UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE CRISTINA DE FARIA

**Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados
pela equipe de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**

RIBEIRÃO PRETO

2019

ALINE CRISTINA DE FARIA

**Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados
pela equipe de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de pesquisa: Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde

Orientador: Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Faria, Aline Cristina de

Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados pela equipe de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família., 2019.

115 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Área de Concentração Enfermagem Psiquiátrica.

1. Bioética, 2. Ética Profissional. 3 Enfermagem. 4. Ética em Enfermagem; 5. Saúde da Família.

FARIA, Aline Cristina de

Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados pela equipe de Enfermagem na
Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

A meu querido esposo, André, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me aconselhando e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

A minha mãe Amalia, as palavras nunca serão suficientes para expressar a gratidão, o respeito e o amor que tenho por aquela que não só me deu a vida, como também orienta meus passos. Obrigada por sua constante presença, amor incondicional e carinho dispensado a minha pessoa, por seu ombro amigo nos momentos difíceis e seu abraço acolhedor nos passos em falso. É por você que cheguei até aqui e é por você que sigo em frente.

À pequena Alana, que, nos últimos meses, carrego em meu ventre e assim pode estar tão próxima de mim, e foi tão presente na finalização deste trabalho. Agora você me inspira a querer ser mais que fui até hoje! Você ainda nem nasceu e já me tornou uma pessoa diferente.

AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais essa dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto.

Ao Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos pela dedicação, atenção e respeito na orientação desta dissertação e pelas oportunidades de trabalho conjunto que me tem propiciado na vida acadêmica.

Aos Professores Elma Zoboli, Rosangela Aukar, Carla Ventura, Dorisdaia de Humerez e Silva Matumoto, por tomarem com alegria e empenho a tarefa de participarem das bancas de qualificação e defesa, enriquecendo este trabalho com suas valiosas e precisas contribuições.

As equipes de saúde da família que, apesar da delicadeza que cerca o tema, objeto desta dissertação, abriram suas portas, desnudando segredos de seu cotidiano.

Aos profissionais de Enfermagem, sujeitos anônimos desta pesquisa, pela disponibilidade e confiança com que concederam as entrevistas em meio a seus múltiplos afazeres na unidade básica de saúde.

A toda minha família, em especial meu irmão Anderson, por seu carinho e preocupação dedicados a minha pessoa.

Aos meus amigos Angela, Mariana, pela compreensão, apoio e incentivo durante a realização deste trabalho, compartilhando minhas inquietações e anseios, de forma sempre a me confortar com suas palavras.

Às colegas docentes da ETEC Profa. Anna de Oliveira Ferraz pelo apoio expresso nas palavras de incentivo.

Aos colegas da Prefeitura Municipal de Araraquara, especialmente a equipe do CMS Cecap, pela parceria e apoio.

Difícil tarefa a de agradecer. Não tanto pelas peculiaridades inerentes ao exercício de um dos mais justos sentimentos, a gratidão, mas pelo temor do esquecimento. Inúmeros são os presentes recebidos e os limites impostos pelo papel e pela memória podem nos trair no momento do agradecimento. Neste caso, resta-nos apelar para a mesma amizade que permitiu as dádivas e contar, antecipadamente, com mais algumas: a compreensão e o perdão dos não mencionados.

Gratidão a todos!

RESUMO

FARIA, Aline Cristina de. **Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados pela equipe de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**. 2019. 115 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, de cunho descritivo e exploratório com vistas a identificar os problemas éticos que emergem da prática de Enfermagem, descrever como os profissionais lidam com tais situações e sua fundamentação para a tomada de decisão no cuidado. O cenário escolhido foi o da atenção básica, reorganizada pela Estratégia de Saúde da Família, em um município do interior paulista. Os participantes envolvidos foram enfermeiros, técnicos de Enfermagem, com predomínio do sexo feminino, faixa etária entre 41- 50 anos, todos declararam possuir alguma religião/crença ou culto. Em relação a formação principal, a maioria possuía curso superior, sendo alguns não relacionados a área da saúde. Sobre o tempo que os participantes atuam na função exercida atualmente, houve variação nos períodos, com predomínio de atuação de 11 à 15 anos. A cerca do tempo de atuação na ESF, a prevalência ocorreu no período de 6 meses à 10 anos. No segundo momento, ao imergirem na temática da ética aplicada a prática profissional, ao pensarem sobre a definição de ética, ocorreram as seguintes associações: respeito, empatia e sigilo. Em relação a definição de problema ético, foram citados a falta de respeito e a falta de sigilo. Refletindo sobre a ocorrência de problemas éticos na prática profissional na ESF, a maioria dos participantes já vivenciou algum tipo de situação ética, sendo eles caracterizados nas relações com usuários, família ou comunidade; relações entre a equipe ou relação com a organização e gestão do sistema de saúde. Os problemas éticos apontados profissionais entrevistados parecem confirmar a ideia de que, na atenção básica, estes são constituídos, de maneira geral, por preocupações do cotidiano da atenção à saúde. As soluções propostas para o enfrentamento do problema ético estão relacionadas com a utilização do diálogo como mediador ou do respeito a privacidade, demonstrando uma preocupação dos profissionais de Enfermagem em preservar o ser humano e seus direitos individuais. Da mesma forma, ao proporem soluções para o caso fictício apresentado, grande parte dos profissionais relatou utilizar o diálogo, a conversa, a comunicação como estratégia para lidar com situações éticas. Sobre a fundamentação utilizada para a tomada de decisão no cuidado, a maioria dos profissionais informou se apoiar nos valores pessoais e familiares para a fundamentação, o que pode ocasionar relativismo das ações na prática profissional.

Palavras chave: Bioética. Ética profissional. Enfermagem. Ética em Enfermagem. Saúde da Família.

ABSTRACT

FARIA, Aline Cristina de. **Dialogue with bioethics: ethical problems experienced by the Nursing team in the Family Health Strategy**. 2019. 115 p. Dissertation. (Master in Psychiatric Nursing) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The present research is qualitative, descriptive and exploratory study with the purpose of identifying the ethical problems that emerge from Nursing practice, describing how professionals deal with such situations and their rationale for decision making in care. The scenario was that of basic care, reorganized by the Family Health Strategy, in a municipality in the interior of São Paulo. Participants were nurses, Nursing technicians, with a predominance of females, between the ages of 41 and 50, all of whom declared to have some religion / belief or cult. In relation to the main training, the majority had a college degree, some of them not related to the health area. Regarding the time that the participants act in the function currently exercised, there was variation in the periods, with a predominance of performance from 11 to 15 years. Around the time of performance in the ESF, the prevalence occurred in the period of 6 months to 10 years. In the second moment, as they immersed in the thematic of ethics the professional practice, when thinking about the definition of ethics, the following associations took place: respect, empathy and secrecy. Regarding the definition of ethical problem, respect and lack of confidentiality were mentioned. Reflecting on the occurrence of ethical problems in professional practice in the ESF, most of the participants have already experienced some type of ethical situation, being characterized in the relations with users, family or community; relationships between the team or relationship with the organization and management of the health system. The ethical problems pointed out by professionals interviewed seem to confirm the idea that, in basic care, these are generally constituted by daily health care concerns. The solutions proposed to face the ethical problem are related to the use of dialogue as a mediator or respect for privacy, demonstrating a concern of Nursing professionals in preserving the human being and their individual rights. Likewise, in proposing solutions to the fictitious case presented, most professionals reported using dialogue, conversation and communication as a strategy to deal with ethical situations. Regarding the reasoning used for decision making in the care, most professionals informed if they supported personal and family values for the reasoning, which can cause relativism of actions in professional practice.

Keywords: Bioethics. Professional ethics. Nursing. Ethics in Nursing. Family Health.

RESUMEN

FARIA, Aline Cristina de. Dialogando con la bioética: problemas éticos vivenciados por el equipo de Enfermería en la Estrategia de Salud de la Familia. 2019. 115 p. Disertación. (Maestría en Enfermería Psiquiátrica) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La presente investigación se trata de un estudio cualitativo, de cuño descriptivo y exploratorio con miras a identificar los problemas éticos que emergen de la práctica de Enfermería, describir cómo los profesionales tratan con tales situaciones y su fundamentación para la toma de decisión en el cuidado. El escenario escogido fue el de la atención básica, reorganizada por la Estrategia de Salud de la Familia, en un municipio del interior paulista. Los participantes involucrados fueron enfermeros, técnicos de Enfermería, con predominio del sexo femenino, grupo de edad entre 41 y 50 años, todos declararon poseer alguna religión / creencia o culto. En cuanto a la formación principal, la mayoría poseía curso superior, siendo algunos no relacionados al área de la salud. En cuanto al tiempo que los participantes actúan en la función ejercida actualmente, hubo variación en los períodos, con predominio de actuación de 11 a 15 años. A cerca del tiempo de actuación en la ESF, la prevalencia ocurrió en el período de 6 meses a 10 años. En el segundo momento, al sumergirse en la temática de la ética aplicada a la práctica profesional, al pensar sobre la definición de ética, ocurrieron las siguientes asociaciones: respeto, empatía y secreto. En cuanto a la definición de problema ético, se citó la falta de respeto y la falta de confidencialidad. La mayoría de los participantes ya han experimentado algún tipo de situación ética, que se caracterizan en las relaciones con los usuarios, la familia o la comunidad, y la reflexión sobre la ocurrencia de problemas éticos en la práctica profesional en la ESF. relaciones entre el equipo o relación con la organización y gestión del sistema de salud. Los problemas éticos apuntados profesionales entrevistados parecen confirmar la idea de que, en la atención básica, estos están constituidos, en general, por preocupaciones del cotidiano de la atención a la salud. Las soluciones propuestas para el enfrentamiento del problema ético están relacionadas con la utilización del diálogo como mediador o del respeto a la privacidad, demostrando una preocupación de los profesionales de Enfermería en preservar al ser humano y sus derechos individuales. De la misma forma, al proponer soluciones para el caso ficticio presentado, gran parte de los profesionales relató utilizar el diálogo, la conversación, la comunicación como estrategia para lidiar con situaciones éticas. Sobre la fundamentación utilizada para la toma de decisión en el cuidado, la mayoría de los profesionales informaron si apoyarse en los valores personales y familiares para la fundamentación, lo que puede ocasionar relativismo de las acciones en la práctica profesional.

