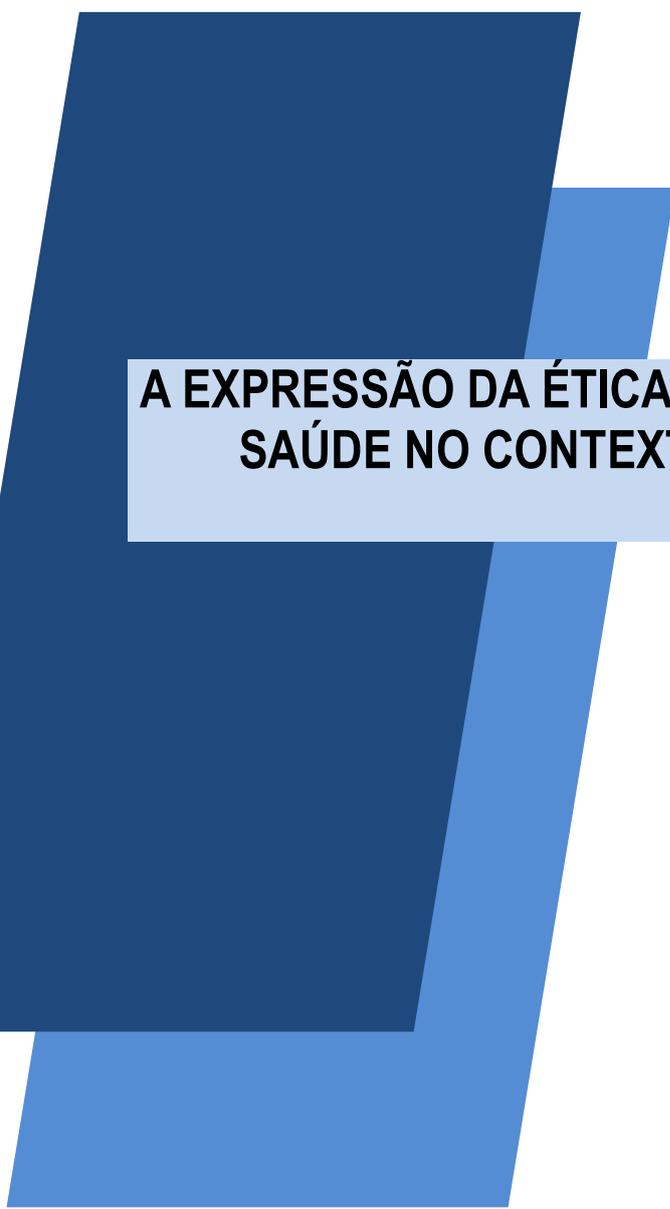


UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

LIVIA COZER MONTENEGRO



**A EXPRESSÃO DA ÉTICA NAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA  
SAÚDE NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR**

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2014

LÍVIA COZER MONTENEGRO

# **A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2014

Montenegro, Livia Cozer.  
M777e A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar [manuscrito]. / Livia Cozer Montenegro. - - Belo Horizonte: 2014.  
136f.: il.  
Orientadora: Maria José Menezes Brito.  
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Ética Profissional. 2. Prática Profissional. 3. Pessoal de Saúde. 4. Unidades Hospitalares. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 85

# *Dedicatória*

---

*Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras que no cotidiano de trabalho, independente, das suas condições físicas, psíquicas e emocionais são protagonistas do cuidado em hospitais 24 horas por dia ininterruptamente...*

---

# Agradecimentos

Aos meus amáveis protetores, **Deus** a quem agradeço por intercessão de **Nossa Senhora do Perpétuo Socorro** e **São José Maria Escrivá** todos os dias da minha vida pelas bênçãos recebidas nesta jornada.

A minha família que mesmo há 1000 km de distância vivenciou todo o processo de formação incansavelmente ao meu lado. Obrigada pelo apoio e paciência nos momentos em quais não pude estar presente. Não posso deixar de agradecer a minha família mineira, em especial, a **Maria Aparecida Marçal Pimenta** que muitas vezes assumiu minha casa nos momentos de ausência.

Ao meu marido **Adriano Marçal Pimenta** pelo exemplo de profissional e pai que com seu jeito simples me inspira e me ensina que o maior sucesso é ter uma família feliz.

Ao meu coração **Ana Clara** e a minha estrela **Maria Cecília** por compreenderem as minhas dificuldades, mesmo sem perceber que, muitas vezes, eu estava em pedaços. Vocês são a minha razão.

A minha grande amiga, orientadora, cúmplice e conselheira, **Maria José Menezes Brito** que me permitiu entrar em sua vida e me ofereceu uma relação de carinho e companheirismo desde o primeiro dia que eu me apresentei com um mero currículo embaixo dos braços. No meu íntimo está a certeza de que você me proporcionou viver intensamente a vida acadêmica ao ponto de muitas vezes perder a identidade de aluno e responder em nome da universidade.

A minha mais recente amiga, a qual sem ela esta conquista jamais seria possível **Cibelle Ruth Ferreira**.

Ao **Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem**, por se concretizar em um espaço de discussão, aprendizado e fundamentalmente amizade. Obrigada a todos que participam do Núcleo e as minhas amigas anjas Marcela, Hanna, Dani, Dani, Helen, Cecília, Samara, Tereza, Thays e Gelmar (inesquecíveis).

As minhas amigas Mineiras que eu considero mais que anjas, são irmãs com as quais tenho prazer de trabalhar, conversar, festejar e principalmente dividir minhas alegrias e tristezas: Carol, Lilian, Bia e Heloisa. Obrigada pela parceria e carinho.

A **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, pela acolhida nesta trajetória e por depositar confiança em meu trabalho. Neste, um agradecimento especial aos funcionários que sempre me atenderam e me receberam com alegria: Ednaldo, Cristina, Lilian, Mateus, Seu Marcos, Kátia, Vânia, Lucilene, Grazielle, As meninas dos serviços gerais, Marreco, Marcinho, Luís, Fernanda, Maciel, Fernando e todos aqueles que por ventura eu me esquecer. Vocês fazem a Escola melhor!

Aos **professores** que acompanharam todas as fases da minha formação, nos quais me inspiro e os imito seja na dimensão pessoal ou profissional: Marília Alves, Claudia Penna, Ritinha, Flávia, Kleide, Roseni, Tânia, Zídia, Selme, Sonia, Salette, Anette, Kênia, Francisco, Gilberto, Andréia, Adriana, Aline, Carla, Amanda, Elysangela, Mark, Lúcio, Meiriele, Isabela, Fátima, Brant, Allana, Mariana, e Bruna.

La escuela de enfermería de la Universidad de Navarra, por el cariño y la acogida. Además por la enseñanza y los amigos que se quedarán siempre en mi corazón. No puedo dejar de decir a la decana de la escuela Prof. **Dra. María Isabel Saracibar Rasquín** que usted fué una sorpresa feliz que encontré en el camino de la vida. Usted cambió mis valores con su presencia.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de nível superior e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio e confiança no meu trabalho desde a graduação.

Ao **Centro Cultural Farol**, pelo apoio, orações e amizades para toda vida.

## **Resumo**

MONTENEGRO, L.C. A expressão da ética na prática de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar. 2014. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

No atual contexto de transformações caracterizado pelo fenômeno da globalização, a sociedade tem experienciado novas maneiras de viver, advindas de processos tecnológicos, as quais apontam para um endeusamento aos aspectos materiais, individuais e virtuais em detrimento de relações pessoais mais humanas e solidárias. As transformações sociais têm evoluído de tal maneira, que tem propiciado aos indivíduos a construção de relações humanas mais autônomas e globais nas quais prevalecem comportamentos individualistas, de indiferença para com o outro e de banalização dos valores morais, alimentando uma crise de ordem moral na humanidade. No setor saúde, a preocupação com o sentimento de indiferença que permeia as relações sociais torna-se ainda mais relevante, uma vez que a área da saúde tem como característica um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização e se efetivam por meio de um trabalho vivo em ato e em um processo de relações constantes. A fim de compreender como a ética se expressa nas práticas de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar, realizou-se uma pesquisa qualitativa, fundamentada na epistemologia pós-estruturalista com 30 sujeitos de diferentes categorias profissionais. A pesquisa ocorreu em todas as unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital de ensino da capital mineira no período de dezembro de 2012 a abril de 2013. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas, orientada por um roteiro semiestruturado e associada à técnica projetiva. Os dados foram analisados por meio da análise textual discursiva que vem se revelando como uma técnica que tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos. Essas compreensões têm seu ponto de partida na linguagem e nos sentidos que por ela pode ser instituídos com a valorização dos contextos e movimentos históricos em que os sentidos se constituem. Como resultados foi possível identificar cinco dimensões pelas quais a ética se expressa: a ética como produto da existência humana; expressões e impressões do conceito de ética na constituição do ser profissional de saúde; a expressão da ética no contexto da saúde e do hospital: a necessidade do outro; a expressão da ética nas práticas cotidianas de profissionais de saúde: a centralidade das relações humanas; problemas éticos que se apresentam na prática cotidiana de profissionais de saúde; e a expressão da ética na tomada de decisão de profissionais de saúde. Os resultados apontaram que embora os profissionais de saúde apresentem sentimentos de cuidado, zelo e preocupação com o outro, na prática, a ética é desconstruída, tornando suas relações estressantes e aparentemente satisfatórias. Cada profissional valoriza como fundamento da ética sua própria singularidade e, diante das incertezas, apoiam suas decisões nos conceitos apreendidos no seio familiar. Na prática, a ética é influenciada pelo trabalho coletivo, no qual a trama de relações de poder e o jogo de vaidades do capital intelectual ocultam sua expressão. A ética na prática, portanto, torna-se um conceito volátil, abrigado no imaginário dos profissionais. Conclui-se que, para os profissionais deste estudo, a ética é visualizada em duas perspectivas: a primeira diz respeito a um conceito relacionado à vida cotidiana, que representa o ser humano profissional no qual a ética é singular, real, concreta, onipresente e dinâmica. E a segunda relaciona-se ao trabalho, representando o profissional na sua ação, na qual a ética é abstrata, invisível e estática.

Palavras Chaves: Enfermagem, Ética profissional, Prática profissional, Pessoal de saúde.

## **Resumen**

MONTENEGRO, L.C. La expresión de la ética en la práctica de los profesionales de salud de las unidades hospitalarias 2014. 146 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

En el contexto actual de transformaciones que se caracterizan por la globalización, la sociedad ha experimentado nuevas formas de vida como resultado de los procesos tecnológicos que apuntan a una deificación de materiales, aspectos individuales y virtuales en detrimento de las relaciones personales humanas y solidarias. Los cambios sociales han evolucionado de tal manera que ha permitido a las personas construir relaciones más autónomas y globales en las cuales prevalecen el comportamiento individualista, de indiferencia a la otra y la trivialización de los valores morales que alimentan una crisis de orden moral en la humanidad. En el sector de la salud, la preocupación por los sentimientos de indiferencia que prevalecen en las relaciones sociales se hace aún más relevante, ya que la salud se caracteriza por el trabajo de la esfera no material de la producción, que se completa en el momento de su finalización y se llevan a cabo por medio de un acto en vivo y trabajar en un proceso de relaciones constantes. Para entender cómo la ética se expresa en la práctica de los profesionales de la salud en el contexto de las unidades hospitalarias, se realizó una investigación cualitativa basada en la epistemología post-estructuralista con 30 individuos de diferentes categorías profesionales. La investigación fue hecha en todas las unidades de hospitalización de clínica médica y quirúrgica de un hospital universitario de la capital del estado de Minas Gerais, durante el período de diciembre 2012 al abril 2013. La recogida de datos se realizó a través de entrevistas grabadas, usando un guion semiestructurado y asociada a la técnica proyectiva. Los datos fueron analizados por medio de análisis textual discursivo que se ha revelado como una técnica que tiende a valorar los elementos subjetivos, siempre en la dirección de la búsqueda de múltiples interpretaciones de los fenómenos. Estas interpretaciones tienen su punto de partida en el lenguaje y en la sensación de que se puede establecer con la apreciación de los contextos y de los movimientos históricos en los que los sentidos se constituyen. Como resultado, fue posible identificar cinco dimensiones por las cuales la ética se expresa: la ética como el producto de la existencia humana; expresiones e impresiones del concepto de la ética en la constitución de ser un profesional de la salud, la expresión de la ética en el contexto de la salud y el hospital: la necesidad de los demás; expresión de la ética en las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud: la importancia de las relaciones humanas; los problemas éticos que surgen en la práctica diaria de los profesionales sanitarios; y la expresión de la toma de decisiones éticas de los profesionales de la salud. Los resultados mostraron que, aun que los profesionales de salud presenten sentimientos de cuidado, diligencia y preocupación por los demás, en la práctica la ética es deconstruida, haciendo sus relaciones estresantes y aparentemente satisfactorias. Cada profesional valora como el fundamento de la ética su propia singularidad y frente a las incertidumbres, apoyan sus decisiones con los conceptos aprendidos en la familia. En la práctica, la ética es influenciada por el trabajo colectivo en el que la red de relaciones de poder y el juego de vanidades del capital intelectual ocultan sus expresiones. Por lo tanto, la ética en la práctica se convierte en un concepto volátil, alojada en lo imaginario de los profesionales. Llegamos a la conclusión de que, en este estudio, la ética profesional es vista desde dos perspectivas: la primera se refiere a un concepto relacionado con la vida cotidiana, que representa el ser humano profesional, en el que la ética es singular, real, concreta, omnipresente y dinámica. Y la segunda se relaciona con el trabajo, representando el profesional en su acción, en el que la ética es abstracta, invisible y estática.

Palabras Claves: Enfermería, Ética profesional, Práctica profesional, Personal de salud.

## **Abstract**

MONTENEGRO, L.C. The expression of ethics in the practice of health professionals in the hospital, 2014. 146 f. (Doctorate in Health and Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

In the current context of transformations characterized by globalization, the society has experienced new ways of living, resulting from technological processes, which point to a deification of materials, individual and virtual aspects at the expense of humane and supportive personal relationships. Social changes have evolved in such a way that has allowed individuals to build more autonomous and global human relations which domain individualistic behavior, of indifference to the other and trivialization of moral values, fueling a crisis of moral order in humanity. In the health sector, the concern with feelings of indifference that pervades social relations becomes even more relevant, since health is characterized as a work of non-material sphere of production, which is completed at the time of its completion and is accomplished by means of a live act and work in a process of constant relations. In order to understand how ethics is expressed in the practice of health professionals in the context of hospital units, we carried out a qualitative research based on poststructuralist epistemology with 30 individuals from different professional categories. The search occurred in all inpatient units of medical and surgical clinic of a teaching hospital in the capital of Minas Gerais State, during the period from December 2012 to April 2013. Data collection was performed through recorded interviews, guided by a semistructured script and associated with projective technique. Data were analyzed by means of discursive textual analysis that has been revealed as a technique that tends to value subjective elements, always in the direction of the search for multiple understandings of the phenomena. These understandings have their starting point in language and in a sense that it can be established with the appreciation of the contexts and historical movements in which the senses are done. As a result, it was possible to identify five dimensions by which ethics is expressed: ethics as the product of human existence; expressions and impressions of the concept of ethics in the constitution of being a health professional; the expression of ethics in the context of health and hospital: a needs of others; expression of ethics in everyday practices of health professionals: the centrality of human relationships; ethical problems that arise in everyday practice of health professionals; and the expression of the ethical in decision of health professionals. The results showed that although health professionals present feelings of care, diligence and concern for each other, in practice the ethics is deconstructed, making their relationships very stressful and apparently satisfactory. Each professional values as the foundation of ethics its own uniqueness, and in the face of uncertainties, supports its decisions on concepts learned in the family. In practice, ethics is influenced by the collective work in which the web of power relationships and vanities game of intellectual capital hide its expression. Practical ethics, thus, becomes a volatile concept in the minds of professionals. We conclude that, for the professional of this study, ethics is viewed from two perspectives: the first concerns a concept related to everyday life, which represents the human professional being whose ethics is unique, real, concrete, omnipresent and dynamic. And the second relates to the job of representing the professional in its action, in which ethics is abstract, invisible and static.

Keywords: Nursing; Ethics, Professional; Professional Practice; Health Personnel.

## ***Lista de Tabelas***

Tabela 1- Apresentação sistematizada dos sujeitos do estudo, Belo Horizonte, 2014.

***P. 51***

## ***Lista de Ilustrações***

Figura 1- Representação do processo global de análise dos dados, Belo Horizonte, 2014. **P. 56**

## ***Lista de Abreviaturas e Siglas***

ATD - Análise Textual Discursiva

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FUNDEP - Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PRO-SAUDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES-MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## **Sumário**

Capítulo 1 .....	17
<b>1. Contextualizando a problemática do estudo</b> .....	18
Capítulo 2 .....	25
<b>2. Concepções teóricas do estudo</b> .....	26
2.1 O Contexto histórico e filosófico da ética .....	26
2.2 A ética como expressão do sujeito/Ser humano .....	32
2.3 A complexidade da ética como exigência subjetiva .....	34
2.4 A ética na prática cotidiana de profissionais de saúde .....	36
2.5 O hospital como lócus de expressão da ética .....	41
Capítulo 3 .....	46
<b>3. Dimensão epistemológica e metodológica do estudo</b> .....	46
3.1 A abordagem metodológica .....	50
3.2 O Campo de análise .....	52
3.2.1 A instituição .....	52
3.2.2 As unidades de Internação .....	54
3.3 Sujeitos do estudo .....	55
3.4 Captação da realidade empírica .....	57
3.5 Análise dos dados .....	59
3.6 Aspectos éticos .....	62
Capítulo 4 .....	65
<b>4. O Processo auto-organizado: Apresentação e discussão dos resultados</b> .....	65
4.1 A ética como produto da existência humana: expressões e impressões do conceito de ética na constituição do profissional de saúde .....	66
4.2 A expressão da ética no contexto da saúde e do hospital: a necessidade do outro .....	73
4.3 A expressão da ética nas práticas cotidianas de profissionais de saúde: a centralidade das relações humanas .....	82
4.4 Problemas éticos que se apresentam na prática cotidiana de profissionais de saúde .....	90
4.4.1 Problemas éticos decorrentes do trabalho interdisciplinar .....	91
4.4.2 Problemas éticos identificados nas práticas dos colegas de trabalho .....	93
4.4.3 A exposição dos casos dos pacientes: sigilos e preconceitos .....	95
4.4.4 Problemas éticos identificados na relação profissional-paciente: da discriminação à hegemonia médica .....	97
4.5 A expressão da ética na tomada de decisão de profissionais de saúde .....	101
4.5.1 Respeito ao ser humano .....	102
4.5.2 Tutela no trabalho: as normas e limites da profissão .....	103
4.5.3 A sensibilidade diante da vulnerabilidade do outro .....	106
4.5.4 A expressão da ética por meio do conhecimento: entre o científico e o empírico .....	108
Capítulo 5 .....	111
<b>5. Percepções necessárias – A técnica projetiva</b> .....	111
<b>Considerações Finais</b> .....	118
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	122
Apêndice A - Roteiro de entrevista .....	135
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	137
Apêndice C – Análise Textual Discursiva .....	138
Anexo A – Aprovação Câmara Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG .....	143
Anexo B – Aprovação NEPE - Hospital .....	145
Anexo C – Aprovação COEP - UFMG .....	146

# *Apresentação*

## ***A*presentação**

“Tudo que fizer de útil e bom retornará na hora certa em forma de benefícios. É muito melhor o amanhã para quem confia nele, desde hoje” (Autor Desconhecido).

Embora referências sobre o tema da ética remontem da Grécia Antiga, a franca evolução das sociedades e a procura constante do equilíbrio entre o bem individual e o bem coletivo tem demonstrado que a ética constitui um importante campo de estudo nos dias atuais, especificamente para área da saúde.

No atual contexto de transformações caracterizado pelo fenômeno da globalização a sociedade tem experienciado novas maneiras de viver, advindas de processos tecnológicos, as quais apontam para um endeusamento de aspectos materiais, individuais e virtuais em detrimento, de relações pessoais mais humanas e solidárias.

O endeusamento às inovações tecnológicas tem propiciado aos indivíduos a construção de relações humanas mais autônomas e globais nas quais prevalecem comportamentos individualistas, de indiferença para com o outro e de banalização dos valores morais alimentando uma crise de ordem moral na Humanidade (NALINI, 2009).

Algumas experiências vivenciadas durante minha prática profissional me fizeram refletir sobre alguns atos e descasos que parecem situar os profissionais em um mundo virtual mesmo durante as atividades que requerem aproximações face a face. A contribuição inevitável desta vivência me inspirou a adentrar em um mundo de relações no qual a ética se tornou um conceito onipresente.

Sabe-se que as relações, no contexto da prática de profissionais da saúde, envolvem muito mais do que um simples comportamento consonante com leis e regras de condutas. Envolve a subjetividade e as singularidades de um ser que no encontro com o outro experimenta um processo de várias mortes inseridas em um espaço cujos corpos se tocam de maneira intimista.

Entendendo a proximidade das relações neste contexto foi necessária, para a construção desta tese, uma imersão nos conhecimentos produzidos pelos estudos de antropologia e filosofia, os quais jamais foram apreendidos por mim em outro nível de formação. Embora o interesse pelo universo da ética exija um aprofundamento teórico livre de pré-conceitos, cabe salientar que o conhecimento sobre este tema foi interpretado da perspectiva de uma enfermeira, a qual em qualquer posição que estivesse apresenta limitações para falar em nome das outras categorias de profissionais de saúde. Portanto, considerou-se, neste estudo, a prática de profissionais, do ponto de vista, da coletividade e das relações que o trabalho em saúde produz no contexto hospitalar.

Estudar a ética na prática de profissionais de saúde nos levou a refletir sobre uma prática obrigatoriamente relacional, na qual cada ser tem impacto na vida do outro. Ao longo desta trajetória, foi possível perceber que as práticas cotidianas em saúde integram os elementos próprios da conduta humana no espaço profissional. São por meio delas que nos deparamos com a finalidade e o sentido da vida humana, obrigações e deveres; e nos posicionamos acerca do bem e do mal (BUB, 2005). É nessa prática que, cotidianamente, nos é imposto decidir como devemos viver nossa vida, em relação a nós mesmos e em relação aos outros; e como devemos ser na condição de profissionais de saúde.

Dessa maneira conduzimos à organização desta pesquisa apoiadas no entendimento da ética como o estudo da conduta humana, ou seja, como saber racional com reflexão crítica sobre a ação e a vida moral dos profissionais de saúde em suas múltiplas dimensões (CABRERA, 2008; BACKES, LUNARDI e LUNARDI FILHO, 2006). Entendemos como conduta humana o modo de ser e agir intencionalmente tendo como resultado a modificação de determinada realidade, na qual o autor é responsável pelos seus atos (RICOUER, 1990). Cabe salientar que não foi intenção deste trabalho, avaliar, se as ações profissionais são corretas ou não, mas sim, interpretar, discutir, problematizar e investigar como a ética se expressa nas práticas de profissionais de saúde em hospitais.

Apoiadas em Foucault vislumbramos a ética como um exercício de constituição de si mesmo, para além de um julgamento moral (FOUCAULT, 2004). O conceito de ética, neste sentido, aproxima-se do conceito de moral por ser a relação de si para consigo mesmo, a maneira como constitui a si mesmo, como um sujeito moral de suas próprias ações, as quais são mediadas por princípios, valores, aspectos culturais e contextuais. O desafiante estudo de Foucault expressa à ética do ponto de vista dos processos de subjetivação, da constituição de um *ethos*, ou de um modo de ser, que torna o indivíduo um sujeito, por meio do trabalho moral realizado sobre si (FOUCAULT, 2004).

Assim, iluminadas pela teoria pós-estruturalista entendemos que o modo de ser se fundamenta ao mesmo tempo por instâncias individuais, coletivas e institucionais com base em princípios alimentados pelos processos de socialização que auxiliam o sujeito na condução das suas práticas de acordo com aquilo que lhe diz sua consciência. Dessa maneira, os profissionais constroem-se e reconstróem-se o seu modo de ser profissional por meio das vivências e relações estabelecidas com os pares, com os demais trabalhadores da equipe, e com os pacientes.

Frente a essas reflexões, protagonizamos uma complexa rede de sentimentos que fazem parte do universo da prática profissional em saúde. Com isso não pretendemos apresentar conclusões ou sínteses definitivas, apenas um olhar que, por ser temporal, é limitado.

Esta tese está, portanto, organizada em cinco capítulos. No Capítulo 1, apresenta-se a problematização em torno do objeto de pesquisa, que, por ser complexo e multidimensional, foi necessário apontar os principais conceitos que orientam a construção deste trabalho.

No Capítulo 2, apresentam-se as concepções teóricas que sustentam o objeto de estudo. Na primeira parte do capítulo, descreve-se o contexto histórico e filosófico da ética desde a Grécia antiga aos dias atuais. Nas partes subsequentes do capítulo discute-se a complexidade da ética com elemento próprio do ser humano e as relações da ética com as práticas de profissionais em hospitais.

No Capítulo 3, situa-se a dimensão epistemológica e metodológica do estudo que permitiram compreender a realidade empírica. Neste capítulo é descrito as bases da filosofia pós-estruturalista, os pressupostos da pesquisa qualitativa e os procedimentos de captação e análise da realidade no cenário escolhido.

O Capítulo 4 consiste na apresentação dos resultados e das discussões que revelam a expressão da ética nas práticas de profissionais de saúde em cinco dimensões: A ética como produto da existência humana: expressões e impressões do conceito de ética na constituição do profissional de saúde; A expressão da ética no contexto da saúde e do hospital: a necessidade do outro; A expressão da ética nas práticas cotidianas de profissionais de saúde: a centralidade das relações humanas; Problemas éticos que se apresentam na prática cotidiana de profissionais de saúde; A expressão da ética na tomada de decisão de profissionais de saúde. Essas dimensões são analisadas, neste capítulo, e apresentadas contemplando os trechos dos discursos dos profissionais.

No Capítulo 5 apresentam-se as análises dos conteúdos das gravações sobre as representações gráficas realizadas pelos profissionais de saúde. Estas representações foram destacadas em virtude da importância atribuída para a compreensão dos fundamentos da ética na prática profissional.

Por fim, conclui a tese apresentando uma síntese dos resultados e destacando os principais achados e limitações. Também se esclarece as contribuições deste estudo nas vertentes: ensino, pesquisa e prática profissional.

# *Capítulo 1*

*Contextualizando a problemática do  
estudo*

## Capítulo 1

### 1. *Contextualizando a problemática do estudo*

As intensas transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais, epidemiológicas e demográficas em conjunto com as aceleradas inovações tecnológicas têm afetado significativamente a vida em sociedade. Na contemporaneidade, o aumento da concorrência econômica global, a integração dos mercados financeiros, um novo sistema de comunicação digital decorrente do crescimento exponencial das redes de computadores emolduram um novo desenho da sociedade em todo o mundo (CASTELLS, 2007, p. 23).

Este contexto de transformações tem conformado sistemas de produções e de relações sociais nos quais os indivíduos passam a interagir em um mundo de fluxos globais de riqueza, imagens, de busca pela identidade, coletiva ou individual, atribuída ou construída em uma velocidade instantânea (CASTELLS, 2000). O desenvolvimento de tecnologias da informação e comunicação proporcionaram meios interativos pelos quais é possível participar de espaços públicos de opinião, de disseminação de ideias e produzir situações infinitas de diálogo e argumentação em qualquer lugar do planeta em poucos segundos.

Este cenário tem propiciado aos indivíduos a construção de relações humanas mais autônomas, globais e instáveis (CASTELLS e CARDOSO, 2005, GIDDENS, 2009) que transcendem fronteiras e oferecem aos indivíduos possibilidades de assumir e controlar uma forma de organização social baseada na comunicação e interação.

Para Fortes (2011) o momento é caracterizado pelo fenômeno da globalização que gera processos de interconexão de interdependência planetária que tem entre seus resultantes mais importantes:

A diminuição do poder e a transformação do papel desempenhado pelos Estados-nação; a ampliação da economia de mercado; a desregulamentação dos mercados; a exigência de novas capacidades em ambiente complexo, incerto e competitivo; e o fortalecimento do consumo (p.321).

Neste sentido, o inesgotável fluxo de imagens e conteúdos disponibilizados pelos meios de comunicação a um número cada vez maior de pessoas passou a ser um dos traços fundamentais no mundo contemporâneo. A este respeito, Guareschi (2006, p. 29) afirma que lidar com o impacto do fluxo acelerado de informações e, principalmente, dar-lhe um significado, ou seja, interpretá-las integrando-as na sua visão do mundo, é hoje uma tarefa inevitável dos sujeitos modernos.

A valorização dos avanços tecnológicos e dos processos de globalização tem levado os indivíduos a um hedonismo individualista, no qual diminuem os interesses pelas coisas públicas e por atitudes de solidariedade e de preocupação com o outro (FORTES, 2011). Além de fortalecer a indiferença entre os seres humanos, tal valorização propicia: a banalização dos valores morais, a falência crônica e progressiva da credibilidade institucional e um afastamento dos indivíduos com relação à dimensão ética (SILVEIRA, 2006; FERREIRA, 2009). Na atual conjuntura é comum nos depararmos com situações constrangedoras marcadas pela dicotomia entre o discurso e a prática, pelo descrédito aos valores éticos, pela exposição daquilo que é privado e situações de incertezas que permeiam todos os setores da economia e da sociedade.

Especificamente, no setor da saúde, os impactos da sociedade incidem diretamente em suas práticas, uma vez que, por estarem articulados ao conjunto da sociedade sofre influências políticas, sociais e culturais do contexto em que estão inseridas (MINAYO, 2007). Nesta perspectiva, temos convivido com ambientes pouco humanizados nos quais as ações de saúde deixaram de focalizar a atenção aos usuários reconhecendo-os como objeto do cuidado e fonte de lucro. Neste cenário, o usuário perde sua identidade ficando dependente e passivo à espera do poder científico que os profissionais julgam ter (BETTINELLI, WASKIEWICZ e ERDMAN, 2004, p.91). De acordo com Vila e Rossi (2002) transparecem nas práticas de saúde as raízes de uma assistência despersonalizada, centrada na execução de tarefas, prevalecendo ações curativas. A falta de compromisso profissional com o ser humano tem fortalecido ações mecanicistas e impessoais provocando um distanciamento dos aspectos éticos nas relações entre pacientes e profissionais de saúde. Segundo alguns autores, os compromissos passaram a ser indiretos com a saúde em geral, com a população, com o saber, com a coletividade, distanciando-se dos sujeitos, usuários, clientes ou parcela real da população (CAMPOS, 1997; RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

Observa-se, ainda, a necessidade de os profissionais adquirirem habilidades para lidar com o grande aporte tecnológico de materiais e equipamentos em detrimento das ações que envolvem as relações humanas no âmbito das instituições de saúde.

Cabe salientar que as ações de saúde implicam o compromisso com o outro concretizando-se por meio de encontros entre trabalhadores e usuários (FRANCO, 2006). Nesse cenário os trabalhadores da saúde lidam no cotidiano com paradoxos como a vida e a morte, a dor e o prazer, existindo, no processo de relação com o objeto de trabalho, uma relação humana intensa (MERHY, 1998). Tais relações representam mais do que um ato diretivo e técnico, implicando, sobretudo em uma atitude de responsabilização e envolvimento (BOFF, 2011). A relação e o compromisso que existem na prática dos profissionais da saúde exigem respostas que incluam sentimentos de compaixão e confiança e a garantia de uma relação especial que reconheça o outro como pessoa singular

(THOMPSON, 2006). Além disso, as profissões que se destinam ao cuidar são práticas ético-dependentes, nas quais “ainda que o mundo se acabe em um livre agredir, em que vença o mais forte, na área da saúde é imprescindível a educação para a ética nas relações entre as pessoas, sem a qual não é possível realizar a missão que nos destina essa escolha profissional (RIOS, 2009, p.255)”.

Apesar dos obstáculos estruturais, procedimentais e políticos, o modelo de atenção à saúde brasileiro (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; MENDES, 2009; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011) tem sido resultado de esforços por ações articuladas e mais próximas da população que priorizem a escuta de problemas dos usuários para, assim, constituir um sistema capaz de agir de acordo com as reais necessidades da população (SILVA, 2008). As significativas e constantes transformações pelas quais o referido modelo vem passando revelam a construção de um sistema público de saúde voltado para ações integrais, proativas, focalizadas na promoção da saúde nos diversos níveis de atenção. Desde a sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como premissa a prestação de serviços pautados na universalidade, integralidade e equidade, na tentativa de configurar um modelo assistencial comprometido com a ética pela vida, promoção e recuperação da saúde.

Em busca da valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, na atualidade, o SUS vem sendo organizado como uma rede de serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, realizam ações com intuito de garantir à integralidade do cuidado à população, tendo a atenção primária, como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2010). A constituição de uma rede de serviços implica um novo sistema, mudanças políticas e culturais e cognitivo-tecnológicas em todos os serviços envolvidos no SUS (MENDES, 2009). Estas mudanças têm como pressupostos uma prática voltada para a qualidade da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Dentre os níveis de atenção há que se destacar o nível terciário, entendido como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando proporcionar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007). A rede de atenção à saúde tem no nível terciário, o atendimento hospitalar como referência para a assistência à saúde da população.

A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde. Este tipo de assistência tem sido ao longo dos anos, um dos principais temas de debate no SUS, tendo em vista a indiscutível importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar (BRASIL, 2011). Segundo La Forgia e Couttolenc (2009) as instituições hospitalares lideram a

prestação de serviços de saúde, empregam 56% dos profissionais e respondem por dois terços dos gastos deste mesmo setor.

Ressalta-se que na maior parte dos estados brasileiros, os procedimentos de alta complexidade no nível terciário de atenção à saúde, possuem uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de médio e grande porte<sup>1</sup> (BRASIL, 2011). A pluralidade na qual se inserem os hospitais diz respeito também as suas características de propriedade: federal, estadual, municipal, privada com fins lucrativos e privada filantrópica (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Na atualidade a sobrevivência dos hospitais, de natureza pública ou privada, é um dos grandes desafios que se impõe para os profissionais e gestores da área de saúde. Além da sobrevivência, ressalta-se a busca pelo destaque, com excelência e sustentabilidade, e o atendimento das necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente e ciente de seus direitos. Vale destacar, o papel dos hospitais escola que além de agregar estes desafios, têm como característica incorporar a função de hospital à missão de formação e treinamento de profissionais da saúde. Ainda, é desejável que estas instituições sejam referência para a assistência e também formadora de recursos humanos para ao SUS, portanto, devem primar por um padrão de excelência de cuidados à saúde. Em face desses desafios, as organizações hospitalares têm buscado a superação do modelo médico centrado e hierarquizado reconhecido historicamente (BONATO, 2011). Segundo, Bonato (2011) “as instituições hospitalares são sistemas abertos que sofrem a ação do meio, sendo influenciadas pela evolução e mudanças em todos os campos sociais, tornando-se um espaço multidisciplinar de interação com a sociedade” (p.321).

Dessa maneira, nota-se que as organizações hospitalares independente da sua característica buscam garantir sua legitimidade, incorporando nas suas práticas as noções e os princípios da eficácia, produtividade, competência, qualidade total, cliente, produto, desempenho e excelência (BRITO, 2004). Porém, a organização do trabalho em saúde depende fundamentalmente da ação dos profissionais que atuam nestas instituições. Os profissionais ocupam, pois, papel relevante uma vez que o fator humano é a base para todo o sistema de saúde. Sendo assim, em um modelo de atenção a saúde que pressupõe práticas humanizadas, autonomização, trabalho em equipe, coordenação do cuidado, continuidade e responsabilização, observa-se no cotidiano do trabalho em saúde que frequentemente os profissionais lidam com dificuldades, conflitos e dilemas morais advindos da lógica racional e estruturalista focada em resultados na perspectiva econômica e, portanto, em aspectos voltados, prioritariamente, para as questões organizacionais em detrimento da dimensão humana do cuidado.

---

<sup>1</sup> Médio e grande porte diz respeito a uma classificação hospitalar baseada no número de leitos, sendo pequeno porte: hospitais que apresentam menos de 50 leitos; médio porte: hospitais que apresentam entre 50 e 150 leitos; grande porte: hospitais que apresentam entre 150 e 300 leitos; porte extra: hospitais que apresentam mais de 300 leitos (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Neste cenário os profissionais vivenciam paradoxos que interferem na condução e tomadas de decisões em face das situações que emergem constantemente no seu cotidiano de trabalho. Assim, a reflexão sobre as práticas cotidianas dos profissionais da saúde que trabalham em hospitais, com ênfase nos aspectos éticos que fundamentam estas práticas, merece atenção especial.

Estudos dessa natureza se justificam, ainda, se levarmos em consideração o fato de os profissionais da saúde, desde 2001, serem formados de acordo com orientações políticas (BRASIL, 2001) voltadas para práticas humanizadoras, capacitados para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Ao se deparar com as exigências econômicas, políticas e estruturais o profissional vivencia conflitos e sofrimento moral, o que nos leva a indagar: Quais são os problemas éticos vivenciados por profissionais em suas práticas cotidianas em hospitais? Como esses profissionais têm lidado com as situações vivenciadas? Que fundamentos são importantes para a resolução dos problemas éticos e dificuldades próprias do cotidiano? Tais perguntas culminam com a seguinte questão central deste estudo: Como a ética se expressa na prática de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar?

Buscando respostas para estes questionamentos conduzimos à organização desta pesquisa apoiadas no entendimento da ética como o estudo da conduta humana, ou seja, como saber racional com reflexão crítica sobre a ação e a vida moral dos profissionais de saúde em suas múltiplas dimensões (CABRERA, 2008; BACKES, LUNARDI E LUNARDI FILHO, 2006). Entendemos como conduta humana o modo de ser e agir intencionalmente tendo como resultado a modificação de determinada realidade, na qual o autor é responsável pelos seus atos (RICOUER, 1990).

Nesta perspectiva, as práticas cotidianas em saúde integram os elementos próprios da conduta humana no espaço profissional. É por meio delas que nos deparamos com a finalidade e o sentido da vida humana, obrigações e deveres e nos posicionamos acerca do bem e do mal (BUB, 2005). É nessa prática que, cotidianamente, nos é imposto decidir como devemos viver nossa vida, em relação a nós mesmos e em relação aos outros; e como devemos ser na condição de profissionais de saúde.

As profissões, independente do seu campo de atuação, têm uma história ao longo da qual foram adquirindo uma configuração social: Ainda que a profissão seja uma atividade desenvolvida em benefício próprio, a função social que ela desempenha não é compatível com o fato de se destinar a satisfazer o bem particular de quem a exercita (NALINI, 2009). Especialmente as profissões que se destinam ao cuidar, nas quais as ações dos profissionais têm ressonância no outro, a ética deve ser entendida como um conceito intrínseco a prática, cujas manifestações superam os parâmetros como códigos e normas de condutas. A ética que deve ser valorizada, independente do contexto social é aquela no qual o profissional é capaz de refletir constantemente sobre suas ações e se deixa afetar

pelo outro, tornando-se mais capaz de promover, na sua prática, encontros com relações verdadeiramente humanas.

Buscando inspiração em Foucault (1996) consideram-se as práticas situações onde o que é dito e o que é feito, as regras impostas e as razões alegadas, o que é planejado e o que se admite se encontra e se interconecta. Essas práticas, então, possuem sua própria “razão” e são arranjadas por determinadas configurações da racionalidade, considerando códigos de conhecimento e regras de conduta que esboçam sua forma e lhes conferem inteligibilidade e acessibilidade, ao mesmo tempo em que organizam os princípios e as estratégias que as justificam (FOUCAULT, 1996).

