³¹

O direito à segunda opinião também é relevante para a segurança do paciente, pois, nas situações de incerteza quanto ao diagnóstico ou às opções de tratamento, incluso a segurança e os riscos das opções propostas, o paciente deve buscar uma segunda opinião para se tranquilizar e se certificar dos riscos que as opções apresentam. Nessa linha, os pacientes podem estar mais seguros se os testes relacionados ao seu diagnóstico são checados também por um segundo médico.³²

O direito à saúde no plano internacional encontra-se previsto em diversos

28. HALLISY, Julia. *The Empowered Patient*. São Francisco: Bold Spirit, 2008.

29. HARRISON, Reema et al. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 28, n. 2, p. 240-245, 2016.

30. HALLISY, Julia. *The Empowered Patient*. São Francisco: Bold Spirit, 2008.

31. WAILLING, Jo; MARSHALL, Chris; WILKINSON, Jill. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh. *The Diana Unwin Chair in Restorative Justice*, 2019.

32. HALLISY, Julia. *The Empowered Patient*. São Francisco: Bold Spirit, 2008.

documentos, dentre eles o artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que é a sua principal referência normativa. São elementos do direito à saúde: a) disponibilidade; b) acessibilidade; c) qualidade; d) aceitabilidade. O direito ao cuidado em saúde seguro deriva do direito à saúde, tendo em conta que a segurança é um dos componentes da qualidade. Dessa forma, extrai-se dos comandos atinentes ao direito à saúde que a realização de tal direito implica assegurar a segurança em todos os níveis de atenção, bem como em relação a bens de saúde. Segundo O Relatório do Diretor-Geral da OMS sobre segurança do paciente, de 2018, campanhas públicas devem promover a consciência das pessoas acerca do fato de que são detentoras do direito de receber cuidados em saúde seguros, abarcando inclusive a proteção estatal de não sofrer danos nos sistemas de saúde. Nesse sentido, a OMS urge com os Estados para que elaborem e implementem cartas de direitos dos pacientes.³³

A Joint Commission International, uma das principais instituições de acreditação do mundo, assentou como padrão de acreditação de hospitais o respeito aos direitos dos pacientes como meio essencial de promover a qualidade dos cuidados em saúde. Assim, os hospitais devem informar os pacientes sobre seus direitos. A obrigação das instituições de saúde de respeitar os direitos dos pacientes significou uma mudança de paradigma nos EUA. Atualmente, grande parte dos hospitais promove os direitos dos pacientes, a fim de promover a qualidade do cuidado³⁴.

A segurança do paciente é um tema do Direito do Paciente, embora no Brasil não seja aplicada uma abordagem baseada em tais direitos. Reconhece-se que a própria identificação da segurança do paciente, enquanto elemento da qualidade, pelos organismos internacionais e órgãos nacionais de saúde, consiste em um avanço notável na proteção dos direitos dos pacientes, pois isso impele a adoção de medidas estatais que previnam a ocorrência de eventos adversos nos cuidados em saúde. O entendimento da segurança do paciente como um tema do Direito do Paciente implica que: a) a segurança do paciente seja uma política pública nacional; b) os pacientes sejam atores protagonistas nas ações de segurança dos pacientes nas unidades de saúde.

33. WHO. Patient safety. Global action on patient safety. Report by the Director-General. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

34. SCHYVE, Paul. Patient rights and organization ethics: the Joint Commission perspective. Disponível em: http://practicalbioethics.org/files/members/documents/02_Schyve_BF_12_2.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

DIREITOS DE PREVENÇÃO	DIREITOS DE REPARAÇÃO
DIREITO À INFORMAÇÃO	DIREITO À QUEIXA – ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADOS
DIREITO DE PARTICIPAR DA TOMADA DE DECISÃO	DIREITO À REPARAÇÃO - PEDIDO DE DESCULPA, CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL E FÍSICA, COMPENSAÇÃO FINANCEIRA ADMINISTRATIVA.
DIREITO À SEGUNDA OPINIÃO	DIREITO À INFORMAÇÃO – COMUNICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS, QUE IMPLICA A SUA ESCUTA
DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO	DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO

4 | JUSTIÇA RETRIBUTIVA E JUSTIÇA RESTAURATIVA NOS CUIDADOS EM SAÚDE

4.1 Cultura justa e retributiva nos cuidados em saúde

Sob a perspectiva da Justiça Retributiva, quando ocorre um evento adverso, busca-se a pessoa responsável e tem-se um olhar pretérito para o que deu causa ao dano ao paciente. No início dos anos 2000, teve início um movimento de cultura de segurança na aviação que se espalhou para outras esferas, como nos cuidados em saúde, intitulada de “segurança do paciente”.³⁵ Assim, na segurança do paciente, construiu-se a abordagem da cultura justa, que busca “o equilíbrio entre responsabilização e segurança”³⁶. Conforme Reason e Marx, a cultura justa busca conciliar esses dois extremos³⁷. Segundo Heraghty, Rae e Dekker, a cultura justa vem sendo criticada com base em três pontos centrais: falha na compreensão da complexidade dos ambientes de trabalho; culpa, que é por si só um problema, causando danos psicológicos aos envolvidos no evento; e a visão da cultura justa como concebida na atualidade, a qual consiste em um mecanismo de Justiça Retributiva.³⁸ Portanto, a cultura justa continua sendo objeto de discussões teóricas.³⁹

35. DEKKER, Sidney. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. Miami: CRC Press, 2017.

36. DEKKER, Sidney. Uma conversa com... Sidney Dekker. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Uma%20conversa%20com%20Sidney%20Dekker.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

37. HERAGHTY, Derek; RAE, Andrew J.; DEKKER, Sidney. Managing accidents using retributive justice mechanisms: When the just culture policy gets done to you. *Safety Science*, v. 126, 2020.

38. HERAGHTY, Derek; RAE, Andrew J.; DEKKER, Sidney. Managing accidents using retributive justice mechanisms: When the just culture policy gets done to you. *Safety Science*, v. 126, 2020.

39. FARRELL, Anne-Maree; ALGHARANI, Amel; KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Manslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.

JUSTIÇA RETRIBUTIVA	JUSTIÇA RESTAURATIVA
QUAL REGRA FOI INFRINGIDA?	QUEM SOFREU O DANO?
QUEM VIOLOU AS REGRAS?	QUAIS SÃO AS NECESSIDADES DAS VÍTIMAS DO DANO?
O QUANTO É RUIM A AÇÃO E O QUE O AUTOR MERECE?	QUAIS SÃO AS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DAS NECESSIDADES DAS VÍTIMAS?

A cultura justa pode ser baseada na Justiça Retributiva ou na Justiça Restaurativa, que será objeto do tópico subsequente. A cultura justa fundada na Justiça Retributiva tem como foco central a punição do agente que violou a norma e a ideia de que, se ele causou um dano a alguém, também merece sofrer. Essa cultura justa tem se traduzido nas instituições de saúde como políticas *top-down*, que respondem às necessidades de provedores e de profissionais de saúde, mas não dos pacientes, pois marginalizam sua voz e a dos seus familiares e não adotam medidas reparatórias adequadas.⁴⁰

A Justiça Restaurativa se alicerça na ideia de que há o Sistema da abordagem sistêmica e o Sistema da Negligência⁴¹. O Sistema da abordagem sistêmica reconhece que o evento adverso é componente do cuidado em saúde. Logo, a resposta para tal evento é sistêmica, porquanto a punição individual não reduz futuros incidentes e não assegura um ambiente mais seguro, mas, ao contrário, incentiva que se escondam os eventos adversos. Segundo pesquisas na área, a má prática ou a negligência não é o comum⁴². A abordagem da cultura justa de base retributiva reconhece que mesmo os profissionais mais qualificados e diligentes cometem incidentes e que esses podem ser distinguidos em três categorias que envolvem níveis de voluntariedade e de negligência: evento adverso; comportamento de risco e ação imprudente⁴³. Com efeito, o evento adverso consiste numa falha inevitável, não intencional e imprevisível, não é uma escolha do agente, mas todos os seres humanos são passíveis de cometer erros; nos comportamentos de risco, o agente não apresenta a percepção do risco associado à escolha ou erroneamente acredita que o risco é insignificante ou justificado. Na ação imprudente, o agente conscientemente desconsidera o risco substancial e injustificado, estando ciente do risco tomado e da sua

40. FARRELL, Anne-Maree; ALGHARANI, Amel; KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Manslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.