Palabras clave: Bioética. Ética profesional. Enfermería. Ética en Enfermería. Salud de la Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do município de Araraquara- S.P., com divisão das unidades de Atenção Básica- UBS e ESF.....	41
Figura 2: Rede de AB do município de Araraquara- S.P., com marcador nas unidades que compuseram este estudo.....	44
Figura 3: Dispersão das categorias temáticas de acordo com os tipos de definição de ética, problema ético, vivências de problemas éticos na prática profissional e fundamentos utilizados na tomada de decisão.....	56
Figura 4: Relação entre as definições de ética profissional e problema ético apresentada pelos participantes.....	64
Figura 5: Relação entre a estratégia utilizada para resolução de situações éticas reais e fictícias	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Média da cobertura das vacinas aplicadas no primeiro ano de vida no município de Araraquara, S. P.....	41
Tabela 2: Divisão do município de Araraquara- S.P., por território, segundo o tipo de UBS em cada área.....	42
Tabela 3: Composição da equipe e número de pessoas cadastradas nas ESF participantes deste estudo.....	45
Tabela 4: Definição de ética profissional.....	57
Tabela 5: Definição de problema ético.....	65
Tabela 6: Tomada de decisão frete ao caso fictício.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1: Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo.....	49
Gráfico 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo faixa etária.....	50
Gráfico 3: Distribuição dos participantes do estudo segundo religião, crença ou culto.....	50
Gráfico 4: Distribuição dos participantes do estudo segundo sua formação principal.....	51
Gráfico 5: Distribuição dos participantes do estudo segundo o tempo de atuação na função.....	51
Gráfico 6: Distribuição dos participantes do estudo segundo o tempo de atuação na ESF.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Problemas éticos narrados pela equipe de Enfermagem nas relações com usuários, famílias e comunidade.....	68
Quadro 2: Problemas éticos narrados pela equipe de Enfermagem nas relações entre a equipe.....	71
Quadro 3: Problemas éticos narrados pela equipe de Enfermagem nas relações com a organização e a gestão do sistema de saúde.....	72
Quadro 4: Tomada de decisão frente ao problema ético vivenciado no discurso dos 13 profissionais.....	74
Quadro 5: Identificação dos problemas éticos presente no caso fictício.....	78
Quadro 6: Fundamentos utilizados para a tomada de decisão no cuidado.....	87

LISTA DE SIGLAS

Agente comunitário de saúde (ACS)

Agente de combate às endemias (ACE)

Atenção Básica (AB)

Atenção Primária à Saúde (APS)

Cadastro Nacional de Saúde (CNS)

Centro de Referência em Saúde do Adolescente (CRJA)

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Centro de Referência em Saúde Mental (CRASMA)

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Código de Ética de Enfermagem (CEPE)

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Leis Orgânicas da Saúde (LOS)

Ministério da Saúde (MS)

Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF)

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Programa de Saúde da Família (PSF)

Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Unidades Básicas de Saúde (UBS)

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Do repensar a dignidade humana ao nascimento da bioética e a teoria do Princípio da Autonomia.....	20
1.2 A historicidade do cuidado e o legado de Florence Nightingale.....	26
1.3 A saúde do Brasil.....	29
1.4 Vivência de situações éticas na prática profissional na área da saúde.....	31
2 - JUSTIFICATIVA.....	35
3 - OBJETIVOS.....	37
4 - MATERIAL E METODOS.....	37
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Participantes do estudo.....	39
4.3 Caracterização do município e a implantação do ESF em Araraquara	39
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	42
4.5 Riscos e benefícios.....	43
4.6 Coleta de dados.....	43
4.7 Análise de dados.....	47
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1 Momento I: conhecendo os participantes.....	49
5.1.1 Caracterização da amostra segundo sexo.....	49
5.1.2 Caracterização da amostra segundo faixa etária.....	50
5.1.3 Caracterização da amostra segundo religião, crença ou culto	50
5.1.4 Caracterização da amostra segundo nível de formação	51

5.1.5 Caracterização da amostra segundo tempo de atuação na função de enfermeiro e em técnico de enfermagem.....	51
5.1.6 Caracterização da amostra segundo tempo de atuação na ESF.....	52
5.2 Momento II: compreensão de fenômeno e aproximação com o objeto de estudo.....	55
5.2.1 Definição de ética profissional.....	57
5.2.2 Definição de problema ético.....	64
5.2.3 A vivência e problemas éticos.....	67
5.2.4 A tomada de decisão frente ao problema ético vivenciado.....	73
5.2.5 Problemas éticos vivenciados por outros profissionais da equipe de enfermagem.....	77
5.2.6 A identificação de um problema ético frente a um caso fictício	78
5.2.7 A tomada de decisão frente ao caso fictício.....	83
5.2.8 Fundamentos utilizados para tomada de decisão frente a um problema petico na prática profissional.....	87
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	94
APÉNDICE.....	105
ANEXO.....	113

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Antes de me inscrever no processo seletivo para o mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP-USP, exerci a função de Técnica em Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e um Pronto Atendimento (PA) durante 03 anos. A partir desta prática, nascia então, a vontade de aprimorar os conhecimentos pela Enfermagem. Assim, trabalhando, obtive subsídios financeiros e então, decidi cursar a graduação, em 2011, obtive o diploma de Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Araraquara- UNIARA. Cursar a graduação, me possibilitou adquirir conhecimentos técnicos- científicos próprios da atuação da enfermeira e desenvolver habilidades para o processo do cuidar.

Querendo implantar os conhecimentos e habilidades obtidos durante a graduação, e buscando melhorar a prática profissional em Enfermagem, procurei minha inserção como enfermeira no mercado de trabalho, e no ano seguinte, iniciei minhas atividades como enfermeira na Atenção Primária à Saúde na Prefeitura Municipal de Araraquara, na qual me encontro até hoje. Com essa vivência, pude perceber a importância da Enfermagem atuando como integrante da equipe de saúde e conheci o verdadeiro significado de atendimento integral, considerando o contexto da família e comunidade no cuidado em saúde. Compreendo que não é possível realizar um cuidado de qualidade sem considerar essas características. Por esses atributos, encontrei na Atenção Básica o local para exercer minha prática como enfermeira.

Buscando conhecer e exercitar outras possibilidades de atuação do enfermeiro, que vão além da assistência, em 2015, surgiu a oportunidade de participar do processo seletivo para docente do curso Técnico em Enfermagem no Centro Paula Souza na ETEC Profa. Anna de Oliveira Ferraz, em Araraquara. Encarei este desafio! Iniciei minhas atividades como docente. Assim, agreguei mais um dos pilares de atuação do enfermeiro: o ensino!

Ao percorrer meu caminho como enfermeira que atuando na assistência e na docência, deparei-me com questões éticas pouco abordadas em minha formação em Enfermagem. A ética, majoritariamente, era abordada com discussões sobre aborto ou eutanásia. Aspectos predominantemente ocorrentes no nível terciário do sistema de saúde e fundamentados exclusivamente na aplicação dos direitos e deveres do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Assim, motivada pela minha atuação como enfermeira, emergiu-me um questionamento: “Quando são discutidos os casos éticos que ocorrem na Atenção Primária à Saúde?”. Para responder essa inquietação, resolvi ir atrás de respostas que fundamentariam melhor minha prática profissional.

Procurando por explicações da inquietude gerada em minha prática como enfermeira, no ano de 2016, busquei ter contato no meio acadêmico, e então, cursei como aluna especial a disciplina de *Pedagogia em Enfermagem*, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/ USP. Este momento permitiu minha aproximação com o papel do docente na Educação Superior, refletido amplamente através do referencial de Paulo Freire. Foi possível conhecer de Freire a importância da educação mediatizada pelo mundo, onde “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

Continuei minha busca por respostas, diante das dúvidas geradas em minha prática profissional como enfermeira, e para isso, em 2017, ingressei no Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP-USP. Neste primeiro momento, participei de disciplinas obrigatórias e optativas da pós graduação. Com estas disciplinas pude conhecer a atuação da EERP e sua importância no cenário da produção de conhecimento em Enfermagem, tive contato com as teorias e práticas das metodologias ativas de aprendizagem, compreendi o movimento da Reforma Psiquiátrica e os desafios da saúde mental no Brasil, conheci teorias éticas e bioéticas que podem ser aplicadas na área da saúde, especialmente na Enfermagem. Aproveitando todas as oportunidades decorrentes da pós

graduação, participei como aluna voluntária do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino- PAE, na disciplina de Bioética e Legislação para os alunos do curso de Bacharelado da EERP.

Com a constante aproximação de teorias da ética e da bioética, especialmente de meu referencial teórico, proposto por Beauchamp e Childress, entendo a ética como as várias formas de compreender a vida e o agir humano. Assim, desperta em mim a vontade de promover espaços para discussão das situações éticas oriundas na prática profissional de Enfermagem, para que nosso cuidado seja cada vez mais qualificado.

Desempenhando meu papel ativo como enfermeira, exercendo incansavelmente uma Enfermagem qualificada e comprometida, tive a oportunidade única de participar da reunião da plenária do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN, em 2017, onde foi aprovado o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Lembro-me que na ocasião, custeei com recursos próprios minha viagem de ônibus, com meu marido, por 10 horas até Brasília. Mas este sacrifício foi amplamente recompensado. Momento histórico. Na profissão! Em minha vida! Estar ao lado e participar com quem pensou, discutiu e aprovou o CEPE. Tirei fotos (APÊNDICE A), conheci Brasília. Levarei e contarei essa experiência por toda minha vida, em todos os meus espaços de atuação como enfermeira.

Com o exemplo do espírito motivador de Florence Nightingale, em Junho de 2018, financeiei com recursos próprios uma viagem para Boston, nos EUA. Participei presencialmente de uma palestra do Harvard Clinical Bioethics Course, promovido pelo Center for Bioethics através da Harvard Medical School. Foi uma sensação única estar em uma das melhores universidades do mundo e com mais um fator de incentivo: conheci e pude tirar fotos com uma enfermeira que atua como uma das diretoras do Centro de Bioética de Harvard (APÊNDICE B). Me recordo que tivemos uma breve conversa e ao final, para registrar esse momento ela amigavelmente brincou: “Two nurses”. Com esta oportunidade ímpar pude compreender a como é realizada a tomada de

decisão ética em um outro contexto de mundo e dessa forma, e voltei vislumbrando maneiras assertivas de transpor essa experiência para o meu contexto de atuação.

Motivada e empenhada, tenho sido convidada e realizo diversas palestras sobre a temática “Ética e Enfermagem” (APÊNDICE C). Nesses encontros, percebo a necessidade de expandir as discussões e reflexões éticas na Enfermagem, pois os participantes, por vezes, alunos e/ou profissionais sempre me abordam com experiências ou questões. Diante disso, em um de meus projetos, tenho lutado junto a Secretaria de Saúde para criar a Comissão de Ética em Enfermagem na Prefeitura de Araraquara.

Comprometida como futuro da Enfermagem, pude participar do evento científico no Congresso Internacional de Tecnologia e Humanização na Comunicação em Saúde- CONTIC. Esta ocasião me proporcionou, mais uma vez, levar a ética como pauta para reflexão e discussão, através da apresentação do trabalho intitulado: “Um novo CEP para uma nova Enfermagem: o reconhecimento do uso de tecnologias na prática profissional”. Com este trabalho, evidenciei a utilização da tecnologia na prática de Enfermagem. Conclui com um desafio: pensar a utilização da tecnologia contemplando as demandas da sociedade atual e garantindo o cumprimento de preceitos éticos na prática do cuidado.

Estou convicta de que precisamos ser a diferença em nosso local de atuação, reconhecendo a necessidade de atuar enquanto profissional, agente da mudança social que queremos, transformando as realidades, a partir de micro espaços. Conforme disse Cecília Moraes: “Grandes resultados acontecem de um conjunto de pequenas atitudes, feitas por grandes pessoas”. Deixo um relato que não foi tarefa fácil associar minhas atividades profissionais com o desenvolvimento do mestrado, pois por diversas vezes nossa prática acontece em dias e horários imprevisíveis. Porém durante todo tempo agi motivada pela busca de respostas para as inquietações geradas em minha atuação como enfermeira, o que certamente a partir desta atitude, qualificarão minha prática. Busco agir de forma a evidenciar a atuação do enfermeiro enquanto agente ativo, colocando meu

conhecimento e dedicação para esta ação! Desta forma, penso a Enfermagem, enquanto equipe, enquanto classe, e não a categoria enfermeiro e/ou técnico em Enfermagem, buscando com minhas atitudes enaltecer os valores da Enfermagem, mantendo elevado os ideais da profissão.

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

1.1 Do repensar a dignidade humana ao nascimento da bioética e a teoria do Principlismo

Um dos fatos que geram comoção em grande parte dos seres humanos são as mortes de diversas pessoas em uma mesma situação ou causa, entre eles podemos citar as guerras. A Segunda Guerra Mundial (1939- 1945) foi um desses fatos. Após este acontecimento, com a morte de milhões de pessoas, diversas nações uniram-se na Organização das Nações Unidas (ONU) e aprovaram, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, enfatizando o reconhecimento da dignidade a todas as pessoas, e destacando em seu artigo 1º que: *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direito e são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com fraternidade”* (ONU, 1948). A partir do cenário pós guerra, inicia-se um processo de reconstrução de direitos humanos e valorização da vida, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional contemporânea.