Dessa maneira, a pluralidade de concepções sobre ética nos levou, neste estudo, a optar por discuti-la do ponto de vista dos processos de subjetivação, da constituição de um modo de ser, que torna o indivíduo um sujeito, por meio do trabalho moral realizado sobre si (FOUCAULT, 2004). A abordagem das questões éticas que permeiam o universo das práticas de profissionais de saúde no ambiente hospitalar exige o desenvolvimento de uma forma de olhar mais abrangente que considere a multiplicidade de fatores e a pluralidade de influências envolvidas neste complexo contexto de contradições e relações. Para discutir as questões éticas, deve-se considerar a complexidade<sup>2</sup> que lhe é inerente, uma vez que a ética é considerada a expansão das diversas e múltiplas formas de subjetividades possíveis. Dessa maneira, não pretendemos apontar uma direção para onde os sujeitos deveriam caminhar, mas sim compreender como a ética se expressa nas práticas de profissionais de saúde por meio de seus discursos.

Considerando o exposto, defende-se a tese que **no contexto das práticas hospitalares os profissionais de saúde convivem na condição antagônica de cooperar e competir o que interfere na condução e tomadas de decisões apontando para relações individualistas em detrimento de relações mais humanas e comprometidas com a ética.**

Portanto, compreender como a ética se expressa no contexto de unidades de internação hospitalar é fundamental para conhecer como as relações humanas vêm sendo construídas por estes profissionais tendo em vista seus desafios e dificuldades. Espera-se contribuir para a compreensão das singularidades das práticas cotidianas em saúde com enfoque para as questões éticas, uma vez que estas questões são intrínsecas a ação humana.

Como objetivo propõe-se **compreender como a ética se expressa nas práticas de profissionais de saúde considerando a complexidade do trabalho em unidades de internação hospitalar.**

---

<sup>2</sup> O sentido da palavra complexidade utilizado nesta tese, está baseado no conceito de Edgar Morin, para quem complexidade é algo comparável a um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas. Trata-se das diversas partes que constitui um fenômeno (MORIN, 2011).

Visando contemplar este objetivo, foi necessário apresentar algumas concepções teóricas da ética, revelando possíveis inter-relações e sua importância para a compreensão e direcionamento das práticas de profissionais de saúde.

# *Capítulo 2*

## *Concepções teóricas do estudo*

## Capítulo 2

### 2. *Concepções teóricas do estudo*

No atual contexto de transformações a sociedade tem experienciado novas maneiras de viver, as quais apontam para um endeusamento de aspectos materiais, individuais e virtuais em detrimento de relações pessoais mais humanas e solidárias. Este cenário tem implicações para a prática de profissionais da saúde, uma vez que se trata de um campo cujas relações entre o ser que cuida e o ser cuidado são intensas, imprescindíveis e realizadas por meio de um trabalho coletivo. Entendendo que as relações profissionais e humanas na área da saúde representam mais que um ato diretivo e técnico, fez-se necessário abordar neste capítulo, algumas concepções teóricas que sustentam o entendimento da ética profissional no atual contexto de mudanças. Para tanto, foi imprescindível descrever a evolução histórica do conceito de ética à luz de pensadores clássicos e modernos, bem como abordar a complexidade que o conceito da ética emana como exigência subjetiva. Vale destacar que boa parte deste capítulo foi dedicado à compreensão da ética como elemento constituinte do ser humano, pois acredita-se que sua dimensão ultrapassa a relação do ser humano com os códigos, normas e condutas socialmente acordadas. Embora toda prática profissional exija um corpo de conhecimento próprio da disciplina, as concepções teóricas deste estudo fundamentam um pensamento focalizado na expressão subjetiva da ética de profissionais de saúde em hospitais.

#### 2.1 *O Contexto histórico e filosófico da ética.*

O conceito de ética tem sido discutido ao longo dos tempos, existindo vários entendimentos sobre o seu significado. A polissemia de conceitos e referências sobre a ética nos permite analisá-la sob diferentes perspectivas históricas e filosóficas.

Antes de adentrar no contexto histórico da ética faz-se necessário justificar a aproximação dos conceitos de ética e moral, uma vez que estas definições são apresentadas frequentemente na literatura. Etimologicamente a palavra ética origina-se do grego “*Ethos*” que significa costumes, já a palavra moral precede do latim “*Mores*” cujo significado hábito confirma as acepções muito próximas uma da outra (NALINI, 2009). Alguns autores apresentam certa dificuldade em diferenciar ética de moral adotando-as como expressões sinônimas (CAMARGO, 2011). Outros acreditam que a distinção mais compreensível seria a de que a ética aprimora e desenvolve o sentido moral do comportamento e

influencia a conduta humana (NALINI, 2009). Neste caso, os conceitos de ética e moral articulam-se intrinsecamente. No entanto, a tendência mais frequente na bibliografia especializada e também no uso corrente destes vocábulos é uma distinção semântica entre moral e ética. O termo “ética” se reserva para a disciplina filosófica (ou teológica) que estuda racionalmente a conduta humana, do ponto de vista dos deveres e das virtudes morais. A ética é saber racional, como reflexão crítica sobre a ação da vida moral (FERRER e ÁLVAREZ, 2005; VÁZQUEZ, 2008; MALIANDRI, 2006). A ética designa um ponto de vista supra ou meta-individual, enquanto a moral situa-nos no nível da decisão da ação dos indivíduos (MORIN, 2007). Neste sentido, a moral individual depende implicitamente ou explicitamente de uma ética, pois esta se esvazia sem as morais individuais. Assim, observa-se que os dois termos recobrem-se e, portanto, são inseparáveis (MORIN, 2007).

Historicamente, o surgimento da enunciação da ética se equipara ao da filosofia. Pode-se inferir, segundo os textos dos filósofos Platão e Aristóteles, que a ética ocidental se inicia com Sócrates (CHAÚÍ, 2009). Para Sócrates o conceito de ética iria para além do senso comum de sua época, pois seu significado encontrava-se atrelado aos aspectos de ligação com o corpo e a alma, ambos em uma perspectiva imutável e eterna. Neste sentido, segundo Sócrates existiria um “bom em si” próprio da sabedoria da alma e podendo ser rememorados pelo aprendizado. Esta bondade absoluta do homem tem relação com uma ética apriorística, pertencente à alma e que o corpo para reconhecê-la tem que ser purificado (ARICÓ, 2001).

A ética em Platão menciona os conhecimentos de Sócrates e reafirma que pela razão a alma se eleva ao mundo das ideias e seu fim último é purificar-se ou libertar-se da matéria para contemplar o que realmente é e, sobretudo a ideia do bem. Segundo Vásquez (2008), Platão afirmava que para alcançar esta purificação seria preciso praticar várias virtudes que correspondem a cada uma das partes da alma e consistem no seu funcionamento perfeito. Dessa maneira, as virtudes apontadas por Platão faziam referência à prudência; à vontade ou ânimo, a fortaleza; ao apetite, a temperança, e a harmonia entre as diversas partes constitui a virtude da justiça. O discurso apontado pela teoria ética de Platão desemboca, necessariamente, em uma preocupação de ordem política, pois na sua visão o ser humano é, por natureza, um animal político, ou seja, social. O Ser humano, entretanto, deve necessariamente viver em sociedade (VÁSQUEZ, 2008). O indivíduo, segundo Platão, por si só não pode aproximar-se da perfeição, pois a ideia de Ser humano se realiza somente na comunidade. Dessa maneira a ética em Platão esclarece que o Ser humano é bom como bom cidadão.

Com relação à ética Aristotélica, esta merece destaque uma vez que no clássico tratado de filosofia moral, A Ética a Nicômaco, Aristóteles testemunha a ética com sua concepção metafísica do mundo e do Ser humano. Segundo o filósofo grego nada está na razão se ainda não passou pelos sentidos. Dessa forma, para ser ético o homem deveria entrar em contato com a própria essência, a fim

de encontrar a perfeição. Aristóteles esclarece, ainda, que a finalidade suprema que governa e justifica a maneira pela qual o ser humano conduz seus atos e sua vida é a felicidade, que não está correlatada com os prazeres, nem implícita nas honrarias recebidas pelo ente agraciado, mas numa vida repleta de posturas e comportamentos virtuosos. Para Aristóteles, o homem, dotado de prudência e habituado ao exercício de tal, encontra no justo meio entre os extremos de seus atos e decisões a virtude.

“(...) a virtude está em nosso poder, do mesmo modo que o vício, pois quando depende de nós o agir, também depende o não agir, e vice-versa. de modo que quando temos o poder de agir quando isso é nobre, também temos o de não agir quando é vil; e se está em nosso poder o não agir quando isso é nobre, também está o agir quando isso é vil. logo, depende de nós praticar atos nobres ou vis, e se é isso que se entende por ser bom ou mau, então depende de nós sermos virtuosos ou viciosos”. (ARISTÓTELES, 2001 p.III)

Em suma, para Aristóteles a ética é tratada como a ciência das condutas humanas, objetivando comprometer-se em possibilitar ao homem a garantia da felicidade por meio de uma vida regida por virtudes morais e éticas. A Ética em Aristóteles aponta para uma mudança universal do seu conceito baseada na elucidação do ser humano como responsável pelo ato, o qual não se realiza acidental e esporadicamente, mas mediante a aquisição de certos modos constantes de hábitos que são as virtudes. Estas não são atitudes inatas, mas modos de ser que se adquirem ou conquistam pelo exercício. O Ser Humano para Aristóteles é, portanto, a atividade, passagem da potência ao ato (VASQUEZ, 2008).

As concepções de ética esclarecidas pelos filósofos gregos fundamentam-se numa consciência coletiva mais ou menos implícita no comportamento humano socialmente aceito por todos. Porém, com as influências do cristianismo na Idade Média, tais concepções passaram a focalizar o indivíduo, vinculando a moralidade a um ideal de pessoa humana, isto é, o homem virtuoso (PAIM, 2003).

Na Idade Média o poder exercido pela Igreja monopolizou a vida intelectual e, neste contexto, a ética é impregnada de conteúdo religioso. A ética, portanto, partiu de verdades reveladas a respeito de Deus, de suas relações com o homem e da obediência e sujeição aos seus mandamentos (VASQUEZ, 2008). Tendo Santo Agostinho e São Tomás de Aquino como os principais filósofos desta época, a ética é sublinhada de valores da vontade na vida humana e, conseqüentemente, do valor do amor, da experiência pessoal e da interioridade. A ética, neste sentido, se contrapõe ao racionalismo da ética grega e torna-se fonte de inspiração da ética existencialista e personalista.

Nesta perspectiva para que o ser humano pudesse alcançar o fim supremo (Deus) e ser feliz, seriam necessárias não somente as virtudes intelectuais e morais ou cardeais (prudência, justiça, fortaleza e temperança), mas também e, sobretudo as virtudes teologias (fé, esperança e caridade), ou,

em outras palavras, a graça divina à qual o Ser humano deve corresponder com o reto uso de seu livre arbítrio (que também é um dom de Deus) e com a sua boa vontade (VÁSQUEZ, 2008). Para que possa ser considerada boa, a vontade deve conformar-se à norma moral que se encontra nos seres humanos como reflexo da lei eterna da vontade divina. Na Idade média, portanto, a lei de Deus não podia ser conhecida pelo Ser humano, de tal forma que ele deveria limitar-se a obedecer aos seus ditames. A ética, neste sentido, passa ser entendida como a lei da consciência humana na sua relação com Deus.

Vários fatores contraditórios coincidem na passagem da Idade Média para a Idade Moderna, inclusive a dificuldade de se encontrar um denominador comum para as doutrinas éticas nessa época. Assim, destaca-se o fim do pensamento medieval com a separação da filosofia da teologia por meio do esvaziamento dos conceitos. Portanto, a sociedade moderna é alimentada por uma nova visão com destaque para a tendência antropocêntrica em contraste com a teocêntrica da Idade Média (VÁSQUEZ, 2008).

A Ética moderna é a ética fundada numa compreensão antropocêntrica e racional do Ser humano e do seu comportamento. A expressão mais perfeita da ética moderna está traduzida nos pensamentos de Kant que compreende o homem como um Ser responsável por seus atos e que tem consciência de seu dever, fato que o obriga a obedecer a sua consciência moral. Para Kant, “somos egoístas, ambiciosos, destrutivos, agressivos, cruéis, ávidos de prazeres que nunca nos saciam e pelos quais matamos, mentimos, roubamos. É justamente por isso que precisamos do dever para nos tornarmos seres morais” (CHAUÍ, 2009 p.170).

Segundo a teoria kantiana o sujeito não é como pensara Hume, o sujeito psicológico individual, mas uma estrutura universal, idêntica para todos os seres humanos em todos os tempos e lugares, se resumindo em uma ética da razão. Neste sentido o homem age por respeito ao dever e não obedece a outra lei a não ser a que lhe dita sua consciência moral. Ao contrário de Rousseau e Hume, Kant afirmou que a consciência moral não é inata, na verdade, nascemos egoístas, agressivos e buscamos na razão o que é ético e moral (CHAUÍ, 2009). Portanto, a Ética de Kant é uma ética formal e autônoma. “Por ser puramente formal, tem de postular um dever para todos os Seres humanos, independentemente da sua situação social e do seu conteúdo concreto” (VÁSQUEZ, 2008, p.205). Por ser autônoma aparece como a culminação da tendência antropocêntrica. Dessa maneira a Ética de Kant é o ponto de partida de uma Ética que define o Ser humano como ser ativo e criador.

A valorização da autonomia do sujeito moral leva à busca de valores subjetivos e ao reconhecimento do valor das paixões, o que acarreta o individualismo exacerbado e a anarquia dos valores. Resulta, ainda, na descoberta de várias situações particulares com suas respectivas morais: dos jovens, de grupos religiosos, de movimentos ecológicos, de homossexuais, de feministas, e assim por diante. Essa divisão leva ao relativismo moral, que, sem fundamentos mais profundos e universais,

baseia a ação sobre o interesse imediato. Nessa perspectiva, a ética se apresenta como uma reação contra o formalismo e o universalismo kantiano em favor de um homem concreto; contra o racionalismo absoluto e em favor do reconhecimento do irracional no comportamento humano; contra a fundamentação transcendente da ética e em favor da procura da sua origem no próprio homem (VÁSQUEZ, 2008).

No mundo contemporâneo, a agenda moral dos dias atuais está cheia de itens em que filósofos do passado nem se quer abordaram porque na sua época esses problemas não eram articulados como parte da experiência humana (BAUMAN, 2003, p. 5). Basta mencionar os problemas em nível de vida diária, tais como as relações entre os casais, a parceria sexual e familiar, o aborto, a pobreza no mundo, a tecnologia genética, direitos humanos, justiça social, sincronização entre a conduta individual e o bem-estar coletivo precisa ser vistos e tratados de maneira nova (BAUMAN, 2003, p.5). Com o gradual afrouxamento da força da tradição e a crescente pluralidade de contextos mutuamente autônomos nos quais se conduzem a vida dos sujeitos na contemporaneidade, faz-se necessário compreender a ética na sua complexidade, isto é, na realidade multidimensional simultaneamente econômica, psicológica, mitológica, sociológica que vivemos (MORIN, 2011).

Segundo Bauman (2001, p. 28) “a modernidade é um tempo de ambiguidade moral fortemente sentida, pois nos oferecem liberdade de escolhas jamais gozadas antes, mas também nos lançam em estados de incertezas que jamais foram tão angustiantes”. Para o mesmo autor, a própria realidade humana é confusa e ambígua, e com relação às decisões morais se percebe cada vez mais a diversidade e a abstração dos princípios éticos abstratos. No mundo pós-moderno podem acontecer coisas que não têm nenhuma causa que as faça necessárias, e as pessoas se permitem fazer coisas que dificilmente passariam no teste de um propósito calculável (BAUMANN, 2001, p.42). Aprendemos a respeitar as ambiguidades, a ter consideração pelas emoções humanas, a apreciar ações sem propósitos e recompensas calculáveis. Aceitamos que nem todas as ações precisam justificar-se e explicar-se para serem dignas de nossa estima. Para Nalini (2009) é como se todas as escolhas se justificassem em face da irrestrita autonomia da vontade. No entanto, legitimar, com respaldo na mais absoluta autonomia de vontade, que cada qual faça o que quiser em todos os setores da vida parece ilógico, irracional e perigoso. Um teor mínimo de sensatez é suficiente para o convencimento de que o relativismo ético pode ser um risco para a humanidade (NALINI, 2009).

No decorrer da história, contudo, movido pela eterna necessidade de novas conquistas, o homem não vê mais limites à sua frente. Hans Jonas (2006) acredita que, para reverter esse quadro, a ética encontra-se na essência intrínseca do Ser, ou seja, é importante que haja vida autêntica para que esta essência possa continuar a existir. Desse modo, diferentemente das éticas contemporâneas, a “ética do futuro”, segundo Jonas (2006), encontra seu princípio “na metafísica como doutrina do Ser, da

qual faz parte a ideia de homem” (p. 95). De maneira a afastar o subjetivismo e o relativismo ético, Jonas (2006) propõe uma ética fundada em uma doutrina do Ser, pois segundo Heidegger (2006, p.92) o mundo do homem transformou-se em um mundo técnico, e por isso o homem separou-se da sua essência.

As tecnologias das quais o homem dispõe atualmente podem colocar em risco todas as formas de vida. Em consequência desse fato, Jonas (2006) reavalia a categoria da responsabilidade passando a defender sua interferência em todas as dimensões da vida, principalmente no que diz respeito a tudo o que o poder e o querer humanos podem atingir.

Por tudo isso, o futuro precisa ser pensado de outra forma, baseado em um novo imperativo categórico e em uma responsabilidade que advém do temor pelos efeitos irreversíveis que a técnica poderá trazer em sua esteira, tanto para o homem como para a natureza. Jonas (2006) pensou um imperativo adaptado ao tempo e às novas exigências do agir humano, endereçados aos novos sujeitos de poder e aos que recebem os efeitos das ações que envolvem a tecnologia, sempre em constante transformação. Tal pensamento vai ao encontro da necessidade de se pensar uma ética que dialogue com a tecnociência e vice-versa conforme proposto por alguns autores (CAMARGO, 2011; BOFF, 2009; PERGORARO, 2002).

Um novo imperativo ético surge para a civilização tecnológica, o de agir de tal maneira que os efeitos de tua ação não sejam destruidores da futura possibilidade de vida humana (JONAS, 2004, p. 40). Este agir humano deve ser consciente, e livre, portanto escolhido, decidido e praticado com inteira responsabilidade (JONAS, 2006; PERGORARO, 2002; BOFF, 2009). Segundo Pergoraro (2002) o homem responde pelo que faz e este é um ato constitutivo do ato ético. Assim, o agir humano não é um processo bioquímico ou mecânico; o homem não é um computador programado para se comportar de determinado modo e para viver tanto tempo. Ele é um agente responsável e livre pelas suas ações: é um agente moral (PERGORARO, 2002, p. 25).

Ainda, no que diz respeito à ética contemporânea há um consenso entre os autores de que a ética deve emergir da natureza do Ser humano com responsabilidade sobre tudo que existe e vive (PERGORARO, 2002; JONAS, 2006; BOFF, 2009; VASQUEZ, 2008).

Neste sentido, defender uma teoria ética nos dias atuais é uma utopia, pois a ética liga-se necessariamente à temporalidade da existência humana, é flexível e se adapta às situações reais da vida (PERGORARO, 2002, p.12). Nos é, pois permitido refletir a ética como seres existenciais que somos e nos construímos ao longo dos anos num processo de relação com os outros, com nós mesmos e com o mundo.

## 2.2 *A* ética como expressão do sujeito / Ser humano

A ética contemporânea responsabiliza o ser humano sobre as maneira de agir perante a tudo o que diz respeito à vida: a nação, à globalização, ao credo, à economia, à política, à doença, à ciência, à vida, ao esporte, ao tempo, às organizações, ao sexo, à educação, à ecologia, à arte, à família, etc. (PERGORARO, 2002; CAMARGO, 2011; BOFF, 2009). Alguns autores apontam que a ética constitui o próprio ser do homem, pois é por meio da experiência humana que surge a fonte de seu comportamento (PERGORARO, 2002; JONAS, 2006; BOFF, 2009; VASQUEZ, 2008).

Segundo Josgrilberg (2008) o comportamento do homem simplesmente acontece e o sujeito existe por meio de seus atos, se forma e se revela em eventos e se dá conta de si por se autoconhecer em ato. Assim, o comportamento humano é oriundo da intenção de fazer (ou não fazer) no exercício da vontade livre que confere ao ser a sua condição de ser *agente*, o que age a partir de si e exterioriza as ações para fora de si, originando mudanças nos outros e no ambiente (RICOEUR, 1990). Dessa maneira, nosso agir sempre implica outro ser humano, além de trazer consequências para os outros e para a sociedade.

O sujeito que age e que é capaz de refletir sobre as suas ações é também capaz de manter uma relação, de dialogar com o outro. Nesta perspectiva, o agir suscita dimensões de responsabilidade, a qual para alguns autores não se dissocia do caráter humano de um sujeito (Kuiava, 2008, p.266). A responsabilidade é, portanto, o existencial primeiro, a estrutura básica da racionalidade humana, do universo verdadeiramente humano principalmente quando o resultado das ações influencia diretamente na vida de outras pessoas. Neste sentido a responsabilidade demanda sermos responsáveis por nós próprios, mas também pelas outras pessoas (SCHNEIDER, 2010, p.53). Na mesma direção, Boff (2009, p.93) e Chauí (2009, p.434) confirmam que sentir-se responsável é sentir-se sujeito, pois a pessoa escuta o apelo da realidade ecoando na sua consciência, e dá uma resposta a esse apelo. Segundo os mesmos autores, a responsabilidade é condição indispensável da vida ética.

O sujeito como protagonista da ação se reconhece como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo, por isso, responsável por suas ações e seus sentimentos e pelas consequências do que faz e sente (CHAUI, 2009, p.434; Boff, 2009, p.93). A ética, neste sentido, ecoa sobre o ser enquanto produz determinado agir (CAMARGO, 2011). “O ser humano é o que ele decide ser pelo conjunto de suas ações” (CAMARGO, 2011, p.53). Dessa maneira, toda ação precede de uma escolha responsável, uma limitação que o sujeito se impõe.

Os seres humanos são os únicos capazes de realizar manifestações externas a si, que resultam de processos racionais de decidir. Este poder de decisão, segundo Fernandes (2010, p.29) pode ser visto como “exercício da autonomia individual e, é próprio do ser humano que se apresenta

aos outros como um ser livre, ou seja, um ser que usa o poder de decidir de uma forma livre, procurando o seu próprio sentido para a vida". Se há liberdade de escolha nas nossas ações há um agente consciente isto é, aquele que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido, virtude e vício. É neste sentido que a ética se apresenta como uma expressão do sujeito, pois está refletida na sua ação.

Segundo Morin (2007) as ações de um agente consciente são mediadas pelo princípio da exclusão e de inclusão. O princípio da exclusão significa que ninguém pode ocupar o espaço egocêntrico onde nos exprimimos pelo nosso eu. A título de exemplo Morin (2007) aponta que o princípio da exclusão garante a identidade singular do indivíduo, como quando se observa dois gêmeos univitelinos, os quais podem ter tudo em comum, mas não o mesmo eu. Com relação ao princípio de inclusão, este se manifesta quase desde o nascimento pela pulsão de apego à pessoa próxima, tornando o outro uma necessidade vital (MORIN, 2007). O princípio da inclusão inscreve o eu na relação com o outro, na sua linhagem biológica e na sua comunidade sociológica. Assim, tudo acontece como se cada indivíduo-sujeito comportasse um comando "para si" e outro "para nós" ou "para outro", ou seja, um comando o egoísmo, o outro altruísmo. Segundo Morin (2007) cada um vive para si e para o outro, ao mesmo tempo de maneira complementar e antagônica.

Neste sentido, implica pensar que as relações sociais são mediadas por um governo de si e do outro, ou seja, mediante um "conjunto de práticas pelas quais é possível constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem ter uns em relação aos outros" (FOUCAULT, 2004, p. 286). Dessa maneira, governar significa dirigir condutas, próprias e/ ou de outros em jogos de poder e liberdade. Assim, a constituição da experiência de si, ou seja, a subjetivação se dá no ponto de articulação entre as técnicas de governo de si e as técnicas de governo do outro. Segundo Foucault (2001a, p. 28) o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo, define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelece para si, certo, modo de ser, age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se por meio de uma prática de liberdade.

Na perspectiva foucaultiana, a liberdade, então, é essencialmente política, na medida em que "ser livre significa não ser escravo nem de si mesmo (...) exercendo sobre si uma relação de domínio (...) poder, mando" (FOUCAULT, 2004, P.266). Quem cuida de modo adequado de si mesmo, encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais (FOUCAULT, 2004).

Assim, quando falamos em governabilidade, seja de si, seja do outro, a preocupação com a liberdade torna-se essencial, e daí a questão ética: "para que este exercício da liberdade assuma a

forma de um *ethos*<sup>3</sup> belo, bom, honorável e que possa servir de exemplo, é necessário todo um trabalho do sujeito sobre si mesmo" (FOUCAULT, 2004). Neste sentido, a ética é a forma refletida assumida pela liberdade do sujeito (FOUCAULT, 2004). Liberdade que aponta o ser humano como um projeto por ele decidido e construído dentro da dimensão social que o completa. Daí infere-se que a liberdade exige que as relações entre as pessoas não sejam de simples proximidade, mas de intersubjetividade e engendramento (CARMARGO, 2011, P. 55).

A ética, portanto, se expressa sob as diversas e múltiplas formas de subjetividades possíveis. Neste ínterim, o sujeito não é uma substância com rumos traçados pela natureza, mas é uma existência que se dá um rumo pelo exercício da liberdade (PERGORARO, 2002). A construção da ética parte de exigências ou necessidades fundamentais da natureza humana. Portanto, todo olhar sobre a ética, deve levar em consideração que a sua exigência é vivida subjetivamente em um complexo contexto histórico e social.

### 2.3 *A complexidade da ética como exigência subjetiva*

A análise da ética na perspectiva subjetiva tem origem nas teorias de Protágoras, para quem o "homem é a medida de todas as coisas; da existência das que existem e da não existência das que não existem" (PLATÃO, 1999). O discurso de Protágoras aponta para uma multiplicidade de explicações sobre a conduta humana, uma vez que o homem sendo a medida de todas as coisas é também a medida do real, do bem e do mal. Tal teoria, segundo Nalini (2009) aponta para uma variância na apreensão da verdade de acordo com cada sujeito e, o fato de haver tantas verdades quantos sujeitos congnocentes, consiste em cada qual adotar para si a conduta ética mais conveniente.

A conveniência nas condutas éticas tem sido interpretada como uma ética relativista, pois ao fazer da verdade algo puramente subjetivo, o universo inteiro resulta subjetivado, quer dizer, negado como existente em si e por si comprometendo sua própria existência. Para Durkheim a compreensão da ética subjetiva é vista como uma ação contrária e patológica, considerando que para este a ética é a possibilidade do dever ser, limitado à imitação do poder hegemônico em conformidade com o *status quo*<sup>4</sup> vigente (GONZÁLEZ, 1998). A relativização da ética aparece na contemporaneidade nos mais variados discursos: ética da comunicação, bioética, ética dos negócios, ética na educação, ética na política, entre outros, apontando para um conceito opaco e difuso. A posição subjetiva tem contribuído

---

3 Ethos na abordagem foucaultiana representa a ética enquanto elaboração de si próprio.

4 *Status quo*, forma nominativa abreviada da expressão *in statu quo res erant ante bellum*, é uma expressão latina que designa o estado atual das coisas, seja em que momento for.

para um aprofundamento do narcisismo, de modo que temos dificuldade de reconhecer a alteridade e tendemos a julgar o outro como uma extensão de nós mesmos (GIDDENS, 2009).

Por outro lado, há quem acredite que a subjetividade se produz no choque com as linhas de força hegemônica como se as relações do lado de fora se dobrassem e se curvassem para formar um forro que permita uma relação consigo mesmo (DELEUZE, 2005, p.107). Nesta relação, a subjetividade, tende a ignorar as diferentes forças que as desestabilizam, organizando-se em torno de uma representação de si com uma referência identitária (ROLNIK, 1997). Dessa maneira a subjetividade é entendida como “um conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (GUATTARI, 1992, p. 15). Tal alteridade se manifesta-se para nós de maneira imperativa por meio de uma fonte interior que provém da natureza humana e também de uma fonte externa: cultura, crenças, as normas de uma comunidade (MORIN, 2007, p.19). Neste sentido, a subjetividade é plural e constitui-se por uma heterogeneidade de componentes que concorrem de forma simultânea.

Para Foucault (2006, p.212-13), há quatro aspectos que devem ser observados na constituição de subjetividades: A *determinação da substância ética (Ontológica)* que é a maneira pela qual o indivíduo deve constituir este ou aquele aspecto dele próprio, como matéria principal de sua conduta moral; o *modo de sujeição (Deontológica)* é a maneira como o indivíduo se relaciona com a regra e se reconhece ligado à obrigação de colocá-la em prática; as *formas de elaboração do trabalho ético (Ascética)* realizado sobre si mesmo para não só tornar seu comportamento adequado a uma regra, mas para tentar transformar a si mesmo em sujeito moral de sua conduta; e a *teleologia do sujeito moral (Teleológica)* destacando que uma ação não é moral somente em si mesma e na sua singularidade, mas também pela sua inserção e pelo lugar que ela ocupa no conjunto de uma conduta; uma ação moral visa à constituição de uma conduta moral que conduza o indivíduo não simplesmente a ações sempre conformes a valores e a regras, mas também a certo modo de ser, característico do sujeito moral (FOUCAULT, 2006, p. 212-213; Foucault, 2001a, p.27).

Além da complexidade que permeia o universo da subjetividade, a ética enquanto elaboração de si próprio como sujeito moral, oscila entre dois pólos indissociáveis, porém, relativamente autônomos: o do código e o da ética. Neste sentido, em algumas moralidades a ênfase incide sobre a codificação da conduta implicando formas de subjetivação quase jurídicas, dotadas de estreita margem de liberdade. Em contrapartida, há moralidades que se orientam para a ética e privilegiam as modalidades de relação consigo, isto é, os procedimentos por meio dos quais um sujeito visa se conhecer e se transformar (WEINMANN, 2006, p.20). Entretanto, tanto uma moral organizada como

código, quanto naquelas voltadas pra a ética, às práticas de si consistem no fulcro do processo de constituição das subjetividades.

A complexidade da ética passa a ser visualizada na medida em que se toma a consciência de que o sujeito emerge ao mesmo tempo em que o mundo (MORIN, 2011 p. 38). Essa complexidade se desenvolve na sociedade comportando muita diversidade e autonomia individuais. Isso exige uma organização exterior, especialmente, nos campos políticos, econômico e educacional, com vistas a instrumentalizar as pessoas para que se realizem como seres humanos (CAMARGO, 2011, p. 48). A complexidade, nesta perspectiva, coincide com as incertezas de certa mistura de ordem e de desordem, mistura íntima e externa, de partes heterogêneas inseparavelmente associadas que a completude da ética proporciona (MORIN, 2011).

Compreende-se que a ética se situa no nível da autonomia do pensamento e da liberdade pessoal; é constituída pelas leis da história e pelo progresso da razão resultante da reflexão humana sobre o ethos que é de natureza universal e é complexa porque se insere nas práticas do ser humano em seu arranjo existencial, social e ecológico. Acredita-se, pois, que a exigência subjetiva é inerente ao caráter complexo da ética por manifestar-se no plano de ação do ser humano. Uma ação que não depende somente da vontade daquele que a pratica, mas dos contextos em que ela se insere das condições sociais, biológicas, culturais, políticas que podem mudar o sentido daquilo que é nossa intenção.

A complexidade da ética torna-se uma exigência subjetiva pela proporcionalidade da sua dimensão no interior do sujeito. Para eleger a prática moral o sujeito utiliza a sua razão. Assim, a ética tem no indivíduo o autor das ações, as quais só podem ser realizadas por meio do sujeito. As ações repercutem no meio social ao qual o sujeito está vinculado e por meio dessa repercussão é possível traçar o perfil de um sujeito que sofre influências de normas, códigos e jogos de poder, transformando-o em um sujeito capaz de autogovernar-se.

#### 2.4 *A ética na prática cotidiana de profissionais de saúde*

A prática cotidiana de profissionais de saúde é permeada por um processo de trabalho complexo e interdependente que exige a integração das ações dos vários profissionais, sendo, portanto, o trabalho em saúde, um trabalho coletivo.

O caráter coletivo do trabalho em saúde requer uma complementaridade de ações de diferentes profissionais, nas quais estão incluídas a dimensão técnica, referida às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade de prestação de cuidados, e a dimensão ética, que não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais,

que se espera ser respeitoso como cabe ser nas relações humanas, mas estende-se à preocupação em reconhecer e considerar o trabalho dos demais, sejam da mesma área de atuação, sejam de outras (PEDUZZI, 2002, p.86).

A complexidade do trabalho na saúde se dá, primeiramente, por se tratar de uma atividade essencial para a vida humana, cujas práticas têm uma obrigação ética e de responsabilidade para com a humanidade. Além disso, o caráter multiprofissional da prática em saúde requer a articulação das intervenções realizadas pelos profissionais, os quais em suas determinadas áreas de conhecimento têm liberdade de decisão e conduta em prol de uma mesma finalidade.

Os profissionais que optaram por esta área de atuação devem dominar conhecimentos e técnicas especiais para assistir ao indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo, com o objetivo de reabilitação (PIRES, 1999, p.30).

Estes conhecimentos e técnicas quando aplicados não se restringem a consolidação de um bem material, mas sim de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (PIRES, 1999, p. 29). Segundo Merhy, o trabalho em saúde é considerado vivo em ato, por se constituir:

Um encontro entre dois seres humanos, profissionais e usuários, que atuam um sobre o outro e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998, p. 13).

Considerando o exposto, o trabalho em saúde ultrapassa o foco da subjetividade alcançando a intersubjetividade no qual é afetado pela alteridade, pelo discurso e saber vindo do outro. Além disso, é um trabalho que envolve operações intelectuais, que vão além de saber manusear uma técnica ou um aparelho, e exige um pensar sobre o que se faz com responsabilidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Segundo, Carvalho e Ceccim (2009, p. 157) para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. Para Peduzzi (2002, p.83), o trabalho em saúde configura-se como um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção e restauração de “algo” (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade.

O caráter social do trabalho em saúde requer que as atividades neste setor compreendam mais que um momento de atenção, zelo e desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação,

responsabilização e envolvimento afetivo com outro, o que caracteriza uma atitude de cuidado (BOFF, 2011).

É neste contexto que a ação é tomada como essência das atividades de saúde, pois não basta que os profissionais da saúde utilizem elementos que estão fora da pessoa para sua prática (microscópio, luvas), é imprescindível realizar uma ação sobre o outro e para o outro. A ação, segundo Fernandes (2010), decorre da vontade do próprio sujeito e é formada internamente, podendo, contudo receber influência de diversos fatores externos. A ação consiste numa manifestação exterior do sujeito, na qual o seu corpo provoca uma alteração que afeta a realidade física. Ou seja, a ação como um fazer ou não fazer, repercute no outro. O fazer resulta do poder para fazer, da capacidade para decidir e para concretizar uma intenção tendo em vista um resultado pretendido (FERNANDES, 2010, p. 38). É este fazer ou não fazer que orienta as práticas cotidianas dos profissionais de saúde e se manifesta no modo como o profissional age e interage com outro. A prática é, portanto, a própria ação, por meio da qual exercemos nossa moralidade e nos deparamos com a finalidade e o sentido da vida humana, obrigações e deveres, e nos posicionamos acerca do bem e do mal (BUB, 2005).

Com essa compreensão, nos apropriamos dos estudos de Dubar e Tripier (1998, p. 13) para entender que as ações de grupos profissionais, independentemente da área do conhecimento, são influenciadas por três perspectivas: as formas históricas de organização social das atividades de trabalho, as formas históricas de identificação e expressão de valores éticos e as formas históricas de estruturação dos mercados de trabalho. Especialmente na área da saúde, os grupos profissionais devem seguir uma ordem de conduta que permita a evolução harmônica do trabalho de todos, por meio da conduta de cada um, e de uma tutela no trabalho que conduza a regulação do individualismo perante o coletivo (SÁ, 1996, p.92).

Tal regulação consiste em interpretar e concretizar princípios, à luz do ideário vigente, em cada época histórica, nas diferentes culturas ou civilizações (COMPARATO, 2006, p. 510) e são materializadas na forma de códigos de conduta, códigos deontológicos ou códigos de ética.

Os códigos de ética para as profissões da saúde remontam da Grécia antiga, que influenciados pela Filosofia, e de forma mais enfática por Hipócrates, obedeciam a um código de etiqueta e comportamento para o médico, o qual descrevia condutas de aparência saudável, voltadas a promover a serenidade, autocontrole, compaixão e dedicação, objetividade, responsabilidade e compromisso com o bem-estar do doente (LOCH, 2003, p. 12). A medicina grega clássica teve considerável influência para o desenvolvimento da ética das profissões da área da saúde.

Em 1803, Thomas Percival, lança o livro *Ética Médica*<sup>5</sup>, considerado o primeiro código deontológico, no qual o relacionamento mútuo entre os profissionais são regulados por princípios definidos (LOCH, 2003 p. 13). Mais de cem anos depois, os avanços tecnológicos, propiciaram o desenvolvimento de sistemas de regulação para as pesquisas na área da saúde e em 1947 surge o Código de Nuremberg, primeiro documento que reconhece a autonomia do sujeito a ser pesquisado e define normas para o direito das pessoas em autorizar a realização de pesquisas e experimentos sobre seus corpos. Na mesma linha, em 1969, é publicado o primeiro código de direito do paciente hospitalizado que ratifica o direito do doente de ver respeitados seus valores e autonomia para tomar decisões sobre seu próprio corpo (LOCH, 2003 p. 13).

A ética passa a ser considerada como uma ponte dentre a ciência e as humanidades. Este pensamento denotando a ética não apenas para com o homem, considerou o oncologista norte americano Van R. Potter, como referência pioneira na utilização do termo bioética. Ao publicar a obra "Bioethics: bridge to the future" em 1971 Potter introduziu a ética uma abordagem interdisciplinar com foco nas questões de ética global, ou seja, com a preocupação ética de preservação futura do planeta, a partir da constatação de que algumas novas descobertas e suas aplicações, ao invés de trazer benefícios para a espécie humana e para o futuro, passaram a originar preocupação com o ecossistema terrestre (MASCARENHAS e ROSA, 2010).

Somando o aumento dos recursos tecnológicos disponíveis para as práticas em saúde e a difusão das ideias de Potter, tornou-se necessária a utilização de uma metodologia, no campo da saúde, que pudesse analisar tanto o casos quanto os problemas éticos que poderiam emergir da prática profissional. Um ano após a criação da nomenclatura, Bioética, o livro *Os princípios da bioética*<sup>6</sup> dos autores Beauchamp e Childress repercutiu rapidamente no meio científico por determinar quatro princípios fundamentais para nortear a prática dos profissionais que lidam com a saúde, são eles: beneficência, Não - Maleficência, respeito à autonomia e justiça (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Em 1978 o professor W.T Reich restringiu a área de abrangência da bioética à pesquisa e atenção à saúde, ao defini-la como um estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados com a saúde, examinada a luz dos valores e princípios morais (GARRAFA et al, 2006, p. 11).

A determinação dos quatro princípios da Bioética representou uma importante contribuição para a constituição dos códigos de ética na área da saúde, que indicam um fator de suporte e balizamento na formação do caráter do profissional de saúde, indispensável ao controle da vida e à

---

5 Tradução nossa.

6 Tradução nossa.

manipulação do semelhante, sobretudo nos desvios da relação a dois. Para Foucault (2001a, p. 26) o código de ética:

“trata de um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos. Por sua vez a moralidade dos comportamentos depende das condutas efetivamente adotadas pelos sujeitos, frente às normas que lhes são propostas”.