41. SOHN, David H. Negligence, genuine error, and litigation. *International Journal of General Medicine*. 2013; 6, 49-56.

42. SOHN, David H. Negligence, genuine error, and litigation. *International Journal of General Medicine*. 2013; 6, 49-56.

43. DEKKER, Sidney; BREAKEY, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

importância.⁴⁴ Assim, sob a ótica da cultura justa e retributiva, a depender do evento, se evento adverso ou se ação imprudente ou negligente, por exemplo, a resposta a ser dada varia.⁴⁵

Essa cultura justa nos cuidados em saúde é marcada pela busca em harmonizar a responsabilização dos que são considerados culpados por imprudência ou negligência e a visão sistêmica do evento adverso. A cultura justa caracterizada pela Justiça Retributiva ao dano sofrido pelo paciente pressupõe que se trace uma linha divisória entre os eventos que devem ser punidos e aqueles que não devem, enfocando o passado, o agente do evento e as regras violadas. Contudo, segundo Dekker, essa linha é tênue e inapropriada para se adotar uma cultura efetivamente justa. Com efeito, a resposta da Justiça Retributiva confere ênfase a três perguntas: a) Qual regra foi violada? b) Quem praticou a violação? c) O quanto é maléfica a violação e o que o agente merece? Essa abordagem perpetua a visão centrada no ato do agente apartado das condições da sua prática, tais como as pressões locais, os hiatos sistemáticos no apoio e no treinamento dos profissionais, bem como as flutuações informacionais na instituição de saúde. Em consequência, tal abordagem impede que as organizações aprendam efetivamente com os eventos adversos.⁴⁶

Dekker critica essa perspectiva sistêmica da cultura justa e retributiva, pois, se o evento adverso é entendido como advindo de um sistema, “isso faz com que a responsabilidade judicial sobre as falhas seja transferida para a organização” e, a partir da perspectiva da organização e de seus líderes, se constrói o entendimento do que seja uma cultura justa, mesmo que não o seja para os colaboradores da organização. Assim, a organização se estrutura de modo a se blindar em relação aos prejuízos causados pelos erros sistêmicos, o que muitas vezes é feito em detrimento de uma efetiva cultura de segurança, porquanto “isso tende a calar as fontes de informações cruciais para a segurança, informações que desejamos obter com aqueles que se encontram nas posições mais baixas da hierarquia.”⁴⁷ Com efeito, Dekker assinala que “a cultura justa costuma ser enxergada como um mecanismo para que os funcionários sejam responsabilizados por seu papel na ocorrência de eventos adversos, mas de uma forma que não prejudique o fluxo de informações de segurança.”⁴⁸ Desse modo, a Justiça Retributiva instaura uma cultura organizacional que pode corroer a oportunidade de se reportarem questões de segurança do paciente sem medo de sofrer sanções.⁴⁹

44. INSTITUTE FOR SAFE MEDICATIONS PRACTICES. *The Differences Between Human Error, At-Risk Behaviour, and Reckless Behaviour Are Key to a Just Culture*. Disponível em: <https://ismp.org/resources/differences-between-human-error-risk-behavior-and-reckless-behavior-are-key-just-culture>. Acesso em: 05 ago. 2020.

45. DEKKER, Sidney. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. Miami: CRC Press, 2017.

46. HERAGHTY, Derek; RAE, Andrew J.; DEKKER, Sidney. Managing accidents using retributive justice mechanisms: When the just culture policy gets done to you. *Safety Science*, v. 126, 2020.