Segundo Beauchamp e Childress (2013), nesse contexto de valorização da vida e do ser humano, buscando garantir o convívio articulado em sociedade, as pessoas têm organizado, ao longo da história, diferentes perspectivas, estimulando a reflexão ética em suas ações. A ética caracteriza-se como um termo para as várias formas de compreender a vida e o agir humano. Algumas abordagens são normativas, representando padrões de ações boas ou más, e outras abordagens são descritivas, relatando o que as pessoas acreditam e como elas agem em determinadas situações, crenças e práticas referente as tomadas de decisão. Ao tratar da questão “O que é moralidade?”, em seu sentido mais amplo e familiar, a moralidade comum é constituída por normas de conduta socialmente aprovadas. Ela reconhece, por exemplo, muitas formas de comportamento, que aprendemos no emprego dos direitos humanos. A partir desta explanação, com base no referencial teórico proposto por Beauchamp e Childress, os termos ética e moral são constituídos aqui como de significados idênticos.

Tendo em vista essa conceituação da ética, outro aspecto importante que colabora com o repensar do poder intervenção sobre vida humana, foram os desenvolvimentos científicos e tecnológicos ocorrido durante o século XX. Neste momento ocorreram mudanças rápidas nas ciências biológicas e cuidados com a saúde, que aliados ao aumento das discussões relacionadas aos direitos humanos, trouxeram uma série de questionamentos éticos sobre os novos procedimentos que estavam sendo implementados, relacionados por exemplo, com: a utilização de novos antibióticos; o desenvolvimento de imunobiológicos; as novas tecnologias para

diagnóstico e tratamento em saúde. Com esses movimentos, os avanços tecnológicos trouxeram poder de intervenção sobre a vida. Esses desenvolvimentos apresentaram desafios à ética profissional na Medicina e na Enfermagem (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2013).

Um dos impulsos que suscitaram novos pensamentos sobre os valores biomédicos acontece em 1962. Em um artigo publicado na revista *Life* intitulado “They decide who lives, who dies”, Shana Alexander narra a história da criação de um comitê hospitalar denominado Comitê de Admissão e Políticas do Centro Renal de Seattle. Segundo Alexander o objetivo do comitê era definir prioridades para a alocação de novos recursos em saúde. Uma de suas primeiras atribuições foi a seleção, entre pacientes com problemas renais crônicos, os que poderiam fazer parte de um tratamento de hemodiálise recém implementado por médicos na cidade. Como o número de pessoas aptas a nova terapia era superior a disponibilidade das máquinas, os médicos, sabendo da possibilidade de sobrevivência dos pacientes que submetessem ao novo tratamento, optaram por delegar os critérios de seleção para um grupo, constituído por 7 pessoas, sendo: um advogado, um religioso, um bancário, um líder trabalhista, um funcionário público estadual, uma dona de casa e um cirurgião. Cabia a esse grupo eleger critérios de seleção para o tratamento proposto. Um dos critérios era que fosse mantido em anonimato o nome dos futuros candidatos a terapia. Durante as reuniões do comitê, diversas reflexões surgiram sobre o que considerar na escolha. Idade? Estado civil? Número de filhos? Expectativa de vida após tratamento? Após reuniões, com diálogos e reflexões entre os membros do comitê, das 5 pessoas aptas ao tratamento, 2 foram escolhidas (ALEXANDER, 1962). Dessa forma, o processo de decisão médica, antes exclusivo do profissional de saúde, passa para a decisão pública, de pessoas sem o conhecimento técnico na área da saúde.

Outro marco importante na história da bioética aconteceu em 1967, quando Christian Bernard transplantou o coração humano de uma pessoa morta para um paciente com doença terminal de coração. Muitos ficaram maravilhados, mas alguns se perguntaram a respeito da origem do órgão e do consentimento do doador (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Outro fato relevante aconteceu durante 40 anos, no período de 1932- 1972, foi o experimento chamado Estudo Tuskegee, com aproximadamente 600 homens negros, a maioria pobre e sem instrução, da cidade de Tuskegee, no estado de Alabama nos Estados Unidos da América, onde naquela época, esta área tinha a maior taxa de Sífilis do país. Neste cenário, quatrocentas pessoas do grupo estudado eram portadores de sífilis, e nunca receberam tratamento apropriado para a infecção. Outro grupo controle de 200 negros não apresentava sífilis. O estudo Tuskegee começou 10 anos antes da Penicilina ser uma cura para a sífilis. No entanto, mesmo depois que a penicilina se tornou comum e utilizada para o tratamento desta

doença, e sabendo que seu uso provavelmente poderia ter ajudado ou salvado vários indivíduos do experimento, a droga lhes foi negada. Desta forma, 400 pessoas não puderam ter o tratamento adequado para a Sífilis, isso porque o objetivo do estudo era pesquisar o percurso natural da doença. Este estudo nunca foi clandestino e dele originaram 15 relatórios científicos foram publicados na literatura médica (HELLER, 1972).

Nesse contexto, com esses e outros fatos emergindo no mundo, pensadores e estudiosos começam a refletir e discutir sobre como os avanços da área da saúde podem ter consequências na garantia aos direitos humanos. Dessa forma, inicia-se o processo da consolidação da bioética.

E, um dos nomes de pioneirismo na área da bioética é Van Rensselaer Potter (1911-2001), ele utilizou o termo “bioethics” em um livro intitulado “Bioethics: bridge to the future”, defendendo o desenvolvimento de uma nova disciplina para abordar os problemas básicos do desenvolvimento humano. Potter atuou como bioquímico, professor e pesquisador na área de oncologia. (HAVE, 2012). Em seu livro Potter afirma que existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar, as ciências e as humanidades, e isso se mostra como uma razão pela qual o futuro se apresenta duvidoso, possivelmente, poderíamos construir uma ponte para o futuro, construindo a bioética como uma ponte entre as duas, comunicando presente e futuro, ciência e valores humanos. As duas margens unidas por esta ponte são os termos gregos *bios* (vida) e *ethos* (ética), sendo que *bios* representa o conhecimento biológico, a ciência que estuda os seres vivos, e *ethos* o conhecimento dos valores humanos. A ciência da sobrevivência humana deve ser construída sobre a ciência da biologia e ampliada além dos limites tradicionais, incluindo elementos das ciências sociais e humanidades, sendo mais que ciência apenas. Bioética enfatiza os dois ingredientes mais importantes na obtenção da sabedoria que é necessária: conhecimento biológico e valores humanos. Tem como objetivo gerar sabedoria, para utilizar o conhecimento científico para o bem social, a partir de um conhecimento realista da natureza biológica, ajudando a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa no processo de evolução. A sobrevivência humana pode depender da ética fundamentada no conhecimento biológico, portanto, bioética. (POTTER, 2016).

Seguindo os pensamentos de Potter, em um artigo publicado na revista The Scientist, com o título “A ciência e a religião devem partilhar da mesma busca em relação à sobrevivência global”, ele diz que não mais podemos ser passivos acreditando que no futuro a ciência terá todas as respostas, o momento para agir e provar a competência ética é agora, buscando promover o diálogo como ferramenta para esta ação entre a ciência e a religião, onde ambas devem andar juntas, buscando um objetivo maior, uma causa de valor a toda humanidade:

garantir o futuro da vida humana e cósmico ecológica no planeta Terra (POTTER, 1994). Esse pensamento de Potter demonstra sua preocupação com a ecologia e os problemas do meio ambiente. Ele considerava que a espécie humana, ao desenvolver, de maneira cada vez mais intensa, uma civilização tecnocientífica aplicada ao Planeta Terra e a todas as suas partes e seres, haveria um verdadeiro “câncer” para a natureza ; uma ameaça para a qualidade de vida na biosfera e – consequentemente – para a própria sobrevivência da espécie humana (POTTER, 1988). Essas questões foram retomadas por Potter mais tarde, quando formulou explicitamente a teoria da bioética global, enfatizando a necessidade de uma “moral evolutiva”, que fosse ao mesmo tempo “humilde”, “responsável” e “competente”; ou seja, diretamente voltada para a sobrevivência, em longo prazo, da espécie humana; à proteção da dignidade humana; ao controle da fertilidade; à preservação e ao restabelecimento de um ambiente saudável (POTTER, 1990; HAVE, 2012). Desta forma, Potter destaca:

O que lhes peço é que pensem a bioética como uma nova ética científica que combina a humildade, responsabilidade e competência numa perspectiva interdisciplinar e intercultural e que potencializa o sentido de humanidade (POTTER, 1990).

Desta forma, para iluminar problemas referentes à saúde e para o enfrentamento de situações éticas na prática do cuidado em saúde, surgiram diversas propostas de teorias éticas, entre elas a teoria do Princípioalismo, adotada como referencial teórico deste trabalho.

Os princípios são diretrizes gerais que auxiliam para um julgamento, proporcionando uma orientação para o desenvolvimento de diretrizes para a tomada de decisão (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2013).

A origem da reflexão ética principialista norte americana inicia-se na preocupação pública com o controle social das pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, o governo norte americano constituiu em 1974 a National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental), solicitando que eles identificassem princípios básicos que deveriam nortear as pesquisas envolvendo seres humanos. Após 4 anos de trabalho, a comissão publicou o relatório conhecido como Relatório Belmont, cujo Beauchamp foi relator, propôs três princípios éticos globais: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. Os princípios propostos no Relatório Belmont referiam-se somente as questões éticas suscitadas pelas pesquisas envolvendo seres humanos. A expressão “princípios básicos” referem-se aqueles juízos gerais que se aplicam para orientar as ações humanas, entre aqueles geralmente

aceitos em tradição cultural, sendo relevantes para a ética das pesquisas envolvendo seres humanos. (UNITED STATES OF AMERICA, 1978).

Neste contexto, em 1979, Beauchamp e Childress, com sua obra *Principles of Biomedical Ethics*, aplicam a área clínico assistencial o sistema de princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, e ações na complexa rede dos cuidados da saúde, devendo ser aplicados considerando as circunstâncias particulares presentes em cada situação, não sendo nenhum superior ao outro.

Os princípios propostos pelos autores são: beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2013).

1- Segundo Beauchamp e Childress (2013), o princípio da beneficência refere-se a uma ação realizada em benefício de outros, considerada uma obrigação moral comum. Os sujeitos desta ação devem ter atitudes positivas para ajudar os outros, e não meramente se abster de realizar atos nocivos. Muitos atos de beneficência não são obrigatórios, mas um princípio de beneficência afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seu interesse legítimo e importante. É possível exemplificar regras de beneficência, sendo:

- proteger e defender os direitos dos outros
- Evitar que outros sofram danos
- Eliminar as condições que causarão danos a outros
- Ajudar pessoas inaptas
- Socorrer pessoas em perigo.

2- De acordo com Beauchamp e Childress (2013), a não-maleficência, determina a obrigação de não infligir danos intencional. Em sua aplicação ética na área da saúde ele está associado com não causar dano. Essa orientação também pode ser observada no juramento realizado pelos profissionais de Enfermagem, que proclamam no momento de sua colação de grau “... *Não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano...*” (COFEN, 1999).

Dessa forma, ao explicar o princípio da não maleficência, Beauchamp e Childress (2013), utilizam o termo prejudicar, no sentido de causar dano, contrariar, frustrar ou por obstáculos aos interesses de alguém. Como existem muitos tipos de danos, o princípio de não maleficência abarca regras morais específicas, entre elas:

- Não matar
- Não causar dor ou sofrimento a outros
- Não causar incapacitação a outros
- Não causar ofensa a outros

- Não despojar outros dos prazeres da vida.

3- Segundo Beauchamp e Childress (2013), a palavra autonomia, derivada do grego *autos* (“próprio”) e *nomos* (“regra”, “governo” ou “lei”), foi inicialmente empregada como referência a autogestão das cidades gregas. A partir de então, o termo autonomia, estendeu-se aos indivíduos, adquirindo diversos sentidos, tais como liberdade, escolha individual, privacidade. O indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele, da mesma forma como um governo independente administra seu território e define suas políticas. Nesse contexto, grande parte das teorias da autonomia consideram duas questões essenciais: a liberdade e a qualidade do agente. Ao refletir sobre o princípio do respeito à autonomia, este envolve a ação respeitosa, e não somente uma atitude respeitosa, exigindo mais que obrigações de não intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades das pessoas para escolher autonomamente. Nesse sentido, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam a igualdade entre as pessoas.