Na atualidade, os profissionais de todas as áreas do conhecimento, em especial os da saúde, porque lidam obrigatoriamente com o outro, têm seus comportamentos amparados e vigiados por uma quantidade considerável de normas e regras. Além dos códigos de ética próprios de cada profissão, existem princípios, normas e leis regidas pela sociedade, pela instituição onde trabalham, pelo Sistema Único de Saúde, pela família entre outros, todos influenciando seu modo de ser. O quantitativo de sistemas regulatórios tem levado os sujeitos a apresentar um aspecto cada vez mais exterior de si como forma de ser aceito em inúmeros universos sem nem mesmo desejar tal comportamento.

A esfera da conduta ética vai além destes parâmetros, encontra-se na essência do ser. Afinal, a conduta ética não pode ser delineada de maneira precisa (NALINI, 2009). O ser ético não decorre apenas de seguir o código de ética, pois os códigos não esgotam o conteúdo e as exigências de uma conduta ética de vida e nem sempre expressam a forma mais adequada de agir em uma circunstância particular (CAMARGO, 2011, p. 34). Outro aspecto a considerar é a reflexão de que um código não pode ser aplicado de maneira impensada e tratado simplesmente como um conjunto de regras pré-existentes. Há necessidade de analisar a ética em uma dimensão genealógica, de se pensar sobre a constituição histórica dos sujeitos para entender como ele conduz sua prática (FOUCAULT, 2004, p. 275). O código deve, pois, ser utilizado como uma ajuda ao pensamento moral.

A ética para os profissionais de saúde busca um equilíbrio entre o ser sujeito e o dever ser. Ao se reconhecer como parte do trabalho em saúde o profissional utiliza os códigos e outras regras para a promoção da sua prática. É condição fundamental de uma profissão dispor de obrigações e responsabilidades com consciência de grupo (CAMARGO, 2011, p.33). Em face da área da saúde ser um trabalho coletivo que anseia o mesmo fim, as obrigações e responsabilidades devem perpassar todas as profissões. A ética dos profissionais de saúde e seus fundamentos são, portanto, produtos de uma prática consciente, coletiva e organizada, por meio das quais é possível promover valores morais comuns às pessoas que compartilham uma mesma realidade.

## 2.5 *O hospital como locus de expressão da ética.*

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã. No ano 3000 a.C. as práticas assistenciais eram realizadas em mercados por meio da exposição dos doentes que ficavam esperando a interpelação de outros na tentativa de um diagnóstico. Em 1500 a.C. se iniciaram os processos de dissecação e notáveis verificações como dos nervos, cérebro e medula. Nesta época os doentes não mais ficavam expostos em mercados e eram encaminhados para um local denominado pelos egípcios de templos de Saturno considerados como primórdios da escola médica. Tais templos caracterizavam os hospitais egípcios. O elemento característico da arte médica nesta época foi mesmo a cirurgia, como, entre os israelitas, a higiene (BRASIL, 1965).

Em meados de 500 a.C. há um destaque da medicina budista que tinha como característica a organização de hospitais como anexo de mosteiros. Neste cenário o enfoque do tratamento baseava-se nas plantas e medicamentos naturais. Na Grécia, cerca de 50 a.C. Hipócrates revolucionou a medicina com a inserção do método indutivo de inspeção e observação. Tal revolução desencadeou um sentimento de proteção coletiva entre os homens que propiciou a sociedade da época, o interesse pela saúde dos seus semelhantes, aumento da população e intensificação do tráfego. Segundo Brasil (1965) foi com Hipócrates que a medicina grega passou a tomar orientação científica e ética.

Com o advento do Cristianismo as práticas cirúrgicas foram consideradas um sacrilégio ao corpo humano feito a imagem e semelhança de Deus. Portanto, todo e qualquer tratamento focalizava os problemas da alma. Assim, Um concílio traçou as regras para construção do hospital. O edifício devia ser colocado na vizinhança da catedral e dos conventos. Cada sala teria um altar. As camas dos enfermos seriam dispostas segundo uma posição capaz de permitir a observação dos ofícios divinos. Exigia-se uma grande importância para a capela e reserva de espaço para enterramento dos benfeitores e administradores da obra. Dispensários e enfermarias foram se multiplicando nos califados, principalmente na idade média, período aterrorizado por grandes epidemias, durante as quais, os lazaretos deveriam ser organizados e enviados para quarentenas (BRASIL, 1965).

O progresso da ciência foi, naturalmente, aperfeiçoando as casas de assistência. Na renascença as organizações hospitalares foram, cada vez mais, adquirindo o caráter municipal. Como conseqüência do movimento que a partir do século XIII começou a subtrair as políticas sociais e conseqüentemente os hospitais da influência monástica medieval, Henrique VIII ordenou que os hospitais católicos fossem secularizados ou destruídos (BRASIL, 1965). Dessa maneira, os doentes foram lançados às ruas. Em Londres, a população solicitou ao rei a entrega de um ou dois edifícios e suficiente auxílio financeiro, para manutenção dos doentes. O rei, acendendo ao pedido, restaurou o hospital de São Bartolomeu, entregando sua direção ao cirurgião Tomás Vicary, seu médico pessoal.

No século XVIII desde o início da Revolução francesa muito médicos partiram com o exercito, como voluntários ou chamados, deixando a população vulnerável às ações de charlatães que distribuíam remédios e comprometiam a existência de muitos milhares de cidadão (FOUCAULT, 2001). Com a nacionalização dos bens, durante a guerra, a economia dos hospitais foi confiscada rejeitando sem pudor aqueles doentes que não podia financiar sua hospitalização. Segundo Foucault (2001) estava cada vez mais difícil à hospitalização de doentes pobres. Como resultado da guerra, os hospitais se apresentavam lotados por militares feridos, beneficiando os recursos hospitalares a ponto de em 1793 o Hotel-Dieu despedir 200 doentes para dar lugar a militares enfermos pelos quais o exercito pagava a internação.

Até meados do século XVIII, o hospital se configurava como um lugar de internamento que reunia indivíduos reconhecidos e nomeados como doentes, loucos, criminosos, devassos e prostitutas e funcionava como uma espécie de instrumento de exclusão, assistência e transformação espiritual na qual a função médico terapêutica pouco aparecia (FOUCAULT, 1979). Segundo o autor, dois movimentos concomitantes e inter-relacionados vão possibilitar a transformação dos hospitais em instituições médico - terapêuticas: introdução de mecanismos de disciplinamento (do espaço, das relações e das formas de organização) da instituição que foram demandadas por questões econômicas; o preço atribuído ao indivíduo e à vida humana, bem como a necessidade de evitar epidemias e sua propagação; e a transformação do saber e da prática médicas (FOUCAULT, 1979; MEYER, 2006).

Nesse contexto, o hospital passou a funcionar não só como uma instituição de disciplinamento, controle e/ou cura de certos tipos de desordens reconhecidas e nomeadas como patológicas, mas, também, como uma instância de acúmulo, registro, produção e veiculação de um tipo específico de saber – a medicina clínica. Esse saber clínico que emerge se exercita, se amplia em um espaço organizado e estruturado orientado para a intervenção sobre o corpo doente individual e funcional. O hospital se configura como um lócus disciplinar onde a produção de saber e intervenção sobre o corpo e a doença dos indivíduos estão intrinsecamente ligadas (MEYER, 2006).

A preocupação com o cuidado dos doentes e proteção dos sãos aliado ao pensamento militar e disciplinador que fundamentava as ações de saúde hospitalares, propiciou reformas nas estruturas dessas instituições. A disposição de uma grande cubagem de ar foi adotada por muitos hospitais, resultando em instituições em forma da letra C, formato este muito utilizado em hospitais militares. Porém em 1900 os índices de contaminação demonstraram que os pavilhões neste formato não reduziam o contágio hospitalar (BRASIL, 1965).

Com os avanços da arquitetura, novas regras para o modelo de construção hospitalar foram ditadas em busca de espaços mais adequados para doentes, funcionários e administração. Neste

sentido, prevaleceu o modelo de construção vertical, em monobloco, o qual se vislumbrava maior facilidade dos transportes e, portanto no movimento do hospital, tanto do pessoal como do material e melhor disciplina interna e de vigilância.

A instituição do hospital como locus para uma assistência médico sanitária completa, tanto curativa como preventiva (OMS, 2000) só ocorreu após o ano 1900. Desde então a gama de serviços oferecidos pelos hospitais torna a sua administração complexa e cara e a sua supervisão e controle extremamente desafiadores.

Em meados do século XIX, o desenvolvimento da medicina, o uso de métodos assépticos e antissépticos que diminuíram drasticamente o número de mortes por infecção, a introdução da anestesia, permitindo a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito, contribuíram muito para alterar a imagem do hospital, que, conseqüentemente, deixou de ser um lugar aonde os pobres iam para morrer, transformando-se em local onde os enfermos podiam curar-se. Como resultado, os ricos passaram a, aconselhados por seus médicos, solicitar serviços hospitalares. Conseqüentemente, os hospitais modificaram seu objetivo, e, por conseguinte, sua clientela. Assim, passaram de abrigos a centros onde se dispensavam cuidados de nível científico da medicina, em detrimento ao atendimento daqueles que dependiam da caridade pública (MOSIMANN e LUSTOSA 2011).

É na Idade Moderna que surge a descentralização, a segregação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares. Na Idade Contemporânea cresce a descentralização, aumenta a complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções (MOSIMANN e LUSTOSA 2011). Os Hospitais passam a fazer parte de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar. O hospital é considerado também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial (OMS).

Na contemporaneidade os serviços hospitalares envolvem alta tecnologia e alto custo objetivando proporcionar à população o acesso a serviços qualificados integrando-os aos demais níveis de atenção saúde. Diversos autores apontam que no cenário atual o hospital incorpora em sua estruturação traços do modelo organizacional e burocrático comuns às empresas congregando os princípios e noções da eficácia, produtividade, competência, qualidade total, cliente, produto, desempenho e excelência (MENDES, 2009; FORGIA e COUTTOLEN, 2009; BRITO, 2010; ANUNCIAÇÃO e ZOBOLI, 2008). Para a manutenção dessa estrutura, as atividades desenvolvidas no hospital dependem de um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros

grupos de trabalhadores com desenvolvimento de competências diferenciadas, novos requisitos de qualificação, novos perfis, comportamentos e habilidades.

Embora o atual contexto de transformações exija uma preocupação mais enfática sobre os processos tecnológicos do hospital, uma pesquisa de opinião realizada por Louzada, Stang e Calabrez (2008) revelou que as pessoas esperam de um atendimento hospitalar o respeito, cordialidade, carinho, rapidez, preço baixo e competência profissional. Ou seja, razão de ser dos hospitais se encontra nos espaços de intercessão entre trabalhador de saúde e usuário que é o foco primordial da formação da cadeia de significados sociais que formam a base das ações em saúde (GUEDES e CASTRO e CASTRO, 2009). Nesta direção percebe-se que há preferência por aspectos que envolvem as relações humanas.

As relações humanas favorecem a confiança para o paciente deixar ser cuidado, representa a vitalidade no sentido do ser humano existir por meio de relações (BOFF, 2009). Dessa maneira, o hospital independente das pressões do setor econômico não pode deixar ocultos seus valores humanísticos. As tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos, sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários (BRASIL, 2001a). A eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde. É imprescindível colocar em primeiro plano na gestão do trabalho e no cuidado em saúde as pessoas com seus diferentes interesses, desejos e necessidades. No cenário de práticas hospitalares a dimensão humana é base de qualquer processo de intervenção na saúde. O hospital é, pois, uma entidade ética vivente e deve atuar como agente moral consciente, explícito, sensível, presente na sociedade com uma atitude de zelo pela saúde e bem-estar das pessoas (ANUNCIAÇÃO e ZOBOLI, 2008).

Quando se define o hospital como locus de expressão da ética implica dizer que as relações e ação de cada profissional prevêm uma ética intrínseca e complementar a de seu colega, equipe e paciente o que implica, logicamente, em responsabilidade ética compartilhada. Toda ação realizada no hospital tem implicações e repercussão sobre o outro (profissional, paciente) demonstrando que a ética se expressa nos processos pessoais, interpessoais e institucionais do hospital. É, portanto, neste cenário que a ética se expressa ininterruptamente.

# *Capítulo B*

*A dimensão epistemológica e  
metodológica do estudo*

## Capítulo 3

### 3. *Referencial teórico: A Dimensão epistemológica e metodológica do estudo*

A dimensão epistemológica de um estudo representa as bases filosóficas da pesquisa, bem como orienta a opção metodológica e a perspectiva analítica de seus resultados, entretanto, acredita-se que a epistemologia não deve ser algo pontifical nem judiciária, mas sim o lugar no qual se encontram ao mesmo tempo a incerteza e o diálogo. Neste capítulo, as incertezas consideradas relevantes devem ser confrontadas, corrigir umas às outras, entre dialogar sem que, no entanto, se imagine uma teoria unificadora e rígida, mas sim uma conexão flexível e criativa de se abordar um tema de tamanha complexidade.

A complexidade que envolve a ética como concepção de um modo de ser profissional da área de saúde em um contexto de transformações demográficas, econômica, políticas e institucionais revelou a abordagem pós-estruturalista como opção epistemológica para este estudo. Apoiada nas teorias pós-estruturalistas foi possível perceber que os desdobramentos da ética só podem ser considerados se estiverem fundados na experiência subjetiva dos indivíduos e de como eles criam, modificam e interpretam o mundo.

A subjetividade é um conceito que tem sido bastante discutido na perspectiva pós-estruturalista, uma vez que trata de uma corrente epistemológica que buscou reposicionar o sujeito em toda sua complexidade histórico-social (PETERS, 2000, p. 81) por meio de críticas às estruturas como locus exclusivo de produção das relações sociais.

A definição de pós-estruturalismo não é algo simples. Em primeiro lugar, é fundamental dizer que é um equívoco confundir pós-estruturalismo com pós-modernismo, pois o primeiro não trata de uma época histórica, mas sim de uma sistematização teórica sobre as regras de linguagem e significação, enquanto o segundo é um movimento estético e artístico que abrange um campo mais amplo, referindo-se também a uma ruptura do modernismo, a um estilo e, mesmo, a uma ideologia (PETERS, 2000).

Esse referencial teórico, embora não trate de uma época histórica, representa uma continuação no tempo e, também, uma transformação e transição do paradigma do estruturalismo. Nesse foco, Peters (2000) salienta que é necessário decodificar o pós-estruturalismo como uma resposta designadamente filosófica ao status pretensamente científico do estruturalismo, com pretensão a se transformar em uma espécie de mega paradigma para as ciências sociais.

O pós-estruturalismo deve ser visto como um movimento que buscou descentrar as 'estruturas', a sistematicidade e a pretensão científica do estruturalismo, criticando a metafísica que lhe estava subjacente e estendendo-o em uma série de diferentes direções, preservando, ao mesmo tempo, os elementos centrais da crítica que o estruturalismo fazia ao sujeito humanista (PETERS, 2000, p. 10).

Embora o prefixo "pós" sugira que o pós-estruturalismo seja um mero sucessor do estruturalismo, ele deve ser entendido como uma crítica às limitações do estruturalismo (PETERS, 2000). Nele, o sujeito, como indivíduo tem um lugar no sistema, o qual consiste em um papel maior do que simplesmente governá-lo. Neste sentido, o pós-estruturalismo coloca em cheque aquele sujeito autônomo, autoconsciente e livre, visto como fonte de razão e de todo conhecimento oriundo do cartesianismo Kantiano humanista (SOUZA *et al*, 2011, P.7). Essa posição do sujeito lhe impõe um desafio inerente às implicações do estruturalismo e foi ampliada por pensadores pós-estruturalistas no que se refere às suposições tradicionais do humanismo a respeito da natureza dos indivíduos e do sujeito.

Embora, se faça referência à palavra "sujeito" vale ressaltar que as teorias pós-estruturalistas tendem para a substituição da definição desta por uma concepção de subjetividade descentrada, fragmentada, uma subjetividade produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais. Portanto, o sujeito, para esta opção epistemológica, torna-se um ser sem essência, sem origem, mas é um indivíduo que hora se torna responsável por si mesmo, se posicionando frente às diversas relações de alteridade, hora constitui a si mesmo, por meio de seu discurso, corporeidade, temporalidade, localização histórica e cultural (SOUZA, *et al*, 2011, P7; PETERS, 2000, p.36).

Tendo em vista as considerações apresentadas faz-se necessário apontar alguns pressupostos pós-estruturalistas, assumido como corrente epistemológica: a) O primeiro diz respeito ao fato de tematizar a linguagem como centro da produção das relações que a cultura estabelece entre corpo, sujeito, conhecimento e poder (PETERS, 2000); b) O segundo define que tornar-se sujeito de uma cultura envolve um complexo de forças e de processos de ensino e de aprendizagem que, nas sociedades contemporâneas estão fortemente imbricadas em políticas e programas públicos, em especial aquelas que envolvem os campos da saúde e da educação (MEYER, 2012, p.50); c) O terceiro deriva da confluência desses pressupostos e sugere problematizar as políticas como linguagem, como artefato cultural e como tecnologia de poder por entender que elas têm se tornado um instrumento central de organização das sociedades contemporâneas e, portanto, incidem os modos pelos quais os indivíduos constroem a si mesmos como sujeitos (MEYER, 2012, p.50, PETERS, 2000).

Embora, Peters (2000) argumente que o pós-estruturalismo não pode ser puramente reduzido a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método, a uma teoria ou até mesmo a uma escola, a enunciação desses reforça que o pós-estruturalismo se preocupa mais em descrever e

problematizar processos por meio dos quais os significados e saberes específicos são produzidos, no contexto de determinadas redes de poder, com certas consequências para determinados indivíduos e/ou grupos do que buscar respostas para o que as coisas são de fato. A esse respeito, Peters (2000, p. 29) afirma que as convicções do pós-estruturalismo apontam que a melhor forma de denominá-lo passa a ser como “um *movimento de pensamento* - uma complexa rede de pensamento - que corporifica diferentes formas de prática crítica. Ademais é, decididamente, interdisciplinar, apresentando-se por meio de muitas e diferentes correntes” (PETERS, 2000, p. 29).

Debruçando-nos sobre esse movimento do pensamento complexo discutimos os fundamentos da ética nas práticas de profissionais de saúde. Para o pós-estruturalismo, as formas aceitáveis e satisfatórias de existência são infinitas, sem uma referência absoluta ou mesmo estabilizadas para o isolamento de “um melhor” (SOUZA, *et al*, 2011, p 12). A ética é, pois, uma expansão das diversas e múltiplas formas de subjetividades possíveis. Portanto, pretende-se com este trabalho analisar como a dimensão ética está presente na prática de profissionais de saúde em face da obrigatoriedade de um intenso processo de relações que o processo de trabalho em saúde lhes impõe e não apontar uma direção para onde os sujeitos deveriam caminhar.

Dessa maneira, subentende-se que no trabalho em saúde há tantas éticas quanto sujeitos cognocentes envolvidos. O desafio de aceitar as características do pós-estruturalismo para se trabalhar a ética se deu na interpretação relativista que esta teoria deixa transparecer. Para esclarecer o campo heterogêneo da ética foi imprescindível buscar um aprofundamento teórico das publicações de Michael Foucault, pois analisando seus constructos teóricos foi possível compreender que parece existir uma relativa consonância sobre a possibilidade de pensar a ética como uma exigência subjetiva e discutir o sujeito na perspectiva das diferentes formas de constituição histórica, daí a pluralidade da ética.

Foucault considera que todo olhar sobre a ética deve levar em consideração que sua exigência é vivida subjetivamente. A título de exemplo Foucault faz referência a uma “determinação da substância ética, ou seja, que parte de cada indivíduo estará ligado indissociavelmente a sua conduta moral, que principio pessoal movimentada cada indivíduo como um sujeito de ação” (FOUCAULT, 1984, p. 27). Para este autor a ética é a maneira pela qual é necessário conduzir-se, ou seja, a forma pela qual cada um deve se constituir como sujeito moral, com competência para se conduzir em diferentes contextos, não apenas como um indivíduo que age, mas sim, como protagonista de sua história pessoal (FOUCAULT, 1984, p.27).

A imersão nos estudos de Foucault confirma a ideia de que em determinados contextos sociais a subjetividade se individualiza, ou seja, uma pessoa é vista como responsável por si mesma, que se posiciona em meio a diversas relações de alteridade regidas por aspectos familiares, culturais,

jurídicos, religiosos, etc. Mas em outros momentos e condições, a subjetividade está ligada à sua própria identidade por meio de uma consciência ou do autoconhecimento (FOUCAULT, 2010).

Como forma de expressar esta consciência, Foucault, apresenta o conceito de técnicas de si, que se caracterizam como conjuntos formados por práticas reflexivas e voluntárias que definem a estética da existência, e por meio das quais:

(...) os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e respondam a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 1994, p.15).

A complexidade da ética se dá então por estar situada no nível da autonomia do pensamento e por emergir do modo de ser na relação entre o indivíduo e a sociedade. Nesta relação cada ser age sobre si, procura conhecer-se, transformar-se e definir para si um modo específico de viver e estar no mundo que vale como sua realização moral (FOUCAULT, 2001).

Nesta perspectiva a ideia de uma ética absoluta e universal não pode ser concebida e aceitável. O pluralismo está enraizado na sociedade atual em todas as relações, independente da atividade realizada. Ademais, o multiculturalismo deve ser visto e reconhecido como uma realidade permanente.

É nesse contexto que se reconhece a dificuldade de se fundamentar uma ética para os tempos atuais, especialmente nas suas relações com as práticas de profissionais de saúde, pois estas relações na área da saúde exigem, também, múltiplas dimensões, olhares, fazeres e saberes, o que a torna tão complexa quanto à ética (KOERICH *et al*, 2009. p. 255).

No interior das análises sobre a ética em saúde, cabe chamar atenção para um ponto relevante e essencial: a linguagem. O entendimento de que a linguagem é o único elemento comum ao ser humano e a partir do qual ele adquire e transmite sua identidade e sua visão de mundo aponta para a resolução da tensão sobre a pluralidade da ética por meio de uma compreensão do diálogo dos sujeitos envolvidos em determinado contexto social. Neste espaço dialógico estabelecido entre sujeitos distintos, os valores que guiarão a conduta seriam construídos pela troca de atos de linguagem, a qual não é autotransparente, não é fixa, não é homogênea e, sobretudo, não é neutra (MEYER, 2012, p.52; FOUCAULT, 1996). Porém, representa a relação entre os sujeitos e sentidos afetados pela ideologia e pelo inconsciente.

Assim, a linguagem produz um complexo processo de constituição dos sujeitos e de produção de sentidos, que não promove meramente a transmissão de informações, mas a interação social (VAN DIJK, 1997). Brandão (2002, p. 12) afirma que a linguagem passa a ser estudada enquanto discurso e como tal não constitui um sistema de signos utilizados apenas para comunicação ou pensamento, ela é interação, um modo de produção social.

O discurso, portanto, assume uma posição importante para captar o verdadeiro significado das coisas enunciadas pelos sujeitos que vivenciam uma dada situação em determinada cultura, verdade e poder (MEYER *et al*, 2010). Considerando o discurso um revelador de elementos constituintes da sociedade, das formas sociais do eu, das relações sociais e das estruturas conceituais, Foucault (BRANDÃO, 2002) afirma que qualquer prática discursiva é resultante de combinações, fato que nos permite vislumbrá-lo como um meio para compreender a ética na prática de profissionais de saúde. Vale ressaltar a importância de outras atividades comunicativas relacionadas ao discurso, como aquelas não verbais (os gestos, imagens) e outras práticas semióticas de significado como o uso de códigos simbólicos (desenho, fotografia), pois estas atividades demonstram as múltiplas relações que o discurso tem com o meio social e com os processos de atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem (VAN DIJK, 1997, p. 3).

No entendimento das práticas de profissionais de saúde, faz-se necessário evidenciar que o sujeito do discurso não é a pessoa que realiza um ato de fala, nem o autor do texto, nem o sujeito da proposição. O sujeito do discurso é aquele que pode usar determinado enunciado em função da ocupação de um lugar institucional, de sua competência técnica, transferindo suas próprias representações para outros sujeitos no processo de comunicação. Assim, os profissionais de saúde se constituem nas posições que assumem, nas quais está envolvido quem fala o lugar institucional e a situação em que se encontra e que lhe permite questionar, observar, informar, deslocar-se, assegurar o seu espaço, perceber, descrever. São as posições que eles assumem que lhes permitem desempenhar papéis sociais e institucionais e tornarem-se responsáveis pelo que dizem. Portanto, por meio do discurso de profissionais de saúde é possível revelar os pensamentos e valores específicos de um grupo profissional inserido em um contexto institucional marcado por transformações sociais.

### **3.1 A abordagem metodológica**

Considerando as singularidades do trabalho em saúde e a compreensão da ética de um ponto de vista subjetivo idealizou-se buscar experiências, sentimentos e pensamentos de sujeitos com relação a esta temática.

Quando o objeto de análise é algo próprio do ser humano, o processo exige a conscientização da complexidade que o envolve, o descobrimento da sua introspecção e observação de si mesmo. Do ponto de vista de um trabalho científico é inviável analisar estas questões de um ponto de vista quantitativo.

A preocupação com os significados, experiências e discursos se ancora na abordagem qualitativa como percurso metodológico, uma vez, que este tipo de abordagem tem como característica examinar categorias analíticas e explicativas relacionadas aos significados que as pessoas atribuem as

suas experiências do mundo social e a maneira como as pessoas compreendem esse mundo.

Por meio da pesquisa qualitativa busca-se interpretar fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) por meio dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (POPE e MAYS, 2009, p.14). Portanto, este tipo de abordagem é a opção para se examinar a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária (POPE e MAYS, 2009, p.1.6). Consonante com POLIT, BECK e HUNGLER (2004), a pesquisa qualitativa é classificada como um método naturalista, pois lida com a investigação da complexidade humana, explorando-a diretamente e enfatizando a compreensão da experiência como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos.

Na atualidade, embora a dicotomia entre quantidade e qualidade esteja superada, é importante salientar que a abordagem qualitativa vem se sobressaindo em relação à quantitativa, seja pela saturação dos métodos formais e cerceadores das manifestações da realidade, seja pela necessidade de se avançar em horizontes tão intensos quanto difíceis de serem adentrados (DEMO, 2006).

Mediante os desafios que se inscrevem na realização de uma pesquisa qualitativa, a tentativa de colocar em evidência as possibilidades de interpretação dos fatos estudados e não exclusivamente demonstrar suas evidências tem atribuído maior relevância a este tipo de abordagem (TITTONI; JACQUES, 2001, p.78; DEMO, 1998). Assim sendo, a intenção própria da pesquisa qualitativa é investigar a realidade social para além do observável na superfície e do quantificável, não no sentido de combater a quantidade, mas de maneira a alertar que:

Todo fenômeno qualitativo, por ser histórico, existe em contexto também material, temporal, espacial. E todo fenômeno histórico quantitativo, se envolver o ser humano, também contém a dimensão qualitativa. Assim, o reino da pura quantidade ou da pura qualidade é ficção conceitual. (DEMO, 1998, p. 92)

Vale salientar que a relação entre a abordagem quantitativa e a qualitativa não pode ser pensada como de oposição ou contrariedade, como também não se reduz a um *continuum* (MINAYO, 1993). As duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

As pesquisas qualitativas caracterizam-se como aquelas cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão. Neste sentido, a abordagem qualitativa possibilita uma visão compreensiva das relações que se estabelecem durante as situações de encontro/interação em que palavras, gestos, arte, e vários fatores simbólicos se entrelaçam e permitem ser interpretados de forma singular e particular (LACERDA e LABRONICI, 2011).

O enfoque nas questões éticas que permeiam o universo das práticas de profissionais de

saúde no ambiente hospitalar exige o desenvolvimento de uma forma de olhar mais abrangente que considere a multiplicidade de fatores e a pluralidade de influências envolvidas neste complexo contexto de contradições e relações. A abordagem qualitativa se constitui como um referencial coerente, haja vista sua incidência sobre uma realidade que ocupa um determinado espaço, num determinado tempo, no qual os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante transformação.

Nesta perspectiva a opção por um estudo de natureza qualitativa deu-se em face do interesse em questões relativas à experiência, interações em um contexto natural e de forma que dê espaço às particularidades. Por se tratar de um universo particular a pesquisa qualitativa se abstém de estabelecer um conceito bem definido daquilo que se estuda, mas tem como objetivo desenvolvê-los e refiná-los no processo de pesquisa (FLICK, 2008).

Outro aspecto a considerar na abordagem qualitativa diz respeito ao papel do pesquisador, pois representa uma parte importante no processo de pesquisa, seja em termos da sua própria presença pessoal na condição de pesquisador, seja em termos de suas experiências no campo e com a capacidade de reflexão que trazem ao todo, com membros do campo que se está estudando. Neste caso, o contexto no qual o pesquisador se insere é levado a sério para entender uma questão em estudo (FLICK, 2008; MINAYO, 2010). O envolvimento do pesquisador é, portanto fundamental para a compreensão da dinâmica do fenômeno em sua complexidade, considerando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que a pesquisa qualitativa permite compreender sobre a realidade humana vivida socialmente (MINAYO, 2010).

## **3.2 O Campo de análise**

### **3.2.1 A instituição**

O estudo foi realizado em unidades de internação de um Hospital situado na região de Venda Nova do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Para a definição do cenário de estudo levou-se em consideração, inicialmente, o fato histórico de transformações nas políticas de gestão deste Hospital. Inaugurado em 21 de setembro de 1998, o Hospital em estudo foi idealizado para garantir atenção à saúde na região Norte da capital Mineira. A intenção era possibilitar a regionalização do atendimento de urgência e emergência e a descentralização desses serviços com o objetivo de criar uma rede integrada de cuidado. Gerenciado desde sua inauguração pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), o hospital funcionou durante oito anos com 24 leitos de suporte em Clínica Médica e de 10 leitos de cuidado

intensivo para adultos ofertando atendimento de urgência referenciada na clínica de adultos e para demandas espontâneas nas especialidades de traumatologia ortopédica ambulatorial (HRTN, 2013).

Com o objetivo de promover o pleno funcionamento do Hospital e de implantar uma nova forma de gestão, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) publicou, em 2005, o Edital de Concurso de Projetos para celebração de Termo de Parceria entre o Governo de Minas Gerais e uma Organização da Sociedade Civil de Direito Público, tendo como objeto o gerenciamento e a execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidas na unidade. Foram apresentadas seis propostas para gerenciamento do Hospital algumas vinculadas a universidades do setor privado. A vencedora foi a Universidade de Alfenas de Minas Gerais (instituição privada), cujo projeto não se concretizou.

No final de 2005, a SES-MG modificou a proposta de gerenciamento no sentido de constituir um parceiro público e convidou a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a assumir a gestão do Hospital, estabelecendo, a partir de então, um processo de negociação e definição dos princípios e diretrizes políticas técnicas e operacionais capazes de viabilizar tal parceria. A UFMG, por meio da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) aceitou assumir a gestão do hospital, modificando inclusive o nome da instituição, como é identificado até hoje. Ao assumirem esse projeto, UFMG e FUNDEP promoveram uma ampliação do papel social do hospital em estudo nas políticas públicas de produção da saúde e do ensino em saúde, aumentando sua integração com a sociedade e com o SUS. Vale destacar que a parceria entre SES-MG, UFMG-FUNDEP sempre representou um campo privilegiado para ampliação e qualificação das atividades de ensino e pesquisa, especialmente relacionadas à assistência de urgência e emergência traumatológica em adultos e crianças (HRTN, 2013).

A concretização desse projeto possibilitou a inserção de residentes, alunos e docentes de diversas unidades acadêmicas nas práticas diárias do cuidado de urgência. Foi possível produzir um modelo de ensino assentado em novas bases conceituais e metodológicas de acordo com os projetos de reformulação curricular do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAUDE), subsidiados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e em curso na UFMG. O convênio assinado no dia 31 de maio de 2006 e em vigor desde 1º de junho do mesmo ano e renovado em agosto de 2007 estabeleceu um cronograma progressivo de ativação dos leitos, centro cirúrgico e ambulatório, discutido e negociado com o gestor de Belo Horizonte e de Minas Gerais de acordo com as principais demandas existentes. Nesse sentido, priorizou-se a abertura de leitos de Clínica Médica e Cirúrgica, prevendo a ativação do Centro Cirúrgico, além da ampliação dos leitos de cuidado intensivo de adultos. Além disso, a nova forma de gestão desencadeou a reorganização do Pronto Socorro,

completando a equipe com médicos e enfermeiros, revendo os processos de trabalho desenvolvidos internamente e as relações estabelecidas com a Central de Internação, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros (HRTN, 2013).

As transformações no nível de gestão hospitalar influenciam a organização dos processos, diretrizes, políticas e normas da instituição e tem implicações na prática de profissionais da saúde. Cabe salientar que atualmente o hospital caracteriza-se como uma fundação pública, o que segundo os termos do decreto-lei 200/67, significa uma entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. Segundo Zanella di Pietro (2008) de todas as entidades da Administração Indireta, a fundação é, sem dúvida, a que tem provocado maiores divergências doutrinárias no que diz respeito à sua natureza jurídica e às consequências que daí decorre.

Nesta perspectiva, além das modificações quanto à natureza do Hospital em questão o interesse em realizar a pesquisa nesta instituição foi também provocado por se tratar de uma instituição 100% inserida na rede pública de saúde e de referência, relevância e impacto para a sociedade mineira uma vez se propõe formar recursos humanos para a saúde. Ademais, tem como missão desenvolver com eficácia, eficiência e resolutividade a assistência nas situações de urgência e emergência e, de forma articulada, as atividades de ensino e pesquisa com excelência técnica e relevância social no âmbito exclusivo do SUS para uma população estimada em 1,1 milhões de pessoas, incluindo os residentes dos Distritos Sanitários Pampulha, Norte e Venda Nova e dos municípios vizinhos de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa.

A instituição, cenário deste estudo, caracteriza-se como um Hospital Geral de grande porte, o qual comporta 333 leitos distribuídos em seis andares. Conta com 1616 profissionais, sendo 1396 com vínculo empregatício, contratado por rede privada e os demais se apresentam como estagiários e residentes (DATASUS, 2013).

### 3.2.2 *As unidades de Internação*

A opção por realizar a pesquisa em unidades de internação se deu pelo fato dessas unidades ocuparem 84%, ou seja, aproximadamente 280 leitos do hospital em estudo e por se caracterizarem como unidades direcionadas à hospedagem de pacientes, nas quais sua relação com os profissionais de saúde estão em intensa conexão. As unidades de internação hospitalar são consideradas o local

próprio para o paciente ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior que 24 horas (BRASIL, 2012). Há que se ressaltar também a complexidade do ambiente de internação que reúne uma gama de equipamentos, profissionais, pacientes com diversos graus de dependência e serviços de apoio, transitando para garantir a assistência à saúde ininterruptamente nas 24 horas e nos sete dias da semana. Outro aspecto peculiar dessas unidades é a presença do familiar que contribui para a acomodação do paciente, mas também demanda atenção da equipe de saúde.

O estudo ocorreu nas unidades de internação médicas e cirúrgicas uma vez que, além de concentrarem o maior percentual de leitos ativados no hospital pesquisado, são consideradas parte obrigatória de um hospital geral (BRASIL, 2012). Foram selecionadas todas as unidades de clínica médica e cirúrgica da instituição em estudo: clínicas médicas 6 A, 6 B, 5 A e 5 B e clínicas cirúrgicas 2 B, 3 B, 4 A e 4 B, totalizando 8 unidades. As especificidades dessas unidades estão distribuídas de acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, em: Clínico: destinado aos usuários em internação hospitalar, que necessitem de atenção multiprofissional compreendendo as seguintes áreas: infectologia, cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, hansenologia, hematologia, neurologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, ginecologia e leitos de unidade de acidente vascular cerebral. Cirúrgico: destinado aos usuários pré e pós-cirúrgicos compreendendo as seguintes áreas: buco maxilo facial, cardiologia, cirurgia geral, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia/ urologia, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, plástica, cirurgia torácica, vascular e transplante (BRASIL, 2012). Cabe salientar que as unidades supracitadas são compostas por uma média de 30 leitos por unidade e que no ano de 2010, mais de dezessete mil internações foram realizadas (HRTN, 2012).

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde, das categorias: médica, enfermagem (enfermeiros e técnicos), fisioterapia, psicologia, nutrição e farmácia. A escolha desses sujeitos se deu por meio de uma reunião com os coordenadores das unidades de clínica médica e cirúrgica, na qual foi definido que estas são as categorias de profissionais de saúde que exercem atividades assistenciais ininterruptas nas unidades, cenário da pesquisa.

A opção por pesquisar diferentes tipos de profissionais decorreu do fato de estes sujeitos estabelecerem relações entre si e com o ambiente de trabalho em seu cotidiano. Apesar das especificidades de cada área, os profissionais deste estudo vivenciam as mesmas situações e condições de trabalho semelhantes, o que se torna relevante para conhecer a expressão da ética dentro no âmbito de Unidades de internação.

Entendendo que é no campo das práticas que a ética se expressa por meio das relações e processos de trabalho dos profissionais de saúde, elegeu-se para fins deste trabalho, um sujeito de cada categoria profissional de cada unidade de internação mencionadas anteriormente e que manifestaram interesse em participar do estudo.

Dessa maneira os sujeitos foram selecionados por conveniência, convidando-os em seu próprio local de trabalho, mas definindo um horário de acordo com suas disponibilidades e vontades pessoais. Ressalta-se que a categoria enfermagem foi a única a apresentar um representante por unidade em virtude dos profissionais apresentarem carga de trabalho de 6 horas diárias ou 12/36 semanais. Quanto aos profissionais de farmácia, vale esclarecer que apenas um exercia atividades clínicas assistências nas unidades escolhidas. As demais especialidades trabalhavam em escala de plantão e eram responsáveis pela assistência direta em mais de uma unidade, conforme apresentado na Tabela 1.

Deste modo, foram excluídos os profissionais das áreas da gestão, da formação, do ensino, da investigação e da assessoria, além daqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Sendo assim, os sujeitos totalizaram 30 profissionais.

Tabela 1- Apresentação sistematizada dos sujeitos do estudo, Belo Horizonte, 2014.

<b>Clínica Médica</b>			
<b>6A</b>	<b>6B</b>	<b>5A</b>	<b>5B</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Enfermeiro</b>
<b>Tec. Enfermagem</b>	<b>Tec. Enfermagem</b>	<b>Tec. Enfermagem</b>	<b>Tec. Enfermagem</b>
<b>Médico</b>		<b>Médico</b>	
<b>Fisioterapeuta</b>		<b>Fisioterapeuta</b>	
<b>Psicólogo</b>			
<b>Nutricionista</b>			
<b>Clínica Cirúrgica</b>			
<b>2B</b>	<b>3B</b>	<b>4A</b>	<b>4B</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Enfermeiro</b>
<b>Tec. Enfermagem</b>	<b>Tec. Enfermagem</b>	<b>Tec. Enfermagem</b>	<b>Tec. Enfermagem</b>
<b>Médico</b>		<b>Médico</b>	
<b>Fisioterapeuta</b>		<b>Fisioterapeuta</b>	
<b>Psicólogo</b>		<b>Psicólogo</b>	
<b>Nutricionista</b>			

Farmacêutica

Fonte: Elaborada Para fins deste estudo.

Os 30 sujeitos do estudo eram profissionais que possuíam vínculo empregatício com o hospital na modalidade Celetista. Todos exerciam atividades de prestação de cuidados com assistência direta aos pacientes nas unidades de internação hospitalar.

A maior parte dos sujeitos era do sexo feminino (73%), jovens adultos com faixa etária entre 20 e 30 anos (63%), sendo 50% casados e 50% solteiros ou separados.

Com relação ao processo de formação profissional 50% dos sujeitos do estudo formaram-se no curso exigido para sua profissionalização há mais de 6 meses e menos 3 anos e 50% formaram-se há mais de 4 anos. Com relação à característica da instituição de ensino 46.6% estudaram em universidades privadas e 33% em universidades públicas. Além disso, mais de 50% dos sujeitos apresentaram qualificação no nível especialização.