47. DEKKER, Sidney. Uma conversa com... Sidney Dekker. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Uma%20conversa%20com%20Sidney%20Dekker.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

48. DEKKER, Sidney. Uma conversa com... Sidney Dekker. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Uma%20conversa%20com%20Sidney%20Dekker.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

49. DEKKER, Sidney; BREAKEY, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and re-

Além disso, Dekker aponta que não há evidências científicas de que as organizações que implementaram a cultura justa baseada na retribuição melhoraram seu aprendizado sobre segurança nos cuidados em saúde.⁵⁰

4.2 Cultura justa e restaurativa nos cuidados em saúde

Retomando o Princípio da Solução Restaurativa de Conflitos, a Justiça Restaurativa apresenta suas formulações iniciais na esfera criminal, inspirando-se em práticas desenvolvidas na Austrália e na Nova Zelândia. No Brasil, Dominic Barter, por meio do emprego da Comunicação Não Violenta, construiu uma ferramenta potente de Justiça Restaurativa, denominada de “círculos restaurativos”. A Justiça Restaurativa se ocupa, em linhas gerais, de restaurar as conexões entre os envolvidos e a reparação do dano, em detrimento de uma abordagem focada na culpa e na busca por sancionar o agente que deu causa ao dano. Indo além da Justiça Restaurativa, os termos “Prática Restaurativa” ou “Abordagem Restaurativa” preconizam uma cultura restaurativa na qual os princípios e os valores conformadores da Justiça Restaurativa são os norteadores das condutas e das práticas de determinada comunidade. Desse modo, esses valores e princípios definem o *ethos* que informa as habilidades necessárias para se atuar de “modo restaurativo”.⁵¹

Os valores e princípios da Justiça Restaurativa identificados na literatura especializada são variados, além dos elencados neste artigo, quando se abordou o Princípio da Solução Restaurativa dos Conflitos. Hopkins aponta: abertura, autodeterminação, colaboração, flexibilidade, igualdade, não discriminação, não violência, justiça, respeito, empoderamento, confiança, honestidade, voluntariedade, cura, *accountability* geral e pessoal, inclusão e empatia.⁵² Com base no arcabouço teórico da Justiça Restaurativa, busca-se a construção de aportes para a noção de cultura restaurativa em dada instituição, organização ou ambiente de trabalho. Nessa linha, Dekker⁵³, Wailling⁵⁴, Todres⁵⁵, Farrell⁵⁶, McNeil⁵⁷ e outros vêm desenvolvendo estudos e projetos práticos que objetivam a aplicação da Justiça Restaurativa no âmbito dos cuidados em saúde e a promoção da cultura restaurativa em hospitais e similares.

storative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

50. DEKKER, Sidney; BREakey, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

51. HOPKINS, Belinda. From Restorative Justice to Restorative Culture. *Revista de Asistență Socială*, n. 4, p. 9-34, 2015.

52. HOPKINS, Belinda. From Restorative Justice to Restorative Culture. *Revista de Asistență Socială*, n. 4, p. 9-34, 2015.

53. DEKKER, Sidney. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. Miami: CRC Press, 2017.

54. WAILLING, Jo; MARSHALL, Chris; WILKINSON, Jill. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh. The Diana Unwin Chair in Restorative Justice, 2019.

55. TODRES, Jonathan. Toward Healing and Restoration for All: Reframing Medical Malpractice Reform. *Conn. L. Rev.*, v. 39, n. 667, 2006.

56. FARRELL, Anne-Maree; ALGHARANI, Amel; KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Manslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.

57. MCNEIL, Chris. Applying the Restorative Justice Model to Medical Malpractice. *National Judicial College*, 2006.

Dekker e Breakey, ao abordar a cultura restaurativa, diferenciam a justiça substantiva, da justiça procedimental e da Justiça Restaurativa. Quanto à justiça substantiva, essa se vincula à produção das normativas que balizam a conduta dos agentes e que definem os ilícitos. A legitimidade das normas está vinculada ao grau de participação dos agentes destinatários em seu processo de elaboração. A abordagem da Justiça Retributiva pressupõe a legitimidade das normas, desconsiderando a importância, para a sua observância, da participação dos afetados na sua produção. A justiça procedimental diz respeito à aplicação dessas normas quando acontece a sua violação, abarcando o agente responsável pela condução do processo em que se analisa a prática da infringência normativa. A Justiça Restaurativa objetiva restaurar os relacionamentos e lidar com os danos causados à vítima, envolvendo a comunidade.⁵⁸ O entendimento de quem seja a vítima é ampliado, pois considera vítima também a “segunda vítima”, ou seja, os profissionais de saúde envolvidos no ato que deu causa ao dano à primeira vítima.⁵⁹