4- De acordo com Beauchamp e Childress (2013), o princípio da justiça refere-se à distribuição adequada de deveres e benefícios sociais. Tratamento justo, equitativo e apropriado. Desigualdades no acesso à assistência à saúde e aos seguros saúde, aliado aos aumentos nos custos dos serviços de saúde, suscitaram debates a respeito da justiça social em diversos países.

Em consonância com o princípio da justiça, o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua lei de criação 8080/90, aponta como um de seus princípios a equidade, onde objetiva diminuir as desigualdades no acesso aos tratamentos de saúde no Brasil. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, a equidade direciona tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 1990).

Diante disso, é importante conhecer e compreender o momento em que as práticas do cuidado acontecem e por quem são realizadas.

1.2 A historicidade do cuidado e o legado de Florence Nightingale

O desenvolvimento histórico das práticas de saúde está relacionado às condições e modos de viver das diferentes nações e épocas, trazendo consigo uma característica própria que abrange sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis e sua ideologia. É possível periodizar a realidade histórica, sendo identificada por pontos críticos, nos quais ocorre uma transformação, ficando assim subdividida (GEOVANINI, et al. 2009).

Segundo Giovanini et al. (2009), as práticas de saúde são divididas e caracterizadas em momentos distintos, sendo elas:

- As práticas de saúde instintivas: indica a prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, onde os homens exerciam funções patriarcais e as mulheres realizavam a atividade instintiva do cuidar, sendo a primeira forma de manifestação de cuidado ao seu semelhante e tinha por objetivo garantir a manutenção da sobrevivência. Observa-se que a Enfermagem está ligada ao cuidar nas sociedades primitivas.

- As práticas de saúde mágico sacerdotais: corresponde a fase do empirismo, apresentando a relação entre as práticas religiosas e as práticas de saúde primitivas realizadas pelos sacerdotes nos templos, numa luta de milagres contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito. Nesse contexto, quando o doente se recuperava, o fato era tido como milagre. Se morria, era por ser indigno de viver, havendo total isenção de responsabilidade do sacerdote no resultado desta ação de saúde.

- As práticas de saúde no alvorecer da ciência: tem início no século V a. C. estendendo-se até os primeiros séculos da era cristã, associando a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência. É considerado como o período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates, que propõe uma nova concepção em saúde, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação.

- As práticas de saúde monástico medievais: destaca a influência dos fatores socioeconômicos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações desta com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, isenta de qualquer conhecimento científico, sendo desenvolvida por religiosas com forte motivação cristã, impulsionando as mulheres para a caridade, a proteção e a assistência aos enfermos. Essa situação dá a Enfermagem não um sentido de prática profissional, mas de sacerdócio.

- As práticas de saúde pós monásticas: corresponde ao período que abrange o final do século XIII ao início do século XVI, evidencia a evolução das práticas de saúde, em especial a prática de Enfermagem, no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante, onde as práticas de saúde avançam para a observação e experimentação, voltando-se para a pessoa e priorizando o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças, com avanços em descobertas anatômicas e cirúrgicas.

- As práticas de saúde no mundo moderno: considera as práticas de saúde sob a ótica do sistema político econômico da sociedade, onde a saúde é vista como meio de fortalecer o poder econômico, consumindo bens equipamentos e medicamentos. Ressalta o surgimento da Enfermagem como prática profissional institucionalizada, que ocorre através da reorganização dos hospitais, iniciando esse movimento pelos hospitais militares.

É nesse cenário de mundo moderno que a Enfermagem ganha visibilidade, quando Florence Nightingale (1820- 1910) inicia sua atuação que culminara com o título de precursora da Enfermagem moderna. De família próspera, os Nightingale viajavam constantemente pela Europa, o que aliás explica o seu nome: nasceu em Florença, e é a segunda das duas filhas do casal. Os pais eram pessoas religiosas: Florence estava destinada a receber uma boa educação, a casar com um cavalheiro de fina estirpe, a ter filhos, a cuidar da casa e da família. Mas logo ficou claro que a menina não se conformaria com esse modelo proposto. Ela era diferente; gostava de matemática, e foi o que queria estudar, porém seus pais não deixaram. Aos 16 anos, algo aconteceu: *“Deus falou-me escreveu depois e convocou-me para servi-lo”*. Servir a Deus significava, para ela, cuidar dos enfermos, e especialmente dos enfermos hospitalizados. Naquela época, os hospitais curavam pouco e eram perigosos devido ao risco de infecção. Por esse risco, preferiam hospitalizar os pobres, e Florence preparou-se para cuidar deles. Viajou pela Europa visitando hospitais. Seus pais não viam sua escolha com bons olhos: enfermeiras eram consideradas pessoas de categoria inferior. Mas Florence foi em frente e logo surgiu a oportunidade para colocar em prática o que aprendera. Naquela época, Inglaterra e França enfrentavam Rússia e Turquia na guerra da Crimeia (1854- 1856). Sidney Herbert, membro do governo inglês e amigo pessoal de Florence, pediu-lhe que chefiasse um grupo de 38 voluntárias religiosas e leigas, vindas de diferentes hospitais, que seriam enviadas para realizar atividades no hospital militar, uma tarefa a que Florence entregou-se de corpo e alma. Ela cuidava incansavelmente dos pacientes, percorrendo enfermarias à noite; era a “dama da lâmpada”, como ficou conhecida. Florence providenciava comida, remédios, agasalhos, além de supervisionar o trabalho das enfermeiras. Mais que isso, fez estudos estatísticos mostrando que a alta mortalidade dos soldados resultava das péssimas condições de saneamento do local, com

essas ações reduziu a mortalidade local de 42% para 0,2%. Após sua atuação na guerra da Criméia, fundou uma escola de Enfermagem, que passou a servir de modelo para as demais escolas. Escreveu livros de destaque e referência mundial: *Notas sobre hospitais* (1858) e *Notas sobre Enfermagem* (1859). Seus méritos foram reconhecidos, e ela recebeu uma importante condecoração da rainha Vitória (COFEN, 2010; GEOVANINI et al., 2009). Com todo o trabalho de Florence, a Enfermagem passou de atividade empírica e sem saber especializado, para uma ocupação que vem atender e fundamentar a necessidade de cuidado nos hospitais, e instituições de saúde, constituindo-se como uma prática institucionalizada e com saber específico.

Além de possuir significativa atuação no processo de reorganização da gestão e das práticas de Enfermagem, Florence destacava posturas e valores que a boa enfermeira deveria possuir. Ela define que:

“A enfermeira deve ser uma pessoa com a qual se possa contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira digna de confiança. Não deve bisbilhotar, nem falar sem necessidade; nunca responder a uma pergunta sobre um paciente exceto aqueles que tem o direito de fazê-la, não há necessidade de dizer que deve ser rigorosamente sóbria e honesta e, mais do que isto, uma pessoa religiosa e devotada; deve respeitar sua própria vocação porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta literalmente em suas mãos; deve ser uma observadora minuciosa, fiel, rápida; uma pessoa de sentimentos delicados e recatados (NIGHTINGALE, 1859)”.

Outros autores apontam características que o enfermeiro deve ter, enfatizando atitudes da prática profissional. Para Rosenstock et al. (2011), o enfermeiro precisa agir na defesa da autonomia e no respeito pelas opções da pessoa que está sob seu cuidado. Reconhecendo que o trabalho do enfermeiro é o cuidado ao ser humano, é importante gostar daquilo que faz, demonstrando prazer e satisfação, podendo estas atitudes favorecer a produtividade e agregar valores ao indivíduo para que o mantenham motivado (MARTINS et al. 2006).

Aspectos relacionados à prática de Enfermagem, aliado aos valores, princípios e motivações pessoais, moldam o enfermeiro em seu agir ético, repensando sua responsabilidade individual e institucional, avaliando e transformando sua condição de trabalho e modificando as relações, garantindo uma assistência de Enfermagem com os maiores benefícios possíveis (FREITAS, OGUISSO, FERNANDES, 2010).

Dessa forma, é fundamental que a Enfermagem participe e aproprie-se de seu papel de destaque nos serviços de saúde, pois a equipe de Enfermagem é capaz de atuar com competência técnica, política e ética, realizando serviços específicos fundamentados em um saber próprio, voltado essencialmente para a vida e não apenas para a doença da população.

1.3 A saúde no Brasil

Considerando a necessidade do cidadão ter garantido o direito a saúde, com atendimento humanizado, respeitado como pessoa única e singular, com necessidades específicas, o Brasil repensa e altera seu sistema de saúde. Historiando sobre esse processo, em meados da década de 1960, o Brasil vivia sob a dicotomia de um sistema de saúde marcado pela medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira tinha atividades dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais, e a segunda, sob a direção do Ministério da Saúde (MS), tinha como alvo, majoritariamente, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Essa divisão estimulou a criação de um movimento chamado Reforma Sanitária, que propunha fortalecer o setor de saúde pública, expandindo a cobertura a todos os cidadãos brasileiros e integrando a medicina previdenciária à saúde pública. Contribuindo com este movimento, no ano de 1988, foi instituída a nova Constituição Federal brasileira e regulamentadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Elas trouxeram a criação de um novo sistema de saúde denominado Sistema Único de Saúde -SUS, vigente até os dias de hoje. O SUS trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. As ações do SUS são norteadas por princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade da assistência; equidade; descentralização político administrativa; participação da comunidade; regionalização e hierarquização (PAIVA, TEIXEIRA, 2014; AROUCA, 1988; BRASIL, 1990).

Nesse contexto de reformulação de políticas públicas de saúde, no ano de 2006, o MS aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulada no ano de 2011 e novamente em 2017. A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, e a reabilitação, tendo como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. É desenvolvida no mais alto grau de capilaridade, em territórios geográficos delimitados, conhecendo e intervindo nas necessidades de saúde local, sendo a principal porta de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Inicialmente a Atenção Básica (AB) no Brasil era desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, com modelo médico centrado e fortemente curativista. Como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), terminologia substituída posteriormente por

Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF atua de acordo com princípios e diretrizes fundamentados no SUS. Busca a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Atua próximo a comunidade, sendo porta principal de acesso ao sistema de saúde e coordenadora do cuidado. As ESFs possuem equipe multiprofissional, formada minimamente por: um médico, um enfermeiro, técnico em Enfermagem e agentes comunitário de saúde em número suficiente para atender toda a população. Trabalham com território adscrito e são responsáveis por até 3.500 pessoas. Entre suas diretrizes, destacam-se: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

A atuação da equipe de Enfermagem na ESF tem se mostrado fundamental para a expansão e consolidação dessa estratégia na reorganização do modelo de saúde no Brasil. Isto porque possui atribuições de naturezas diversificadas que vão desde a organização de atividades gerenciais para o funcionamento da unidade, até a assistência direta ao indivíduo e comunidade. Assim, a ESF consolida-se como um local importante para atuação da Enfermagem, que se diferencia de outras profissões por possuir características peculiares, no que se refere à permanência do profissional por mais tempo no estabelecimento de saúde, à atuação nas mais diversas áreas e à realização de atividades junto à comunidade (FREIRE, 2012), estando envolvida em todo processo de saúde- doença- cuidado (PINTO, MENEZES, VILLA, 2010).

Os trabalhadores de enfermagem que atuam neste nível de atenção devem cumprir metas, participar de reuniões, realizar atendimentos as demandas programadas e espontâneas e buscar respostas e soluções a situações imprevistas oriundas da prática do cuidar, até questões de cunho administrativo, que algumas vezes vão além das funções previamente estipuladas para este grupo profissional (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2007).