No que diz respeito à admissão no hospital, os dados afirmam que 70% dos profissionais atuam neste local entre 0 e 3 anos. Também, 53% têm vínculo empregatício apenas com o hospital pesquisado e 47% possuem mais de 2 empregos. Totalizando as horas de trabalho dos sujeitos do estudo, os dados apontam que 53.3 % trabalham mais de 50 horas semanais e 46% até 40 horas semanais.

### 3.4 *Captação da realidade empírica*

O entendimento do sujeito por meio de efeitos de linguagens, discursos, textos, representações, enunciações, dos modos de subjetivação e das relações de poder saber, remete a valorizar o que o sujeito diz como uma das formas de expressão da ética. Foucault (1996) concebeu o sujeito como artifício da linguagem, uma produção discursiva, inspirada, portanto, em seus conhecimentos buscou-se neste estudo estratégias de captação da realidade empírica por meio do discurso dos próprios sujeitos, e sobre os quais se ressalta a importância de outras atividades comunicativas, como aquelas não verbais (os gestos, imagens) e outras práticas semióticas de significado como o uso de códigos simbólicos (desenho, fotografia), pois estas atividades demonstram as múltiplas relações que o discurso de um sujeito tem com o meio social e com os processos de atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem (VAN DIJK, 1997, p. 3).

Orientada por tais perspectivas a coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2012 a abril de 2013. Os sujeitos foram previamente informados sobre a possibilidade de serem convidados para participar da pesquisa pelos coordenadores das unidades. Posteriormente, procedeu-se a coleta

de dados realizando-se um contato prévio com os profissionais, manifestando nosso interesse em realizar uma entrevista gravada, orientada por um roteiro semiestruturado.

A opção pela realização da entrevista se deu pela possibilidade de obter uma declaração do sujeito sobre a observação que ele faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação com relação ao objeto de estudo (RICOUER, 1990). Vale ressaltar que a entrevista tem por base a conversação e como tal, é um evento social, envolvendo perguntas e discussões sobre o tema da pesquisa com os entrevistados. Sabe-se que a conversação é a forma mais universal de troca social que, porém, difere da entrevista de pesquisa, pois nesta, a conversa se torna mais formal e ancorada em papéis sociais tendo como foco o interesse da pesquisa (NUNES, 2005). Por meio da entrevista é possível acessar aquilo que uma pessoa tem em sua mente e que não é passível de observação direta: pensamentos, sentimentos, intenções, comportamentos ajustando-se como técnica ideal para a captação dos termos da ética (NUNES, 2005). Cabe salientar que o objetivo da entrevista em pesquisa qualitativa é a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação ao comportamento das pessoas em contextos sociais específicos (LOIZOS, 2002).

Neste estudo, as entrevistas seguiram o modelo semiestruturado por se configurarem como um roteiro flexível, consistindo em questões abertas, as quais nos permitem organizar um conjunto de questões sobre o tema em estudo, mas também incentivar o entrevistado a falar livremente sobre assuntos que vão surgindo relacionados aos desdobramentos do tema principal (PADUA, 2004; POPE e MAYS, 2009).

Considerando a complexidade subjetiva da ética, após a aplicação de um roteiro contendo oito perguntas abertas (APÊNDICE A), utilizou-se a técnica projetiva associada à entrevista como método complementar de captação das percepções e concepções que normalmente não são ditas com a adoção de instrumentos de coleta de dados tradicionais, que se fundamentam apenas na verbalização, principalmente, ao considerar que algumas respostas seguem um padrão ou tendência do “socialmente aceitável” ou mesmo não captam aspectos menos racionais que são importantes para a compreensão dos fundamentos da ética na prática profissional (LOIZOS, 2002). Segundo Malhotra (2001, p. 165), as técnicas projetivas são uma forma não estruturada e indireta de perguntar, que incentiva os entrevistados a projetarem suas motivações, crenças, atitudes ou sensações subjacentes sobre a problemática em estudo.

No âmbito desta proposta, foi solicitado aos sujeitos que representassem por meio de um desenho os princípios éticos que norteiam as suas práticas cotidianas com vistas a ratificar o que foi exteriorizado oralmente na entrevista. Em seguida os sujeitos foram estimulados a comentar e explicar a sua projeção. Entende-se que o desenho é uma forma de linguagem, por meio da qual os

participantes desta pesquisa se viram frente a uma situação de forma livre e espontânea possibilitando expressarem sua subjetividade.

Os discursos captados por meio da entrevista e da técnica projetiva foram gravados, apresentando em média, duração de 15 minutos. Após a captação da realidade empírica o material obtido foi transcrito na íntegra com a finalidade de preservar a fidedignidade e integridade dos discursos advindos das entrevistas e de maneira complementar dos desenhos.

A coleta de dados foi encerrada quando a totalidade de sujeitos foi abordada.

### **3.5 Análise dos dados**

A análise dos dados não pretendeu ter a função de comprovar ou refutar uma determinada hipótese, mas possibilitar uma compreensão aprofundada de um determinado corpus, permitindo a reconstrução de conhecimentos existentes sobre a ética na prática de profissionais de saúde.

Com vistas a examinar o material empírico nos apoiamos em técnicas de análise cuja perspectiva encontra na linguagem, dada por meio dos discursos dos sujeitos, um modo de traduzir a avaliação, o julgamento, a crítica e as intenções do enunciador em relação ao mundo que o cerca.

Para fins deste estudo, considera-se a linguagem como um sistema de significados constituídos histórica e socialmente, do que decorre a tomada de textos escritos e expressões orais como reveladores de certas conformações, referências e demarcações de determinados discursos que, por sua vez, operam no interior de disciplinas e práticas sociais em diferentes formas e estratégias de poder e intervenção na vida social (RAMOS, 2007). Para observar o fenômeno da linguagem é preciso, portanto, situar os sujeitos no meio social.

Nesses termos, a linguagem passa a ser estudada enquanto discurso e como tal não constitui um sistema de signos utilizados apenas para comunicação ou pensamento, ela é interação, um modo de produção social (BRANDÃO, 2002). De acordo com Benveniste (1995, p. 84) é a linguagem que fornece o instrumento ao discurso, no qual a personalidade do sujeito se liberta e se cria, atinge o outro e se faz reconhecer por ele. Nessas condições, a linguagem aparece como estrutura social em que a palavra e o discurso são utilizados deliberadamente, intencionalmente, para fins individuais e intersubjetivos. O discurso, portanto, é entendido como condição prioritária de materialização do “falar” que emerge e se configura por meio das práticas discursivas. Neste sentido, Foucault (2009, p.237) afirma que:

(...) falar é fazer alguma coisa – algo diferente de exprimir o que se pensa, de traduzir o que se sabe e, também, de colocar em ação as estruturas de uma língua; mostrar que somar um enunciado a uma série preexistente de enunciados é fazer um gesto complicado e custoso que implica condições (...) e comporta regras (...) (FOUCAULT, 2009, p. 237).

Após essas considerações vislumbrou-se a análise textual discursiva (ATD) como opção para análise do material empírico desta tese. Tal técnica de análise tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos. Essas compreensões têm seu ponto de partida na linguagem e nos sentidos que por ela pode ser instituídos com a valorização dos contextos e movimentos históricos em que os sentidos se constituem (MORAES e GALIAZZI, 2011, p. 80). Na ATD, a linguagem desempenha um papel central, pois por meio dela o pesquisador pode inserir-se no movimento de compreensão, de construção e reconstrução das realidades (MORAES e GALIAZZI, 2006). Segundo os mesmos autores o mergulho no rio da linguagem dentro do processo da análise textual discursiva, é inicialmente um movimento desconstrutivo, que trata da análise propriamente dita e o movimento reconstrutivo que concebe uma síntese.

Dessa maneira a ATD organiza seus argumentos em torno de quatro focos: *a desmontagem dos textos; o estabelecimento de relações; a captura de um novo emergente e a recolocação dos achados* em um processo auto-organizado, sendo que os três primeiros compõem um ciclo que culmina no quarto foco (MORAES e GALIAZZI, 2011).

O processo de análise textual discursiva, neste trabalho, teve início com o agrupamento dos textos, resultantes das transcrições, por categoria profissional e replicada posteriormente sem a fragmentação destas categorias. Com os textos em mãos iniciamos sua desmontagem por meio de uma tempestade de ideias que nos permitiram produzir um conjunto desordenado e caótico de unidades elementares de significado sobre o tema em estudo. Posteriormente, foi necessário um aprofundamento das leituras para a composição de unidades constituintes. Para a composição das unidades constituintes, utilizou como critério de recorte e desconstrução dos textos a análise do vocabulário usado em um enunciado (lexical), a forma como o enunciado é estruturado (sintática) e a recorrência, ao longo do discurso, de elementos semânticos subjacentes (semântica) (SARAIVA, 2009). Vale ressaltar que o retorno reiterado à procura de sentidos mais aprofundados cria as condições para a percepção do novo, não tanto por este já se encontrar no texto, mas porque o pesquisador consegue estabelecer novas e originais conexões (MORAES e GALIAZZI, 2011, p. 70).

Na *desmontagem dos textos*, as unidades elementares e as constituintes que emergiram da tempestade de ideias e do recorte do texto foram codificadas por números de acordo com sua revelação. A título de exemplo o código 2.3, significa que a unidade elementar foi retirada do material textual 2, representa a segunda unidade deste texto. Segundo Moraes e Galiazzi (2011) a codificação constitui um conjunto de indicadores que possibilita relacionar as unidades e categorias construídas com os textos dos quais se originaram, além de permitir voltar sempre que se fizer necessário aos textos originais.

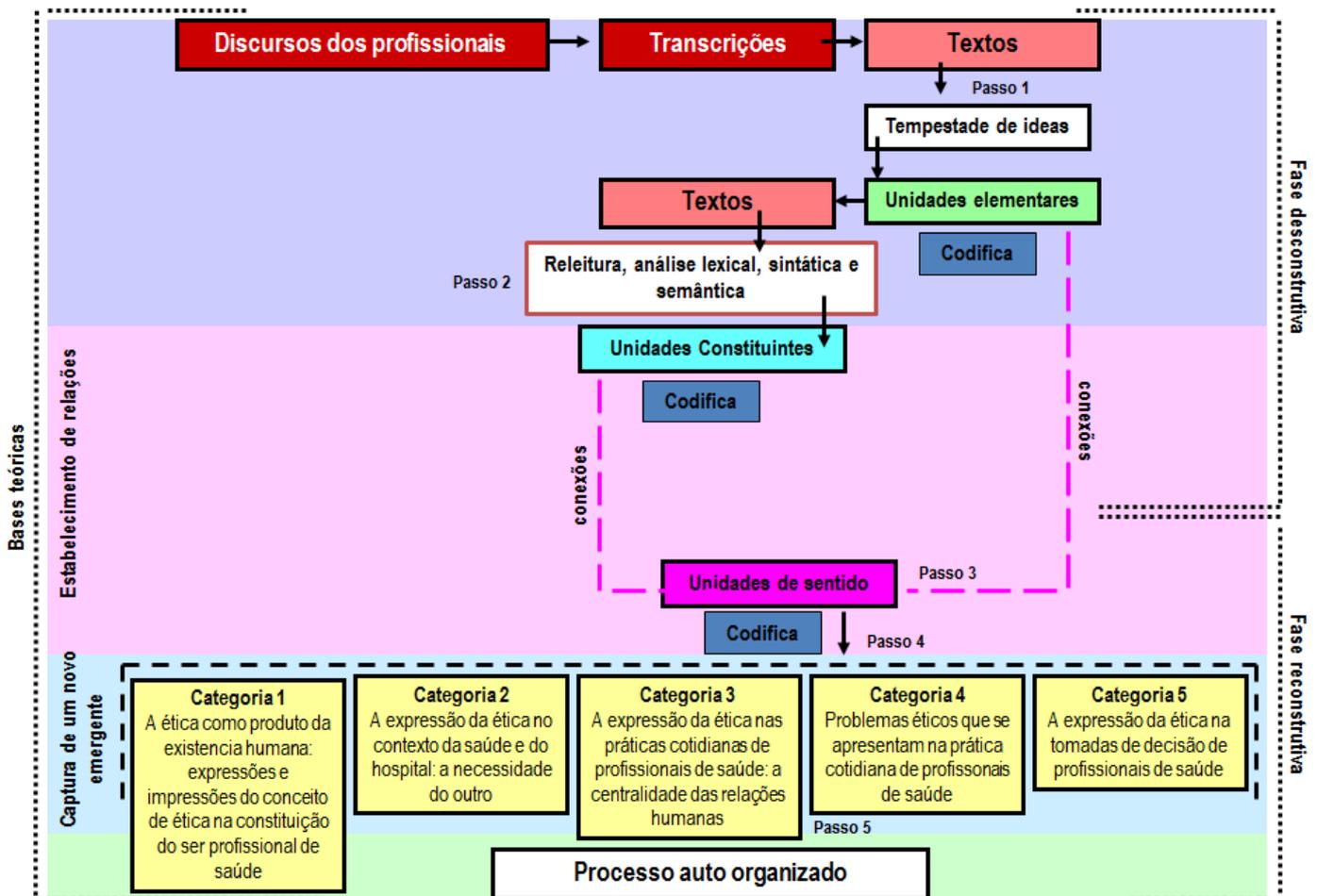
Esta primeira etapa da ATD é denominada de unitarização na qual o conjunto das unidades produzidas corresponde a um espaço criativo, de auto-organização, capaz de dar origem a novas combinações, criando as condições para a emergência do novo, sempre a partir do intercâmbio de sentidos (MORAES e GALIAZZI, 2006, p. 124). Portanto, após o exercício analítico de desmembramento de enunciados constitutivos de uma comunicação, foi possível detectar os elementos de sentido.

A segunda etapa compreendeu o *estabelecimento de relações*. Essa etapa consistiu na categorização das unidades anteriormente obtidas, sendo um aspecto central na análise textual discursiva. A categorização, por sua vez, consistiu em um processo de comparação constante entre as unidades elementares, as unidades constituintes, as unidades de sentido, conduzindo-as a agrupamentos semelhantes, mediante associação com o referencial pós-estruturalista. Neste sentido “cada categoria representa um conceito dentro de uma rede de conceitos que pretende expressar novas compreensões”. “As categorias representam os nós de uma rede” (MORAES e GALIAZZI, 2006, p. 125). Durante essa etapa, reuniram-se as unidades de sentido por semelhança e aproximação, em categorias, surgindo assim, a *captação de um novo emergente*.

A *captação do novo emergente* constituiu-se na terceira etapa do processo de análise textual discursiva cuja característica principal foi à intensa impregnação nos materiais da análise com vistas a alcançar níveis cada vez mais aprofundados de compreensão dos princípios éticos que norteiam as práticas de profissionais de saúde. Esta fase representou o esforço de conceber um consolidado teórico baseado nas novas combinações dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e que deram origem à *construção de um processo auto-organizado*.

A *construção de um processo auto-organizado* fechou o ciclo de análise consistindo em um processo de emergente compreensão que se iniciou na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do corpus, seguindo ao presente momento em que desenvolvemos um processo intuitivo auto-organizado de reconstrução com emergência de cinco dimensões de análise da expressão da ética: *a expressão da ética no contexto hospitalar, a expressão da ética na constituição de ser profissional de saúde, A expressão da ética nas relações pessoais de profissionais de saúde, a expressão da ética na prática clínica e a expressão da ética na tomada de decisão de profissionais de saúde* que serão comunicadas sob forma escrita no próximo capítulo desta tese. Vale ressaltar que todo o processo de auto-organização teve como especificidade o material teórico resultante das análises dos discursos dos profissionais independente da categoria profissional por entender que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo e muitas vezes apenas a análise fragmentada pode não apresentar a completude da expressão da ética no grupo de profissionais da saúde. Para esclarecer o processo analítico percorrido, segue a ilustração da análise textual discursiva desenvolvida nesta tese.

Figura 2- Representação do processo global de análise dos dados, Belo Horizonte, 2014.



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

### 3.6 Aspectos éticos

No campo de pesquisas qualitativas os aspectos éticos têm sido bastante discutidos pela subjetividade que esta envolve (POPE e MAYS, 2009; DEMO, 2006). Nesta perspectiva a pesquisa foi analisada e aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Parecer nº 16/2012 (ANEXO A), pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – CAAE 08165512.8.000.5149 (ANEXO C) e, também, pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital em estudo – Processo nº 28/2012 (ANEXO B), em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), bem como com o capítulo III do código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007). Destaca-se que foram reservados

todos os direitos dos profissionais enfermeiros, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho.

Aos profissionais que aceitaram participar do estudo foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi preenchido e assinado (APENDICE B). Ressalta-se que o caráter anônimo dos sujeitos e da instituição foi mantido e suas identidades protegidas. Vale esclarecer que a participação dos profissionais ocorreu de forma voluntária e todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram prestados aos sujeitos, deixando claro que, os mesmos não teriam nenhum tipo de ganho financeiro, além de não sofrer nenhum prejuízo ou dano.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos em periódicos de circulação nacional e eventos científicos, independentes dos resultados obtidos serem favoráveis ou não e devolvidos aos entrevistados no formato de publicação.

Os documentos utilizados nesta pesquisa e inclusive as análises e anotações que respaldam os significados e interpretações dos resultados desta pesquisa foram guardados com os pesquisadores, em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidos assim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação desta tese.

# *Capítulo 4*

## *Apresentação e discussão dos resultados*

## Capítulo 4

### 4. O Processo auto-organizado: Apresentação e discussão dos resultados

Este capítulo consiste na apresentação dos resultados do estudo cujas categorias de análise revelam a expressão da ética nas práticas de profissionais de saúde em cinco dimensões:

1- *A ética como produto da existência humana: expressões e impressões do conceito de ética na constituição do profissional de saúde.*

Esta categoria foi assim enunciada devido à imperatividade, no sentido de completar a existência deste sujeito, da ética sobre o ser profissional de saúde. A ética se apresenta para os profissionais como um conceito que sustenta a condição de ser humano e rege suas ações em todos os contextos da vida que são permeadas, obrigatoriamente, pelas relações. O conceito de ética se expressa como um modo de ser, o que é apreendido por meio da socialização primária do indivíduo sendo a família o núcleo fundamental para a compreensão da ética. A ética é entendida sob as mais diversas e múltiplas formas de subjetividades possíveis.

2- *A expressão da ética no contexto da saúde e do hospital: a necessidade do outro.*

Os profissionais sustentam em seus discursos que o setor saúde e o serviço hospitalar se configuram como espaços complementares e similares. Neste cenário os profissionais consideram o trabalho na área da saúde com parte das suas vidas, no qual, por meio da vivência nas práticas cotidianas, atribuem atos significativos para si e para os outros. A ética se expressa, nesta categoria, por meio de relações subjetivas que incentivam a promoção de ajudar as outras pessoas. Neste sentido o trabalho na área da saúde apresenta uma proposta ética ligada às atitudes de preocupação com o outro e o cuidado se manifesta como algo mais que um ato singular ou uma virtude, é visto como um benefício que possibilita ao profissional contribuir para a saúde do outro. Por fim, esta categoria revela que apesar dos profissionais estarem inseridos em um contexto dinâmico, de sofrimento, dor e morte as atitudes de responsabilização pelo outro se transformam em gratidão.

3- *A expressão da ética nas práticas cotidianas de profissionais de saúde: a centralidade das relações humanas.*

Esta categoria retrata a complexidade das relações humanas como meio de expressão da ética nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Embora se destaque a preocupação dos profissionais no que concerne ao respeito à multiculturalidade da ética e a necessidade de se buscar uma coerência entre as possíveis éticas existentes. Esta categoria revela a ética como um elemento

regulatório das práticas em hospitais bem como a hegemonia das questões estruturais sobre a necessidade de práticas humanizadas.

*4- Problemas éticos que se apresentam na prática cotidiana de profissionais de saúde.*

Encontram-se nesta categoria as reflexões sobre as maneiras como os profissionais têm agido e se conduzido na prática. A ética é revelada por meio de situações que geraram desconfortos para os profissionais e que de alguma maneira trouxeram prejuízos para assistência ao paciente e ou família. Os problemas éticos foram reconhecidos pelos profissionais em três perspectivas: problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar; os problemas identificados nas práticas dos colegas de trabalho; a exposição dos casos dos pacientes considerando o sigilo profissional e as atitudes preconceituosas e os problemas éticos identificados nas relações entre profissionais e pacientes abrangendo desde a discriminação até os reflexos da hegemonia médica.

*5- A expressão da ética nas tomadas de decisões de profissionais de saúde.*

A ética foi revelada nos processo de tomadas de decisões em face dos diferentes fundamentos utilizados pelos profissionais para a concretização das suas ações. Nesta categoria foram comentados os princípios que são levados em consideração para as tomadas de decisões éticas. Como princípio fundamental, o respeito ao ser humano foi revelado no sentido dos profissionais reconhecerem as singularidades humanas como elemento central das discussões para as tomadas de decisões. Também foi evidenciado, nesta categoria, o reconhecimento da influência das normas e limites profissionais como elementos próprios das decisões, o respaldo das decisões nos valores absorvidos pelo seio familiar, as atitudes de se colocar no lugar do outro e ainda a importância de fundamentar as decisões no conhecimento científico e naqueles adquiridos empiricamente na prática cotidiana.

Optou-se, neste estudo, por discutir as linhas de análise descritas acima revelando trechos dos discursos dos profissionais sujeitos deste estudo, os quais estão identificados com os códigos adotados na análise textual discursiva representada por uma letra inicial, que representa a categoria profissional, seguida do número do texto e, posteriormente, uma numeração sequencial representada pela ordem das questões da entrevista. Na mesma linha de organização os resultados foram confrontados e discutidos com base na literatura.

#### **4.1 A ética como produto da existência humana: expressões e impressões do conceito de ética na constituição do profissional de saúde.**

A ética tem sido considerada por diversos autores como um fato humano, pelas possibilidades de ser construída ao longo dos anos num processo de relação do sujeito consigo mesmo e com o

mundo (Pergoraro (2002); Aristóteles, 2001). Nesse processo de relação, alguns autores consentem que a ética liga-se, necessariamente, à temporalidade da existência humana, é flexível, se adapta às situações reais da vida e surge como um produto natural da ação humana, por meio da qual emerge a fonte do seu comportamento (Pergoraro, 2002; Jonas, 2006; Boff, 2009 e Vasquez, 2008).

Neste sentido, a ética se manifesta como um conceito imperativo às ações dos seres humanos ecoando sobre o ser enquanto produz determinado agir (Camargo, 2011). A imperatividade da ética foi revelada nos discursos de profissionais de saúde quando reconhecem que tal conceito sustenta a condição de ser humano e suas ações em todos os contextos da vida do indivíduo.

“Acho que a ética é assim, é uma coisa que a gente tem que ter, e o principal tem que seguir tudo o que eu faço, todas as relações que eu tenho até mesmo em casa com familiares” (E2.3).

“Eu acho que a ética é uma base para tudo o que você vai fazer na vida, é até por uma questão de consciência”(F1.3).

“Eu acho que a ética é apreendida naturalmente e a ética vale em todos os contextos. Eu acho que a ética abrange todos os contextos da vida do indivíduo” (M2.3).

“A ética é muito importante em todos os sentidos é muito importante no casamento, na família, no trabalho, com o colega, na faculdade em todos os sentidos que você imaginar para mim é muito importante nem sei te explicar” (T5.3).

“Eu acho a ética fundamental porque a gente tem que levar a ética desde que a gente aprende né? na formação pessoal e principalmente profissional. Eu acho que a ética é a base da gente para tudo” (E3.3).

“A ética eu acho que é a base da medicina é uma coisa que a gente tem que ter como princípio em toda a nossa vida e em tudo, mas acho que dentro da área da saúde é uma coisa que assim você não pode abrir mão em hipótese nenhuma porque você está lidando com a vida das pessoas.” (M4.3).

Pode-se inferir, por meio dos discursos que a ética é vislumbrada como parte de exigências ou necessidade fundamental da experiência humana, bem como, se manifesta em todas as relações que constituem os processos evolucionários e históricos de cada ser (DEMO, 2005). Para os profissionais deste estudo, a ética é percebida como marca humana natural, espontânea e decorrente de uma dinâmica histórica-social, na qual a vida de um ser tem impacto na vida do outro.

Neste sentido, a ética para os profissionais de saúde, comparece como referência no cenário das relações humanas, no qual os sujeitos se constituem como um ser existente formado por uma rede de relações que começa no seio materno, se amplia na família, no trabalho e em toda *dinâmica social*<sup>7</sup>

---

7 Por dinâmica social entende-se as vivências práticas do cotidiano nas quais o homem atua e é por ela modificado (BERGER e LUCKMAN, 2013).

ao longo da sua existência (PERGORARO, 2002). Nesta rede de relações Demo (2005) afirma que a expressão da ética está na unidade de contrários, ambivalências, atrações, repulsões que polarizadas constituem uma trama conjunta de influências mútuas, o que converge com o apresentado pelos sujeitos deste estudo.

Percebe-se que, uma vez que há influências mútuas, ocorre um processo de interação contínua e constante dos indivíduos o que vai moldando a existência de cada um (Camargo, 2011, p.49). Segundo Berger e Luckman (2013, p.169) não somente vivemos no mesmo mundo, mas participamos cada qual do ser do outro. Inseridos nesta trama de relações cada um de nós não somente compreende as definições partilhadas, mas somos capazes de defini-las reciprocamente (Berger e Luckman, 2013, p.168).

Neste contexto, os profissionais, sujeitos desta pesquisa, demonstraram que a ética se faz presente em uma realidade que transcende o espaço profissional e emerge na relação entre o indivíduo e sua experiência subjetiva da vida cotidiana. Cotidiana no que diz respeito àquilo que nos é dado a cada dia e que pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro (CERTEAU, 2012, p.32).

Na perspectiva da relação entre o indivíduo e sua experiência subjetiva da vida cotidiana entende-se que toda a relação com a ética tem implicações com o real, mas principalmente consigo mesmo. Neste sentido, Foucault (2012, p.207) afirma que uma ação não é ética somente em si mesma, na sua singularidade, ela tem implicações com o lugar que ela se realiza, com o código ao qual se refere e certa relação consigo mesmo que fundamenta a constituição de si como sujeito ético, na qual o indivíduo circunscreve a parte dele próprio, definido uma posição sobre o preceito que ele acata e determinando para si certo modo de ser que valerá como cumprimento moral dele mesmo, para realizar-se e agir sobre si.

No que diz respeito aos profissionais de saúde deste estudo, os discursos apontaram que na constituição de si como sujeito ético os preceitos e determinações de certo modo de ser são sustentados pelos valores absorvidos dos papéis e atitudes vivenciados pelo primeiro grupo social que um indivíduo pertence, a *família*<sup>8</sup>.

“Se for olhar o conceito de ética é muito amplo. Mas o conceito de ética tem influência religiosa, da formação que a gente tem da nossa criação. É um conceito assim do que você aprendeu com os pais, né?” (M1.3).

“A ética na minha vida eu acho que é muito do ponto de vista da educação da minha família, dos valores familiares. Minha família é católica, religiosos praticantes então

---

8 A conceituação de família é polêmica. Apesar das dificuldades na abordagem do tema família, pondera-se que a família significa elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos. Reconhecimento que pode ser legal ou costumeiro (NALINI, 2009, p.148).

assim meus valores são muito baseados nos valores da própria religião. Então assim é uma família muito tradicional e minha vivência da ética é muito nesse convívio, muito no que minha família me ensinou de estar sempre em contato com a família, com as pessoas, de estar todo mundo junto. E acho que não tem como hoje em dia a minha profissão não ser influenciada por isso” (P2.3).

“A ética sempre me norteou muito. Meus pais são profissionais da saúde, então, assim eu sempre tive muitas discussões polêmicas na minha casa. Então eu sempre tento levar a ética não só para minha vida profissional, mas para minha vida pessoal porque a ética para mim é uma mistura de valores” (F4.3).

“Falar de ética para mim é uma coisa muito séria não só na minha profissão. Eu acho que pelos meus valores pessoais, de educação, de religião isso acaba bem presente na minha vida. Eu acho que a ética está em tudo até na sua relação com sua família em casa, na forma como você se relaciona com seus irmãos, com sua mãe, com seu pai, com seus amigos” (E7.3).

Perceber-se que a família se constitui como núcleo fundamental para a compreensão da ética na vida dos profissionais. Estudo semelhante realizado por Silveira (2006, p. 157), com profissionais de saúde que trabalhavam em Unidades Terapia Intensiva, apontou a família como a base da formação ética do sujeito e o alicerce para a formação do caráter, do modo de agir e de se construir como um sujeito ético.

Embora as composições familiares tenham sofrido inúmeras mutações (NALINI, 2009, p.151), a construção de valores, sentidos, símbolos que se dá na convivência afetiva deste grupo instaura a base para toda socialização do indivíduo (Berger e Luckman, 2013).

A socialização é um processo que começa com o fato do indivíduo “assumir” o mundo no qual os outros já vivem (Berger e Luckman, 2013, p.168). Ou seja, quando na infância começamos a fazer parte de um mundo que já existe. A família tem, portanto, papel preponderante, uma vez que a primeira socialização que o indivíduo experimenta é a aquela que ocorre na infância. É por meio da socialização primária que os indivíduos percebem o mundo, arraigado de definições dadas pela família e assumem este mundo como seu (Berger e Luckman, 2013). Dessa maneira, a família quando estabelece a mediação de mundo para este indivíduo, escolhe aspectos deste mundo de acordo com sua própria localização na estrutura social e também em virtude de suas idiossincrasias individuais. Portanto, o mundo social é filtrado para a criança e ela absorve esta percepção em um ambiente carregado de emoção e afetividade. Neste processo de socialização a criança interioriza estes significados, tornando-os seus. Assim, é construído o primeiro mundo do indivíduo, no qual, quando criança, passa pelo processo de identificação com a generalidade advinda de outros e interioriza a sociedade como tal, a realidade objetiva nela estabelecida e ao mesmo tempo constitui sua identificação consigo mesmo alcançando uma realidade subjetiva coerente e contínua.

Por esta razão o mundo interiorizado na socialização primária torna-se tão firmemente enraizado na consciência do indivíduo “que pode ser considerado o mais importante conto do vigário que a sociedade prega ao indivíduo” (Berger e Luckman, 2013, p. 174).

Com base nos discursos dos sujeitos deste estudo, podemos observar que mesmo atingindo a idade adulta e pertencendo ao grupo social dos profissionais de saúde, o aprendizado interiorizado pela família não foi desintegrado. Segundo Nalini (2009, p. 156) é a descendência ou ascendência que determina, antes de tudo, a personalidade social do homem. Portanto, a valorização da família é natural, afinal trata-se de uma organização pré-social, baseado na assertiva aristotélica de o ser humano ser uma espécie biologicamente dependente ao nascer (NALINI, 2009, P. 157). Nesta perspectiva se observa que alguns valores emergidos no ambiente cultural familiar foram expressos pelos trabalhadores como princípios necessários para a construção de um sujeito ético:

“Olha eu acho que a ética é uma questão de costume, que vem passado pela família. Então meu pai me passou muita **responsabilidade**, me falou para eu ter muito educação com as pessoas e **paciência**. Então eu puxei isso dele. Minha família toda é assim, muita calma, sempre está ajudando, então eu acho que puxei estas questões muito deles. A ética que eu tenho deles é muito boa” (T1.3).

“Para mim a ética vem de berço assim porque eu posso aprender o que é **justo** ou o que não, mas o que vai me fazer decidir é a minha formação, então não tem como falar para uma pessoa que ela é obrigada a ser ética. Então é como eu interpreto meu mundo, como o vejo em relação ao outro. Eu não consigo ver uma pessoa que é ética em um aspecto e em outro não” (FA 1.3).

Dentre os princípios podemos citar a responsabilidade, a paciência, a educação e a justiça como valores interiorizados durante as experiências vivenciadas, ainda, durante o processo de socialização primária deste sujeito. No que tange a consciência da responsabilidade Morin (2005, p.100) afirma ser característica de um indivíduo dotado de autonomia. No contexto dos depoimentos dos sujeitos pode-se dizer que a autonomia se refere à liberdade para pensar, refletir, julgar as ações mediante critérios de justiça e virtudes como a paciência, para a tomada de decisão. A responsabilidade, portanto, é vista por diversos autores como elemento fundamental para a expressão da ética sobre tudo que existe e vive (PERGORARO, 2002; JONAS, 2006; VASQUEZ, 2008 e BOFF, 2009).

Entende-se que os profissionais de saúde deste estudo construíram o conceito de ética e o seu modo de ser no seu contexto social com destaque para as relações familiares.

Outro aspecto a se considerar, diz respeito à ênfase dada pelos profissionais aos aspectos religiosos como elemento constitutivo do conceito de ética. Por meio dos discursos de P2.3, E7.3 e M1.3, percebeu-se a identificação dos sujeitos com os valores e preceitos da religião<sup>9</sup>. A aproximação

---

9 Religião para este estudo foi tratado como um conceito sinônimo de fé ou sistema de crença.

do homem com os aspectos religiosos é considerada uma herança da história da humanidade, pois segundo Comparato (2006) antes do *período axial*<sup>10</sup>, em todas as civilizações, a vida ética era dominada pelas crenças e instituições religiosas, sem que houvesse nenhuma distinção objetiva entre religião, moral e direito. Foi neste período que se enunciaram os grandes princípios e se estabeleceram as diretrizes fundamentais de vida, em vigor até hoje (COMPARATO, 2006, p.38).

Assim, as religiões buscam cada qual a seu modo, oferecer respostas consoladoras sobre o sentido a vida ou explicar a sua origem e do universo por meio de narrativas, símbolos e tradições. Para Nalini (2009, p. 157) a religião é uma “resposta a um sentimento visceral do ser humano de que falta um sentido para a vida”. Dessa maneira, a religião independente da crença, se encarrega de amparar a espécie humana tornando-a mais consciente de sua posição no mundo, e procura elevá-la indefinidamente rumo ao absoluto, em busca daquele ponto focal onde a mística religiosa sempre situou a divindade (COMPARATO, 2006). Vale destacar que a convicção religiosa é considerada um poderoso reforço à ética humana, pois o ser humano sai fortalecido no seu esforço cotidiano de vir a ser uma existência de qualidade ética justa, solidária e pacífica (PERGORARO, 2002, p. 111).

Para autores como Kung (2001) e Boff (2009, p.64), a religião é vislumbrada como uma força central no mundo moderno. “Talvez seja a força que motiva e mobiliza as pessoas. O que finalmente conta para elas não é a ideologia política ou interesse econômico. Convicções religiosas e família, sangue e doutrina são as realidades com as quais as pessoas se identificam e em função das quais lutam e morrem” (Kung, 2001, p.162).

Especialmente nos discursos de P2.3 e E7.3 percebeu-se que a influência dos aspectos religiosos para a existência humana torna possível detectar e organizar todo um dispositivo complexo da constituição da subjetividade do sujeito, em suma, a maneira pela qual nos comportamos, tomando consciência de nós mesmos. A aceitação de uma religião surge, pois, de dentro da pessoa, de um desejo, de uma necessidade de realização do ser humano (CAMARGO, 2011, p.45) para a construção da sua própria identidade.

Pensar a identidade implica resgatar as atividades e o processo de consciência do indivíduo. Implica nas mudanças processadas em sua história pessoal e em suas relações (DUBAR, 2005). A construção da identidade é um processar contínuo da definição de si mesmo, das representações de seu “estar” no mundo e, portanto, não há possibilidade de abordar os conceitos de ética adotados neste estudo sem apresentar o tema identidade. Dubar (2005) aponta a aproximação entre ética e identidade convergente com este estudo quando menciona que a identidade humana não é dada, de uma vez por todas, no ato do nascimento, se constrói na infância e deve se reconstruir ao longo da vida. Além disso,

---

10 Período axial; inicia-se no século VIII a. C. com o surgimento dos primeiros profetas de Israel, sobretudo Isaías, e é também o tempo de Homero e encerra-se em 632 d.C. ano que faleceu o profeta Maomé, fundador da última grande religião monoteísta (COMPARATO, 2006 p. 38).

o indivíduo nunca a constrói sozinho: ela depende tanto dos julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e auto definições. A identidade, neste sentido, é fruto da articulação entre a dimensão interna do sujeito com outra dimensão que é externa ao indivíduo e com a qual ele interage (DUBAR, 2005). Neste meio de interação um indivíduo tem inúmeras possibilidades para a construção do “eu”, as quais atravessam todas as etapas da trajetória de vida dos sujeitos sendo marcadas por continuidades e rupturas (DUBAR, 2005).

Neste sentido o “eu” não se desenvolve pelo crescimento físico, mesmo que dependa de uma base fisiológica para que isso seja possível. O “eu” não é uma substância. O sujeito acontece e existe em atos. Ele se forma, se revela e se dá conta de si por se reconhecer em atos (JOSGRILBERGUE, 2008). Um indivíduo que tem suas referências e consciência de si mesmo é um sujeito que sabe quem é, e age de acordo com esta consciência. Conduzir-se em favor de sua consciência significa dirigir condutas próprias e de outros por meio de um engendramento entre as técnicas de governo de si e as técnicas de governo do outro em um contexto social de correspondência e reciprocidade, de poder e de liberdade (FOUCAULT, 2004). Assim, cada um vive para si e para o outro, ao mesmo tempo, de maneira complementar e antagônica (MORIN, 2007). Nos discursos dos profissionais deste estudo, foi possível visualizar que o significado de “ser ético” tem repercussões no modo de ser do outro revelando que o ser humano é o que ele decide ser pelo conjunto de suas ações.

“Se você não é ético dentro de casa, você não pode ficar pregando ser ético na sua profissão. Se você joga limpo com o seu filho, você não pode exigir isso dele” (F1.3).

“Ético a gente tem que ser em todo o lugar independente se é no trabalho se é em casa. Tentar ter uma postura em relação a tudo que a gente lida no dia-a-dia no trabalho e também com questões que são da gente mesmo, que a gente tem de berço e da educação que a gente teve e traz para a vida” (E6.3).

“Eu Acho que a ética abrange todos os contextos da vida do indivíduo, então se ele não é ético com o vizinho com um dinheiro que ele acha no chão ele acaba corrompendo em todos os outros. Então minha formação eu acho assim que foi muito certa nesse aspecto, pois meus pais tentaram me mostrar na prática e funcionou demais. Mesmo no trânsito se eu não quiser que uma pessoa fique mudando de faixa ou faça uma coisa inconveniente isso vale para mim então eu tenho esse princípio” (M, 2.3).

“O princípio básico para mim, entender a ética é fazer aquilo que é coerente com aquilo que a gente aprende na moral e aplicar essas predeterminações morais que a gente aprende ao longo da vida” (M3.3).

O discurso de M.2.3 aponta o sujeito como protagonista de determinada ação se reconhecendo como capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com valores absorvidos por meio das relações familiares, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos pelas consequências do que faz e sente (CHAUI, 2000; BOFF, 2009). Pode-se inferir por

meio dos discursos que toda a ação precede de uma escolha responsável e de uma limitação que os próprios sujeitos se impõem em prol das relações com as outras pessoas e com as coisas que compõem o meio ambiente e a natureza.