Conforme a proposta de Dekker, a cultura restaurativa aplicada aos danos decorrentes dos eventos adversos que ocorrem nos cuidados em saúde se fundamenta em três indagações: a) Quem sofreu o dano? b) Quais são as necessidades da vítima do dano? c) De quem são as obrigações decorrentes do atendimento das necessidades das vítimas do dano? Wailling, Marshall e Wilkinson acrescentam uma quarta pergunta ao modelo de Dekker: d) Como podemos prevenir que o dano aconteça novamente?⁶⁰ A cultura restaurativa tem como escopo ofertar cura ao sofrimento decorrente do dano.⁶¹ A cultura restaurativa parte do pressuposto de que o dano cria necessidades para as vítimas e essas acarretam obrigações. Em determinadas situações, a segunda vítima deverá atender às necessidades da primeira vítima, assim como as organizações, que também têm obrigações em relação à segunda vítima.⁶²

Na abordagem da cultura restaurativa e justa, há maior probabilidade de o paciente ser informado adequadamente sobre o que aconteceu e de o profissional envolvido admitir seu evento adverso. Assim, esse novo modelo objetiva conferir apoio à vítima e aos seus familiares, considerando os impactos psicológicos do ato, colocando-os como centrais no processo de apuração dos fatos, quando for necessário.⁶³ Nesse sentido, a cultura restaurativa, uma vez adotada, permite que as leis de pedido de desculpa sejam incorporadas às instituições de forma mais efetiva e com melhores resultados para o

58. DEKKER, Sidney; BREAKEY, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

59. DEKKER, Sidney; BREAKEY, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

60. WAILLING, Jo; MARSHALL, Chris; WILKINSON, Jill. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh. The Diana Unwin Chair in Restorative Justice, 2019.

61. DEKKER, Sidney. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. Miami: CRC Press, 2017.

62. DEKKER, Sidney; BREAKEY, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

63. FARRELL, Anne-Maree; ALGHARANI, Amel; KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Manslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.

profissional e para a vítima.⁶⁴



O desenho e a implementação das práticas restaurativas são sempre voluntários, pois as pessoas participam se quiserem, bem como implicam a adoção de metodologias que mitiguem a assimetria de poder entre as partes envolvidas e a sua condução por facilitadores capacitados.⁶⁵ Essas práticas restaurativas facilitam encontros pessoais após a ocorrência de incidentes com danos ou conflitos.

64. MCNEIL, Chris. Applying the Restorative Justice Model to Medical Malpractice. *National Judicial College*, 2006.

65. FARRELL, Anne-Maree; ALGHARANI, Amel; KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Manslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.



5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo do litígio adversarial não atende às necessidades dos pacientes e é inefetivo para a prevenção de danos nos cuidados em saúde - há a necessidade urgente de reformular o tradicional sistema de litigância no Brasil. O modelo do Direito do Paciente fundamentado na Justiça Restaurativa apresenta cinco objetivos, quais sejam: a) Reparar integralmente os danos ocasionados ao paciente b) Prevenir futuros eventos adversos assistenciais d) Instaurar uma cultura organizacional saudável para os profissionais de saúde e) Restaurar a conexão entre as partes envolvidas e a confiança nos profissionais de saúde.⁶⁶ Ademais, o referido modelo contribui diretamente no restabelecimento da confiança entre o profissional de saúde e o paciente, bem como no aprendizado organizacional e na prevenção de que novos eventos adversos venham a ocorrer.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Gina Baral; HEBLING, Mary Jo; SMULL, Beth. *Proactive restorative practices: creating the conditions for individuals and communities to flourish*. Disponível em: https://www.iirp.edu/images/conf_downloads/FoqHEZ_Proactive_RP_Creating_the_Conditions_for_Individuals_and_Communities_to_Flourish.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. *Patient Centred-Care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers*. Disponível em: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCC_Paper_August.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

BARTTLET, Bruce. *Legal Epidemiology and the Correlation of Patient Safety, Deterrence, and Defensive Medicine*. SSRN, 2017.