1.4 Vivências de situações éticas na prática profissional na área da saúde

Diante desse contexto de diversidade de ações da Enfermagem, Barreto, Lira (2003) mencionam que a equipe da ESF pode vivenciar alguns problemas bioéticos quando executa ações de recomendações de promoção da equidade; de estímulo ao autocuidado; de acessibilidade aos serviços de saúde; da utilização de protocolos e incentivo a participação social.

Com a vivência dessas situações na prática profissional, a tomada de decisões para o cuidado em saúde, pode causar desacordos, pois os envolvidos apresentam diferentes vivências e valores pessoais. Conflitos compreensíveis ocorrem entre profissionais de saúde, clientes, famílias, amigos e comunidade, sobre a atitude correta a ser tomada, quando a ética, valores e decisões sobre o cuidado colidem (POTTER; PERRY, 2009).

Dessa forma, a atuação profissional em saúde pode suscitar dificuldades no processo de relacionamento entre profissional, equipe e paciente, ocasionando problemas éticos. Os problemas de ética profissional geralmente surgem de conflitos do padrão profissional ou conflitos entre os valores profissionais e os valores que as pessoas tem fora da profissão (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Os problemas éticos são questões que exigem reflexão para melhor resolução. Saviani (1989), após pesquisar sobre o significado da palavra problema, define que a essência de um problema nasce de sua necessidade, portanto o problema é uma questão cuja resposta se desconhece e se necessita conhecer.

Ao pensar sobre problema ético, é necessário compreender que existe diferença entre problema e dilema ético, termo mais comumente utilizado. No problema ético temos uma gama de alternativas que podem ser escolhidas, temos uma situação que é resolvida ao esclarecer e aplicar crenças morais, princípios e teorias. Já o dilema é uma situação excepcional, menos frequente, ao contrário do problema que é mais comum à vida diária. Um dilema ético envolve um conflito entre duas situações éticas, onde nenhuma clarificação, embora útil, pode resultar na renúncia a uma das visões sobre o que se deve fazer (MITCHELL, 1990; (GRACIA, 2005).

Ao refletir sobre questionamentos éticos na Atenção Básica, o mais constante são os problemas éticos, compreendidos como questões ou implicações éticas de situações comuns da prática profissional em atenção à saúde, não caracterizando necessariamente um dilema ético (ZOBOLLI, 2004; SUGARMAN, 2000).

A este respeito, entendidos como desafios da prática profissional, os problemas éticos não podem ser solucionados por meio de receitas prontas, mas exigem permanente

criatividade, porque requerem respostas de longo alcance, que ultrapassem a solução de um caso particular (GRACIA, 2003).

Discussões e estudos sobre os problemas éticos nos serviços de atenção à saúde podem provocar nos profissionais a capacidade de refletir, deliberar e avaliar atitudes éticas nas práticas do cuidado (ZOBOLI, 2003).

Essas reflexões éticas não podem ser reduzidas, apenas, às discussões sobre os atuais problemas éticos veiculados diariamente na mídia, ou exclusivamente, sobre o olhar do código de ética dos profissionais de Enfermagem recém reformulado e aprovado pela Resolução COFEN 564/2017.

O código de deontologia, é um dos instrumentos importante para a diretriz da conduta do profissional, pois representa um conjunto de princípios guias que todas as categorias de uma profissão aceitam seguir. É uma afirmativa coletiva de padrões de comportamentos, servindo como direcionamento para auxiliar profissionais diante de questões sobre a prática ou comportamento adequado em sua atuação (POTTER; PERRY, 2009).

Direcionando esse pensamento para a Enfermagem, o código de ética dos profissionais de Enfermagem, apresenta os princípios fundamentais da profissão, os direitos, deveres e proibições profissionais, assim como suas infrações e penalidades no exercício da profissão (COFEN, 2017). Essas orientações de conduta e de agir são relevantes pois os profissionais de Enfermagem estão predominantemente em contato direto com o cliente, não apenas fisicamente, como também emocional, psicológica e espiritualmente (POTTER; PERRY, 2009). Dessa forma, é necessário possuir saberes técnicos e científicos, articulado com práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas em suas diversas esferas de atuação: ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Completando esse pensamento sobre a peculiaridade da atuação da Enfermagem, profissionais exercem sua prática com objetivo centrado no cuidado à pessoa considerando o contexto saúde-doença, atuando na atenção à saúde em atividades com grupos sociais ou com indivíduos, respeitando a especificidade dentro do contexto social no qual está inserido, assumindo papel decisivo e proativo no que se refere as necessidades de saúde da população, sendo protagonista do sistema de saúde e por isso está suscetível a vivenciar situações éticas oriundas de sua prática profissional.

Após percorrer esse processo de historização e compreensão dos fenômenos do respeito aos direitos humanos, ética, bioética, cuidado, Enfermagem e saúde no Brasil, entendemos como uma ética aplicada e prática, a bioética, pode ser capaz de transformar qualitativamente a atenção à saúde. Desta forma, o presente estudo pretende imergir no contexto

da saúde pública para uma aproximação às questões éticas que se amalgamam no contexto da Enfermagem em sua prática na atenção realizada na Estratégia de Saúde da Família, buscando identificar, junto aos profissionais que atuam nesta esfera do atendimento, os problemas éticos vivenciados e os fundamentos dos quais lançam mão para solucioná-los. Espera-se poder contribuir para a compreensão da tomada de decisão adequada a esta realidade e que também potencialize a resolução dos problemas éticos nela emersos.

JUSTIFICATIVA

2 - JUSTIFICATIVA

A Enfermagem discute e reflete pouco sobre as situações éticas vivenciadas na prática profissional. Em grande parte dos casos, essas discussões abordam aspectos que estão relacionados com a falta de ética e são examinados pela aplicação de infrações legislativas contempladas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, contribuindo para a legislação da ética.

As situações éticas fazem parte do dia a dia da equipe de Enfermagem, pois ela atua em contato direto com o paciente, em todos os níveis de atenção à saúde, realizando o cuidado, além de estar envolvida em atividades com a equipe de saúde e com a gestão dos serviços, sendo uma profissão centrada nas relações humanas.

Na Atenção Básica, a Enfermagem possui atuação importante com saberes específicos e como integrante da equipe de assistência à saúde. Nesse contexto, estando a Estratégia de Saúde da Família com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária à Saúde, conhecer os problemas éticos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem na sua prática profissional, poderá gerar reflexões, discussões e intervenções, reforçando os compromissos éticos e buscando uma atenção qualificada, onde ao vivenciar situações éticas na prática profissional, a tomada de decisão possa ser fundamentada e norteada por valores, diretrizes e teorias.

OBJETIVOS

3 - OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar os problemas éticos vivenciados por profissionais de Enfermagem que atuam nas Equipes de Saúde da Família em um município do interior paulista.

Objetivos específicos

Identificar a percepção sobre problemas éticos vivenciados por profissionais de Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

Identificar e analisar os fundamentos utilizados para a tomada de decisão frente aos problemas éticos por profissionais de Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

MATERIAL E MÉTODO

4 - MATERIAL E MÉTODOS

4.1- Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, pois o fenômeno a ser investigado, problemas éticos, situa-se no universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, sendo próprio das pesquisas qualitativas buscar compreender este espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos.

Segundo Minayo (2013), o método qualitativo se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social, permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, valores e crenças das atitudes dos atores sociais.

As pesquisas descritivas tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Salientam-se aquelas que tem por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, etc. (GIL, 2009).

4.2- Participantes do estudo

O presente estudo foi realizado com enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem que atuam em equipes de Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista.

4.3- Caracterização do município e a implantação da ESF em Araraquara

Localizada na região central do interior do estado de São Paulo, Araraquara foi fundada em 22 de Agosto de 1817. Possui aproximadamente 220.000 mil habitantes, em uma área territorial de 1.003, 625 km. A agricultura canavieira e as indústrias contemplam um de seus principais pilares econômicos. Tem renda média per capita R\$ 1.061, 45; taxa de desemprego 6,97; taxa de analfabetismo de 3,3 (BRASIL, 2018). Em sua rede de assistência à saúde, possui 2 hospitais, sendo 1 filantrópico e 1 privado, 1 maternidade pública, 3 Unidades de Pronto Atendimento- UPA, 2 Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, 1 Centro de Referência em Saúde Mental- CRASMA, 1 Centro de Referência em Saúde do Adolescente- CRJA, 3 Ambulatórios de Especialidades, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST, 1 Serviço de Reabilitação- SARA, 2 equipes de Serviço de Atendimento Domiciliar- SAD, 1 Centro de Referência do Idoso- CRIA, 1 Serviço Especial de Saúde- SESA/ USP, 1 equipe de

Núcleo de Atendimento à Saúde da Família- NASF, 10 Unidades Básicas de Saúde, 04 Equipes de Saúde da Família modelo misto e 26 Equipes de Saúde da Família tradicional (IBGE, 2016).

Em suas principais causas de internações hospitalares no período de 2016 à Junho de 2018, temos: gravidez, parto e puerpério: 4765; doenças do aparelho circulatório: 2803; doenças do aparelho digestivo: 2670; neoplasias: 2.298 (BRASIL, 2018).

A implantação da ESF em 1994, pelo Ministério da Saúde, buscou reorganizar a APS no Brasil, no sentido de reorientar o modelo assistencial, com o objetivo de produzir uma nova dinâmica de processo de trabalho nas unidades básicas de saúde, em conformidade com os princípios do SUS. A Saúde Bucal foi incorporada à ESF no ano 2000 na tentativa de se alcançar uma atenção integral à saúde da população. Com essa estratégia de mudança, buscavam importantes mudanças no modelo de atenção, na organização das práticas, e, conseqüentemente, impacto positivo no perfil epidemiológico (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001).

Historiando sobre a implantação da ESF no município estudado, a primeira Equipe de Saúde da Família surgiu em Fevereiro de 2000, no bairro Vale do Sol, e conta, atualmente, com três Equipes de Saúde da Família, que trabalham conjuntamente com a equipe de Saúde Bucal (ESB). Ambas as ESF foram implantadas, e registradas no Cadastro Nacional de Saúde (CNS), no dia 07 de fevereiro de 2000, com um total de 25 profissionais exercendo suas atividades. Ainda em 2000, foi criado o PSF Hortênsia Dr. José Nigro Neto, com ativação na data de 11 de setembro de 2000. Localizado no Parque das Hortênsias, atua uma ESF com Saúde Bucal. Em março do ano seguinte, foi criado o Qualis PSF Assentamento Bela Vista, cuja população assistida é assentada/ rural. No mesmo mês, também foi implantado o PSF no Distrito de Bueno de Andrada. A próxima ESF a ser implantada foi a do Jardim Pinheiros, no dia 01 de fevereiro de 2004. Logo após, criou-se a ESF Vila Biagione. Na data 14 de fevereiro de 2004, fundou-se a Unidade de Saúde da Família Dr^a. Neuza Maria A. Dicenzo, instalado no bairro, Maria Luiza. Na Unidade de Saúde da Família do Jardim Ieda, foram criadas duas ESF, que trabalham concomitantemente com equipes de Saúde Bucal ativada dia 16 de fevereiro de 2004. Na mesma data foi fundada a equipe Jardim Cruzeiro do Sul. Finalmente, em março de 2004, foram implantadas mais duas ESF, no Jardim Marivan e no Jardim Imperador. (AGUIAR, 2008). Desde então a implantação vem se fortalecendo e consolidando espaço de atuação, com crescente número de equipes em atividade, totalizando atualmente 26 ESF. Essa característica fortifica a escolha do local como fonte para o estudo.

Como uma das atividades essenciais na prática de Enfermagem na Atenção Básica, a imunização atua como a principal causa para a redução da mortalidade mundial (ACTOR,

2007). Em relação a imunização no primeiro ano de vida, o município de Araraquara apresenta a seguinte cobertura:

Tabela 1: Média da cobertura das vacinas aplicadas no primeiro ano de vida no município de Araraquara, S.P.