Também é importante salientar, no comentário de E6.3, a possibilidade de a ética ser vista ao mesmo tempo como a correlação entre a unidade de um mundo e a pluralidade dos muitos mundos culturais e pessoais possíveis (JOSGRILBERGUE, 2008). A expressão “questões que são da gente mesmo” enunciada por E6.3 nos remete à reflexão de que a própria convivência humana traz à tona uma questão ética, porque não se trata da convivência de iguais, mas de diferentes seres (DEMO, 2005 p.20). A ética, portanto, se expressa sob as diversas e múltiplas formas de subjetividade possíveis sem uma referência absoluta e definitiva. A ética é pessoal, individual e irrepitível (CAMARGO, 2011). Assim o indivíduo não é uma substância com rumos traçados pela natureza, mas é uma existência que se dá um rumo pelo exercício da liberdade. Tal liberdade produz a subjetividade por meio de choque com as linhas de forças hegemônicas como se as convicções dos outros se dobrassem e se curvassem para formar um forro que permita a relação do sujeito consigo mesmo (DELEUZE, 2005, P.107). Nesta íntima relação, a construção do sujeito ético tem sentido por meio de uma heterogeneidade de forças que concorrem de forma simultânea, desestabilizando e organizando-se no interior do sujeito em torno de uma representação de si com uma referência identitária. No que diz respeito à multiplicidade de valores totalmente heterogêneos, Maffesoli, (2005, p.17) destaca que independente desta diversidade há uma unicidade própria da atração entre a espécie humana, que garante a sinergia social, a convergência das ações e das vontades permitindo, mesmo que de maneira conflitual, um equilíbrio, dos mais sólidos (MAFFESOLI, 2005, p. 17).

Assim, foi possível identificar que a ética, para os profissionais de saúde deste estudo, se expressa para além do espaço laboral e tem suas bases em uma convivência humana nutrida por valores absorvidos no contexto familiar e influenciada por aspectos religiosos, o que torna cada profissional uma pessoa singular. Além disso, os indivíduos agem de maneira coerente com um projeto por ele decidido e apreendido por meio das relações construídas no âmbito da dimensão social que o completa.

#### 4.2 *A expressão da ética no contexto da saúde e do hospital: a necessidade do outro.*

“O sofrimento somente é intolerável  
quando ninguém cuida”.  
(Dame Cicely Saunders)

O contexto do setor saúde, em especial, o serviço hospitalar, tem sido objeto de diversos estudos no que concerne às relações deste setor com a sociedade. Em grande parte desses estudos

somos convidados a olhar o serviço hospitalar nas suas dimensões de organização do espaço, organização do trabalho, circulação de agentes, interações e comportamentos. A ética tem sido vislumbrada como elemento central das discussões, seja ela na perspectiva das organizações, na ótica de determinados grupos de profissionais, na visão dos gestores, no olhar do paciente ou até nas relações que insere os hospitais como um setor econômico (FOUCAULT, 2001; CARAPINHEIRO, 1998; ANUNCIACÃO e ZOBOLI, 2008).

Para Carapinheiro (1998) o hospital ocupa um lugar no sistema de saúde que está intrinsecamente relacionado à própria posição do referido sistema na sociedade, pois se adaptam às mudanças políticas e econômicas (CARAPINHEIRO, 1998). Assim, o serviço hospitalar é entendido como parte de um conjunto que resulta a área da saúde. Para os sujeitos, deste estudo, há uma congruência entre o significado do hospital e do setor saúde, pois quando apontam um ou outro em seus discursos, não fazem distinção, como se ambos representassem a mesma complexidade e se tratassem do mesmo local. Esta visão dos profissionais é entendida no sentido de que tanto o hospital quanto o setor saúde compartilham da mesma particularidade, independente da sua posição e das pressões do setor econômico, que resulta na assistência a seres humanos (Pires, 1999, p. 32). Se o foco é a assistência a seres humanos, independente da nomenclatura o que deve sobressaltar aos olhos é a relação entre a organização e seus valores humanísticos, pois na área da saúde, nenhuma instituição funciona de forma isolada, sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários (BRASIL, 2001a).

É neste sentido que a ética se destaca no contexto hospitalar, pois são organizações constituídas por pessoas cujas relações e ações são de complementaridade e de responsabilidade compartilhada. Pode-se dizer que toda ação realizada no hospital tem implicações e repercussão sobre o outro (profissional, paciente) demonstrando que a ética se expressa nos processos pessoais, interpessoais e institucionais deste serviço. Segundo Guedes e Castro e Castro (2009) a razão de ser dos hospitais se encontra nos espaços de interseção entre trabalhador de saúde e paciente que é o lócus primordial da formação da cadeia de significados sociais que forma a base das ações de saúde. Os mesmos autores apontam que a razão da existência de um hospital é a necessidade de cuidar da saúde da comunidade. E este cuidar se dará sempre em um campo de relações onde estão presentes modos singulares de existência que requerem uma atenção especial às formas de execução do trabalho. O trabalho na área da saúde, portanto, possui natureza relacional e assim integra os aspectos subjetivos de quem cuida e de quem é cuidado.

Nesta perspectiva, o trabalho em saúde se mostra para além de um modo de produzir algo, como sua finalidade. Em outras palavras o trabalho neste campo é visto como uma possibilidade de

ação intersubjetiva que preenche a vida com atos significativos para si e para os outros (Pires, 1999, p. 51).

Dessa maneira foi possível perceber, nos discursos dos sujeitos desta pesquisa, que os profissionais não se colocam de maneira dicotomizada e isolada do trabalho que exercem. Assim, ao se expressarem, consideram o trabalho na área da saúde como parte da sua vida por meio de vivências que culminam em aprendizagem.

“Olha eu entrei nesta área meio duvidoso, mas agora não consigo sair, quero dizer é algo que me ajuda muito mesmo na vida lá fora. Eu sou uma pessoa muito mais centrada, tranquila. Os problemas com os quais as outras pessoas se apavoram eu estou totalmente controlado. Então isso ajuda a gente demais na vida lá fora porque a gente tem a oportunidade de ver a vida assim na realidade mesmo. Vivencia o que realmente é um hospital e da valor a vida” (T.8.1).

“Para mim essa questão de trabalhar no hospital foi importante para eu saber me posicionar diante da vida também sabe? Porque a gente encontra cada coisa assim, que você fala: nossa! A gente acha que está sofrendo por uma coisa e na verdade a gente está exagerando naquilo. O Hospital trouxe esta reflexão para minha vida” (F.4.1).

“Na área da saúde a gente tem muito contato com os pacientes. Eu falo que a gente aprende muito. Tanto com relação ao conhecimento teórico quando aprendizado para a vida pessoal. Então às vezes eu reclamava muito da minha vida e hoje vejo que a minha vida é maravilhosa. O contato que a gente tem o tanto de coisa que a gente vê dentro do hospital” (E.4.1).

“O trabalho dentro da área da saúde significa muito. Assim como a gente passa para o paciente a gente tira muito dele também, quando eu digo tira eu digo em aprendizado, lição de vida, principalmente aqui que é um hospital” (T.4.1).

Autores como Tolfo e Piccinini (2007) destacam que o trabalho é considerado um elemento multidimensional no qual o mesmo e a vida se sobrepõem. Ressalta-se, sobretudo, a particularidade do trabalho em saúde cuja esfera de produção, está para além do desenvolvimento de produtos ou da constituição de uma realidade objetiva. O trabalho é rico de sentido individual e social, além de ser considerado um meio de produção da vida de cada um ao prover subsistência, cria sentidos existenciais ou contribui na estruturação da identidade e da subjetividade (Tolfo e Piccinini, 2007).

O trabalho em saúde torna-se essencial para a vida humana e se completa no ato de sua realização e por meio do encontro entre as pessoas (PIRES, 2008, p.159). A vida desses profissionais é, pois, preenchida com atos significativos para si e para os outros. O sujeito que vivencia o trabalho na saúde, independente da perspectiva econômica, harmoniza-se com os elementos do cotidiano de trabalho e se transforma. Segundo Vaz (1999, p. 58), o sujeito encarna-se na linguagem do trabalho, continuando a produção da sua história. Assim, o singular se insere no interior desta linguagem possibilitando-lhes contrair ou expandir seus espaços de expressão vital, bem como redefinir e

reorganizar seus campos de significação, no cultivo dos modos de ser, viver e pensar. O sujeito que vive cotidianamente no contexto hospitalar, transforma-se como ser humano e compartilha um aprendizado contínuo entre os atores ali envolvidos.

A esse respeito cabe destacar que, o trabalho no contexto hospitalar se configura como espaço de socialização marcado por subjetividades, cuja proposta consiste em ajudar outras pessoas na sua condição de ser humano. É por meio da possibilidade de ajudar o outro que os profissionais de saúde, deste estudo, sentem-se realizados profissionalmente e pessoalmente.

“Sinto-me realizada, por ajudar o próximo, contribuir para a saúde do próximo, eu acho que é principalmente ajudar as pessoas, pois quando escolhi esta área da saúde é porque eu queria ajudar, dar um pouco de mim para o outro” (E.2.1).

“Primeiro foi uma realização pessoal e uma questão de ajudar o próximo mesmo. Porque aqui a gente tem muito contato com os pacientes. Então é questão de estar ajudando mesmo ao próximo” (E.4.1).

“Entrar na área da saúde tem uma ligação muito forte em ajudar o outro de uma maneira mais concreta. O hospital traz isso de uma forma mais clara, mais concreta. E eu me sinto mais realizada de certa forma” (F.1.1).

“Na verdade é você ajudar os outros. Acho que a gente sente uma satisfação muito grande quando percebe que está auxiliando o outro a superar algo” (F.4.1).

“Na área da saúde significa ter consciência que a gente tem que abrir mão de muito que a gente espera, principalmente com relação à qualidade do trabalho que é diferente da que acreditamos quando formados. Mas acredito que é muito gratificante em termos de você poder além de ajudar as outras pessoas ter um retorno em termos não só de crescimento profissional, mas como indivíduo” (M.3.1).

Observa-se que a realização profissional se concretiza na satisfação do profissional no trabalho por meio da ação de ajudar aos outros. Ajudar ao outro consiste em uma necessidade biológica e social do profissional. No que concerne à necessidade social os profissionais se identificam, valorizam e consideram importante o trabalho relacional que a área da saúde exige, tendo em vista que introjetam o papel social que o hospital representa para a sociedade. Esta representação é explicitada no discurso de F1.1. Neste sentido, o tom afetivo da realização por meio de ajudar o outro está ligado ao caráter das relações sociais que se apresentam no cotidiano de trabalho em hospitais. Segundo Guimarães (2005), a compreensão do que as pessoas valorizam e consideram importantes são aspectos fundamentais para entender o fenômeno da realização profissional. Dessa forma, o trabalho vai muito além do desempenho de uma atividade específica; ele representa relacionamento social, identificação com um grupo, reconhecimento e valorização pessoal.

A Realização profissional, nesta perspectiva, está ligada à possibilidade de simetria entre a realidade objetiva e a subjetiva do sujeito. Assim como nos processos de socialização secundária o sujeito interioriza os “submundos” institucionais, como realidades coerentes com o mundo adquirido na

socialização primária (BERGER e LUCKMANN, 2013). Neste sentido, o sentimento de ajudar ao outro, afirmado pelos sujeitos deste estudo, tende a satisfazer os profissionais na medida em que este sentimento se identifica com o mundo interiorizado e apreendido no primeiro processo de socialização. É como se o trabalho desenvolvido por estes profissionais fosse um meio de relação contínua com o passado do próprio sujeito. Por meio desta relação com o passado o profissional interioriza o seu papel profissional e vislumbra a realização por meio da possibilidade de ajudar as pessoas. Outros estudos realizados no âmbito hospitalar também revelam que a satisfação dos profissionais de saúde concentra-se no fato de estes poderem ajudar os pacientes (ALMEIDA e PIRES, 2007). É por meio deste trabalho obrigatoriamente relacional que os profissionais constroem seus “habitats”, adaptam o meio aos seus desejos e conformam seus desejos ao meio (BOFF, 2011, P. 93).

Percebe-se, pois, que o trabalho na área da saúde apresenta uma proposta ética ligada às atitudes de preocupação com outro. A atitude de preocupação com o outro pode ser entendida como uma atitude de cuidado, pois pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade (BOFF, 2011, P. 91). Observa-se nos discursos dos profissionais que o cuidado representa algo mais que um ato singular ou uma virtude, mas como um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo dos outros (BOFF, 2011 P. 92):

“Trabalhar na área da saúde, tem algo que nos rege além do mero título e da mera capacitação profissional, então eu acho que tem uma questão do cuidado de querer cuidar de estar de frente com o paciente. Quando a gente pensa na área da saúde a gente pensa em cuidado” (FA.1.1).

“Trabalhar na área da saúde é abrir mão das suas coisas da sua vida para cuidar da vida dos outros. Lógico que é uma forma de trabalho como outro qualquer, mas acho que a gente se envolve muito mais do que outras áreas” (M.4.1).

Percebe-se que o cuidado está intrinsecamente ligado ao modo de ser dos profissionais de saúde, deste estudo, cujo cotidiano é permeado por vivências contínuas de enfrentamentos e limites entre o cuidar de si e do outro.

Para Oliniski (2006, p. 37) “o ser humano profissional de saúde é considerado um cuidador”. Alguém que se disponibiliza e possui formação específica para atuar no cuidado, nos mais diferentes matizes que esse possa ter a outro ser humano que se encontra debilitado, desestruturado, necessitando de ações de saúde. O cuidado, neste sentido, torna-se uma atitude ética em face da possibilidade dos seres humanos perceberem e reconhecerem os direitos uns dos outros, relacionar-se de forma a promover o crescimento e o bem-estar mútuos (WALDOW, 1998, p.127).

Na visão de Foucault (2004), refletir sobre o limite entre o cuidar de si e do outro é importante dispositivo para encontrar-se em condição de relacionar-se e conduzir-se adequadamente na relação com os demais. Para este autor o outro nos constitui como também somos constituídos pelo olhar que

o outro emprega sobre nós. Sendo assim, a relação com o outro é imprescindível para a nossa constituição como sujeito.

O cuidado de si é tomado então, como uma noção ética que possibilita pensar uma estética da existência. Esta noção de ética envolve pensar na formação da subjetividade por meio do cuidado de si próprio entendido como preocupação por constituir a própria subjetividade. Tal cuidado de si só é possível mediante práticas significativas, as quais não só abrem a possibilidade de um caminho singular capaz de conduzir a ação de um indivíduo, como também produzem mudanças no indivíduo (FOUCAULT, 2004).

O cuidado no hospital possui natureza multidisciplinar e dessa maneira, depende da articulação do trabalho de vários profissionais. Neste sentido, o cuidado se caracteriza como uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo compartilhado, mas também de disputa entre diversos atores (CECÍLIO e MERHY, 2003, p.198). Neste cenário os profissionais são convidados a “ocupar-se consigo mesmo”, ou seja, posicionar-se de certo modo singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos de que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo (FOUCAULT, 2010, P.53). A expressão “ocupar-se consigo mesmo” descrita por Foucault (2010) imprime a ideia de que o sujeito deve ocupar-se consigo enquanto se é “sujeito de”, em certas situações, tais como sujeito de ação instrumental, sujeito de relações com o outro, sujeito de comportamentos e de atitudes em geral, sujeito também das relações consigo mesmo. (FOUCAULT, 2010, p. 53). O cuidado de si nesta perspectiva possibilita que ao nos conhecermos melhor saibamos nos relacionar e tratar o outro sem estarmos sempre tentando negligenciá-lo, mas sim respeitando o outro na sua forma de ser (Foucault, 2010).

A relação de cuidado com o outro, seja paciente ou colega de trabalho, corresponde, portanto, à complexidade que permeia o conviver humano, sendo subjetiva, plural e também singular à experiência humana, envolvendo, além da formação de vínculos e trocas mútuas, os conflitos, conturbações e animosidades inerentes às relações coletivas (ERDMAN e BAGGIO, 2010).

Quanto aos profissionais deste estudo, pode-se destacar que as relações de cuidado tornaram-se significativas na medida em que participaram do destino, sofrimentos e sucessos do outro. Percebeu-se nos discursos o envolvimento afetivo e o sentimento de preocupação com o processo de saúde-doença do paciente. Este tipo de preocupação e cuidado propicia benefícios ao profissional, podendo ser traduzido como resposta positiva pela possibilidade de contribuir para a saúde do outro desde que haja a reabilitação do sujeito.

Assim os profissionais passam a expressar um sentimento de gratidão perante o trabalho desenvolvido.

“Esse trabalho então para mim é gratificante, estou me sentindo realizada. Dar um pouco de mim para beneficiar o outro então é gratificante” (E.2.1).

“Para mim é muito bom porque é algo que eu procurei, é a profissão que eu quis. Então assim, é muito gratificante estar trabalhando diretamente com paciente” (T.7.1).

“A possibilidade de ver a recuperação dos meus pacientes, a felicidade que eles ficam com a recuperação com o resultado é muito bom, é muito gratificante, então para mim é isso trabalhar na área da saúde” (F.2.1).

“Acho que a gente sente uma satisfação, uma gratidão. É muito gratificante você perceber que você está auxiliando o outro a superar algo que ele tem dificuldade e você mostra caminhos” (F.4.1).

“Eu sempre gostei da área da saúde. Meu sonho desde pequena. Principalmente a área hospitalar porque eu acho que cada conduta que a gente tem, reflete mesmo no dia-a-dia e na qualidade de vida do paciente. Então você vê recuperação. Eu acho que a nutrição é isso, é você poder fazer alguma coisa para a qualidade de vida realmente do paciente. Então é o que eu sempre quis para mim” (N.2.1).

“Ah! Eu gosto muito, eu sou muito grata. Não sei é sentimento mesmo de amor a profissão, amor ao que eu faço amor em ver e conseguir melhorar a qualidade de vida de uma pessoa” (N.1.1).

A experiência dos profissionais, deste estudo, ao expressarem a gratidão de modo involuntário nos discursos, reafirma a atitude de preocupação e de relação entre o cuidado de si e do outro. Pôde-se inferir que para estes profissionais o trabalho na área da saúde é fonte de benefício para si e para o outro quando o resultado desta relação é positivo quanto à recuperação da saúde. Por meio da recuperação da saúde do outro, o profissional da saúde sente-se grato, pois, têm consciência do que de bom acontece para ambos.

Segundo Alves (2010) a gratidão não é tão-somente um sentimento, é algo que exige o reconhecimento de que há um motivo intencional e que tem valor para o seu receptor (ALVES, 2010). O conceito de gratidão está intrinsecamente relacionado com a noção de que nada foi feito no sentido de merecer o benefício proporcionado, ou de se ter recebido mais do que realmente seria merecido (ALVES, 2010). A gratidão na análise dos discursos dos profissionais, deste estudo, fundamenta-se na possibilidade que o sujeito tem de reconhecer-se naquilo que faz. Este reconhecimento depende da reflexão do profissional sobre se o que ele está fazendo honra os critérios de um trabalho bem-feito (BENDASOLLI, 2012).

A gratidão é resultado de um pensamento que legitima a saúde como o bem mais precioso. Quando os profissionais entendem a saúde como o bem maior do homem, estão reconhecendo-se como parte imprescindível da constituição do outro e deixam transparecer certa relação de poder e autonomia sobre a vida do outro. Os discursos deixam transparecer certo jogo de poder sobre a noção

de que o fato da recuperação da saúde do outro só é possível pela ação do profissional de saúde. Baseado em Foucault (1979) pode-se dizer que esta prática de poder não é intencional, mas sim algo que foi constituído nas relações e nas práticas vivenciadas cotidianamente. O poder, neste sentido, é entendido na sua dimensão relacional na qual cada um procura dirigir a conduta do outro (Foucault, 2004). Estas relações de poder podem ser encontradas em diferentes níveis, sob diferentes formas. As relações de poder são, portanto, móveis, ou seja, podem se modificar e não são dadas de uma vez por todas (Foucault, 2004). Na visão de Foucault (2004), isso não quer dizer que todos os indivíduos estejam igualmente posicionados para exercer o poder ou que o fazem da mesma maneira; mas que todos exercem o poder e governam e são ao mesmo tempo governados por discursos dominantes compartilhados, que produzem desejos e necessidades que as pessoas assumem, “naturalmente”, como suas.

O que se sabe é que nestas relações, quem detém o conhecimento assume uma posição diferenciada, por ser responsável pela determinação de ações de cuidado à saúde (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006). Acredita-se que por meio da experiência relacional de emoções positivas o resultado da expressão de gratidão reforça o reconhecimento profissional para que os sujeitos deste estudo sintam desejo, vontade e motivação para continuarem a colocar em prática aquilo que inicialmente aspiravam como profissão. Ou ainda, como anseio de manutenção de uma visão idealizada da profissão se contrapondo à dura realidade do trabalho em hospitais. Ressalta-se que essa idealização auxilia na criação dos mecanismos de defesa que lhes permitem tolerar a convivência diária com a dor a morte e a impotência em situações que lhes fogem ao controle. Para Dejours (2007) reforçar o reconhecimento profissional ou manter uma visão idealizada da profissão é a “chave” para se converter o sofrimento em prazer. A relação entre o prazer e sofrimento representa estratégia defensiva ao estresse ou ruptura ao enfrentamento deste contexto.

De acordo com Remen (1993) os profissionais de saúde são sujeitos diariamente expostos à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim realidades comuns. Nesta perspectiva, os profissionais deste estudo confirmam que os sentimentos de dor, sofrimento e morte são intrínsecos ao trabalho na área da saúde em especial, no contexto hospitalar.

“Trabalhar na saúde é acima de tudo você ter consciência de que vai lidar com pessoas sofrendo o tempo todo. Você vai trabalhar em um lugar pesado porque tem gente que está passando por um processo de morte, tem gente que vai estar passando por um processo de dor” (M.3.1).

“Trabalhar no hospital é estar em contato mesmo com o sofrimento agudo. Os pacientes estão em um conflito muito grande que todos nós temos que é com a morte. Tanto a morte de um membro quanto a morte da vida como um todo. Ou a morte de um trabalho porque o paciente tem que estar internado, a morte de uma

relação porque não pode estar com o namorado, com o marido, com o filho, com o cachorro. Então estas pequenas mortes aqui dentro do hospital são muito grandes. Então trabalhar no hospital significa estar diante desta angústia de morte de uma forma muito concreta” (P.1.1).

“No hospital, é trabalhar com o agudo. Você atua no momento que alguma coisa ali está acontecendo. Tem certa urgência, emergência do corpo que está mudando a vida daquelas pessoas naquelas horas, naqueles dias” (P.2.1).

“A hora que a gente pensa em hospital lembra-se de urgência, emergência, correria, agravo de saúde, pouca identificação do sujeito, ele se perde neste espaço. O hospital é uma estação de cuidado muito isolado da rede ainda” (FA.1.1).

Embora o hospital seja considerado uma instituição aberta que sofre influencia do meio tornando-se um espaço de interação com a sociedade (Bonato, 2011), percebe-se nos discursos dos profissionais de saúde, deste estudo, que a organização hospitalar nada tem haver com esta visão harmônica e solidária. Para os profissionais, o hospital caracteriza-se como uma instituição fechada cuja entrada é permitida aqueles que se destinam a preservar a própria vida. Nota-se nos depoimentos que, na visão dos profissionais, o processo de sofrimento e dor está atrelado às rupturas das atividades sociais e com a negação da própria autonomia do sujeito que o hospital proporciona. Especialmente no discurso de P1.1 observou-se a posição de que inseridos no hospital os pacientes tem suas vontades suprimidas, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito e seu mundo de relações rompido (Pitta, 1991, p.50).

Nos discursos dos profissionais percebe-se que o sentimento de sofrimento e dor está atrelado ao fato de como seres humanos participarem do destino do outro. Além disso, os profissionais se veem no outro e sentem-se responsáveis pelas modificações físicas, psíquicas e emocionais do paciente. Em seus depoimentos os profissionais reforçam a atitude de preocupação com o outro.

O cuidado da dor e do sofrimento é um meio potencial para o resgate da dignidade do ser humano e é um dos objetivos das profissões da saúde. Segundo Pessini (2002) “a problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista nas suas dimensões físicas, psíquicas, espiritual e social (PESSINI, 2002, p. 54)”.

Os profissionais entendem que a dor e o sofrimento exigem intervenções urgentes e emergenciais atribuindo ao trabalho em hospitais uma prática cujo tempo é limitado e suas ações devem ser praticadas com rapidez. Pode-se inferir que quando os profissionais visualizam a dor e o sofrimento do outro “se imaginam como que em um espelho, o qual reflete suas fragilidades, vulnerabilidade e mortalidade como dimensões da própria existência humana (PESSINI, 2002, p. 66)”.

Percebeu-se que os profissionais, deste estudo, compreendem que o trabalho em saúde lida com a vida humana e consideram seus pacientes não apenas como um corpo ou algo reduzido à

biologia, mas sim como seres multidimensionais, o que também foi observado por Backes, Lunardi e Lunardi (2006); Pereira *et al* (2010) em outras investigações.

É neste contexto que a abordagem da ética se expressa. Pois, na medida em que os profissionais deixam-se tocar pelo sofrimento humano do outro, tornam-se um radar de sensibilidade, se humaniza, no processo e para além do conhecimento científico tem o privilégio de ocuparem-se consigo mesmo.

#### **4.3 A expressão da ética nas práticas cotidianas de profissionais de saúde: a centralidade das relações humanas.**

O trabalho em saúde, pela sua própria natureza e características, comumente comporta o enfrentamento de situações provocadoras de indignação ética em muitas instâncias. Especialmente no hospital, encontramos em dose concentrada um resumo do que de mais nobre, bonito e incrível há na sociedade, bem como o que de mais triste, degradante e violento nela existe (PESSINI, 2002, p.54). O contexto hospitalar aceita a todos indiscriminadamente. É no interior de suas estruturas que nos deparamos com todas as fases da vida do ser humano.

Os profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho vivenciam uma teia de relações, dinâmica, plural e paradoxal. É o santo e o bandido, o crente e o ateu, a criança e o velhinho, a mulher e o homem todos à espera da resolução de um problema que envolve a saúde (PESSINI, 2002). O reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções diversificadas e complexas no contexto do trabalho em saúde impõem uma abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano (MATOS e PIRES, 2009).

Neste contexto, a prática cotidiana de profissionais de saúde é permeada por um processo de trabalho complexo e interdependente que exige a integração das ações dos vários profissionais, sendo, portanto, o trabalho em saúde, um trabalho coletivo. No trabalho coletivo a integração de diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em torno de um objetivo comum tornam-se fundamentais para que a assistência ao cliente seja oportuna e livre de riscos (ALVES, RAMOS E PENNA, 2005). O trabalho em saúde se concretiza mediante encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações entre sujeitos (FRANCO, 2006).

Inseridos nesta realidade, os profissionais concretizam o cuidado por meio de um sistema de interação e inter-relação no qual um sujeito tem impacto na vida do outro. Assim, todas as ações dos

profissionais de saúde são reconhecidas como um ato ético, pois todo ato ético exige uma ligação de alguém com o outrem, com a comunidade ou com a humanidade (BOFF, 2011).

A ética no trabalho em saúde, portanto, se apresenta como a essência das atividades de saúde, pois não basta que os profissionais utilizem elementos que estão fora da pessoa para sua prática (microscópio, luvas), mas é imprescindível realizar uma ação sobre o outro e para o outro. Nesta ação, os profissionais percebem e reconhecem os direitos uns dos outros e se relacionam de forma a promover o crescimento e bem-estar mútuos.

Percebeu-se nos discursos dos profissionais deste estudo que a ética na prática cotidiana se constitui como um conceito fundamental e está atrelada às relações vivenciadas no âmbito hospitalar, bem como as atitudes de preocupação e respeito com o outro.

“A ética tem muito a ver com as relações interpessoais e Interprofissionais, e a forma como você lida para não agredir e interferir na vida do outro. Tem muito a ver com você saber respeitar até onde você pode ir para que a coisa flua de maneira adequada. Então isso é em casa e no trabalho. Assim, se você consegue respeitar até o limite do seu filho, você vai conseguir que ele aprenda a respeitar o seu limite”. (F1.3)

“A ética é tudo. Eu acho que a pessoa tem que ter respeito à cima de tudo. Saber onde vai o seu direito onde começa e onde termina os direitos e deveres dos outros” (E5.3).

Acho que a ética é respeitar o paciente e respeitar sua cultura. Acho que o paciente tem o direito de escolher e assim eu acho que a ética é respeitar o direito do outro” (E2.3)

“Eu me cobro muito com relação à ética. Falhas todo mundo tem o tempo todo. Mas eu procuro fazer as coisas da forma mais adequada, respeitando o outro, sem invadir o espaço do outro, sem passar por cima do outro.” (E7.3)

“Acho que a ética é respeito, é respeitar o próximo. Não sei como responder, mas acho que o respeito é à base da ética” (N1.3).

“Eu acho que é saber respeitar a conduta do outro, a vivência do paciente ou mesmo de outro profissional. É saber respeitar a opinião da outra pessoa” (N2.3).

Por meio dos discursos dos profissionais, nota-se que a dificuldade de expressar o conceito de ética os remete a significá-la nos processos de relações humanas. Assim, foi possível perceber que a ética no trabalho em saúde é iminentemente relacional e que os profissionais estão conscientes da pluralidade deste conceito. A consciência da pluralidade foi revelada quando apontaram a necessidade de se posicionar frente aos seus limites e aos limites dos outros, pois se há limites, há diversidade. Reafirmaram, ainda, que o trabalho em saúde é coletivo e tem ressonância na vida do outro, seja profissional ou paciente. Esta ressonância foi retratada como a possibilidade de não invadir o espaço do outro. O que significa, neste contexto, que o profissional da saúde confere importância às atitudes

de respeito com o outro e compreende o usuário, a família, os colegas de trabalho como seres humanos, com valores, crenças, desejo e perspectivas diferentes.

O respeito, neste contexto, revelou que os profissionais, valorizam a singularidade e dignidade de ser humano, haja vista que nas relações em que estão envolvidos há um compromisso de assumir o ser humano como um todo, sem distinção de raça, cor, etnia, o que favorece um vínculo entre ambos, o cuidador e o ser cuidado.

Nesta perspectiva, a ética se revelou nas relações de trabalho quando os profissionais as características biológicas e históricas de cada pessoa que se encontra envolvida no contexto hospitalar. Especificamente no depoimento de E2.3 e N2.3 fica clara a posição de uma ética multicultural, ou seja, de uma ética que está presente naturalmente nos espaços de convivência humana e é guiada por relações sociais compostas de dinâmicas ambivalentes, de atração e repulsão, permeadas por uma trama de poder e influência (DEMO, 2005). Nos depoimentos de E5.3 e F1.3 percebeu-se que, no trabalho em saúde, o comportamento de determinado sujeito tem impacto no comportamento do outro, ficando explícito que o exercício da liberdade penetra a liberdade do outro e vice-versa, de tal sorte que sempre se torna necessário negociar um tipo aceitável de convivência para ambas as partes (DEMO, 2005, P 22).

A convivência dos profissionais de saúde, deste estudo, é então permeada por relações constituídas por pessoas diferentes, com pretensões diferentes. A ética é o que marca a fronteira da nossa convivência, pois, a própria convivência humana já coloca uma questão ética (CORTELLA, 2012, P.105).

Ao analisarmos os discursos sobre a ética da perspectiva do trabalho em hospitais os profissionais relacionam-na à necessidade de um comportamento regulado e formal. Embora apontem nas falas a ética como elemento fundamental para a prática, deixam transparecer que o cotidiano exige posturas, normas, valores e sanções que regulam a rotina de trabalho.

“Na vida profissional tem que sempre estar visando à ética né? Porque **eu tenho que ter** um bom relacionamento com o paciente com respeito, eu tenho que tratar meu superior de maneira respeitosa de acordo com a ética” (T7.3).

“De modo geral eu acho que a ética é importante dentro do princípio de relação interpessoal tanto com o paciente mostrando para ele a realidade dos fatos, mas de uma maneira também que a gente tem que é não agredir essa pessoa psicologicamente e com os colegas de trabalho acho que é algo que **a gente sempre tem** que carregar também a questão do respeito à questão de não expor o colega” (M3.3).

“Acho que a ética é primordial, acho que **você tem que saber a hora de conversar, a hora de saber falar as coisas**. Tem que saber explicar, resguardar e respaldar também o paciente. Na parte do banho no leito, fechar a porta, colocar o biombo porque são coisas éticas que você não pode expor o paciente porque do mesmo

jeito que você está ali às pessoas estão ali. Neste caso o paciente está sendo ajudado, mas para quem está de fora se torna uma falta de respeito” (E1.3).

**“No hospital tudo é confidencial então a gente tem que ter ética** porque se a gente não for profissional a gente leva informação do paciente daqui lá para fora. E a gente foi formado também para guardar os segredos dos pacientes, então eu acho que a ética é fundamental porque estamos lidando com gente. As pessoas que estão aqui são pessoas que tem passado, tem uma cultura, então a ética é à base da gente para tudo” (E3.3).

Os depoimentos apresentaram mecanismos de linguagem que demonstram implicitamente que dentro do contexto hospitalar o profissional é compelido a regular sua conduta. Nota-se nos discursos certa necessidade do dever fazer algo. A obrigatoriedade do dever fazer é apontado no depoimento T7.3 e E1.3 que também apresentaram questões éticas importantes no que diz respeito às relações de trabalho. Em ambos os depoimentos se percebe claramente relações hierárquicas e de postura profissional que são cobradas no ambiente de trabalho em hospitais. Ainda, os discursos revelaram certa preocupação no que diz respeito ao sigilo profissional. Especialmente na fala de E3.3 o sigilo foi manifestado tanto do ponto de vista das informações que permeiam a instituição quanto com relação à privacidade da intimidade dos pacientes.

O sigilo profissional como princípio ético tem seus limites fundamentados em diversas possibilidades (LOCH, 2003; PERES, et al, 2008; SOARES, 2010). Neste estudo, os depoimentos dos profissionais apontaram três dimensões, as quais foram denominadas: o implícito poder do profissional da saúde em obter informações, a representação sociopolítica do tema descrito em códigos de condutas e a preocupação com a exposição ou estado de intimidade do outro.

No que tange ao implícito poder profissional, embora o sigilo das informações aparecerem como elemento necessário para o exercício das profissões da saúde, visto que, senão existirem garantias de sigilo, o paciente não revelaria as informações necessárias para os cuidados da sua saúde, nota-se nas falas que os profissionais possuem as informações como instrumento de dominação, e por meio desta possessão reconhece a importância da sua formação profissional e do seu trabalho (PERES et al, 2008).

Ainda, vale destacar nos discursos de E1.3 e M3.3 a relação do sigilo profissional com a exposição do outro ser humano, seja colega de trabalho ou paciente. Nesta perspectiva, os profissionais revelaram que a ausência de exposição do outro é uma atitude de respeito à privacidade e intimidade pessoal de cada um, independente de se tratar da exposição do corpo físico ou de uma prática processual. Neste sentido, entendem o sigilo profissional como um elemento essencialmente ético no que tange a representação de um compromisso em si mesmo de zelar pela saúde e bem-estar das pessoas (LOCH, 2003).

Outro aspecto a considerar com relação ao sigilo profissional, diz respeito ao papel sociopolítico que este conceito representa. Embora não esteja explícito nas falas dos sujeitos, pode-se inferir que o reconhecimento da necessidade de resguardar as informações está assegurado no Código Penal, que está em vigor desde 1940, na Constituição Federal de 1988 e no novo Código Civil de 2002, assim como na maioria dos Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde, transformando o sigilo profissional em um direito-dever, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde (GRACIA, 1998).

Cabe salientar que o sigilo profissional como um direito dever também é cobrado pelo fato dos profissionais estarem inseridos no ambiente hospitalar. A dominação do hospital sobre o comportamento da sociedade é antiga e o papel disciplinador imposto por estas instituições interferem na condução do comportamento dos profissionais. Vale salientar, as construções arquitetônicas cada vez mais panópticas, a informatização de todos os recantos e atividades, somada a todos os processos de acreditação e demais programas de pontuação e classificação dos hospitais como aspectos que tem levado estas instituições hospitalares a coibir os comportamentos e atitudes dos profissionais. Alguns desses controles traduzem-se não mais sobre o trabalho, mas à lealdade dos trabalhadores e sua conformidade às normas ditadas pela instituição. Este modelo de coerção cobra esforços físicos e emocionais por parte do profissional, que precisa investir afetivamente no cuidado. Weber (1991) Foucault (1979), Gonçalves (1998) e Feuerwerker (2007) ilustram o poder nas relações internas das organizações, onde a burocracia, disciplina, estrutura e apoio matricial orientam os gestores na reestruturação hierárquica das organizações de saúde.

Segundo Rios (2009) essas estratégias de controle agilizam e multiplicam os resultados, mas criam um estado de alienação dos trabalhadores quanto à importância de cada um para a realização completa da tarefa. Na área da saúde, isto acarreta a naturalização do sofrimento e a diminuição do compromisso e da responsabilidade na produção da saúde. A mesma autora afirma que desenha-se, assim, um cenário social e institucional em que a falta de sensibilidade e de valores humanísticos abre espaço para que o comportamento passe a ser a norma e não a exceção (RIOS 2009).

Na mesma linha de pensamento observou-se que as relações humanas no contexto hospitalar, segundo os profissionais deste estudo, incluem profissionais, pacientes e familiares, porém, nos seus depoimentos, trazem à tona as raízes de um modelo hegemônico permeado por relações de dominação. Embora as relações humanas sejam satisfatórias, as questões hegemônicas e estruturais têm determinado relações complexas e estressantes.

“Tem horas que as relações são boas, mas na maioria é estressante. O setor está sempre desfalcado. Então a gente fica estressada. Tem hora que tem atrito com o colega, coisa boba. Uma coisinha que o paciente chama, mas meu colega não quer

ir, e eu já fui quinhentas mil vezes e eu não quero ir mais. E ele também não vai. Aí fica um clima chato, assim tenso sabe?” (T3.2).

“As relações pessoais são algo muito complexo. Eu acho que a gente está em um lugar que tem diversos saberes, diversos métodos de raciocínio então acho que o grande desafio é chegar ao meio comum” (Fa1.2).

“Em relação aos colegas eu tenho mais colegas que eu gosto do que eu não gosto, eu sou aquela que mais ajuda do que recebe ajuda. Você tem que fazer todo o possível para não incomodar o seu colega e só pedir ajuda quando realmente você não aguentar e ver que vai sacrificar o paciente. O restante é muito tranquilo. Agora com os pacientes a gente tem assim também bom relacionamento, mas tem paciente que não relaciona com você, que não vai com sua cara” (T6.2).

“Assim como em qualquer outro emprego tem pontos negativos e positivos a ser realçados. Eu diria que tem mais pontos positivos e uma das coisas que me fez pensar em trabalhar nesta área é a questão da interdisciplinaridade, Do diálogo que existe entre todas as especialidades. O relacionamento em geral é bom, claro que tem o estresse. Tem dias que a gente sofre mais pela jornada de trabalho, mas apesar da carga de estresse elevada talvez muito maior que em outros empregos o ambiente de trabalho funciona relativamente bem” (M3.2).

“Aqui no hospital a gente tem que trabalhar em equipe sabe? Então para eu atender eu conto muito com a equipe toda. Então às vezes tem um paciente que me fala que está sujo e quer precisa muito trocar a fralda. Então eu paro na enfermagem e peço para que eles troquem. Ou o paciente está muito sonolento e quando fica sentado ele fica mais esperto. Então eu combino com o fisioterapeuta para que assim que eles terminarem o atendimento deixe o assentando para que eu possa atendê-lo. Então assim esse convívio com a equipe é o tempo todo” (P1.2).

“Acho que as relações são cordiais e tranquilas. Produtivas e às vezes conflitantes dependendo da situação. Mas no geral se fosse fazer uma média é tranquila. A gente aprende é uma via de mão dupla tanto com os pacientes quanto com os colegas” (M1.2).

O hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham (ELIAS e NAVARRO, 2006). Os discursos apontaram que as relações dos profissionais de saúde são fortemente tensiógenas, em face do número limitado de profissionais, das extensas jornadas de trabalho e da carga emocional que vivenciam em face das experiências de saúde dos outros.

Os profissionais deste estudo reconheceram, também, que o trabalho em hospitais é um trabalho coletivo<sup>11</sup> considerado satisfatório, mas muitas vezes em face da integração dos inúmeros profissionais e saberes, desencadeia situações estressoras. Segundo Oliveira (2010), as divergências de opiniões e condutas são naturais e inevitáveis em um trabalho coletivo.