CATINO, Maurizio. Blame culture and defensive medicine. *Cognition Technology and Work*, v. 11, n. 4, p.245-253, 2009.

66. ALBUQUERQUE, Aline. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI, 2020.

COMITE DE DERECHOS HUMANOS. *Observación general núm. 36*. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/G1926118.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

DEKKER, Sidney. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*. Miami: CRC Press, 2017.

DEKKER, Sidney. Uma conversa com... Sidney Dekker. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Uma%20conversa%20com%20Sidney%20Dekker.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

DEKKER, Sidney; BREakey, Hugh. 'Just Culture': Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, v. 85, p.187-193, 2016.

FARIA, Paula Lobato; MOREIRA, Pedro Sá; PINTO, Laura Souza. Direito e segurança do paciente. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014, p. 115-137.

FARRELL, Anne-Maree; ALGHARANI, Amel; KAZARIAN, Melinee. Gross Negligence Manslaughter in Healthcare: Time for a Restorative Justice Approach? *Medical Law Review*, 2020.

GUILLOD, Olivier. Medical error disclosure and patient safety: legal aspects. *Journal of Public Health Research*. 2013: 2 e 311.

HALLISY, Julia. *The Empowered Patient*. São Francisco: Bold Spirit, 2008.

HARRISON, Reema et al. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 28, n. 2, p. 240-245, 2016.

HOPKINS, Belinda. From Restorative Justice to Restorative Culture. *Revista de Asistență Socială*, n. 4, p. 9-34, 2015.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATIONS PRACTICES. *The Differences Between Human Error, At-Risk Behaviour, and Reckless Behaviour Are Key to a Just Culture*. Disponível em: <https://ismp.org/resources/differences-between-human-error-risk-behavior-and-reckless-behavior-are-key-just-culture>. Acesso em: 05 ago. 2020.

KAUR, Mannat et al. Restorative Just Culture: a Study of the Practical and Economic Effects of Implementing Restorative Justice in an NHS Trust, *MATEC Web of Conferences*, v. 273, n.3, p. 01007, 2018.

LYUBANSKY, Mikhail; BARTER, Dominic. Restorative Justice in Schools: Theory, Implementation, and Realistic Expectations. *The Psychology of Peace Promotion*, p. 309-328, 2019.

MCNEIL, Chris. Applying the Restorative Justice Model to Medical Malpractice. *National Judicial College*, 2006.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 11, 2019.

SCHYVE, Paul. *Patient rights and organization ethics: the Joint Commission perspective*. Disponível em: http://practicalbioethics.org/files/members/documents/02_Schyve_BF_12_2.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

SHALE, Suzanne. *Rebuilding Trust after Patient Harm*. Disponível em: <https://www.clearer-thinking.co.uk/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SOHN, David H. Negligence, genuine error, and litigation. *International Journal of General Medicine*. 2013: 6, 49-56.

TODRES, Jonathan. Toward Healing and Restoration for All: Reframing Medical Malpractice Reform. *Conn. L. Rev.*, v. 39, n. 667, 2006.

WACHTER, Robert M. *Understanding Patient Safety*. Nova Iorque: McGraw-Hill, 2012.

WAILLING, Jo; MARSHALL, Chris; WILKINSON, Jill. *Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh*. The Diana Unwin Chair in Restorative Justice, 2019.

WHO. *Patient Safety*. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 04 ago. 2020.

ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: justiça restaurativa para o nosso tempo*. São Paulo: Palas Atenas, 2008.

SOBRE A ORGANIZADORA

ALINE ALBUQUERQUE - Pesquisadora Visitante no Instituto Bonavero de Direitos Humanos da Universidade de Oxford. Pós-Doutorado na Universidade de Essex. Professora da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Advogada da União. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente (IBDPAC). Coordenadora-Geral do Observatório Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB Autora de livros: Manual de Direito do Paciente, Direitos Humanos dos Pacientes e outros. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0059746882420074>