Vacina	Cobertura Araraquara	Cobertura recomendada pelo Ministério da Saúde
BCG	99%	90%
Hepatite B (ao nascer)	99%	95%
Pentavalente	95%	95%
Rotavírus	90%	90%
Vacina Inativa contra Pólio (VIP)	97%	95%
Pneumocócica 10 valente	96%	95%
Meningocócica C	97%	95%
Febre Amarela	83%	100%
Sarampo- Caxumba- Rubéola (SCR)	85%	95%

Fonte: Sistema JUAREZ- Sistema Integrado de Informação e Gestão em Saúde Pública, 2018.

Figura 1: Mapa do município de Araraquara- S.P., com divisão das unidades de Atenção Básica- UBS e ESF.

Fonte: Google Earth, sistema de divisão das UBS de Araraquara, 2018.

Para otimizar a gestão do município, no ano de 2011, a rede básica foi dividida geograficamente em territórios, com a seguinte composição:

Tabela 2: Divisão do município de Araraquara- S.P., por território, segundo o tipo de UBS em cada área.

Território	ESF	UBS	Equipe Mista
01	01	03	01
02	07	0	0
03	03	01	02
04	03	02	0
05	05	02	0
06	04	01	0
07	03	01	01
TOTAL	26	10	04

Fonte: Prefeitura Municipal de Araraquara- Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

A divisão em territórios permaneceu até o ano de 2015. Atualmente o município possui gestão unificada de toda a rede de atenção básica.

4.4- Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão

- Profissionais de Enfermagem que atuem regularmente em ESF há mais de 6 meses.

Critérios de exclusão

- Trabalhadores de Enfermagem das ESF com tempo de atuação igual ou menor que 6 meses;
- Trabalhadores em licença ou férias no período da coleta.

4.5- Riscos e benefícios

De acordo com a Resolução CNS 466/ 2012, foram descritos os possíveis riscos e benefícios aos participantes da pesquisa. Durante o momento da entrevista poderiam ocorrer sentimentos de constrangimento ou sensibilidade devido as perguntas relacionadas as questões éticas oriundas da prática profissional. Se ocorresse qualquer situação dessa natureza, o participante poderia comunicar a pesquisadora e se achar necessário, interromper a conversa sem qualquer prejuízo.

Não estavam previstos benefícios diretos aos participantes da pesquisa. Entretanto, espera-se, que a partir dos resultados obtidos, intervenções futuras possam ser tomadas, possibilitando a discussão sobre os problemas éticos oriundos da prática dos profissionais de Enfermagem na Atenção Básica.

4.6- Coleta de dados

Inicialmente o projeto foi enviado para o Setor de Educação Permanente do referido município para encaminhamento ao Departamento de Atenção Básica para deferimento. Após, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP, sob o parecer número 2.403.443, em 28 de Novembro de 2017 (ANEXO A). Após a aprovação no CEP, foi agendado, via contato telefônico com os responsáveis pelas unidades, uma data para realizar o convite aos participantes.

Para sistematizar a escolha dos locais para coleta de dados, foram sorteadas aleatoriamente 01 ESF de cada território, buscando atingir a representatividade integral das regiões do município. Uma das ESF sorteadas dificultou por repetidas vezes o agendamento da entrevista, justificando fatores relacionados ao processo de trabalho, assim, não foi contemplada na amostra. Desta forma, compuseram este estudo, 06 ESF sorteadas. Nestas equipes foi oferecido a participação no trabalho para todos que compõem a equipe de Enfermagem da referida ESF. Por ser uma pesquisa de abordagem qualitativa, o critério de representatividade da amostra para encerramento da coleta de dados, não foi numérico, mas foi considerado tais participantes em número suficiente para ter reincidência e saturação teórica das informações. O critério de saturação da amostra foi direcionado pelas respostas ao objetivo da pesquisa, e com maior ênfase ao aprofundamento das questões norteadoras para compreensão e contextualização da temática. Para a aplicação da técnica de saturação da amostra, Glaser e Strauss (1967) propõe o seguinte:

Tabela 3: Composição da equipe e número de pessoas cadastradas nas ESF participantes deste estudo.

Equipe	Composição da ESF	População cadastrada
ESF 01	01 enfermeira; 02 técnicas em Enfermagem; 01 médica de saúde da família; 07 ACS; 01 agente administrativo.	4.100
ESF 02	01 enfermeira; 02 técnicas em Enfermagem; 01 médica de saúde da família; 05 ACS; 01 agente administrativo; 01 cirurgiã dentista.	1.500
ESF 03	01 enfermeira; 03 técnicas em Enfermagem; 01 médica de saúde da família; 01 médico pediatra; 01 médico ginecologista; 09 ACS; 01 agente administrativo; 01 cirurgiã dentista.	4.500
ESF 04	01 enfermeira; 02 técnicas em Enfermagem; 01 médico de saúde da família; 06 ACS; 01 cirurgiã dentista; 01 auxiliar de saúde bucal.	3.600
ESF 05	01 enfermeira; 02 técnicas em Enfermagem; 01 médica de saúde da família; 07 ACS.	3.900
ESF 06	01 enfermeiro; 02 técnicas em Enfermagem; 01 médico de saúde da família; 05 ACS; 01 cirurgiã dentista; 01 auxiliar de saúde bucal.	4.000

Fonte: Prefeitura Municipal de Araraquara- Secretaria Municipal de Saúde, 2018; BRASIL, 2018.

A ESF dever ser composta no mínimo por médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de Enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal,

sendo: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deve ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em áreas de grande extensão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população cadastrada com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

A coleta de dados iniciou no mês de Dezembro de 2017, finalizando no mês de Fevereiro de 2018. Durante o convite, cada profissional após receber explicações e concordar com a sua participação no trabalho, era convidado a responder uma entrevista, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Os dados foram coletados através de entrevista semi estruturada, com 19 questões, abordando informações sobre características sócio demográficas e questões relativas ao objeto de estudo (APÊNDICE E). Durante a entrevista, foi lido aos participantes do estudo, um caso fictício, para identificação do problema ético. No decorrer da coleta de dados não houve relação de autoridade entre entrevistadora e participantes, uma vez que desenvolvo minha atividade profissional em uma UBS tradicional e a coleta de dados foi realizada com profissionais que atuam em ESF, onde não possuo relação direta com esses colaboradores.

As entrevistas foram gravadas em gravador eletrônico portátil, marca Sony, modelo ICD- PX 470. Após, foram transcritas para análise pertinente dos dados.

4.7- Análise dos dados

As transcrições das entrevistas foram importadas para o software Atlas.Ti versão 8 e o processo de análise envolveu dois níveis: 1) desenvolvimento de códigos a partir da leitura das entrevistas em dois momentos diferentes, com intervalo de dois meses entre a primeira e a segunda avaliação; 2) construção de categorias temáticas segundo os princípios da análise de conteúdo, em sua modalidade temática, que é uma das técnicas empregadas para Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Os procedimentos básicos da análise de conteúdo incluem a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial (BARDIN, 1977).

A pré-análise é a fase de organização do material em que se especifica o campo no qual o pesquisador deve fixar sua atenção. Na fase da descrição, o material empírico recebe tratamento, incluindo a classificação e a categorização. Já na interpretação inferencial configura-se o momento do estabelecimento das relações entre os achados do material empírico e a realidade social. Para isto, não basta reter-se ao conteúdo manifesto dos textos, mas deve-se desvendar o conteúdo latente, pois sendo esse dinâmico, estrutural e histórico é o que possibilita a identificação de ideologias, tendências etc. (BARDIN, 1977).

O conjunto dos problemas éticos foi listado, para compor uma grade temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados, os achados foram divididos em dois momentos:

Momento I: conhecendo os participantes e

Momento II: compreensão do fenômeno e aproximação com o objeto de estudo.

5.1 Momento I: conhecendo os participantes

Para caracterização dos participantes deste estudo, foi realizada análise sócio demográfica, abordando questões relativas a: sexo; faixa etária; religião/ culto; nível escolar; função; tempo de atuação na função e tempo de atuação na ESF.

Participaram deste estudo 16 profissionais que compõem a equipe de Enfermagem na ESF, nas categorias de enfermeiro e técnico de Enfermagem.

5.1.1- Caracterização da amostra segundo sexo

Em relação ao sexo dos participantes, nota-se predomínio do sexo feminino na atividade de Enfermagem, conforme evidenciado a seguir (GRÁFICO 1):

Gráfico 1: Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo.

5.1.2- Caracterização da amostra segundo faixa etária

Quanto a faixa etária dos participantes, todos se enquadram na categoria de adultos, não tendo nenhum participante menor de 31 anos e nenhum participante com mais de 60 anos (GRÁFICO 2):

Gráfico 2: Distribuição dos participantes do estudo segundo faixa etária.

5.1.3- Caracterização da amostra segundo religião, crença ou culto

Sobre a religião, crença ou culto dos participantes, chama a atenção o fato que todos os participantes relataram possuir alguma crença/ espiritualidade, não tendo nenhum participante se declarado como ateu (GRÁFICO 3):

Gráfico 3: Distribuição dos participantes do estudo segundo religião, crença ou culto.

5.1.4- Caracterização da amostra segundo nível de formação

Quanto a sua principal formação, cabe destacar que a maioria dos participantes do estudo possuem nível superior, sendo que 3 destes, apesar de possuírem nível superior, exercem atividade de nível médio, atuando como técnico em Enfermagem na ESF (GRÁFICO 4):

Gráfico 4: Distribuição dos participantes do estudo segundo sua formação principal.

5.1.5- Caracterização da amostra segundo tempo de atuação na função de enfermeiro e técnico em Enfermagem

Em relação ao tempo de atuação na função (enfermeiro ou técnico de Enfermagem), houve heterogeneidade nas respostas, onde em todas as categorias de tempo de atuação obtivemos ao menos uma resposta, com predomínio para o tempo de 11 à 15 anos (GRÁFICO 5):

Gráfico 5: Distribuição dos participantes do estudo segundo o tempo de atuação na função.

5.1.6- Caracterização da amostra segundo tempo de atuação na ESF

Quando perguntado sobre o tempo de atuação na ESF, observa-se maior presença de participantes que atuam na ESF até 10 anos. Esses dados podem ir de encontro ao processo implantação da ESF no município nesse mesmo período. Percebe-se ainda, que parte dos participantes atuam na ESF de 16 à 18 anos, mesmo tempo de implantação da primeira ESF no município (GRÁFICO 6):

As funções de técnico em Enfermagem e enfermeiro na ESF do referido município são realizadas por processo seletivo interno, com provas de conhecimentos específicos e títulos, onde após aprovação, os profissionais passam a receber uma gratificação de aproximadamente 100% em seu salário, o que pode sugerir um incentivo na manutenção destes profissionais nessa função.

Gráfico 6: Distribuição dos participantes do estudo segundo o tempo de atuação na ESF.

Os achados sobre as características sócio demográficas dos participantes deste estudo estão de acordo com os dados encontrados na literatura. Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), (2013), foi elaborado um levantamento sobre o perfil da Enfermagem brasileira, apresentando um diagnóstico preciso e detalhado da situação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem em atuação no Brasil. Quando se analisou o sexo dos profissionais de Enfermagem, observou-se predomínio do sexo feminino, com 85,1%

dos participantes. Segundo Lopes e Leal (2005), essa evidência pode ser associada ao fato histórico onde atividades do cuidar são vinculadas ao sexo feminino, ao ser mulher. Desta forma, a história terá um papel não instrumental na construção da identidade, mas de compreensão e interpretação dos processos construtivos e constituintes dessa identidade profissional. Para essas autoras:

A Enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. O cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos idosos, está associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. É a condenação desses saberes, especialmente para o controle social e religioso da sexualidade e da reprodução, que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício. A marca das ordens religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino (LOPES, LEAL, 2005).