---

<sup>11</sup> O trabalho coletivo tem sido uma nomenclatura utilizada para expressar um trabalho dinâmico composto por vários trabalhadores que buscam a eficácia no seu trabalho. Neste, o trabalho se reconstitui conforme a necessidade de trabalho. Esta modalidade de trabalho coletivo vai para além do conceito de equipe, que muitas vezes é compreendido como algo estável e limitado (Scherer, pires e Schwartz, 2009).

Há ainda, por parte dos profissionais uma visão fundamentada no conceito de equipe, que segundo Efros (2004) é compreendido na maioria das vezes como algo estável e limitado. A saúde consiste em uma atividade de grande complexidade que envolve questões relacionadas à vida e à morte e que tem como objeto de intervenção a saúde e a doença no seu âmbito social (PEDUZZI, 2001). Essa realidade gera a necessidade de vários conhecimentos e práticas para lidar com sujeitos que têm história de vida singular, que têm emoções e interesses, que participam de grupos e têm inserção social que lhes dá possibilidades distintas de adoecer e de ter acesso a tratamento (PIRES, 2008). Além das condições precárias que se encontram os hospitais, a dinâmica de um trabalho em equipe também tem sido uma barreira para um processo de trabalho eficiente e eficaz.

Especificamente nos discursos de T6.2, M3.2 e P1.2, observa-se que a complexidade e o estresse gerado nas relações são provenientes do trabalho em equipe, pois no trabalho em saúde temos simultaneamente, a necessidade de autonomia técnica e a necessidade de cooperação e composição dos trabalhos especializados. Assim, a autonomia técnica é tensionada, pois, por um lado, o profissional especializado não pode prescindir de certo espaço de liberdade para a tomada de decisão e isolamento para sua implementação e, por outro lado, justo por ser especializado, não domina a integralidade do projeto de trabalho (assistencial, de produção tecnológica ou de pesquisa), não podendo prescindir da complementaridade objetiva de ações e atividades planejadas e executadas por diversos profissionais (PEDUZZI, 2001).

Ademais, o trabalho no setor saúde é dotado de incertezas e descontinuidade, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente e a priori as funções técnicas e, também, de definir rígidos critérios econômicos de produção. Além destas características, o trabalho em saúde, assim como o trabalho industrial, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes tayloristas e fordistas, o que implica constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais (PEDUZZI, 2002).

Neste sentido, independente da nomenclatura, o trabalho em saúde carece de equipes que se formam por meio dos atos de trabalho, em função das pessoas, da necessidade de trabalharem juntas e da história das organizações (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009). De pessoas que podem pertencer a serviços diferentes, mas trabalharem juntas por compartilharem valores. O trabalho em saúde precisa ser coletivo no sentido de compreender que as pessoas, que dele fazem parte, precisam estar envolvidas, ter suas fronteiras invisíveis e fazer com que suas ações variem conforme o conteúdo e o ritmo da atividade de trabalho requerida como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009).

Há um consenso na literatura em saúde, em especial no debate brasileiro sobre Sistema Único de saúde, de que é necessário revisar as práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da

atenção à saúde, principalmente no que concerne a hegemonia do médico no trabalho em saúde que ainda, tem construído relações assimétricas (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009).

Nos presente estudo, os profissionais deixaram transparecer que as relações assimétricas dizem respeito a atitudes de dominação e submissão.

“A relação com o paciente e com o acompanhante assim eu não tive problemas. Funcionários aqui, assim, têm equipes que são mais difíceis, então o problema que eu vejo entre elas é questão de relacionamento mesmo, às vezes uma cobrança maior de uma com a outra. Mas comigo assim não tive nenhum problema. **Em relação ao médico é bem tranquilo na maioria dos médicos tudo que eu solicito eu consigo conversar com eles, peço e eles olham para mim e me dão um retorno**” (E2.2)

“Bom as relações pessoais são muito tranquilas aqui a gente tem que lidar com todos com quem você quer e quem você não quer. A gente tem que ser profissional mesmo porque aqui a gente trabalhar em equipe, nada funciona somente com um profissional. Então as relações pessoais aqui são muito boas. Aqui **tem uma comunicação eficaz até com a equipe médica**” (E3.2)

“Eu vejo que as relações pessoais são um pouco desgastantes, pois vem se construindo agora, **principalmente com a equipe médica. Há um respeito maior. A gente está sempre em uma briga grande de reconhecimento.** Minha relação com a enfermagem é sempre muito tranquila, mas também não era muito antes. Eu vejo que isso veio num crescente bom. Antes a gente era aquela pessoa que chegava lá para atrapalhar, arrancar acesso. E hoje eles estão vendo que a gente é um pouco aliado” (F1.2)

“A gente tem uma rotina diária assim, de convívio com médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, de todas as áreas. Então eu particularmente me relaciono bem com todos. A gente tem que saber que, o meu ponto de vista pode ser diferente do ponto de vista do pessoal da medicina ou da fonoaudiologia, mas a gente consegue sabe? Respeitar bem os limites e o melhor que a gente tem que fazer é pelo paciente, então a gente tem **que abrir mão de algumas condutas, para chegar a um consenso** para realmente ser o melhor para o paciente” (N2.2).

Os depoimentos apontam para um problema anteriormente discutido por Freidson (1975, 1998) sobre a existência da hierarquia entre profissionais no mundo do trabalho. Nas profissões da saúde a concentração relativa de autoridade e poder exercida pelos médicos se consolidaram nos complexos hospitalares do século XVIII. O que encontramos nos discursos dos profissionais, deste estudo, é uma reprodução do comportamento de subordinado do saber médico-institucional manifestado em termos de ciência e normas desde tempos remotos. Percebeu-se nos discursos de enfermeiros (E 2.2 e E2.3) a legitimação de formas de poder impostas desde o nascimento do hospital e da medicina e que perduram até os dias atuais. Também nota-se a luta pelo reconhecimento da autonomia do profissional F1.2 diante da dominação do profissional médico.

Embora nem sempre explicitados, mas observáveis nos vários momentos históricos o poder invisível, se refere principalmente aos aspectos do viver e do sofrer humanos que ao longo da história,

tem sido campo de objetivações da Medicina. A Medicina responsável por ordenar em categorias a doença e morte, normalidade e patologia, equilíbrio e desvio, obteve profundas repercussões sociais (LUZ, 1988). É também considerada disciplina da natureza ou natural, ciência do homem; os médicos clínicos a consideram como a arte de salvar vidas humanas da doença e da morte (LUZ, 1988).

O discurso médico, mesmo sem intenção, modela o comportamento submisso dos demais profissionais, uma vez que, permanecem ancorados em processos sócios históricos que incorporam a produção do conhecimento técnico-científico e a prática da medicina como símbolo de poder social da profissão médica (GUEDES, CASTRO E CASTRO, 2009).

A hegemonia médica em relação ao direcionamento do ensino teórico-prático das demais profissões da área da saúde influenciou sobremaneira a própria condução das relações entre os profissionais de saúde, reafirmando o poder da prática médica sobre os demais, garantindo a supremacia e dominação de uma sobre outra, e sendo inculcada no ideário destes.

Na contemporaneidade, os cuidados fornecidos aos pacientes continuam seguindo a linha tradicional que ressalta o desenvolvimento da medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura (GUEDES, CASTRO E CASTRO, 2009). As relações terapêuticas são episódicas e se desenvolvem no contexto de procedimentos necessários. A submissão dos demais profissionais ao médico é assumida nos discursos dos sujeitos, deste estudo, quando aceitam abrir mão de suas opiniões face às tomadas de decisões que o trabalho coletivo exige.

Neste sentido nos reportamos a Foucault (2010) para compreender que o poder não existe, existem, sim, relações de poder, e este se exerce, se disputa. E a disputa, deve acontecer no sentido de buscar formas de superação desta visão hegemônica.

Uma das formas de superação proposta por GUEDES, CASTRO e CASTRO (2009) é a compreensão de que qualquer intervenção hospitalar deve ter como ponto de partida o paciente e suas necessidades singulares, sustentada pela combinação entre tecnologia e humanização.

#### **4.4 *Problemas éticos que se apresentam na prática cotidiana de profissionais de saúde***

Um problema ético abrange aspectos, questões ou implicações éticas de ocorrências comuns, corriqueiras na prática da atenção à saúde, não configurando, necessariamente, um dilema. Uma situação para ser considerada um dilema, deve envolver duas proposições contraditórias, entre as quais o indivíduo encontra-se na obrigação de escolher (CERRI, et al, 2011). Por extensão de seu sentido etimológico, a expressão dilema é aplicada quando há oposição mútua de duas teses

filosóficas, sendo a aceitação de uma delas leva à negação ou à afirmação da outra hipótese sem que nenhuma das duas possa ser refutada (CERRI, et al, 2011).

Neste estudo, buscou-se refletir sobre a forma como os profissionais têm agido no cotidiano de trabalho.. A compreensão ética utilizada aqui, no entanto, tem bases filosóficas cujo propósito é refletir sobre o agir humano no contexto hospitalar. Segundo BUB (2005) uma prática reflexiva implica em problematizar situações cotidianas com as quais nos deparamos quando assistimos pessoas. Significa, pois, considerar as dúvidas do nosso dia-a-dia, as quais nos forcem a refletir constantemente sobre qual a melhor forma de realizar a prática profissional.

Os problemas éticos relatados pelos profissionais deste estudo foram considerados pelos entrevistados como situações que geraram desconforto e que, de alguma maneira, trouxeram prejuízos para a assistência do paciente e ou da família.

Dessa maneira os problemas éticos reconhecidos pelos profissionais de saúde deste estudo se dividiram em três dimensões: Problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar, Problemas éticos identificados nas práticas dos colegas e Problemas decorrentes da relação profissional-paciente.

#### ***4.4.1 Problemas éticos decorrentes do trabalho interdisciplinar***

No que tange aos problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar observou-se que a falta de coesão entre as ações e procedimentos da equipe de profissionais, a ausência do conhecimento do papel do outro profissional e a disputa de poder sobre o conhecimento técnico-científico foram considerados problemas éticos.

“Essa é uma questão que assim eu acho que coloca muito a frente à questão de um profissional querer subir em cima do outro na frente do paciente. Eu já trabalhei em um hospital que uma vez o médico falou para um paciente que a enfermagem era incompetente, cadê a ética deste profissional? (E3.4).

“Os problemas éticos mais frequentes são jogar as responsabilidades para o outro colega, falar mal para outros profissionais. Uma coisa que a gente sempre elogia os médicos é que eles conseguem se proteger, até demais. Há de menos na fisioterapia. Se fala mal do colega com uma facilidade imensa” (F1.4).

“Eu acho que as questões éticas se apresentam mais nos relacionamentos, em certas situações. Principalmente a gente que é enfermeira, que está ali com líder, às vezes, o pessoal não vê muito seu trabalho e sua função. Não compreende muito certas posturas, as atitudes que a gente tem que ter, uma ordem que você dá muitos não aceitam” (E6.4).

“Nossa tem vários exemplos de questões éticas é difícil especificar, mas, por exemplo, a gente tem que ter noção de até que ponto a gente tem que passar por cima do outro profissional para ganhar proveito na minha profissão. Aqui no hospital

é assim uma questão muito forte o poder sobre o conhecimento técnico. Então até que ponto você passa e repassa esse conhecimento” (FA1.4).

“Vejo principalmente essa questão de questionar um tratamento que já estava sendo feito e a equipe atual acha que é inadequada, é questionar na frente do paciente sendo que aquele tratamento foi realizado em outras condições, em outro momento. Acho que este questionamento tem que ser feito com quem poderia ter controle da coisa, têm que buscar informações antes de questionar, assim traria crescimento pessoas para as duas pessoas, ou seja, tanto para você quanto para quem questionou” (M4.4).

“Eu acho que como aqui é um hospital a gente trabalha com vários profissionais, cada um tem uma técnica específica e nem sempre tem uma compreensão do que é o trabalho do outro. Então eu acho que começa umas dificuldades por aí. Dessa pouca compreensão do trabalho do outro. Às vezes acham quando eu e estou no atendimento com paciente que eu estou só conversando e acabam interrompendo, ou então atravessam meu atendimento falando: não é rapidinho! Não tem esta preservação do espaço que eu preciso para trabalhar. O profissional está muito acostumando a entrar no trabalho do outro” (P2.4).

“Na minha prática? Um dos maiores problemas que eu acho é um mesmo profissional dizer que uma coisa está certa e outro da mesma profissão dizer que está errado. Então há um conflito que pode causar mal para o paciente. Acho que o maior problema da ética é isso” (F4.4).

Os depoimentos apontaram que o trabalho interdisciplinar representa, conceitualmente, um agregado de trabalhadores, composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento no qual cada um tem uma técnica específica e nem sempre a compreensão do que é o trabalho do outro. Também, representaram nas falas a organização de um trabalho baseado na divisão parcelar, no qual as especialidades conduzem ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à alienação dos profissionais no que tange à dificuldade em lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Reafirmam, neste contexto, que a prática em hospitais é permeada por relações hierárquicas, impossibilitadas de integração dos conhecimentos, individualista e descontínua.

Pode-se inferir que os profissionais não trabalhavam com as possibilidades de planejamentos e de participação incipiente dos membros da equipe sobre o pensar e organizar o trabalho. Segundo Pires (1999) este processo desordenado, dificulta a percepção dos diversos grupos profissionais, não permitindo o trabalho coletivo. Desse modo, os profissionais ao invés de produzirem avanços e conhecimentos, reproduzem práticas fragmentadas e alienadas.

Quanto às divergências entre os profissionais infere-se que as mesmas são decorrentes de um trabalho compartimentalizado, no qual cada grupo de profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias (PIRES, 1999). Além disso, percebeu-se mais uma vez a subordinação dos profissionais

às decisões médicas. A supremacia do poder médico, demonstrada nos discursos, é aceita, até mesmo, em situações nas quais o médico falta com respeito na presença do paciente.

Sabe-se que a hierarquia com sobreposição de poder se manifesta na maioria das relações de trabalho (PIRES, 1999). Neste estudo, percebeu-se que tal hierarquia se expressa na relação dos médicos em relação a outros da mesma categoria, porém de especialidades diferentes, dos médicos em relação aos demais profissionais de saúde, dos profissionais com nível de escolaridade superior, sobre os de nível médio e elementar, dos chefes sobre os subordinados. Os discursos apontam que nas disputas de poder o cuidado com o ser humano é negligenciado ao invés de ser o centro das atenções.

Tendo em vista os problemas éticos do trabalho interdisciplinar, apontado pelos profissionais, deste estudo, considera-se que o cuidado no contexto hospitalar tem sido realizado por meio de ações objetivas e mecanizadas. Quando os profissionais estão inseridos na prática a atitude de preocupação com o outro e os aspectos mais subjetivos das relações humanas ficam ocultos. As questões apontadas anteriormente, pelos próprios sujeitos, deste estudo, relacionadas às atitudes de preocupação com o outro não foram reveladas nas ações do cotidiano de trabalho, compreendendo que a ética fica retida no imaginário desses sujeitos. Embora compreendamos que a ética se encontra no mundo das intersubjetividade, percebe-se que no plano da prática de profissionais de saúde no contexto hospitalar ela não se materializa. Dessa maneira os discursos reforçam a característica de um trabalho tecnicista e objetivo diluindo a importância da subjetividade na rotina desenfreada em hospitais.

#### *4.4.2 Problemas éticos identificados nas práticas dos colegas de trabalho*

A análise nesta perspectiva foi necessária em virtude dos profissionais, deste estudo, apontarem problemas éticos nas práticas de outros colegas de trabalho.

Os problemas identificados nas práticas de outros colegas representaram preocupações no nível dos relacionamentos humanos que se dão no cotidiano de trabalho em hospitais. Estas preocupações refletem os problemas e conflitos vivenciados na equipe de saúde, especialmente por constituir uma rede de relações tecida no cotidiano entre agentes que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas, sendo necessária certa disponibilidade para que reconheçam e respeitem suas diferenças (MATUOMO, MISHINA E PINTO, 2001).

Nota-se nos depoimentos que os profissionais de saúde, deste estudo, não se incluem na prática quando há problemas éticos envolvidos. O discernimento dos problemas éticos é revelado somente na prática do outro.

“Na minha prática? Eu vejo problema ético com relação aos médicos. Muita falta de respeito com o colega, principalmente com o técnico de enfermagem. Pôr a gente ter um cuidado contínuo com o paciente, a gente tem um convívio maior, tem uma noção maior do que está acontecendo e nem todos os médicos dão muita atenção para o que a gente fala” (T1.4).

“Eu acho que o que acontece dentro de instituições é um profissional na frente do paciente e acompanhante dar uma orientação ou até chamar atenção de alguma coisa para outro profissional. Eu acho que isso foge a ética porque te desmotiva perante o paciente e o acompanhante. Os próprios pacientes ficarão desacreditados do seu trabalho. Vai tentar corrigir, mas acaba expondo outro profissional. É isso que vejo na prática” (T4.4).

“Já vi muito o fato de questionar o profissional que prestou assistência anteriormente na frente do paciente sem que houvesse motivo” (M4.4).

“Olha eu só vi uma vez um problema que considerei ético. Foi justamente de um profissional da medicina. Fui discutir uma conduta desse profissional e ele falou: não eu realmente mudei porque o que fulano fez estava errado, ele não poderia ter feito isso porque vai prejudicar o paciente. Ele está completamente errado, não deve nem ter lido o prontuário do paciente e sua história para ter essa conduta. Acho que foi a única vez que presenciei um problema ético no hospital” (N2.4).

Para Foucault (2004), a ética é reconhecida como a prática reflexiva da liberdade e o exercício do cuidado de si. Neste sentido, quando os profissionais não falam sobre si, ou não reconhecem suas posições perante uma situação de trabalho, estão omitindo-se e renunciando-se, ou seja, podemos dizer que estão negando a si mesmo.

A negação de si mesmo tem impacto sobre a percepção da influência dos outros sobre a sua vida e em seu comportamento e relacionamento com os demais. Não estamos aqui negando o fato de haver problemas éticos que possam ser reconhecidos na prática do outro, nem compreendendo esta questão como uma luta pelo poder no sentido da valorização de quem delata a prática do outro. O que nos importa é chamar atenção para a questão de que a ética não foi incorporada pelos profissionais, mesmo sabendo que esta é onipresente no trabalho em saúde.

Por meio das falas dos sujeitos, pode-se inferir que os profissionais tem, no contexto hospitalar, uma autonomia limitada. Esta autonomia é ferida pelas diferentes versões que o cuidado revela dependendo do profissional que está diante do paciente. Neste processo, os profissionais não configuram somente a negação de si, mas também agem em função da demanda do outro como se gozassem de uma liberdade legítima.

Surge por meio desta negação o que Dejours (1993) denominou como sentimento de robotização, ou seja, o profissional não se sente nada mais que um apêndice dos processos a que se submete. O mesmo autor afirma que o sujeito torna nada mais que um acompanhamento, um presente à margem e não um ser integrante e constituinte do trabalho em saúde no contexto hospitalar.

A ética para os profissionais deste estudo é revelada como uma preocupação sobre a prática do outro, demonstrando que o trabalho coletivo no contexto hospitalar tem fronteiras cerradas entre os sujeitos a ponto de alguns membros da equipe se tornarem invisíveis. Assim, o trabalho destes profissionais parece depender de pressuposições. Segundo BUB (2005) estas pressuposições podem desencadear ações antecipadas e precedidas de julgamentos sobre diferentes aspectos da realidade. O problema ético neste sentido está em o profissional agir irrefletidamente, o que tem impacto sobre a visibilidade do profissional perante o paciente e familiar. Observa-se na fala de T4.4 e M4.4 a prática comum de exposição de outros membros da equipe no hospital. Especificamente, no depoimento de T4.4, nota-se o desabafo de um profissional evidenciando o caráter depreciativo que se revela por meio da exposição de outros membros da equipe multiprofissional.

#### 4.4.3 A exposição dos casos dos pacientes: sigilos e preconceitos

A exposição, neste trabalho, foi compreendida na perspectiva da concessão e troca de informações entre os profissionais de saúde, que por vezes, podem violar a privacidade do paciente, ao realizarem comentários sobre experiências vividas durante as ações de cuidado.

Segundo Gostin et al (1993) e Winslade (1995) a privacidade, tanto legal quanto eticamente, se refere ao direito à intimidade, e também ao limite de acesso de terceiros ao corpo ou mente de alguém, seja mediante contato físico ou revelação de pensamentos ou sentimentos. Para Styffe (1997), constitui-se no direito do indivíduo determinar quando, como e em que extensão a informação por ele dada pode ser transmitida ou revelada.

A privacidade das informações sempre foi considerada característica moral obrigatória da maioria das profissões da área da saúde (LOCH, 2003). Segundo a mesma autora, na contemporaneidade o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centralizada nas necessidades e direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Especialmente com relação às informações, Gostin, *et al* (1993) chamam de privacidade informacional o fato de uma informação a respeito de determinada pessoa conservar-se fora do alcance dos outros, se não houver autorização para que seja revelada.

Segundo os relatos dos profissionais, deste estudo, a exposição dos casos dos pacientes caracteriza um problema ético na medida em que, uma vez confiado ao profissional às informações pessoais do paciente, ou qualquer informação obtida no curso deste relacionamento, estas não podem ser reveladas para terceiros:

“Na prática eu consigo ver problemas éticos assim, estava até discutindo esta questão do prontuário eletrônico. Eu trabalho muito com sigilo, então quando eu vou redigir algo sobre meu atendimento eu tento ser o mais sucinta possível e colocar aquilo que é importante para a equipe escutar. Eu percebo que nem todos tem este

cuidado. De não expor o paciente, de não expor a vida dele. E colocam isso no prontuário de maneira muito leviana sem pensar que é um sujeito e que você está lidando com ele” (P1.4).

“Acho que a primeira coisa que eu vejo na prática é falar coisa de paciente. Que eu acho que é uma coisa que tem que ficar lá no leito dele, ou algumas somente no prontuário” (F3.4).

“Aqui a gente tem muitos problemas éticos, mas os comentários de casos o corredor todo mundo faz. Eu acho que a gente interiorizou um pouco isso sabe? Esses comentários em público” (E7,4).

“O que eu vejo na prática é principalmente essa questão de desrespeito ao desejo do paciente de não ter o diagnóstico revelado e a pessoas não dar valor a isso e falar na frente do paciente, isso eu já vi acontecer” (M4.4).

“Pois é, uma coisa que eu vejo muito são as pessoas comentando pelos corredores as dificuldades dos pacientes assim. Às vezes os pacientes contam coisas sofridas, coisas que não são para ficar no boca a boca e acaba caindo. Isso é uma coisa que eu acho muito complicada porque nós temos essa ética do sigilo muito clara na nossa profissão, mas nas outras talvez nem tanto, justamente por lidar com objetos diferentes” (P3.4).

Um estudo brasileiro realizado por Santos (2010) com a equipe de enfermagem em um hospital universitário também revelou a exposição das informações como uma prática antiética. A dimensão que a ética assume diz respeito ao fato de os profissionais reconhecerem que há uma colisão com o juramento realizado para praticar a profissão que tem como valores e regras de conduta. Além disso, os discursos apontam que o profissional reconhece que a informação, muitas vezes, é voluntariamente compartilhada entre paciente e profissional, numa relação de confiança e fidelidade.

Nessa relação o paciente procura o profissional com a confiança de encontrar alívio para sua condição e com a segurança de não sofrer danos. Consequentemente, a confiança se constitui como condição fundamental para um tratamento efetivo.

A confidencialidade da informação, segundo LOCH (2003) tem duas características importantes nas relações clínicas. Uma primeira forma de confidencialidade se estabelece numa relação interpessoal, onde a manutenção do segredo é passível de ser completa, bastando o comprometimento das pessoas que compartilham a informação. A segunda forma é a confidencialidade do registro desta informação. A preocupação com o registro das informações foi comentado no depoimento de P1.4 e demonstra que a exposição das informações do paciente é uma realidade, também, nos instrumentos de trabalho com destaque para o prontuário eletrônico do paciente.

O prontuário eletrônico do paciente é uma realidade mundial, e caracteriza-se por ser um instrumentos de trabalho fundamental para identificação do sujeito que utiliza os serviços de saúde, em especial o hospital. As informações encontradas no portuário são fornecidas confidencialmente pelo paciente durante o atendimento ou obtidas por meio de exames e procedimentos com finalidades

terapêuticas (PATRICIO, 2011, P. 127). A confidencialidade das informações do prontuário é um direito de todo cidadão, com respaldo na Constituição de 1988, no artigo 5º o qual garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas. A informação em saúde pode ser considerada como a mais íntima, pessoal e sensível das informações sobre uma pessoa porque os dados gerados pela realização da anamnese e do exame físico são como uma extensão do corpo ou da mente de alguém (LOCH, 2003). A exposição pode causar constrangimento no paciente em face da possibilidade de divulgação da informação que diz respeito a sua privacidade e intimidade e trazer prejuízos para o profissional no que tange aos aspectos éticos e legais. Na visão de Peres *et al* (2008), a perda do sigilo pode resultar não apenas de obrigações legais e de ofício, mas também de fatores como a ignorância e a falta de entendimento por parte do paciente e a negligência do profissional ou da instituição para com essas questões.

Neste sentido, como relatado por E7.4 a prática de extrapolar as informações no ambiente hospitalar foi tão interiorizada pelos profissionais a ponto de aceitarem estas práticas como uma normalidade dos processos de trabalho em saúde. Encarar que a exposição das informações de outros foi incorporada à rotina do trabalho no hospital, demonstra que a ênfase dos cuidados desconsidera o sujeito em suas múltiplas dimensões, seus valores, suas crenças, modos de ser e viver. Segundo os depoimentos dos profissionais deste estudo a realidade presente no ambiente hospitalar vai de encontro aos achados de Trevisan *et al* (2009) em muitas instituições de saúde brasileira, em que a atuação profissional reflete a falta de compromisso como respeito à privacidade do paciente. Neste ambiente, há, portanto negligências entendidas pelos profissionais como superficiais e corriqueiras que denotam a falta de respeito tanto entre os profissionais quanto ao paciente.

#### *4.4.4 Problemas éticos identificados na relação profissional-paciente: da discriminação à hegemonia médica.*

Em se tratando do respeito, os profissionais, deste estudo, identificaram como um problema ético da prática profissional as atitudes de discriminação com o paciente. Uma das formas de manifestação da discriminação revelada nos depoimentos, e que merece destaque, foi o preconceito.

“Ai não sei, o que eu vejo em todo o lugar, não somente aqui às vezes os profissionais falando que o outro paciente é HIV. Ai nossa! fulano de tal tão novo, bonito e tal com esse problema” (T5.4).

“Eu nem sei se é ético falar isso, mas vejo muita falta de respeito ao indivíduo, na forma como você aborda ou se refere a determinado paciente. Escuta um comentário ou preconceito com relação a algumas doenças. O profissional de saúde que deveria ter isso bem fundamentado ele não perdeu o preconceito de determinadas doenças e subjulga as pessoas” (M3.4).

“O que eu vejo que é muito comum é quando vou colocar com relação o profissional-paciente no âmbito hospitalar que é muito comum o tratamento diferenciado para algumas pessoas no sentido negativo. Porque o paciente é etilista é usuário de droga ele não merece atenção e respeito e isso eu acho muito antiético. Outro problema que eu vejo com relação aqueles que prestam cuidado mais direto é esta falta de respeito em um momento de agitação ou confusão. Na equipe médica eu vejo muito isso também com relação ao mal estar da pessoa, que a pessoa tem uma queixa subjetiva demais e o profissional acha que não tem que valorizar aquilo” (M2.4).

O preconceito está relacionado ao fato de o indivíduo não conseguir perceber que sua visão preconcebida da realidade decorre de sua própria dificuldade de lidar com determinadas situações (CROCHIK, 2006). A ausência de um trabalho reflexivo, segundo Crochik (2006), caracteriza o preconceito. O profissional, manifesta uma onipotência velada ou até mesmo, transparente julgando-se superior à situação ou pessoa correspondente a impotência que sente para lidar com o sofrimento proveniente da realidade.

Infere-se que os profissionais de saúde estão, cada vez, mais sobrecarregados com as atividades burocráticas, ocupando-se cada vez menos das atividades referentes ao cuidado direto. Na verdade, o que realmente lhes cabe está sendo visto como excesso. Sem esta função o profissional deixa de existir, pois sem o cuidar do paciente, o funcionamento do hospital não teria sentido (AMIN, 2001). Esta inversão de valores acarreta desgaste físico e emocional manifestados nos comportamentos de irritabilidade, depressão, impaciência, preconceito, de indiferenças pela equipe de saúde e projetados nos pacientes que absorve todo o sentimento de culpa como o lugar do causador de todo o sofrimento do outro (AMIN, 2001).

Em muitas situações a exposição do outro, os comentários ou preconceito são manifestações de um profissional que precisa estar no lugar de protegido e não de protetor, do poupado e não daquele que poupa o outro. O limiar entre as fragilidades e onipotência pode proporcionar ao profissional o convívio constante com situações que apresentam dilemas morais e conseqüentemente levá-lo ao sofrimento moral.

A respeito do sofrimento moral destaca-se que o mesmo se manifesta como um desequilíbrio psicológico vivenciado por indivíduos ao se depararem com obstáculos que impossibilitam ou dificultam sua intervenção na realidade e a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com seu julgamento moral. Assim, o indivíduo reconhece sua responsabilidade, tece seu julgamento moral, elege a conduta considerada mais adequada para intervir na situação, mas não encontra condições para atuar conforme seu julgamento e valores, entendendo como inadequada sua participação moral (BARLEN 2012; BARLEN, 2009; DALMOLIN, 2009). Assim, no contexto do trabalho o sofrimento, mesmo que de forma indireta, pode retirar do indivíduo seu potencial para agir,

transformando-o em um sujeito passivo às circunstâncias e aos modos de dominação preexistentes. Um depoimento que nos levou a acreditar na possibilidade de sofrimento moral trata-se de M1.4:

“Conflitos éticos você tem o tempo todo, o maior conflito é você saber o que é o melhor para fazer ao paciente, o mais indicado, sabe como dar um atendimento de primeira linha, mas tem que se ater aquilo que você tem ali. Atender um paciente no corredor em pé não é legal nem bom para ninguém e você tem que se submeter a isso infelizmente. Então eu acho que o maior problema é você administrar o que é correto, o que tem que ser feito e o que é possível fazer” (M1.4).

Neste depoimento, o impacto da precariedade da estrutura hospitalar revela o contato frequente do profissional com sentimentos de impotência frente às situações e aparente descaso em relação aos pacientes. Com relação à estrutura hospitalar torna-se dispensável discutir sobre suas condições precárias, sobretudo quando se trata de hospitais públicos brasileiros. Porém, vale ressaltar que a estrutura hospitalar apresenta uma ambiguidade paradoxal. Oficialmente, segundo Amin (2001) o hospital é organizado e até existe em função do enfermo, mas muitas de suas dimensões; horários de seus ambulatorios, visitas e refeições são organizados claramente de acordo com as exigências do pessoal e do conjunto da estrutura hospitalar, muito mais que dos pacientes.

Em face deste cenário o paciente passa a ser visto como um objeto desprovido de autonomia, de opiniões próprias cerceado da liberdade de agir de acordo com seus valores e crenças. Os pacientes, segundo os profissionais deste estudo, não tem participação nas discussões sobre a sua experiência de saúde. Se a própria estrutura hospitalar impõe uma relação autoritária sobre os pacientes, os profissionais que dela fazem parte reproduzem esta relação na prática profissional.

“Eu acho assim a falta de compromisso dos médicos com os pacientes eu vivo o tempo todo. Marca a cirurgia do paciente e depois o deixa em jejum o dia inteiro. Chega às seis horas da tarde e fala que o paciente não vai mais fazer cirurgia. Eles sabem que não vai ter a cirurgia. Poderiam desmarcar mais cedo para o paciente não ficar tanto tempo em jejum, ainda mais porque são pacientes idosos diabéticos que precisam alimentar. Então essas coisas é a gente que tem que estar ali o tempo todo com o paciente, com a família. Então assim a gente dedica o tempo todo e se acontece alguma coisa errada eles acham que você está errada e não o médico” (E1.4).

“Até que na enfermagem eu não vejo muito problema ético, não me deparei, mas na medicina esta questão do médico querer obrigar o paciente a fazer uma cirurgia fica parecendo que é mais para estudo” (E2.4).

“Olha uma coisa que eu vejo muito aqui é a corrida de leito que tem em todos os plantões. O que eu presencio nesta corrida e acho muito complicado é a questão dos médicos entrarem, debaterem o caso e não conversarem com o paciente, não explicarem o que está acontecendo. Então assim, várias vezes os pacientes me abordam e questionam: o que o médico falou? O que vai acontecer?” (E4.4).

“Muitas vezes os médicos chegam é falam: aquele paciente lá do box tal está com tal secreção. E é o paciente do box tal, não é o paciente José do box um. Não dá

nome! Para mim não é o paciente do quatrocentos e onze é a Ana do duzentos e dez. E isso é um conduta muito antiética. Isso tem que melhorar muito” (F2.4).

“Eu vejo muitos casos de omissão. Muita gente da enfermagem, técnicos, principalmente à noite. Pelo menos é o que a gente vê quando vem pela manhã. O paciente e o acompanhante estão sempre queixosos de que não tem ninguém para atendê-los. Então acho que não levam a profissão com a seriedade que deveriam levar. Parece falta de interesse, de não estar ligando para a pessoa que está ali enferma” (N1.4).

Os discursos apontam para o fato de no hospital, os pacientes não recebem muitas explicações sobre seu processo de adoecimento. O controle do médico sobre a informação expropria o controle do paciente sobre o seu corpo, determinando a superioridade do médico e da instituição na esfera da prática social. Segundo Carapinheiro (1998) a relação médico–doente, no contexto hospitalar, é dicotomizada, distante, despersonalizada, desumanizada e tecnologicamente mediada. Foucault (2001), em o nascimento da medicina social já apontava que as intervenções do Estado sobre a vida e morte dos indivíduos acarretaram investimentos em uma medicina reguladora e controladora. No século XVII o poder político assumiu a tarefa de gerir a vida através da disciplina dos corpos ou dos controles reguladores das populações (FOUCAULT, 2001). Esses são os dois polos em torno dos quais a medicina desenvolveu a organização do poder sobre a vida: a disciplina anátomo-política dos corpos individuais e a regulação bio-política das populações. Assim, a função do poder não é mais matar, mas investir sobre a vida. A potência da morte é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida. Para Foucault (2001) a organização do poder sobre os corpos foi necessária para o desenvolvimento do capitalismo, porque era necessário, por um lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos (FOUCAULT, 2001).

As condutas paternalistas dos profissionais da medicina se revelaram tanto na sonegação das informações, quando no induzimento do paciente ao meio de tratamento que o profissional entende ser o mais recomendado (FERREIRA, 2008). Para Luz (1988, p. 40) “toda tentativa de explicar o que se sente será vista com tolerante ironia, sarcasmo ou silêncio. O paciente está ali para sentir. Tem o direito à sensação. Querer alcançar-se a explicação é pretender à Ciência”. E o detentor da ciência, neste caso, é o médico, pois procedida a internação a atenção do paciente se volta para a sua doença: natureza, gravidade, tratamento e duração. A resposta só o médico lhe poderá dar, e, por isso, sua visita é aguardada com ansiedade. O Paciente imagina, prevê as perguntas que o médico fará, treina as respostas, comenta as impressões, etc. Para ele, o médico é o personagem mais importante na vida do doente, e sua visita é o ponto culminante do dia e a personificação da missão do hospital. Muitas vezes, o paciente não sai do quarto até o médico fazer a visita. Já que foi o médico que o colocou ali,

só ele o tira. O que é dito pelo médico tem força de magia e ele é visto numa dimensão sobre-humana pela pessoa enferma (AMIN, 2001).

O poder do profissional médico, neste sentido, não é uma substância. Não é um algo de particular na relação entre ele e os indivíduos. Eles nada têm haver com a troca, a produção e a comunicação, mesmo que lhes estejam associadas. O que traça distintivamente o poder é o fato de determinados homens pensarem que podem determinar inteiramente, a conduta de outros homens (FOUCAULT, 2004 FERREIRA, 2009).

Mediante estas considerações, os profissionais perceberam como um problema ético o fato de a condição da existência do sujeito no campo hospitalar ser dada fundamentalmente pela atuação dos profissionais médicos. Assim os entrevistados revelaram o quanto é falsa a imagem de harmonia entre os cuidados e quão complexa é a trama das relações profissionais no contexto hospitalar.

#### **4.5 A expressão da ética na tomada de decisão de profissionais de saúde**

A origem da decisão funda-se na capacidade, entendida como poder, próprio da pessoa capaz. São os seres humanos, os únicos capazes de realizar manifestações externas a si, que resultam de processos racionais de decidir (FERNANDES, 2010).

O poder para decidir e agir é exercido pela pessoa livre, capaz de ponderar as diversas alternativas de que dispõe. Poder e liberdade são assim dimensões essenciais da decisão humana, que nos importa aprofundar, no sentido de compreender a especificidade da decisão ética, realizada no exercício da atividade dos profissionais da saúde.

Os profissionais de saúde, deste estudo, afirmaram que na procura da solução para um problema ético, utilizam diferentes bases que podem servir de alicerce ético para a sua decisão e para os seus atos. A busca pela fundamentação da decisão ética constitui-se como uma fase que se verifica após a identificação do problema ético revelado na prática cotidiana e antecede a intervenção escolhida.

A decisão, segundo Fernandes (2010), surge associada ao seu fundamento, emergindo estas duas dimensões como um bloco inseparável. Ou seja, a intervenção decidida resulta de uma construção que incluiu outras fases e justifica-se por meio do fundamento que lhe está associado, afirmando-se que *“isso pesou na minha decisão”* (FERNANDES, 2010, P.112).

Neste sentido os profissionais apontaram fundamentos de diversas naturezas para a tomada de decisão mediante um problema ético, os quais sejam: respeito ao ser humano, Tutela no trabalho:

as normas e limites da profissão, A sensibilidade diante da vulnerabilidade do outro, o conhecimento: entre o científico e o empírico.

#### 4.5.1 Respeito ao ser humano

O respeito ao ser humano como alicerce para a tomada de decisão em face de problemas éticos emergiu em quase todos os discursos dos profissionais deste estudo. Porém, a dificuldade em expressar este conceito levou os profissionais a apresentarem discursos elusivos como:

“É respeito ao outro mesmo. Acho que isso. É respeitar o outro sabendo que... não sei. Respeito mesmo acho que é primordial”.

“Olha acho que a base para a tomada de decisão é o respeito mesmo. Não vejo outro”.

Em meio aos depoimentos, percebeu-se que o respeito constitui um problema ético situado no domínio do exercício profissional da área de saúde. Dessa maneira, o respeito à pessoa torna-se instrumento de prudência e de reflexão entre querer e fazer (FERNANDES, 2010). O respeito como alicerce para a tomada de decisão foi exposto pelos profissionais, com vistas à compreensão da singularidade do outro e do reconhecimento das necessidades deste por meio da realidade vivenciada.

“Eu acho que um princípio básico é o respeito ao que o outro traz. Eu acho que o respeito pelos outros profissionais também, sabe? E pela carga teórica e humana que eles trazem também” (P3.7).

Segundo P3.7 o respeito significa acolher o ser humano em sua essência por meio de uma ação efetiva traduzida na compreensão deste ser que vivencia o ambiente hospitalar. O respeito mostra-se como elemento fundamental para a percepção holística da pessoa, extrapolando a visão biologicista da doença e contemplando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que direta ou indiretamente influencia no processo saúde – doença (MORAIS, *et al*, 2010; PEREIRA *et al*, 2010). Percebe-se, pois, que o respeito abre espaços para a interação entre o cuidador e o ser cuidado significando uma possibilidade de construção de práticas assistenciais humanizadas.