SOBRE OS AUTORES

ANDREA NOGUEIRA ARAÚJO - Médica pediatra pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Bioética e Filosofia pela Universidade de Brasília e Cuidados Paliativos Pediátricos pelo Hospital Sírio-Libanês. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Mestre em Ciências da Reabilitação pela Rede SARAH. Doutoranda em Bioética pela Universidade do Porto. Atuação em gestão, assistência e ensino no SUS, na atenção especializada, domiciliar e preceptoria de residência médica em Pediatria pelo Hospital Regional de Ceilândia. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9713107634227947>

ANNIK PERSIJN - Graduação em Fisioterapia e Direito. Ex-aluna de Bioética Clínica pela RedLatinoamericana e do Caribe de Bioética da UNESCO. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Membro da Comissão de Bioética, Biodireito e Saúde da subseção de Taguatinga, OAB-DF. Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3205536794937320>

IRENE FULGÊNCIO - Graduada em Enfermagem e Direito. Especialista em Bioética Clínica pela Redbioética da UNESCO. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Diretora de Projetos do Instituto Brasileiro do Paciente (IBDPAC). Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3028582276545777>

ISIS LAYNNE DE OLIVEIRA MACHADO - Graduação em Direito pelo Instituto de Educação Superior de Brasília. Mestre em Bioética pela Universidade de Brasília – UnB. Vice-presidente da Comissão de Bioética da OAB/DF. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília - UnB. Membro da equipe de Gestão de CEP e do núcleo de apuração de irregularidades/denúncias na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), pela OPAS/OMS, com atuação voltada ao direito e à ética em pesquisa com seres humanos. Atuação principal nos temas: Bioética e Direito. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8360244509401844>

JULIANA MIRANDA CERQUEIRA - Graduação em Comunicação Social com habilitação em Publicidade e Propaganda pelo Centro Universitário de Belo Horizonte e especialização em Novas Tecnologias da Comunicação. Graduação em Direito pela mesma instituição. Aluna especial de Bioética na UnB. Disciplinas: Bioética, Justiça e Direitos Humanos; Saúde, Ética e Ambiente. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Prestadora de serviços técnicos especializados na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Produção de Conteúdo e Conhecimento. Planejamento e gestão dos canais oficiais Ética em Pesquisa. Assessora responsável e membro da equipe editorial dos Cadernos de Ética em Pesquisa, a revista científica da Conep. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7133334558051723>

LUCIANA BARBOSA MUSSE - Doutora e Mestre em Direito. Graduada em Psicologia e Direito. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Advogada com atuação na área de Direito das Famílias. Professora Universitária. Pesquisadora. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9787779004343257>

MARIANA LIMA MENEGAZ - Diretora de Projetos do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente (IBDPAC). Doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Direito pela UNESP. Advogada. Membro do Observatório Direitos dos Pacientes, do Programa de Pós-graduação em Bioética da UnB. Pós-graduada em Processo Civil e Argumentação Jurídica pela PUC-Minas. Mediadora e Conciliadora extrajudicial e judicial. Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro da Comissão de Mediação do IBDFAM-DF. Membro da Comissão de Bioética do IBDFAM-DF. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3299079550353723>

MEIRIANY ARRUDA LIMA - Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Mestra em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Observatório dos Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Advogada. Especialista em Direito Sanitário e Direito Público. Participante dos grupos de pesquisa Justiça de Transição do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília. Membro do Observatório dos Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8386798642270020>

NELMA MARIA DE OLIVEIRA MELGAÇO - Advogada Formação em Bioética Clínica pela RedLatinoamericana e do Caribe de Bioética da UNESCO. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente (IBDPAC). Mestranda em Bioética pela Universidade de Brasília - UnB. Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Membro do Comitê de Bioética Hospitalar do Hospital de Apoio de Brasília/SES-DF. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4084981512196781>

RENATO SANTOS GONÇALVES - Doutorando em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Membro do Observatório de Direitos dos Pacientes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e da Cátedra UNESCO de Bioética da UnB. Graduação em Direito pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Especialista em Direito Público pela Escola Paulista de Direito. Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Professor Assistente de Direito Processual Penal e Prática Penal na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Campus Governador Valadares, além de orientador do Núcleo de Práticas Jurídicas, membro do Centro de Referência em Direitos Humanos, na mesma instituição. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8281145781019397>

BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

BIOÉTICA E JUSTIÇA RESTAURATIVA

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br