Desta forma, é possível relacionar a historicidade religiosa da Enfermagem considerada por Lopes e Leal (2005), com os achados deste estudo, onde todos os participantes relataram possuir algum tipo de religião/ crença ou culto, evidenciando que nenhum participante se declarou como ateu. Um estudo realizado por Silva, Penha e Silva (2012), buscou analisar a relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de Enfermagem de diferentes setores do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP). A amostra foi composta por 118 profissionais da equipe de Enfermagem de diversos setores do HU/USP. Embora a maioria pertença a alguma denominação religiosa (93,2%) e diariamente pratiquem alguma atividade religiosa individual (55,9%), os indicadores apontaram baixo escore de Bem-Estar, podendo indicar que: ou as práticas religiosas não tem sido suficiente para gerar nos profissionais de Enfermagem um alto Bem-Estar Espiritual ou que o ambiente de trabalho exige dos profissionais uma maior atenção a essas questões espirituais. Foi observado ainda que não houve variação entre os setores do hospital, ou seja, independentemente do local de trabalho os índices de Bem-Estar Espiritual foram baixos. Apesar da pesquisa ter sido realizada em um ambiente hospitalar, os dados estão de acordo com os achados neste estudo, onde grande parte dos profissionais de Enfermagem relatou possuir alguma religião.

Nesse sentido, percebe-se a importância da religiosidade/ crença/ espiritualidade na vida dos profissionais de Enfermagem. Nesta pesquisa, conhecer esses dados torna-se relevante, pois todos os profissionais informaram ter uma religião, assim pensamos que suas percepções, escolhas e comportamentos pessoais e profissionais podem ter influência direta ou indireta de seus valores e crenças religiosas.

Outro item abordado para a caracterização sócio demográfica dos participantes foi a faixa etária. Quando se analisou o perfil profissional, em um estudo realizado pelo COFEN (2013) houve uma variação na faixa etária, permeando entre 31 à 40 anos com 36,4%, 41 à 50 anos com 23,9% e 51 à 60 anos com 11,5%. Segundo Machado et al. (2015), considerando o número de auxiliares, técnicos e enfermeiros existentes hoje no Brasil e tendo como base a idade desta população, é possível construir as “fases da vida profissional” desta categoria. Para esta construção, leva-se em conta a idade do profissional, seu tempo de formação, sua entrada no mercado de trabalho e seu tempo de atuação nesta função. Assim, Machado et al. (2015) afirma:

A 1ª fase da vida profissional, denominada de “Início da vida profissional”, refere-se aqueles com até 25 anos de idade, seja ele, auxiliar, técnico ou enfermeiro, recém formados, em busca da consolidação de seu papel profissional. A 2ª fase, chamada de “Formação Profissional”, estão aquelas pessoas entre 26-35 anos de idade. Nesta etapa, sejam enfermeiros, técnicos ou auxiliares, buscam se qualificar para os serviços, através de cursos ou especializações, onde essa busca por especialização está diretamente associada à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade e destreza cognitiva (MACHADO et al. 2015).

Considerando as fases da vida profissional e suas definições descritas por Machado et al. (2015), podemos associar aos dados a respeito da principal formação dos profissionais deste estudo, onde 9 participantes possuem curso superior, sendo que 03 destes profissionais apesar da graduação, mantem sua atuação como técnico em Enfermagem. Podemos pensar que o fato da maioria dos profissionais possuir nível superior, possa ser um indicativo de que os profissionais de Enfermagem buscam um aperfeiçoamento de suas práticas. Esta atitude é incentivada no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 6º:

Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional (COFEN, 2017).

Finalizando a etapa de caracterização dos participantes deste estudo, quando foi perguntado sobre o tempo de atuação na função, a maior parte dos profissionais atua de 11 à 15 anos na funções de auxiliar/ técnico de Enfermagem ou enfermeiro. Sobre o tempo de atuação do profissional na ESF, as principais respostas foram de 6 meses à 5 anos e de 6 à 10 anos. Este fato pode ser fundamentado considerando o processo de implantação da ESF no Brasil e no município pesquisado. Essa implantação no Brasil teve início formal com a implantação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa de

Saúde da Família (PSF). No município onde a pesquisa foi realizada, a primeira equipe de PSF foi implantada no ano 2000, conforme histórico descrito na página 39. De acordo com a portaria Brasil, 692/1994, inserido como uma estratégia inovadora, o PSF busca reorganizar a atenção primária no SUS, as prioridades das ações em saúde, provocando mudanças nos demais níveis da atenção, colocando equipes multiprofissionais mais próximas da população e da comunidade, podendo conhecer e intervir em suas necessidades locais.

5.2 Momento II: compreensão do fenômeno e aproximação com o objeto de estudo

Para o segundo momento serão consideradas as 16 entrevistas da equipe de Enfermagem, sua percepção e relação com o objeto de estudo, considerando suas vivências no desempenho de suas funções durante a prática profissional em Enfermagem na ESF (FIGURA 3):

Figura 3: Dispersão das categorias temáticas de acordo com os tipos de definição de ética, problema ético, vivência de problemas éticos na prática profissional e fundamento utilizado para a tomada de decisão. Araraquara, 2017.

Fonte: Elaborado pela autora (software Atlas.Ti versão 8).

5.2.1 Definição de ética profissional

Os relatos dos 16 participantes sobre a definição de ética profissional nos proporciona analisar a ética considerando as vivências e experiências durante a formação profissional e o exercício da Enfermagem nos seus diferentes locais de atuação.

Desta forma, após análise das entrevistas, foi possível identificar as seguintes categorias para a definição de ética profissional: **a) respeito** (n=8), **b) empatia** (4) e **c) sigilo** (4), que estão apresentadas nos discursos a seguir (TABELA 4):

Tabela 4: Definição de ética profissional

<p>Respeito</p>	<p><i>“(...) respeitar o outro.” (A1)</i></p> <p><i>“É aquilo que você faz independente se tem alguém olhando ou não...” (A6)</i></p> <p><i>“É você saber ouvir, saber falar, pensar antes de falar...” (A7)</i></p> <p><i>“(...) são os comportamentos, as condutas, os princípios.” (A10)</i></p> <p><i>“Agir de acordo com os preceitos da profissão...” (A11)</i></p> <p><i>“(...) a ética é você olhar como um todo, saber as posturas...” (A12)</i></p> <p><i>“Ética é todo um olhar centrado no compromisso, no respeito...” (A14)</i></p> <p><i>“... é o respeito ao comportamento das pessoas...” (A16)</i></p>
------------------------	--

<p>Empatia</p>	<p><i>“(...) se eu não quero para mim eu não faço para os outros.” (A3)</i></p> <p><i>“Eu acho que é sempre se colocar no lugar da outra pessoa...” (A5)</i></p> <p><i>“(...) ética é você fazer para os outros aquilo que você gostaria que fizessem por você...” (A13)</i></p> <p><i>“(...) ética é tudo aquilo que você faz, que você gostaria que o outro fizesse para você...” (A15)</i></p>
<p>Sigilo</p>	<p><i>“Saber ouvir e guardar essa informação...” (A2)</i></p> <p><i>“(...) manter o paciente a vontade para estar falando sobre os problemas dele, manter isso só entre ele e eu. Não expor o paciente nem sua história. (A4)</i></p> <p><i>“Ética eu acho que é assim, uma coisa que tem que ficar em sigilo, que tem que ficar entre nós, não ficar esparramando por aí.” (A8)</i></p> <p><i>“Entendo como não comentar o que o cliente me confia, principalmente comentar por maldade ou fofoca.” (A9)</i></p>

Fonte: elaborado pela autora.

Diante desses discursos, observa-se que a maioria dos profissionais associa a ética profissional ao respeito. Segundo Fernandes e Pereira (2005), respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, buscando interpretar o que ouvimos, ter compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso, é entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro. Embora o conceito de respeito seja bastante amplo, pode-se pontuar que, ao agir de forma a considerar a individualidade e a subjetividade do paciente, tratando-o com atenção, consideração e deferência, a Enfermagem estará agindo de forma respeitosa e, portanto, oferecendo cuidados mais integrais e humanizados. De acordo com Selli (1998):

Respeitar o outro na forma de ação inclui também considerar os princípios bioéticos do respeito à autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Esses princípios são subsidiários à dignidade humana, tornando-se um componente essencial da qualidade do cuidado. A Enfermagem deve refletir sobre esses princípios em sua prática profissional, pois a ética profissional envolve motivação, ações, ideais, valores, princípios e objetivos, além de ser um mecanismo que regula as relações sociais do homem e garante a coesão social, pois harmoniza os interesses tanto individuais como coletivos (SELLI, 1998).

Na segunda categoria sobre a definição de ética profissional, identificamos a manifestação da empatia, que neste contexto assume o sentido de colocar-se no lugar no outro. Segundo Stephany (2014), a empatia é abordada como a habilidade de se colocar no lugar das pessoas, para que uma pessoa possa visualizar e sentir na mesma perspectiva as experiências vivenciadas por outras. Para isto, Formiga (2012), sugere que o desenvolvimento do comportamento empático, destaca-se a partir da real vontade em se preocupar com o sofrimento alheio, representando um processo consciente, que visa ao aprimoramento das relações interpessoais por meio da consolidação do vínculo afetivo e das habilidades comunicacionais. Tschudin (1988) nos conta uma história que ilustra as diferenças entre os possíveis elementos que podem estar presentes num relacionamento interpessoal, salientando a importância da empatia para que este seja terapêutico:

Se uma pessoa caiu em um buraco

Se você agir com simpatia, entra e chora com ela.

Se você agir com antipatia, você passa ao lado e nem olha.

Se você agir com empatia, você empresta forças a pessoa e ajuda o outro a sair do buraco.

Com base nesta história ilustrativa dos “buracos” de Tschudin (1988), fazemos uma reflexão perguntando:

A Enfermagem tem:

Passado pelo buraco?

Entrado no buraco?

Ou ajudado o outro a sair do buraco?

Pensando para a área da saúde e especificamente da Enfermagem, foco deste estudo, Stephany (2014) destaca que os profissionais devem ter conhecimento dos próprios sentimentos, a fim de estarem em condições mais apropriadas para compreender melhor as emoções e os sentimentos vivenciados pelos pacientes e, conseqüentemente, para estabelecer relações empáticas com eles. Assim, conforme aponta Caetano (2007), a empatia, portanto, torna-se um instrumento valioso para a humanização da assistência, visto que a assistência passa a não se configurar nos avanços da tecnologia, e sim em valores pessoais, na compreensão do verdadeiro significado do cuidado, permitindo ao profissional escolher a melhor maneira de cuidar de seu paciente.

A terceira categoria aponta o sigilo como definição de ética profissional.

Segundo Ribeiro (2005), o sigilo profissional baseia-se na ciência de fatos que chegam ao conhecimento da pessoa em razão da profissão que exerce e cuja revelação possa ocasionar danos àquele a quem o segredo pertence. Ademais, o segredo respeita a privacidade e funda-se numa relação de confiança entre o sujeito que conta seu segredo e a pessoa para quem ele contou. Freitas et al. (2010) afirmam que é de extrema importância manter segredo das informações do cliente, nas situações adequadas, e preservar sua privacidade, devendo-se considerar que, em se tratando de privacidade, não importa cor, sexo ou orientação sexual do paciente. É um aspecto que deve contemplar, inclusive, a dimensão etária, estendendo-se em todas as fases da vida.

Diversos documentos abordam o sigilo como tema para subsidiar a prática de Enfermagem, entre eles a Resolução COFEN 564/ 2017 que apresenta o Código de Ética de Enfermagem (CEPE) (COFEN, 2017), onde em seu artigo 52 orienta o profissional de Enfermagem à:

Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal (COFEN, 2017).