Ainda com relação ao respeito, os profissionais atribuem a este conceito a necessidade de comunicação ou diálogo efetivo.

“Para a tomada de decisão o respeito, respeito com a comunicação são primordiais, senso em equipe também acho muito importante” (E1.7).

“Ah! eu acho que assim respeito e carinho. O mais é o respeito e o diálogo. Acho que se você respeitar o próximo já se resolve qualquer problema” (T3.5).

Segundo os profissionais o ato comunicativo, como fenômeno interativo e interpretativo revela a relação necessária entre os seres humanos uma vez que é por meio do processo comunicacional que

compartilhamos vivências, angústias e inseguranças ao mesmo tempo em que satisfazemos nossas necessidades como seres de relação (MORAIS, et al, 2009). Nos depoimentos de E1.7 e T3.5 nota-se que o respeito com a comunicação, revela a necessidade de aproximar do outro e possibilitar a expressão plena do que comunica e do que é comunicado. Neste sentido, os profissionais acreditam que os problemas éticos tem solução quando o respeito apresenta-se como dispositivo de abertura ao outro possibilitando-os compartilhar informações.

Identificou-se por meio das entrevistas, que diante de um problema ético a ação precede de fundamentos ligados ao respeito ao ser humano na perspectiva da compreensão do outro como um ser único e ilimitado, cujas histórias de vida, seu modo de ser, de pensar, de agir, se materializam por meio da comunicação e do diálogo.

#### **4.5.2 Tutela no trabalho: as normas e limites da profissão**

As questões éticas envolvendo a medicina e demais profissões da área da saúde possuem um histórico influenciado pela filosofia, de forma mais enfática por Hipócrates, que descrevia condutas de aparência saudável, voltadas a promover a serenidade, autocontrole, compaixão e dedicação, objetividade, responsabilidade e compromisso com o bem-estar do doente, por meio de um código de etiqueta e comportamento para o médico (LOCH, 2003).

Desde então, os discursos sobre normas e condutas vem seguindo uma ordem em busca da evolução harmônica do trabalho de todos, por meio da conduta de cada um. Alguns autores acreditam que o conhecimento sobre códigos e normas, além de beneficiar os membros de uma profissão na tomada de decisões, incentivam a condução da regulação do individualismo perante o coletivo no trabalho em saúde (SÁ, 1996, p. 92). Utilizar os códigos e normas como fundamento para a decisão ética implica justificar a sua ação, colocando no centro da sua preocupação a pessoa e os seus direitos seja profissional ou paciente. Assim percebe-se que para os profissionais deste estudo, conhecer e respeitar os limites de cada área profissional influencia diretamente no processo de tomada de decisão.

"Eu acho que sigo os princípios mesmo da enfermagem, em relação ao trabalho, seguir normas o que é permitido fazer o que não é o que é da minha área o que não é. Respeitando estes limites. Eu acho que quando você respeita os limites da sua área e até os limites assim questão de ética **limites do que eu sei fazer e do que eu posso fazer**" (E2.7).

"Ai, primeiro, lealdade com a profissão que você escolheu. Tem as ordens que você tem que cumprir e as regras que você tem que seguir" (T1.7).

Os depoimentos apontaram para a necessidade de o profissional conhecer os códigos de condutas da sua própria área como forma de impor limites para sua ação. Além disso, pode-se interpretar nos discursos que os profissionais baseiam-se nos códigos de conduta a fim de deslocar a tomada da decisão que é de responsabilidade da esfera individual para a coletiva. Sobretudo, parece apenas uma forma de linguagem, pois emerge na fala de E2.7 uma referência à individualidade da decisão.

Embora se considere que a esfera da conduta ética vai para além de parâmetros e regras é certo que se os profissionais não se empenharem em adquirir as informações mínimas requeridas para sua profissão jamais saberão começar a tomar decisões. Neste sentido, os códigos e regras de condutas devem ser utilizados como uma ajuda ao pensamento moral (NALINI, 2009). Neste caso os códigos e regras têm um importante papel para a prática de profissionais, pois sem estas referências, as deliberações morais consistiriam em uma luta de personalidades ao invés de uma análise ética das situações. Assim, cabe salientar que embora os códigos e regras tenham a sua importância, o ser ético nas tomadas de decisões não decorre apenas de seguir esses instrumentos, pois os códigos não esgotam o conteúdo e as exigências de uma conduta ética de vida e nem sempre expressam a forma mais adequada de agir em uma circunstância particular (CAMARGO, 2011, P. 34).

Na visão de M3.7 e M2.7 as regras e códigos de condutas têm evidências sobre a prática, porém admitem que a moralidade das tomadas de decisões também são fundamentadas nos valores que eles entendem como ideais e que tem respaldo no seio familiar.

"Primeiro eu tenho até um aplicativo com artigos de ética médica, porque tem muita coisa que é muito difícil mesmo definir só pela nossa bagagem. Então tento usar como parâmetro a minha formação, mas por uma forma familiar, aquela que de certa forma vem de berço, que a gente tem da família, dos nossos vínculos e que a gente acaba transpondo também para o trabalho sempre valorizando aquilo como um guia" (M3.7).

"Eu tento seguir três pilares: eu pego exemplos pessoais, ou seja, eu só tenho referência para tomar decisões baseado naquilo que eu conheço. Eu pego os princípios éticos da medicina e princípio legal que eu tenho de legislação que protege tanto o indivíduo quanto a mim. Essas são minhas bases de raciocínio. E por último eu pego o meu ponto de vista individual, ou seja, se eu estivesse em uma situação como esta ou um parente meu" (M2.7).

"Eu acho que primeiramente é o princípio humano. Você não ferir o espaço de ninguém. Nem do paciente, nem do seu colega ou de qualquer outro profissional. O que atrai no hospital é a forma de você poder ajudar as pessoas. Então acho que o princípio fundamental é de humanidade" (F3.7).

Nota-se que apesar da existência de normas e códigos de conduta, os profissionais equacionem e refletem sobre a situação tomando como bases valores humanísticos adquiridos na socialização primária.

Dessa maneira acredita-se que o ambiente familiar foi considerado significativo na vida dos profissionais de saúde deste estudo. E que neste cenário, foram interiorizadas algumas regras e comportamentos morais que parecem ter sido fundamentais para a incorporação de crenças e valores pessoais durante as experiências vivenciadas por estes profissionais.

Segundo Yves de La Taille (2006, p. 108-109), o despertar do senso moral pode ser concebido como a capacidade construída na infância ao experimentar sentimentos de dever moral que irão inspirar suas condutas futuras. O mesmo autor chama atenção para os sentimentos de obrigatoriedade, medo, amor, a culpa, e outros que fortalecem o de obrigatoriedade, como a confiança, a simpatia e a indignação, todos “relacionados ao convívio social da criança” (Yves de La Taille, 2006, p. 108-109).

Dessa maneira, os sujeitos deste estudo demonstraram um sentimento de respeito pelas pessoas que apresentam tais regras e acentuaram seu caráter de obrigatoriedade, tanto que segundo M3.7 os valores introjetados na infância servem de guia para as tomadas de decisões nos dias atuais.

Nesta mesma direção observou-se que a obrigatoriedade do comportamento moral interiorizado por meio de sentimentos que envolvem valores familiares reflete no depoimento de F2.7, quando considera o patriarcalismo da hierarquia institucional como um fundamento para tomada de decisões.

"Olha a primeira coisa que eu me baseio é sobre a postura da minha coordenação. Porque eu preciso primeiro saber o que quer, o que ela espera da gente, porque, querendo ou não, eu me submeto a ela. Gostando ou não eu tenho que me submeter a ela. Então a primeira coisa que eu faço é justamente isso, sabe o que a coordenação espera de mim" (F2.7).

O papel submisso acolhido por este profissional indica que a hierarquia representada pela “coordenação” aflora de algum modo a sua sensibilidade; como desejáveis de serem concretizadas. A imagem que ele tem de si está intimamente associada aos valores construídos desde a vivência familiar. Ao procurar ter imagens boas de si, o trabalhador faz o bem e busca a possibilidade de ser respeitado como profissional, ou seja, legítima as regras morais integrando o respeito pelas regras à sua identidade pessoal. Assim, preservar a honra exige dos trabalhadores que este seja leal em suas ações, digno da imagem que deseja ter de si mesmo, de tratar e ser tratado com dignidade e respeito.

### 4.5.3 A sensibilidade diante da vulnerabilidade do outro

A sensibilidade em face da vulnerabilidade do outro apareceu nas falas dos sujeitos desta pesquisa quando apontam que suas tomadas de decisões são baseadas em algumas necessidades dos usuários. Dentre essas necessidades os profissionais de saúde, da presente investigação, reconhecem a importância de uma ação individualizada, demonstram preocupação pelo bem estar do paciente, compaixão frente ao sofrimento, referem à possibilidade de ser sensível, e principalmente se colocam no lugar do outro quando é solicitada a tomada de decisão.

“Olha eu falo que eu sigo um princípio muito banal, teoricamente, mas eu me coloco no lugar do outro. Então eu vou tratar as pessoas da forma como que eu gostaria de ser” (E4.7).

“Eu me coloco no lugar da pessoa e faço para a pessoa o que eu gostaria que fosse feito para mim, me colocaria no lugar da pessoa” (T5.7).

“Na minha ação muitas vezes eu pego meu princípio individual, se eu tivesse em uma situação ou um parente meu ou um conhecido. Então eu uso esse tipo de princípio para tomar uma decisão” (M2.7).

Percebe-se nas falas que uma vez que os profissionais têm como fundamento ético se colocar no lugar do outro, suas decisões preocupam-se com o bem estar da pessoa cuidada. No depoimento de T5.7 nota-se que o cuidado ativa um comportamento de compaixão, solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem da mesma maneira que o profissional gostaria que fosse realizado caso ele estivesse em uma situação parecida com a do paciente. Segundo Vila e Rossi (2002) o bem está ligado à integridade moral do paciente e sua dignidade como ser humano. Os mesmo autores, em estudo cujo foco foi à humanização também obtiveram como resultados a atitude do profissional se ver diante da vulnerabilidade do outro como fundamento para tomada de decisão. Neste sentido, acredita-se que o profissional, ao se projetar no lugar do outro, toma consciência de si próprio como ser humano e passa a sentir que é capaz de avaliar e fazer escolhas para o outro na mesma perspectiva que gostariam de ser tratados naquela situação ou momento (Fernandes, 2010). Dessa maneira, Compreendem que o bem se traduz na garantia da vida, do bem-estar, do alívio do sofrimento e dos seus direitos pessoais, conforme explicitado.

“Eu acho que o que for melhor para mim e para o outro, para o ser humano no geral. Então tentar sempre ver o que vai ser melhor para o paciente. Eu sempre vou pautar o meu trabalho no que seria melhor. Claro que seria melhor aos meus olhos tem um viés ai. Mas também aos meus olhos e a minha escuta, porque eu escutei um pouco deste sujeito. Então eu consigo compreender um pouco o desejo dele” (P1.7).

“Para a mim é a ideia de enxergar o outro como igual, no meu caso eu estou ali para o outro, para servir e tentar tudo” (FA1.7).

“Primeiro eu acho que é o bem estar do paciente sempre, independente de quem vai estar olhando, quem vai estar prescrevendo ou evoluindo. Acho que o bem estar do paciente e tem que ser levado sempre em consideração” (N2.7).

“Para mim o principal é sustentar o desejo e a conduta que eu acordei com o paciente. Eu acho que sustentar a posição dele, como sujeito, como alguém que tem direito sobre o próprio corpo, sobre a própria saúde.” (P2.7).

Os relatos dos profissionais deixam transparecer que proporcionar o bem para cada pessoa significa agir no sentido da proteção de si próprio, da sua vida e da sua humanidade oferecendo cuidados que satisfaçam as necessidades específicas identificadas ou acordadas com o paciente. A prática de oferecer cuidados de acordo com as necessidades dos pacientes se configura, segundo os entrevistados, em uma prática holística com foco na assistência.

Ao se colocar no lugar do outro, de compartilhar o cuidado com o outro, os profissionais de saúde, admitem que o respeito pela vida emerge do compromisso de proteger o usuário, de cuidá-lo com sensibilidade, compaixão e dignidade, desenvolvendo a percepção moral. Segundo Pegoraro (2002), cada ser deve ser respeitado eticamente em seu nível de existência. No discurso de P2.7 percebeu-se a necessidade de uma relação construtiva entre profissional e paciente, o que reflete o envolvimento do profissional com a dignidade humana.

Ademais, parece haver certa harmonia nas relações entre o profissional e o paciente com vistas a assegurar o bem-estar do profissional, consigo e com os outros. Segundo Fernandes (2010), o profissional faz do bem-estar a base para a sua decisão optando por intervenções que promovem este sentimento. É nesta medida que o bem-estar é utilizado como fundamento para a tomada de decisão ética. Dessa maneira, a promoção do bem-estar determina escolhas referentes ao agir profissional em situações problemáticas. Acredita-se que na dúvida sobre qual ação realizar decide-se por aquela que produza em ambos um estado de tranquilidade consigo e com o meio exterior (FERNANDES, 2010).

Refletindo sobre a importância do bem destinado ao outro como um fundamento para tomada de decisões, encontramos nos escritos de Aristóteles as similaridades desse sentimento com o que Aristóteles denominava princípio da justiça (ARISTÓTELES, 2001). Baseado nos conhecimentos deste filósofo pode-se afirmar que ocupar-se do bem alheio é colocar em prática a virtude da justiça.

Assim, pôde-se visualizar, neste estudo, que os sujeitos promovem o bem tomando decisões de acordo com o que for melhor para o paciente levando em consideração suas possibilidades e responsabilidades como profissional.

“Primeiro eu me coloco no lugar e vejo a questão da exposição. Eu tento levar o profissional e o paciente. Será que o que eu falar ou fizer ali na hora vai expor ou vai prejudicar o paciente? Eu acho que coloco na balança e tento agir dessa forma. Até que ponto eu posso ser profissional ou até que ponto eu posso ser humano. E tento levar nesta linha de raciocínio” (T4.7).

“Eu tento sempre fazer o melhor para o paciente e para equipe, tento ser a mais justa possível” (E6.7).

O princípio da justiça se revela, pois, como a vontade firme e constante de respeitar os direitos e os deveres tanto dos profissionais como dos pacientes. Mostra-se, ainda, como a disposição de dar a cada um, o que é seu de acordo com a natureza, a igualdade ou a necessidade (ARISTOTELES, 2001; CAMARGO, 2011). A tomada de decisões com base neste princípio obriga os profissionais a conhecer as necessidades das pessoas a quem a intervenção se dirige e agir no sentido dessas necessidades, mas também se adaptando ao padrão regular que toda profissão exige. Nesta perspectiva, os fundamentos de natureza profissional contribuem para a escolha da intervenção eticamente mais adequada.

#### *4.5.4 A expressão da ética por meio do conhecimento: entre o científico e o empírico*

O conhecimento foi revelado como importante fundamento para a tomada de decisões éticas nas práticas dos profissionais deste estudo. Assim, foi possível perceber que o conhecimento confere aos profissionais, segurança para a tomada de decisão ética. Este conhecimento segundo os sujeitos, não diz respeito somente ao conhecimento científico, mas também abrange experiências particulares, ou seja, o conhecimento adquirido empiricamente também contribui para o seu agir nas práticas cotidianas.

"O que eu utilizo para tomar minhas decisões é a questão do conhecimento né? porque senão tiver conhecimento jamais você vai tomar alguma decisão, pois senão você pode cometer erros" (E3.7).

"Se você se baseia em evidências você tem que se basear nos conhecimentos científicos isso é o que tem que guiar o médico, mas quando você tem um conflito sociológico, humanitário aí entra sua formação e outras coisas mais estritamente da sua conduta. O médico é um técnico que está ali e tem que basear-se no conhecimento e evidência científica" (M1.7).

"Eu pego a minha teoria mesmo. A base científica que a gente aprende na faculdade. Lendo artigos científicos. E pego um pouco da minha experiência também. Porque o científico faz alguma coisa, mas se você já tem uma bagagem de vários anos naquela área você conjuga as duas para sempre unir isto" (F4.7).

Embora na maioria dos depoimentos o conhecimento científico apareça como possibilidade de um agir correto e como uma verdade segura, a sua inter-relação dinâmica com o conhecimento empírico é desejável e, muitas vezes, necessária para que seja possível se questionar verdades e reiterá-las com vistas a refinar conceitos (DOMINGUES E CHAVES, 2005). Percebe-se nos discursos, mais claramente de M1.7 e F4.7 que quando se referem a uma tomada de decisão que envolva questões humanísticas a experiência construída ao longo da vida torna-se a base para suas decisões.

Percebeu-se que as experiências adquiridas ao longo da vida trazem vivências dos contextos da família, do trabalho e da rede de relações, o que proporciona ao profissional o enfretoamento de

conflitos e dilemas éticos, encorajando-os, no cotidiano de trabalho, a afinar os conhecimentos, aperfeiçoar habilidades técnicas, rever suas ações, avaliar e tomar decisões frente a situações éticas.

As tomadas de decisões dos profissionais de saúde, neste sentido, não se limitam ao conhecimento técnico-científico como base para a ação. Parece que os profissionais compreendem que nas práticas de saúde as decisões devem levar em consideração a singularidade de cada caso e o aprendizado que emerge da sua experiência.

Considerando os fundamentos adotados pelos profissionais de saúde, deste estudo, para a tomada de decisão, vale salientar a incoerência entre estas e as ações realizadas nas práticas cotidianas. Parece haver um paradoxo entre os discursos dos profissionais sobre os problemas que ocorrem na prática e as bases para as tomadas de decisões. Uma vez que se entende que a decisão resulta da capacidade para decidir para ponderar e escolher a sua ação (FERNANDES, 2010). Segundo Fernandes (2010) a interpretação que o profissional faz de um determinado contexto deve respeitar a fundamentação da sua decisão. Porém o que se observa é uma idealização do trabalho em saúde.

Os discursos dos profissionais sobre suas práticas cotidianas revelaram que a fundamentação descrita para a tomada de decisão é desconstruída pelo modelo de saúde fragmentado e curativo, no qual seus elementos estruturais inviabilizam sua utilização, como base para as tomadas de decisões.

Os profissionais, neste sentido, idealizam em seus discursos um trabalho reflexivo, cujos fundamentos para as ações se concentram na justiça, normas de condutas, conhecimento, se colocarem no lugar do outro, mas na prática afirmam por meio dos discursos a realidade de um trabalho árduo, estressante, com relações impessoais e desconhecidas.

# *Capítulo 5*

## *A técnica proyectiva*

## Capítulo 5

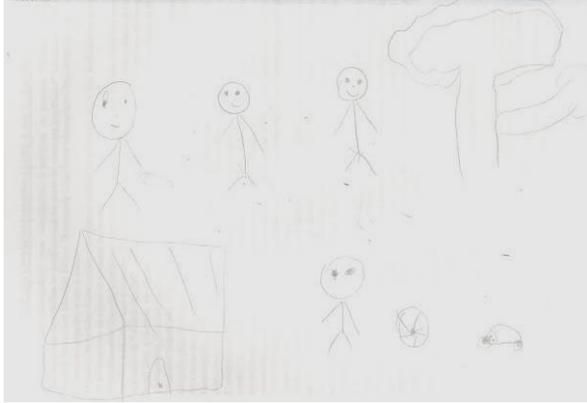
### 5. *Percepções necessárias – A técnica projetiva*

Partindo do conceito de ética como o modo de ser do profissional de saúde e entendendo que cada ser apresenta singularidades e valores fundamentais para a construção deste conceito, buscou-se captar por meio de representações gráficas dos profissionais de saúde, sujeitos deste estudo, aspectos subjetivos que são importantes para a compreensão dos fundamentos da ética na prática profissional (LOIZOS, 2002).

Reconhecendo, na atualidade, as impossibilidades de abordar a ética por meio de princípios fixos e válidos, igualmente para todos os sujeitos, a representação gráfica mostrou-se um auxiliar valioso para a compreensão da ética como um elemento ligado a existência humana, a qual pressupõem as situações da vida real (PERGORARO, 2002). As representações, neste sentido, expressam o universo simbólico que emerge nos discursos e práticas e refletem tendências da ética no acontecer da vida cotidiana.

Assim, o recurso da técnica projetiva foi utilizado como estratégia complementar de coleta de dados, tendo ocorrido de forma individual e imediatamente após a realização da entrevista, o que permitiu aos sujeitos reflexões sobre suas práticas, reforçando e enriquecendo os aspectos subjetivos relacionados à expressão da ética no contexto de unidades de internação hospitalar. A solicitação do desenho se deu mediante a seguinte questão norteadora: *“represente por meio de um desenho os princípios éticos que norteiam as suas práticas cotidianas”*. Nenhum entrevistado se recusou a fazer o desenho, mas alguns relutaram inicialmente, temendo não fazê-lo de maneira “correta”. Cabe salientar que foram analisados os discursos dos sujeitos sobre as figuras e não a criação do desenho.

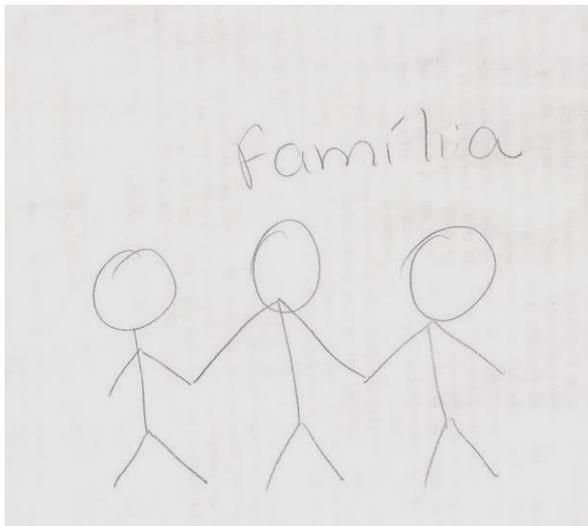
Segundo os depoimentos dos sujeitos, desta pesquisa, os desenhos reforçam a ideia da ética como um conceito subjetivo e promotor de relações humanas de interação contínua e constante, nas quais as pessoas vão se moldando ao longo da sua existência. A principal relação apontada nos discursos expõe a família como núcleo central de expressão da ética, principalmente no que tange a ao repasse dos valores e princípios que constitui o ser ético dos profissionais.



“Acho que esse desenho vem baseado assim, que lá em casa todo mundo foi criado junto, no mesmo terreiro brincando junto. Até meu avô, minha avó. Meu pai até hoje brinca. Se tem uma coisa que todo mundo tem que estar, é junto. Se acontece algum problema, todo mundo resolve junto. Se você brigar comigo, você briga com todo mundo... Acho que a união faz a força. Acho que vem de casa. Então os princípios que eu tenho hoje vêm disso” (T3.D).



“Meus princípios éticos vão ser norteados basicamente por quê? Família não é? Então meu pai, minha mãe, minhas irmãs. Principalmente meu pai e minha mãe terem sido professores eles me ajudaram muito nessa formação que eu sou hoje. E aqui essa é a minha raiz da minha árvore, que é a raiz justamente da minha família. E a casa para representar também o ambiente de onde vem tudo isso” (F2.D).



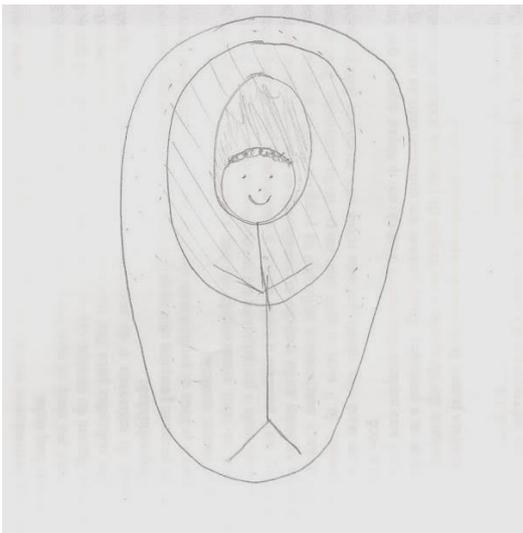
“Eu imaginei aqui eu, meu pai e minha mãe. No meu ponto de vista a ética tem muito haver com aquilo que a gente aprendeu com eles. E assim em questão profissional a gente fazer para o nosso próximo o que a gente queria que fosse feito para gente ou para o pai e a mãe da gente que creio eu são as pessoas que a gente mais gosta. A gente sempre pensar assim, ver aquele paciente que está ali não só como um desconhecido, ver como um paciente ali, gostar mais dele, tratar melhor” (T.5.D).

Em face das representações gráficas vale ressaltar a importância da família na construção de um sujeito que acredita na ética apreendida durante o processo de socialização e legitima esses valores carregando-os durante toda a vida. Para Gomes et al(2011) a família é caracterizada como modelo natural, na qual visa assegurar a sobrevivência biológica da espécie, juntamente com o

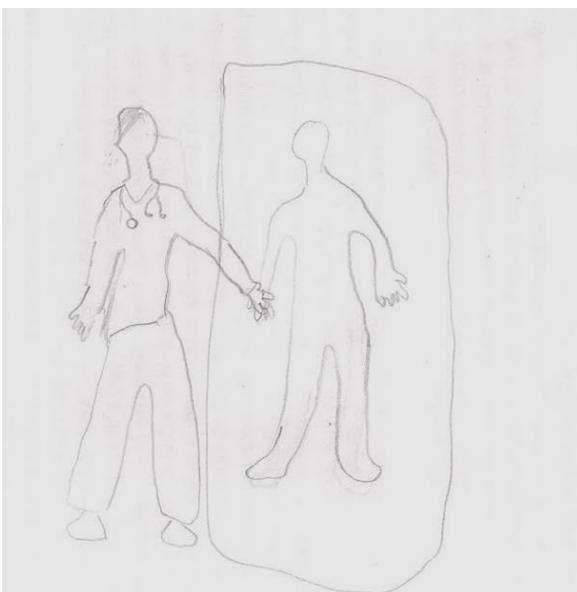
desenvolvimento psíquico dos descendentes, a aprendizagem e a interação social. Na visão de Osório (1996) a família é um grupo predestinado a desenvolver funções que envolvam os indivíduos, num modelo biopsicossocial, permitindo o crescimento e a facilitação do processo de individualização. Neste sentido, os profissionais deste estudo acreditam que a família constitui a principal agência formadora do indivíduo e acabam se apegando a este apelo para atender às demandas que a área da saúde lhes impõe.

A família é vista, por estes profissionais como um “porto seguro” e promotora de um ambiente confiável. Ainda, aparece nos discursos que a família se constitui como uma estrutura na qual os profissionais podem se apoiar em face da complexidade de lidar com o trabalho em saúde.

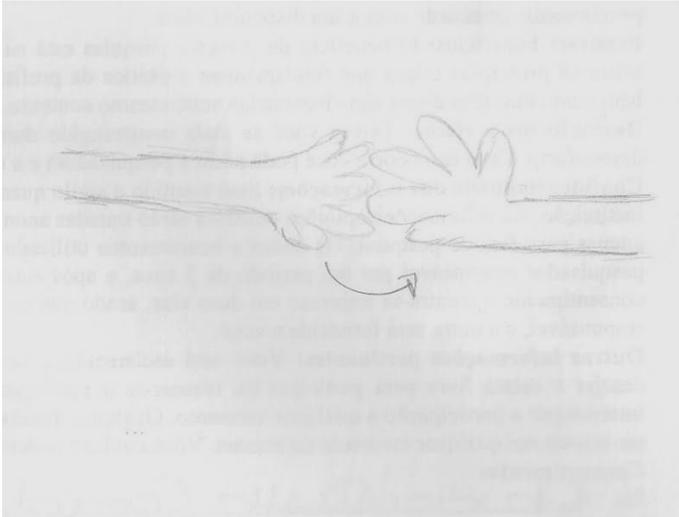
Outro aspecto a considerar na leitura dos discursos, relacionadas à representação gráfica, diz respeito à figura do paciente que diferente dos discursos realizado nas entrevistas fica praticamente oculto. Nas falas sobre seus desenhos os profissionais resgatam o paciente como motivo maior da sua atuação profissional.



“Bom é uma pessoa. É como se ela estivesse inserida dentro de um gráfico. Com três áreas diferentes. Tentei nessa primeira área desenhar algo que fosse exclusivo da cabeça, tentando mostrar um pouco do que é psicológico, do que é subjetivo do sujeito mesmo. Nesse segundo setor tentei pegar aqui mais um pouco da parte do coração para tentar mostrar um pouco desse lado espiritual e a outra é claro seria o corpo. Pensei na intercessão desses três setores. Então assim eu acho que minha ética vai pautar por isso sabe? Em ver este ser humano como um todo, que vai abarcar tudo que é bom para ele” (P1.D).



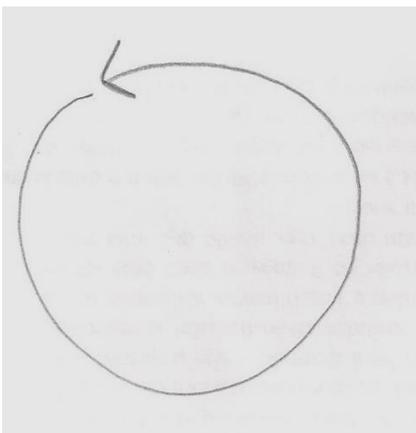
“Na verdade assim, acho que trabalhar com ética na saúde para mim é trabalhar pelo bem estar do paciente. Acho que é fazer uma assistência humanizada e voltada para o bem dele, sendo parceiro dele. Por isso representa o médico tocando o paciente” (M.4.D).



“Na verdade são duas mãos né? De pessoas diferentes tentando se tocar. Na verdade elas estão quase se tocando. Então o que norteia é a tentativa de sempre alcançar o paciente, sente tentar de onde der. Quem está na área da saúde está aqui para ajudar. Então o objetivo é alcançar” (F1.D).

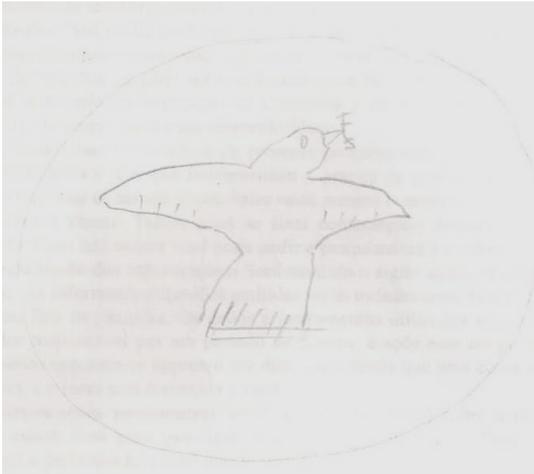
Os desenhos apontam o resgate da condição humana como princípio para as práticas dos profissionais da saúde. Percebeu-se que na técnica projetiva os profissionais reconstróem a importância de uma prática focada no paciente. Pode-se observar nas falas dos sujeitos que os valores, crenças, sentimentos e emoções não estão relacionados somente com o aspecto biológico do sujeito, mas envolvem o sentido psicossocial, também.

Os profissionais reconhecem a necessidade de entrar no campo do paciente para ser capaz de detectar, sentir e interagir com ele. Com o auxílio do desenho o profissional se abriu para uma relação empática. Isso nos leva a crer que quando o profissional reflete sobre sua prática ele entende que a essência do seu trabalho está na relação entre as pessoas.



Pensando nas nossas ações todas elas vão ter um efeito e esse efeito querendo ou não ele tem uma reação para a gente mesmo e qualquer ação que a gente toma ela vai ter um retorno baseada naquilo que a gente usou como alicerce para fazer determinada ação. É um sistema que se retroalimenta e que se você produz uma coisa legal e você determina uma relação legal seja ano seu trabalho, com o paciente, na sua casa na sua vida social, você vai construir uma relação que vai sempre se retroalimentar de coisas positivas e de relação de afeto. A ética talvez tenha um princípio comum: saber que as ações se integram e tudo acaba sendo cíclico no final das contas (M.3.D).

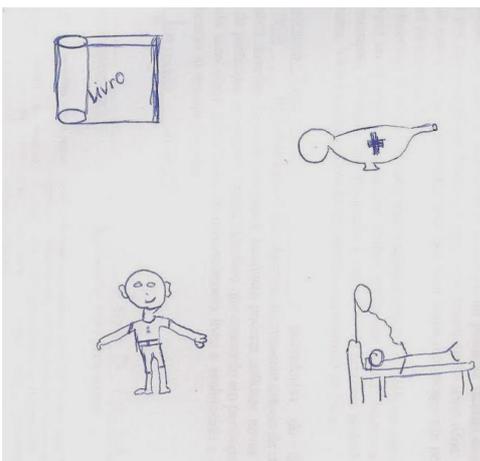
Quando o trabalho em saúde fica impossibilidade de ultrapassar a dimensão biológica do paciente, o profissional culpabiliza a gestão e organização da atenção à saúde no Brasil. Apontando que a possibilidade das ações focalizarem os valores, crenças, sentimentos e emoções dos diversos atores que se encontram neste cenário implicam mudanças de paradigmas já legitimados pela nossa sociedade.



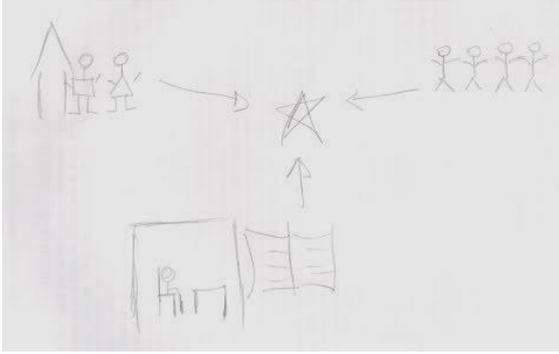
Na verdade este é o desenho da paz é que eu não sei o símbolo da esperança. Mas aqui você tem que trabalhar com a esperança de que um dia as coisas vão melhorar. A natureza do nosso trabalho é diferente não dá para você colocar em um bolo com outros. A gente lida com a vida que é o bem maior. O trabalho na saúde tem que ser valorizado, não é pedir muito é só qualidade de vida. Não é justo você pegar um supervisor de enfermagem e oferecer um concurso com um salário vergonhoso. Tá, errado! Sabe por quê? Os gestores não precisam, pois quando têm os linfomas deles eles vão para o Sírio Libanês, entendeu? Agora é correto você dar um tipo de saúde para o coitado pobre e dar a quem tem plano de saúde um tratamento diferenciado? O certo seria oferecer o mesmo tipo de atendimento para todo mundo (M.1.D)

Embora o Sistema Único de Saúde seja um modelo configurado para prestar um serviço integral, universal e equânime este sistema apresenta problemas estruturais e econômicos que acabam influenciando na prática profissional em especial nas condutas do cotidiano de trabalho que reverbera sobre a assistência à saúde. Sob esse enfoque, salienta-se que há uma explosão de complexidades, direções contraditórias e altas doses de incerteza que provocam uma desorganização do sistema, gerando práticas de saúde que comprometem a expressão da ética.

Neste sentido, a ética expressa-se baseada no conhecimento adquirido pelos profissionais em seus processos formativos, aos valores familiares, e se referem também às legislações das diversas categorias que atuam no hospital.



Eu desenhei um livro pensando mais no que a gente lê sobre ética e moral e os ensinamentos que a gente tem em relação à faculdade, as leis que regem a profissão, a ética como teoria. A lâmpada da enfermagem pensando mesmo em relação ao que aprendi enquanto limites que eu tenho. De não interferir nas outras profissões, de saber o que é meu direito e meu dever na área profissional. Também desenhei meu pai que é uma pessoa que eu acho que é ético em tudo o que faz. O respeito que eu tenho pelos outros, pela minha família, pelos pacientes é meu caráter e me ajuda a ter ética profissional, e o que vem de berço. Ele é meu exemplo de ética. E por último o paciente que eu acho que a ética vem somente quando você respeita o paciente (E.2.D)



Aqui desenhei uma casa como se fosse pai e mãe, pois acho que desde pequeno, são ensinados valores que você vai levar para a sua vida e que vão também cair na sua ética pessoal e profissional. Depois eu coloquei mais como se fosse um estudo mesmo, a Base científica, a Base teórica, conhecimento geral também. E aqui é um grupo de pessoas que são semelhantes, ou seja, pessoas do mesmo nível profissional, da mesma área, que conseguem discutir entre eles. Os três culminam em uma estrelinha que é o princípio ético, o mais importante, que está lá no alto (F.3.D)

Embora seja indispensável e necessário o conhecimento das leis e normas que regem a profissão, parece que em um contexto de prática cuja exigência é multiprofissional os sujeitos representam os deveres e direitos de cada categoria como uma barreira para o reconhecimento da ação do outro. Os profissionais de saúde se fecham nos limites da profissão e expressam uma ética deontológica apoiada em um equilíbrio entre seus valores pessoais e as condutas prescritas exclusivas da sua profissão. Ainda que o equilíbrio entre os valores pessoais e as condutas prescritas em cada profissão seja um ponto positivo cabe salientar a expressão individualista que emerge repercutindo na prática coletiva.

Neste sentido cada profissional valoriza como fundamento da ética sua própria singularidade e diante das incertezas apoiam suas decisões nos conceitos apreendidos no seio familiar. Na prática, a ética é influenciada pelo trabalho coletivo, no qual a trama de relações de poder e o jogo de vaidades do capital intelectual ocultam sua expressão. A ética na prática, portanto, torna-se um conceito volátil abrigado no imaginário dos profissionais.

Para os profissionais deste estudo a ética é visualizada em duas perspectivas: a primeira diz respeito a um conceito relacionado à vida cotidiana, que representa o ser humano profissional onde a ética é singular, real, concreta, onipresente e dinâmica. E a segunda relaciona-se ao trabalho representando o profissional na sua ação, na qual a ética é abstrata, invisível e estática.

Posto isto, cabe salientar que a técnica projetiva foi importante instrumento para a captação da complexidade que envolve a ética e foi essencial para a compreensão da dimensão subjetiva da ética. Além disso, a técnica encorajou os sujeitos da pesquisa a refletir sobre sua prática e abriu horizontes como uma metodologia criativa possibilitando maior envolvimento entre o pesquisador e o pesquisado.

# *Considerações Finais*

## 6. Considerações Finais

Por meio desta pesquisa objetivou-se compreender como a ética se expressa nas práticas de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar. Partiu-se do pressuposto de que os profissionais, neste cenário, convivem na condição antagônica de cooperar e competir, o que interfere na condução e tomadas de decisões apontando para relações individualistas em detrimento de relações mais humanas e comprometidas com a ética.

A perspectiva analítica adotada pressupôs a ética como produto da existência humana e, portanto, manifesta-se nas ações dos seres humanos. Nessa ótica, a ética foi concebida pelos profissionais, deste estudo, como um conceito que sustenta a condição de seres humanos e suas ações em todos os contextos de vida. Nesta dimensão a ética é percebida pelos sujeitos como marca humana natural, espontânea e decorrente de uma dinâmica histórica social, na qual a vida de um ser tem impacto na vida do outro. Dessa maneira foi possível perceber que a ética se faz presente em uma realidade que transcende o espaço profissional e emerge na relação entre o indivíduo e sua experiência subjetiva da vida cotidiana, ou seja, tem implicações com o real, mas, principalmente, consigo mesmo.

A ética, neste sentido, se expressou como elemento fundamental para a constituição do sujeito apontando a família como alicerce fundamental na determinação do modo de ser deste profissional. Assim, alguns princípios são interiorizados, pelos profissionais no processo de socialização primária, tendo emergido de valores adquiridos no ambiente cultural familiar, tais como responsabilidade, paciência, educação e justiça. Foi possível compreender, também que os profissionais se identificam com aspectos religiosos como elemento constitutivo do conceito de ética e por meio dos quais buscam respostas para o seu modo de ser no mundo. Nesta perspectiva, foi possível identificar que a ética tem suas bases em uma convivência humana nutrida por valores advindos no contexto familiar e influenciada por aspectos religiosos, o que reforça a singularidade de cada profissional envolvido no processo de cuidar no contexto hospitalar. Além disso, percebeu-se que os sujeitos agem de maneira coerente com um projeto por ele decido e apreendido por meio de relações construídas no âmbito da dimensão social que o completa.

Nesta dimensão, o contexto hospitalar é contemplado pelos sujeitos como um ambiente onde o trabalho e a vida se sobrepõem. Isto significa que, neste contexto, os profissionais socializam-se por meio de atos que tem repercussão para si e para os outros. O trabalho no hospital, na ótica desses sujeitos, consiste na possibilidade de ajudar outras pessoas, que são entendidas, pelos mesmos sujeitos, como seres multidimensionais. Paralelamente à visão solidária presente nos discursos, o

trabalho no hospital foi apresentado como uma realidade marcada por sentimentos de sofrimento, morte e dor, o que reforça a visão antagonica nas práticas de profissionais.

Nesta perspectiva, os profissionais vivenciam no seu cotidiano de trabalho uma rede de relações complexa, dinâmica, plural e paradoxal. Isto foi percebido, especialmente, quando apontam que embora sejam necessárias as atitudes de preocupação e respeito com o outro no cuidado em saúde, muitas vezes, os profissionais se deparam com relações permeadas por pessoas diferentes e com pretensões diferentes, o que marca a ética como uma fronteira entre a convivência humana. A pluralidade das relações, somada ao papel disciplinador que estas instituições impõem, revelou que as relações humanas, no contexto hospitalar, são influenciadas pelo modelo hegemônico e estrutural, nas quais as relações de dominação estão presentes determinando um ambiente estressante para os profissionais, pacientes e familiares.

O cotidiano de trabalho apresenta, pois, práticas que se confrontam, continuamente, com as estruturas de um sistema ancorado em relações de dominação e submissão, levando os profissionais a negarem-se a si mesmos com receio de punições. Ao se recusarem, omitem também seus valores e princípios, haja vista que estes elementos fazem parte da constituição do sujeito.

Percebeu-se que, a ética, nas práticas, ocupa a dimensão imaginária, se aloja no mundo das ideias desses profissionais, pois sua expressão é influenciada por problemas decorrentes do trabalho interdisciplinar, como: falta de coesão entre as ações, ausência de conhecimento sobre o papel do outro profissional e disputas de poder pelo conhecimento científico, culpabilização das ações dos outros, demonstrando que o trabalho coletivo no contexto hospitalar tem suas fronteiras, muitas vezes veladas entre os sujeitos, a ponto de alguns membros da equipe se tornarem invisíveis.

Importa chamar atenção para o fato de que a ética está interiorizada, porém sua expressão nas práticas de profissionais no contexto de unidades de internação hospitalar é reprimida o que aponta situações de negligência e falta de respeito tanto entre os profissionais quanto aos pacientes.

No que concerne aos profissionais, evidenciou-se características depreciativas na exposição de outros membros da equipe interdisciplinar. Além disso, a atitude de preocupação com o outro e os aspectos mais subjetivos das relações humanas não se concretizaram nas ações do cotidiano de trabalho. Assim, percebeu-se que o cuidado é realizado em diferentes versões a depender do profissional que está diante do paciente.

Em se tratando dos pacientes e famílias, a exposição dos casos dos pacientes foi relatada como negligências superficiais e corriqueiras, pois os profissionais aceitam estas práticas como uma normalidade do trabalho em saúde. Esta “normalidade” foi reafirmada ao identificarem como problemas éticos os sentimentos de discriminação e preconceito com determinados pacientes. Isto demonstra que

a ênfase dos cuidados desconsidera o sujeito em suas múltiplas dimensões, seus valores, suas crenças, modos de ser e viver.

No que concerne às práticas, os discursos reforçam as características de um trabalho tecnicista e objetivo que dilui a importância da subjetividade em face do excesso de carga de trabalho, da precarização da estrutura hospitalar e da onipotência de determinado profissional na rotina desenfreada em hospitais.

No plano das tomadas de decisões vale salientar suas inconsistências com as ações realizadas nas práticas cotidianas. Como elementos fundamentais para as tomadas de decisões os profissionais apontaram o respeito ao ser humano, as normas e limites das profissões, a necessidade de se colocar no lugar do outro e a necessidade de mediar às ações com base nos conhecimentos científicos, mas também considerando suas experiências particulares. Os discursos revelaram um paradoxo entre os elementos ponderados para a ação e a capacidade de decidir. Esclareceu-se que a tomada de decisão sustenta um discurso idealista próprio da contraposição de um trabalho árduo, estressante e com relações impessoais.

Neste sentido, a tese que se buscava confirmar com este estudo, não foi somente ratificada como nos mostrou que os profissionais vivenciam muito mais que uma condição antagônica de cooperar e competir, mas sim convivem com barreiras estruturais, hegemônicas, amedrontadoras, de falta de respeito e capacidade para tomar decisões que interferem na condução das suas ações como profissionais e os distanciam de relações mais humanas e comprometidas com a ética.

Tendo em vista os resultados obtidos neste estudo, vale destacar a estimada contribuição da aplicação da técnica projetiva como estratégia para captar discursos que revelassem a complexidade que envolve a ética nas práticas cotidianas em hospitais. Esta técnica, portanto, contribuiu para o entendimento da expressão da ética em duas perspectivas: a primeira revelou a ética da vida cotidiana como um conceito concreto, onipresente e dinâmico, a qual constitui o profissional como um ser singular. E a segunda, se expressa nas relações de trabalho por meio de ações, nas quais, a ética se mostra um conceito abstrato, invisível e estático. Dessa maneira, foi possível admitir que o ser humano, nas suas diversas faces, se constrói e reconstrói por meio das relações ao longo da vida.

Conclui-se que estudar a ética consistiu um grande desafio. Primeiro porque as abordagens filosóficas para o estudo da ética apresentam uma densidade teórica que conjuga realidade objetiva e subjetiva. Segundo porque dentro destas realidades, se posicionar fundamentada em autores contemporâneos exige um aprofundamento de abordagens anteriores com vista a constituir um pensamento ético que perpassa a questão subjetiva sem cair em um relativismo absoluto. Terceiro, porque independente do trabalho em saúde focalizar a coletividade há especificidades nas categorias profissionais envolvidas no estudo que embora não foram analisadas necessitam ser ponderadas.

Ainda vale ressaltar a aplicação de uma análise de dados relativamente nova que exigiu um esforço maior para construção dos resultados devido à escassez de parâmetros de comparação.

Outro aspecto a considerar, ao estudar a ética, diz respeito às transformações do modo de ser do pesquisador. Parece que os conhecimentos que vão sendo adquiridos passam a fazer parte do modo de agir do pesquisador e este se sente obrigado a refletir sobre os aspectos éticos em todas as situações da vida cotidiana.

Como limitações, entende-se que os discursos apresentados tratam de uma realidade específica a qual não é possível fazer generalizações. Além disso, a escassez de estudos qualitativos nacionais e internacionais que abordem as questões éticas do ponto de vista subjetivo foi uma barreira encontrada para a discussão dos resultados.

Este estudo abre espaço para novas pesquisas sobre o tema e apresenta as seguintes contribuições: do ponto de vista *da pesquisa*; apresentou um importante referencial teórico para pesquisas que considerem o ser humano como construtor consciente de seu percurso na história abrangendo a ética como elemento próprio da sua subjetividade tanto na perspectiva natural quanto social.

Do ponto de vista *da formação*, este estudo traz à tona uma importante reflexão sobre o lugar da ética nos processos de formação universitária. Esta pesquisa mostrou a imprescindibilidade de se dar continuidade à formação dos aspectos éticos adquiridos no processo de socialização primária durante a vida acadêmica, no sentido de desenvolver habilidades para o profissional fundamentar suas tomadas de decisões compreendendo as singularidades de cada ser e ainda, compreendendo-se a si mesmo.

No que diz respeito à *prática profissional*, este estudo apontou para o distanciamento da relação profissional – trabalho, influenciado pelas dificuldades que imperam sobre as práticas de saúde, no que tange aos aspectos éticos. Também, abre espaço para se discutir a constituição de comissões de ética em hospitais que considerem além dos aspectos deontológicos das profissões, as questões subjetivas e de relacionamento entre os sujeitos. Por fim, contribuiu para vislumbrarmos a importância de investigações que tenham como base modelos de relação profissional-paciente.

## Referências Bibliográficas

- ALBUQUERQUE, C. et al. O hospital no sistema de saúde In: ALBUQUERQUE, C., et al. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS OMS, 2004.
- ALVES M, RAMOS FRS, PENNA CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2005;14(3) [acesso em 04 mar 2011]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf>
- ALVES, A.F.A.M.V. Gratidão: um estudo longitudinal sobre o impacto pessoal e relacional. (Dissertação) mestrado integrado em psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa. Universidade de Lisboa, 2010.
- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 9, n. 3, p. 617 -629, set./dez. 2007.
- AMIN, Tereza Cristina Coury. O Paciente Internado no Hospital, a Família e a equipe de Saúde: Redução de sofrimentos desnecessários. 125 f. Dissertação (Saúde pública) – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2001
- ANUNCIACÃO, A.L., ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(6): 522-8
- ARICÒ, CR. Arqueologia da ética. São Paulo. Ícone, 2001.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômacos*. 4 ed. Trad. Mário da Gama Kury. Brasília: UnB, 2001.
- BACKES, D.S; LUNARDI, V.L e LUNARDI FILHO, W.D. Humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-am Enfermagem*; 14(1): 132-5 2006.
- BAGGIO, M.A e ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado "do nós"**. *Rev. Latin. Am. Enfermagem* [online]. 2010, vol.18, n.5, pp. 895-902.
- BARLEM, E. L. D. Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.
- BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; DALMOLIN, G.L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.46, n.3, 2012. No prelo
- BAUMAN, Zygmunt (2001). *Modernidade Líquida*. Título Original: *Liquid Modernity*. Tradução: Plínio Dentzien, autorizada da edição inglesa publicada em 2000 por Polity Press, Oxford, Inglaterra. Jorge Zahar Editor, 2001. 258 p.
- \_\_\_\_\_. *Ética pós-moderna*. Editora, Paulus, são Paulo: 2003.
- BAUMAN, Z. *Identidade*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BENDASSOLLI, PF. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.

BENVENISTE, Émile. Problemas de Lingüística Geral I. 4. Ed. Campinas, SP: Pontes, 1995.

BERGER, P.L e LUCKMANN, T. A construção social da realidade. Tratado de sociologia do conhecimento. 35 ed. Petrópolis, Vozes, 2013.

BETTINELLI, L.A.; Waskiewicz, J.W.e ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. O mundo da saúde - São Paulo. Ano 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 17 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2011.

BONATO, V.L. Gestão da qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, maio 2011.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciência e saúde coletiva. Vol.17, n. 3 p. 575-586, 2012.

BRANDÃO, H. H. N. Introdução à Análise do Discurso. Campinas, SP: Uni-camp, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 3).

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro, 1965.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Consulta pública nº 19 de 1º de Novembro de 2012, Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes e normas para a reorganização da Atenção e Gestão Hospitalar, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2. ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos.).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no Diário Oficial da União, nº 12, seção 1, p. 59, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, Nov. 2001. 37 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 60p, 2001 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização. Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)>. Acesso em: 15 de jul. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Versão Dez/ 2010.

BRITO, M. J. M. A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte. 2004. 393 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BRITO Maria José Menezes; MONTENEGRO, Livia Cozer and MARILIA, Alves. Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.5, pp. 952-959

BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Princípios de ética médica. São Paulo (SP): Editora Loyola; 2002.

BUB, Maria Bettina Camargo. Ética e prática profissional em saúde. Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol.14, n.1, pp. 65-74.

CABRERA, A.P. Ética y humanismo en la formación médica. Acta bioeth. [online]. 2008, vol.14, n.1, pp. 30-38.

CAMARGO, M. fundamentos de ética geral e profissional. 10ª edição. Ed. Vozes, 2011.

CAMPOS, G.W.S. A ética e os trabalhadores de saúde. 1997.

CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto, ed. Afrontamento, 295p. 1998.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CASTELLS, M. CARDOSO, g. A sociedade em rede do conhecimento a ação política. Conferencia promovida pelo Presidente da República, Março, centro cultural de Belém, imprensa casa da moeda. 2005.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CASTELLS M. O poder da identidade. Tradução de Klauss Braundini Gerhardt. 2ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 530p. V.2. Título original: The power of identity

CECÍLIO, L.C. O; MERHY, E.E.. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122. 2003.

CERRI, A. et al. Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. Cogitare Enferm. Jul/Set; 16(3): 463-70. 2011.

CERTEAU, M de. A invenção do cotidiano: artes de fazer Petrópolis: Editora vozes. 2012.

CHAUÍ, M. Convite à filosofia. 13. Ed. São Paulo: Ática, 2009.

COMPARATO, F. K. Ética: direito moral e religião no mundo moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

CORTELLA, MS. Qual é tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 19 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2012.

CROCHIK, JL. Preconceito, indivíduo e cultura. 3ed. São Paulo, casa do psicólogo, 2006.

DALMOLIN, G. L. Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. 2009. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Ficha do estabelecimento de saúde do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acessado em Janeiro, 2013.

DEJOURS C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Canal JT, organizador. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas 1993. P. 45-65.

DELEUZE, G. Foucault. Trad. Claudia Sant'Anna Martins; rev. Da tradução Renato Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa; Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.89–104, Abr. 1998.

DEMO, P. Educar pela Pesquisa. 4 ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

DEMO, P. Éticas Multiculturais: sobre convivência humana possível. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. Ed. Papirus, Campinas, São Paulo. 3 ed. 2006.

DOMINGUES, TAM e CHAVES, LC. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm USP 2005; 39(Esp.): 580-8.

DUBAR, Claude e TRIPIER, Pierre (1998), Sociologie des Professions, Armand Colin, Paris.

DUBAR, Claude. A socialização- construção das identidades sociais e profissionais. Tradução de Annette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto Ribeiro Lamas.. (edição revisada) Portugal: Porto Editora LDA. 2005. 239 p. Título original: La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles.

EFROS D. Travailler en equipe, de quelle équipe et de quel travail parle-t-on? Soins Rev Ref Infirm. 2004;(49):26-9

ELIAS MA, NAVARRO VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-Am Enferm. 2006; 14: 517-25

FAÉ, R. A GENEALOGIA EM FOUCAULT. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 3, p. 409-416, set./dez. 2004.

FERNANDES, S.J.D. Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Universidade católica portuguesa, [TESE] Instituto de ciências da saúde. Outubro, 2010.

FERREIRA, B.J. A formação ética e cidadã: imperativo contemporâneo e campo fecundo da educação Revista Bioética 2009; 17 (3): 429 – 434.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. Para fundamentar la bioética – teorías y paradigmas teóricos em la bioética contemporánea. 2. ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Editorial Desclée de Brouwer, 2005.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz and CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 965-971.

FLICK, U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Ed. Artmed, São Paulo, 2008.

FORTES, P.A.C. bioética em um mundo em transformação Rev. bioét (Impr.) 2011; 19(2): 319 - 27.

FOUCAULT, M.. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola. de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; Tradução Márcio A. da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

\_\_\_\_\_, M. Microfísica do poder, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_, M. História da sexualidade. O uso dos prazeres Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. .

\_\_\_\_\_, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. Le débat, nº 27, novembro de 1983. In: \_\_\_\_\_. Ética, sexualidade, política. v. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. P. 192-217.

\_\_\_\_\_, M. Os anormais: curso no College de France. São Paulo: Martins Fontes, 2001 a.

\_\_\_\_\_, M. O nascimento da Medicina Social. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2001: 79-98.

\_\_\_\_\_, M. Problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Reio de Janeiro: Forense universitária, 2002.

\_\_\_\_\_, M.. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. A arqueologia do saber. Trad. de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

\_\_\_\_\_, M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus, H; Rabinow, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2 ed., ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, M. The order of things. Routledge, 2012.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.), Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREIDSON, Eliot. Renascimento do profissionalismo. Trad., Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1998.

FREIDSON, Eliot. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company. 1975.

GUARESCHI, P.A. Mídia e cidadania. Conexão – Comunicação e Cultura, UCS, Caxias do Sul, v. 5, n. 9, p. 27-40, jan./jun. 2006.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006.

GUATTARI, F. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

GUEDES, HHS e CASTRO e CASTRO, MM. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. Serv.Soc. Rev., Londrina, v. 12, n. 1, p. 4-26, Jul/Dez, 2009.

GUIMARÃES, F. A. L.. Realização Profissional, Prazer e Sofrimento no Trabalho e Valores: um estudo com profissionais de nível superior/ Flávia Arantes Lopes Guimarães. - Uberlândia, 2005. 137f. : il.

GIDDENS, A. A constituição da sociedade. Trad. Álvaro Cabral. 3ªed. São Paulo, 2009.

GOLDIM JR. Bioética. [internet] 2009 [citado 2011 Out 24] Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioetica>.

GOMES, PC. Et al. A nova configuração familiar: a família contemporânea usuária das políticas públicas Akropolis Umuarama, v. 19, n. 2, p. 101-114, abr./jun. 2011.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do hospital moderno. Revista de administração de empresas. São Paulo. V. 38, nº 1, p.80-90. Jan / março 1998.

GONZALÉZ, JLC. D as relações entre a ética e a sociedade na teoria sociológica de Durkheim. Perspectiva, São Paulo, 20/21: 171-94,1997/1998.

GOSTIN LO, Turek-Brezina J, Powers M, Kosloff R, Faden R., Steinauer DD. Privacy and security of personal information in a new health care system. JAMA 1993; 270:2487-93.

GRACIA D. El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina. In: Ética y vida: fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fé de Bogotá: Buho; 1998. p. 133-45.

HABERMAS, J. Ética del discurso. Laterza, Bari, 1989, p. 74. Cf. APEL, K. -O. Estudos de Moral Moderna. Vozes, Petrópolis, 1994.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. S331-S336, 2004.

HEIDEGGER, M. Que é isto, a filosofia? Identidade e diferença. Petrópolis: Vozes, 2006.

HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves. Histórico institucional. Disponível em [http://www.hrtm.fundep.ufmg.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=159&Itemid=86](http://www.hrtm.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=view&id=159&Itemid=86). Acessado em Janeiro, 2013.

JONAS, H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Trad. Marijane Lisboa e Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto/Editora da PUC-RIO, 2006.

\_\_\_\_\_. O princípio vida: fundamentos para uma biologia filosófica. Trad. Carlos Almeida Pereira. Petrópolis: Vozes, 2004.

JOSGRILBERG, R.S. A Constituição do Sujeito Ético. Revista caminhando. V.13, n.21, jan-mai, p. 41-59, 2008.

KOERICH, Magda Santos. Formando os Futuros Profissionais da saúde: Potências, fragilidades, convergências e divergências vivenciadas por estudantes e professores no processo de formação ética. 2009. 178 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2009.

KUIAVA, E.A. A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas E. Levinas: uma aproximação. In: SOUZA, R.T. e OLIVEIRA, F.N. Fenomenologia hoje III: bioética, biotecnologia e biopolítica. Porto Alegre. Ed. Edipucrs, 2008.

KUNG, H. Uma ética global para a política e a economia mundiais, Petrópolis: Vozes, 2001.

KURCGANT P, CIAMPONE MHT, MELLEIRO MM. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 set; 27(3): 351-5.

LACERDA, Maria Ribeiro and LABRONICI, Liliana Maria. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. Rev. bras. enferma. [online]. 2011, vol.64, n.2, pp. 359-364.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da Excelência. São Paulo: Singular, 2009. 496 p. Tradução de Hospital Performance in Brasil: The Search for Excellence.

LIMA IB, BASTOS LO. Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. Rev. Enferm. UFPE. 2007; 1: 19-27.

LOCH JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. Rev. Bioética, vol.11 n. 1; 2003. P.51-64.

LOCH, J. A. Metodologias de análise de casos em bioética clínica. In: LOCH, J. A.; GAUER, G. J. C.; CASADO, M. Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. P. 303-317.

LOIZOS, P.. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: Bauer W. Martin e George Gaskell (orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2008.

LOUZADA, S.S. S *et al.* Administrar e humanizar no hospital. Revista FACEVV - 2º Semestre - Número 1, 2008.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O poder nas organizações e a ética da enfermagem. In: MALAGUTTI, W. ; CAETANO, K. C. (Orgs). Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

LUNARDI, Valéria Lerch *et al.* A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. vol.15, n.3, pp. 493-497. 2007

LUZ, Madel Therezinha. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAFFESOLI, M. O Mistério da Conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2005.

MALHOTRA, A.N.K. .Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALIANDI, R. Ética, dilemas y convergencias: cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Biblos - Universidad Nacional de Lanús, 2006.

MASCARENHAS NB, Santa ROSA DO. Ensino da Bioética na formação do enfermeiro: interface com a bibliografia adotada. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3): 392-8.

MATOS, E e PIRES, D. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 338-46.

MATUMOTO S, MISHIMA SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad. Saúde Pública 2001; 17: 233-41.

MENDES, G. a dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 165-9.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Revista Médica de Minas Gerais (RMMG). MG, v. 18, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/96>,(acesso 10 de dezembro de 2012).

MERHY, E.E. Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência IN: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MEYER, D.E.E. Abordagens Pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In. MEYER, D.E. e PARISO, M.A. Metodologias de pesquisas pós-criticas em educação. Belo Horizonte, Mazza Edições, 2012.

MEYER, D.E.E. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. Rev. Bras. Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 95-9.

MINAYO, Maria Cecília de S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? Cadernos de Saúde Pública. N. 9, Rio de Janeiro: jul./set. 1993. P. 239-262

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 185 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Anthropological contributions for thinking and acting in the health area and its ethical dilemas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.2, pp. 329-339.

MONTEIRO, M.A.A. et al. Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem, 16(6) 2008.

MONTENEGRO, L. C. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. Ciência & Educação, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003

MORAES, R. e GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. Ciência & Educação, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva. 2. Ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

MORAIS, GSN et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 323-7.

MORIN E. O Método 6: Ética. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 222p. 2007.

MORIN, E. Ética Cultura e educação. Editora Cortez, São Paulo, 2011.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo, Editora Sulina, 4ªEd. Porto Alegre, 2011

MOSIMANN, LTNQ e LUSTOSA, MA. Psicologia hospitalar e o Hospital. Rev. SBPH vol.14 no. 1, Rio de Janeiro - Jan/Jun. – 2011.

NALINI, J.R. Ética geral e profissional. 7ª edição. Ed. Revista dos tribunais. 2009.

NUNES, M.L.T. In MACEDO, KMM e CARRASCO, KL. Contextos de entrevistas olhares diversos sob a interação humana. São Paulo. 1 ed. casa do psicologo, 2005. 281 P

OMS. World Health Organization. The world report, 2000. Health systems: improve performance. Gebeva, 2000.

OLIVEIRA, Ana Maria de et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2010, vol.10, suppl.2, pp. s433-s439

OLINISKI, S.R. A relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho: um enfoque nas interações humanas / Samantha Reikdal Oliniski. – Curitiba, 2006, 121f. Dissertação (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2006.

OSÓRIO, L. C. Família hoje: O que é a família, afinal? Porto Alegre: Arte Médicas, 1996.

PADUA, E.M.M. Metodologia da Pesquisa: abordagem teorico-pratico. 10ed., São Paulo, Ed Papirus, 2004.

PAIM, A. Tratado de ética. Londrina: Edições Humanidades, 2003.

PAIM, J. S. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. P.447.

PAIM, C.J; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. Publicado [Online] 9 de maio de 2011.

PATRÍCIO, C. M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? Scientia Medica, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Revista trabalho, educação e saúde, 1(1): 75-97, 2002.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001; 35: 103-9

PEGORARO, O. A. Ética e bioética: da subsistência à existência. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA AD, FREITAS HMB, FERREIRA CLL, MARCHIORI MRCT, SOUZA MHT, BACKES DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31(1): 55-61.

PERES, SHCL et al. Sigilo profissional e valores éticos. RFO, v. 13, n. 1, p. 7-13, janeiro/abril 2008.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev. Bioética vol. 10 n., 51-72. 2002.

PETERS, M. Pós-estruturalismo e a filosofia da diferença. Belo Horizonte, Autentica, 2000.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 2008. 254 p.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem, Revista Baiana de Enfermagem, 3: 83-92, 2000.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa- Livro, 1999, cap. 2, p. 25-48.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 5. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POPE, C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª Ed. Artmed, 2006.

PLATÃO. *Protágoras*. Lisboa: Relógio D Água Editores, 1999.

RAMOS, F. R. S. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 51-77, mar. 2007.

REICH WT, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: The Free Press; London: Collier Macmillan Publishers, 1995.

REMEN, R. N. O paciente como ser humano. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo, Summus, 1993.

RIBEIRO, EM et al. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446 mar-abr, 2004.

RIOS, I. C.. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev. Bras. educ. med. [online]. 2009, vol.33, n.2, pp. 253-261.

RICOEUR, P. – *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990.

ROLNIK, S. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, D.S. Cultura e subjetividade: saberes nômades. Campinas: Papirus, 1997.

SÁ, A.L. ética profissional, São Paulo: Atlas, 1996.

SANTOS, Iraci dos; CASTRO, Carolina Bittencourt. Características Pessoais e Profissionais de Enfermeiros com funções Administrativas atuantes em um universitário hospital. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v 44, n. 1, março de 2010.

SARAIVA, LAS. Mercantilização da cultura e dinâmica simbólica local: a indústria cultural em tabira, Minas Gerais / Luiz Alex Silva Saraiva. - 2009. 333 p.: il. (Tese de doutorado), Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

SCHNEIDER, D. G. Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de enfermagem. 2010. 171 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCHERER, M. D. A. et al. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise and SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 721-725.

SILVA, S. F.(Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SILVEIRA, R.S et al. Problematizando a dimensão ética no trabalho da enfermagem. In: 3º Seminário Internacional sobre o trabalho na enfermagem. Bento Gonçalves, RS. Trabalho113. Agosto, 2011

SILVEIRA RS. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 225 p.

SILVEIRA, R.S.; VARGAS, M.A.; LUNARDI, V. L.; MARTINS, C. R.M.; RAMOS, F.R.S. A dimensão ética do trabalho da enfermagem. A Bioética e os modos de ser da Enfermagem. **Livro-Temas...** 66. Semana Brasileira de Enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005.

SOARES, NV. A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre, 104f. 2010

SOUZA, E.M.; SOUZA, S.P. e SILVA, ARL. O pós-estruturalismo e os ECG: da busca pela emancipação a constituição do sujeito. Anais do XXXV Encontro da ANPAD (Associação Nacional de Pós-graduação em administração). EnANPD. Rio de Janeiro, setembro, 2011.

STYFFE EJ. Privacy, confidentiality, and security in clinical information systems: dilemmas and opportunities for the nurse executive. Nurs Admin Q 1997; 21h21min- 8.

TITTONI, J; JACQUES, M.da G.C. Pesquisa. In: JACQUES, M.da G. C. et al. *Psicologia Social Contemporânea* – livro texto. 5 ed. Petrópolis: Vozes. 2001, p.73-85.

THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – Ética em Enfermagem. Trad. PEREIRA, Helena; ROSA, Margarida Cunha. Loures: Lusociência, 2006

TOLFO, S. R; PICCININI, V. C. Sentidos e Significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 38-46, mai. 2007. Edição Especial

TREVISAN, M.A; MENDES, I.A. C; HAYASHIDA, M.; GODOY, S.; NOGUEIRA, M.S. La búsqueda del compromiso actidunal: tendencias de la conducta ética del enfermero gerente. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(3): 721-5.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VAN DIJK, T.A. The study of discouse. In: VAN DIJK, T.A. Discourse as structures and process. London: Sage, 1997

VÁSQUEZ, A. S. Ética. 20. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

VAZ, MRC. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa- Livro, 1999, cap. 2, p. 25-48.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol.10, n.2, pp. 137-144.

YVES DE LA TAILLE, **Moral e ética**: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006. 192 p.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WEBER, M. Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva. Brasília: UnB, 1991.

WEINMANN, Amadeu de Oliveira. Dispositivo: um solo para a subjetivação. *Psicol. Soc.* [online]. 2006, vol.18, n.3, pp. 16-22.

WINSLADE, WJ. Confidentiality. In: Reich WT, editors. Encyclopedia of bioethics: revised edition. N.York: Macmillan, 1995: 451-9.

ZANELLA DI PIETRO, Maria Sylvia. Direito administrativo. 21<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2008, pp. 412 e 413.

## Apêndice A - Roteiro de entrevista

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### IDENTIFICAÇÃO:

Identificação do Hospital:

Local de realização da entrevista:

Data: / / Horário de início:

Horário de término:

Nome da entrevistada:

Nº da entrevista:

Idade:

Estado Civil: ( ) casada(o) ( ) solteira(o) ( ) separada(o) ( ) viúva(o)

Curso de graduação:

Instituição na qual se graduou:

Tempo de formada:

Nível de qualificação: ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado

Jornada de trabalho diária - Formal:

Informal:

Flexibilidade de horário: Sim ( ) Não ( )

Tempo de serviço no hospital:

Número de empregos:

Vínculo com outras instituições: ( ) Sim ( ) Não

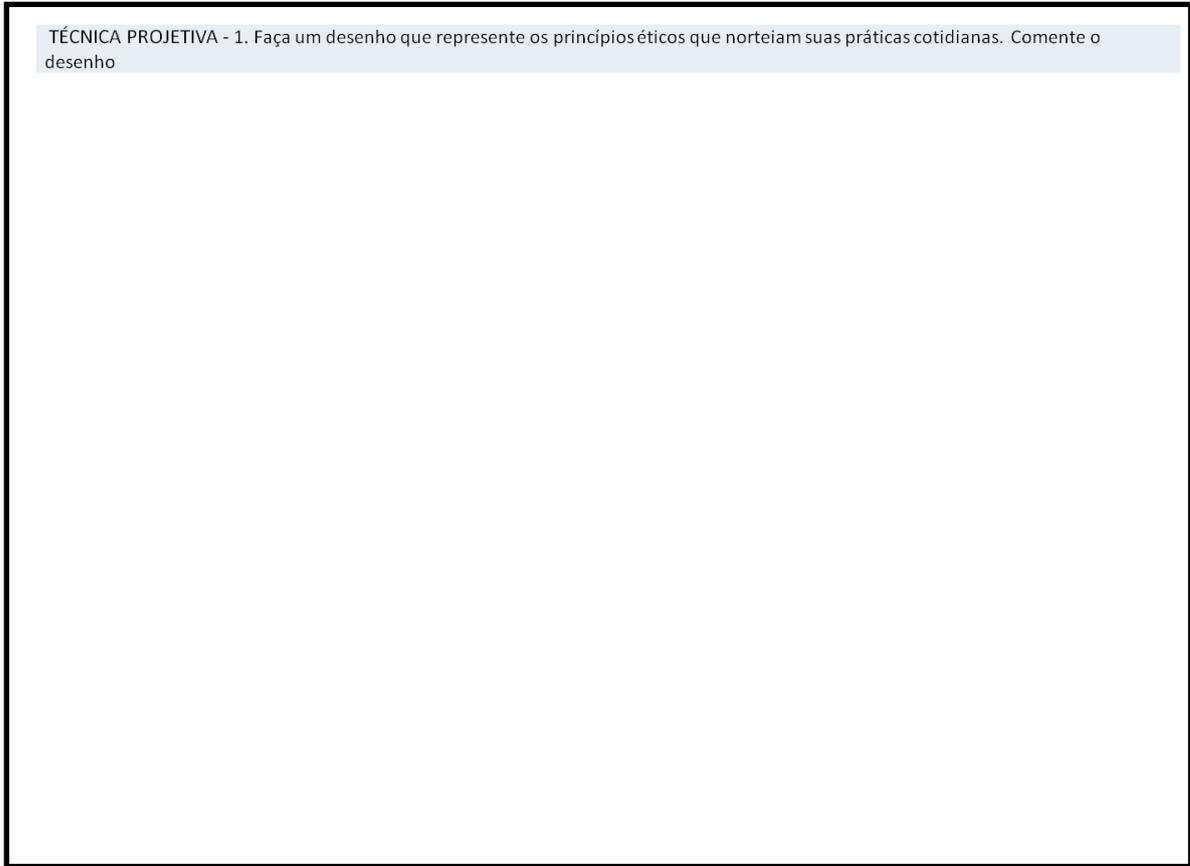
Jornada de trabalho na (s) outra (s) instituições:

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que significa para você trabalhar na área da saúde, em especial no hospital?
2. Fale sobre seu cotidiano de trabalho enfatizando as relações pessoais.
3. Fale sobre a ética na sua vida e na sua prática profissional.
4. Que problemas éticos se apresentam no cotidiano de trabalho?
5. Narre uma situação vivenciada no seu trabalho que tenha envolvido questões éticas.
6. Como esta situação foi resolvida? Como você resolveria? Por quê?
7. Que princípios você se baseia para tomar decisões que envolvam questões éticas?
8. Fale sobre possíveis contribuições da formação profissional para a consolidação desses princípios éticos.

TÉCNICA PROJETIVA - 1. Faça um desenho que represente os princípios éticos que norteiam suas práticas cotidianas. Comente o desenho

TÉCNICA PROJETIVA - 1. Faça um desenho que represente os princípios éticos que norteiam suas práticas cotidianas. Comente o desenho



### Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Princípios éticos que fundamentam as práticas de profissionais da saúde no contexto hospitalar**”. De autoria da Professora Doutora Maria José Menezes Brito e Doutoranda Livia Cozer Montenegro. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo.

**Objetivo do estudo:** Neste estudo pretendemos analisar os princípios éticos que fundamentam as práticas de profissionais de saúde no contexto hospitalar.

**Procedimentos:** Sua participação será por meio de uma entrevista que será gravada. Você será convidado também para participar de uma técnica que envolve desenho. As informações fornecidas na gravação e por meio da “técnica projetiva (desenho)” serão utilizadas para fins científicos e seu anonimato será preservado. O local, data e horário da realização da entrevista e da aplicação da técnica do gibi serão agendados previamente, de acordo com a sua disponibilidade.

**Possíveis benefícios:** O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir compreensão sobre os princípios éticos que fundamentam a prática de profissionais da saúde no contexto hospitalar bem como questões éticas são vivenciadas neste mesmo contexto.

**Desconfortos e riscos:** Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir a pesquisadora e a entrevista será encerrada caso deseje.

**Confidencialidade das informações:** Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes e da instituição. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizados apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

**Outras informações pertinentes:** Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Você também poderá fazer contato com o comitê de ética. **Consentimento:**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a). Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:**

**COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br). Fone: (31)3277-5309- Fax: (31)3277-7768.

**NEPE – HRTN** - Fone: 31 3459 3266

**Pesquisador (a) Responsável: Prof.ª Drª Maria José Menezes Brito** Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046/E-mail: [mj.brito@globocom](mailto:mj.brito@globocom)

**Livia Cozer Montenegro** - fone (31) 84973044/E-mail: [liviacozermontenegro@gmail.com](mailto:liviacozermontenegro@gmail.com)











**Anexo A – Aprovação Câmara Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

PARECER Nº 16/2012 - ENA

**PROJETO DE PESQUISA: “PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR”.**

Interessadas: **Doutoranda Livia Cozer Montenegro**  
**Profª Associada Maria José Menezes de Brito**

**HISTÓRICO:**

Recebi, em 13 de setembro de 2012 o projeto de pesquisa intitulado “PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR”, para emitir parecer.

**MÉRITO:**

Trata-se de projeto pesquisa, objeto sobre o qual a doutoranda solicitante pretende se debruçar em abordagem qualitativa para o desenvolvimento de sua tese. O trabalho em tela tem por objetivo analisar os princípios éticos que fundamentam as práticas de profissionais da saúde no contexto hospitalar. Para tanto, utilizará metodologia qualitativa baseada na abordagem pós-estruturalista, inspirada em Foucault. Serão realizadas entrevistas gravadas, orientadas por um roteiro semi-estruturado, abrangendo perguntas abertas e fechadas. Em seguida, as pesquisadoras utilizarão a chamada “técnica do gibi”, instrumento lúdico, por meio do qual pretende-se alcançar aspectos subjetivos que envolvem questões éticas das práticas de profissionais de saúde no contexto hospitalar. A análise dos dados será realizada pelo método de ATD – Análise Textual Discursiva, a qual corresponde a uma metodologia de análise de dados e informações de natureza qualitativa com a finalidade de produzir novas compreensões sobre os fenômenos e discursos. Por último, a compilação desses dados e interpretações farão parte de uma análise compreensiva que pretende responder à pergunta de pesquisa da tese em construção. Foram apresentados de forma objetiva os instrumentos de coleta de dados e os métodos de análise que são já consagrados na literatura. Estão apensos ao projeto a descrição dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, a caracterização dos sujeitos, critérios de exclusão dos mesmos, local de



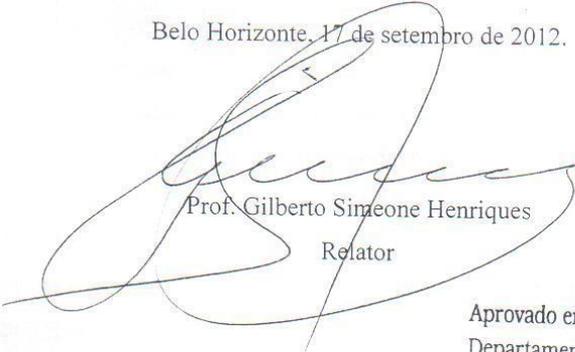
realização do estudo, cronograma e orçamento. Consta também o TCLE. O projeto será encaminhado ao COEP para avaliação de suas implicações éticas.

O projeto em tela é relevante, atual e pretende empreender uma investigação sobre objeto claro e de importância para o desenvolvimento do trabalho de profissionais de saúde. Como fundamenta-se na análise dos princípios éticos que regem a prática profissional, poderá colaborar para ampla reflexão sobre os processos laborais e seus reflexos para a gestão de pessoas em unidades de internação hospitalar.

#### CONCLUSÃO:

Pelo exposto, sou, s.m.j. da Câmara Departamental, pela aprovação do projeto de pesquisa “PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR” de autoria da Doutoranda Livia Cozer Montenegro e da Prof<sup>a</sup> Associada Maria José Menezes de Brito.

Belo Horizonte, 17 de setembro de 2012.



Prof. Gilberto Simeone Henriques

Relator

Aprovado em reunião de Câmara do  
Departamento de Enfermagem Apli-  
cada/ENA em 18 / 09 / 12.



Prof. Dr. Isabela Silveira Cássio Velloso  
Subchefe Depto de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem UFMG

**Anexo B – Aprovação NEPE - Hospital**

HOSPITAL

RISOLETA TOLENTINO NEVES

**Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão**

Belo Horizonte, 23 de Outubro de 2012.

**Processo Nº 28/2012.****Interessadas: Doutoranda Livia Cozer Montenegro****Profª Associada Maria José Menezes de Brito****TÍTULO: PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Eu, Thays Batista da Rocha, Enfermeira Coordenadora da Educação Permanente e Membro do Colegiado do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Risoleta Tolentino Neves, venho por meio deste informar que autorizo as pesquisadoras Livia Cozer Montenegro e Maria José Menezes de Brito a realizarem a pesquisarem a pesquisa intitulada "PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR", nas unidades de internação desta instituição. Trata-se de um estudo qualitativo que será realizado com os profissionais de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia e psicologia que aceitarem participar do estudo.

Declaro ainda que o projeto cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente,

Thays Batista da Rocha  
Enfermeira  
COREN-MG 266839Thays Batista da Rocha - Enfermeira Coordenadora da Educação Permanente  
Membro do Colegiado do Núcleo de Ensino e Pesquisa

Anexo C – Aprovação COEP - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 08165512.8.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Maria José Menezes Brito**  
Departamento de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem - UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Princípios éticos que fundamentam as práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amara**  
Coordenadora do COEP-UFMG