De acordo com Francisconi e Goldim (1998), a manutenção do sigilo está associada tanto à questão da privacidade quanto da confidencialidade. Em se tratando de privacidade, o profissional tem o dever de resguardar as informações que teve contato e assim, preservar o paciente. Já a confidencialidade pressupõe que o paciente repasse as informações diretamente ao profissional, sendo este responsável pela preservação das mesmas. A palavra

confidencialidade tem sua origem no termo confiança, condição fundamental para a construção de um relacionamento terapêutico. O paciente confia que os profissionais preservarão tudo o que lhe for dito, tanto que, diversas vezes, até mesmo pessoas que lhe são mais próximas não tem conhecimento dessas informações.

A ética pode ser vista e discutida a partir de diversas perspectivas, para este trabalho utilizamos a proposta por Tom Beauchamp e James Childress (2013). Segundo esses autores, a ética na área da saúde, ética biomédica, é um termo que abarca vários modos de entender e examinar a vida moral, distinguindo-se em abordagens normativas (representa padrões de ações boas ou más) e não normativas (relatando aquilo em que as pessoas acreditam e como elas agem). Assim como a moral comum é reconhecida por todas as pessoas moralmente comprometidas, os profissionais têm uma moral profissional com padrões e condutas. Dessa forma, membros de uma mesma profissão compartilham dessas diretrizes. Essas codificações formais e a instrução na moral profissional aumentaram nos últimos anos através do surgimento e consolidação dos códigos de ética profissional. Com base nessas informações, os autores afirmam que as profissões impõem obrigações para seus membros, procurando assim, garantir que as pessoas que se relacionem com estes profissionais, os considerem competentes e confiáveis. Essas obrigações são determinadas por um papel aceito e compreendem a ética profissional.

Nesse sentido, percebe-se neste estudo, que apesar de nenhum dos participantes ter definido a ética integralmente como a proposta por Beauchamp e Chidress, todas as falas trazidas pelos participantes, tem relação com a definição de ética e são importantes para a prática de Enfermagem na ESF.

Um fato que despertou a atenção durante a coleta e a análise dos dados, é que alguns profissionais de Enfermagem ao serem convidados a definir ética profissional, apresentaram dificuldade inicial nesse pensamento, conforme demonstrado nos discursos que seguem:

“(...) é tão complicado definir ética né.” (A10)

“(silêncio de 15 segundos)... você me pegou hein, eu nunca parei para pensar.” (A13)

Mesmo após esta ocorrência, todos os profissionais trouxeram uma definição de ética profissional que foi considerada em uma das categorias supracitadas.

Identificar essa dificuldade inicial de definição de ética profissional nos faz pensar sobre a forma como acontece o ensino da ética na Enfermagem. A ética faz parte do currículo dos profissionais de Enfermagem, tanto na formação técnica, como no ensino superior, através de

disciplinas, com conteúdo que devem permitir a criação de espaços estimulando a reflexão, para posteriormente conduzirem com competência, comprometimento e responsabilidade a profissão e as situações éticas oriundas da prática profissional. Para Ferreira e Ramos (2006) os valores éticos a serem desenvolvidos pelos alunos de Enfermagem precisam estar explícitos no Projeto Pedagógico do Curso. Os conteúdos devem articular-se dialeticamente com o cotidiano, para provocar conflitos epistemológicos com a práxis e, então, estimular os alunos à reflexão crítica. O desenvolvimento da capacidade de raciocinar e julgar questões éticas pressupõe uma atitude moral reflexiva e autônoma. Portanto, é preciso renunciar estratégias de imposição de valores. Um estudo realizado por Mascarenhas e Rosa (2010), buscou identificar e descrever as fontes bibliográficas utilizadas pelos docentes no ensino da Ética/Bioética em Enfermagem nos cursos de graduação em Enfermagem de Salvador – Bahia, teve os seguintes achados: os docentes de Enfermagem buscaram obras para o ensino da Bioética que foram produzidas por filósofos, enfermeiros e teólogos. Além disso, a maior parte das bibliografias sugeridas aborda os princípios filosóficos e os fundamentos da Ética e da Bioética. Com relação aos temas identificados nas ementas, observou-se que estes direcionam o ensino desta disciplina para a abordagem da deontologia, do exercício profissional e das bases da Ética e Bioética. Estes temas são essenciais para a formação de enfermeiros críticos, reflexivos que tenham um embasamento teórico pertinente para tomada de decisões frente a dilemas de ordem ética que possam emergir durante seu exercício profissional. Pela análise conjunta das ementas e das fontes bibliográficas indicadas nos programas das disciplinas, pode-se inferir que o ensino da Bioética nos cursos de graduação em Enfermagem de Salvador não se restringe a uma abordagem deontológica e normativa; fornece os subsídios, como fontes bibliográficas pertinentes e atualizadas, para a reflexão crítica e moral dos futuros enfermeiros; e tem sido direcionado para o entendimento dos aspectos filosóficos e dos fundamentos da Ética e da Bioética, do exercício profissional do enfermeiro e da deontologia.

Nessa perspectiva, segundo Carneiro et al. (2009), o ensino de Enfermagem deve:

Ser um ato educativo e comprometido com o outro, com seus valores e suas relações, facilitando um *ethos* pautado na reciprocidade e solidariedade, que possibilite a construção de uma conduta ética, cujo profissional, ao término de sua formação, seja capaz de reconhecer, em cada ação de cuidado, a necessidade e complexidade do ser humano (CARNEIRO et al. 2009).

Nesse sentido, a partir do ensino de ética em Enfermagem proposto por Carneiro et al. (2009), percebe-se a necessidade de fomentar uma educação em Enfermagem que envolva o

espírito crítico e a capacidade de dialogar, de buscar a justiça, a solidariedade, a igualdade e a coerência entre os meios e os fins.

Durante as buscas bibliográficas, foi possível observar que existem muitos artigos que abordam e discutem o ensino da ética da formação de Enfermagem. Porém, não há textos que avaliam a efetividade desse ensino. Informação essa, que seria importante para a área da Enfermagem.

5.2.2- Definição de problema ético

Em relação a pergunta: “O que é um problema ético para você?”, após análise, os discursos dos participantes foram agrupados em duas grandes categorias: **a) falta de respeito** (n=10) e **b) falta de sigilo** (n=6). A partir desta análise, nota-se que esses achados estão de acordo a definição de ética profissional apresentada pelos participantes na questão anterior (FIGURA 4).

Figura 4: Relação entre as definições de ética profissional e problema ético apresentada pelos participantes.

Fonte: elaborado pela autora.

Abaixo são apresentadas falas dos profissionais de Enfermagem participantes deste estudo que evidenciam os dados encontrados na descrição de problema ético (TABELA 5):

Tabela 5: Definição de problema ético.

<p>Falta de respeito</p>	<p><i>“Problema ético é a falta de respeito.” (A14)</i></p> <p><i>“O maior problema é o desrespeito” (A12)</i></p> <p><i>“Qualquer coisa que inflige o respeito com o próximo.” (A13)</i></p> <p><i>“Um problema ético é quando uma pessoa não respeita sua opinião, sua decisão e ela toma a decisão sem consultar, sem levar em consideração aquilo que você acredita.” (A1)</i></p>
<p>Falta de sigilo</p>	<p><i>“O problema ético é sair contando situações de pacientes para outros pacientes.” (A3)</i></p> <p><i>“Aquele questão de não respeitar o que você ouve e sair falando para meio mundo.” (A2)</i></p> <p><i>“(…) a gente vê as pessoas falando, comentando as coisas que não deveriam, que elas veem aqui no trabalho. Às vezes, até a gente de bobear acaba escapando.” (A8)</i></p> <p><i>“(…) expor a situação dos pacientes para outros pacientes. As vezes até no acolhimento fazemos isso, porque usamos a mesma sala.” (A4)</i></p>

Fonte: elaborado pela autora.

Cabe destacar que ao serem convidados a responder sobre o que é um problema ético, grande parte dos participantes realizaram a descrição de problema ético através do relato de um exemplo de situação vivenciada ou conhecida.

Assim, merece distinção a definição de problema ético e dilema ético. De acordo com Mitchell (1990), no problema ético, foco de nosso objeto de estudo neste trabalho, temos que:

Um problema ético é situação que é resolvida ao esclarecer e aplicar crenças, princípios e teorias. Por vez, um dilema ético envolve um conflito entre duas situações éticas irreconciliáveis, que nenhuma quantificação de clarificação, embora útil, resulte na renúncia a uma das visões sobre o que se deve fazer (MITCHELL, 1990).

Situações que envolvam problemas e dilemas éticos podem acontecer na prática profissional de Enfermagem na ESF. Pode-se citar como exemplo de um problema ético: situações de atendimento a pacientes com tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, cujo o paciente solicita que não seja contado o que ele tem para sua companheira, mas pede a equipe que faça o exame nela. Nessa situação, o problema ético vivenciado é a preservação da confidencialidade do paciente e o direito de sua companheira de saber porque alguns exames estarão sendo solicitados. Por vez, como exemplo de um dilema ético, pode-se citar: criança apresenta patologia com prognóstico desfavorável, a enfermeira que atende a criança, acredita estar torturando- a ao realizar procedimentos invasivos. A mãe desta criança discorda, pois acredita que tudo deve ser feito até que Deus intervenha naturalmente. Uma terceira pessoa que considera essas duas opiniões, estaria vivendo um dilema.

Em pesquisa por Zoboli (2003), com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo mostra que os problemas éticos na área da saúde diferem quanto ao nível das ações e procedimentos oferecidos pelos serviços. Estas diferenças, começam pela sutileza dos problemas éticos vividos na Atenção Básica, que são, em geral, preocupações do cotidiano da atenção à saúde e não situações limite. Entretanto, isto não significa que estes problemas sejam menos importantes, mas que os profissionais que atuam na Atenção Básica lidam com fatos e valores distintos, a sua maneira, considerados amplos e complexos.

Para delimitar o que vem a ser um problema ético, adotou-se neste trabalho o entendimento de Mitchell (1990), citado em parágrafo anterior. Nesse sentido percebe-se que a definição de problema ético trazida pelos participantes deste estudo, podem estar relacionadas a proposta da autora, uma vez que as situações relatadas podem ser resolvidas ao esclarecer e aplicar crenças, princípios e teorias.

5.2.3- A vivência de problemas ético

Após o relato sobre a descrição do que é um problema ético, os profissionais foram convidados a relatar a vivência de um problema ético na prática profissional na ESF. Entre os 16 participantes deste estudo, 03 disseram que nunca vivenciaram esse tipo situação:

“Eu não.” (A1)

“Nós já tivemos algumas discussõezinhas, mas não chega ser ético. De coisa séria eu acho que não.” (A2)

“Não.” (A16)

Entre os 13 participantes que afirmaram terem vividos problema éticos em suas atuações na ESF, após análise categorial temática, foram identificados três grupos: **“a) problemas éticos nas relações com os usuários e famílias (n=12)”**, **“b) problemas éticos nas relações entre a equipe (n=2)”** e **“c) problemas éticos nas relações com a organização e a gestão do sistema de saúde (n=2)”**. Neste momento, a partir de elementos em comum, foram agregados os achados em subgrupos menores, que são apresentados nos quadros que seguem (QUADRO 1, QUADRO 2, QUADRO 3). Neles indicam o problema listado, ou seja, os temas que conformam as unidades de registro, os quais são demonstrados com trechos dos depoimentos.

QUADRO 1: Problemas éticos narrados pela equipe de Enfermagem nas relações com usuários, famílias e comunidade.

PROBLEMAS ÉTICOS NAS RELAÇÕES COM USUÁRIOS, FAMÍLIAS E COMUNIDADE	
Não respeitar a privacidade do usuário	<i>“... fazemos o acolhimento juntas, dois pacientes na mesma sala. Quando eu percebo que ele fica constrangido, pergunto se ele quer falar em outra sala.” (A4)</i>

<p>Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional- usuário</p>	<p><i>“... ela falou que gostava de mim para fazer curativo e não vacina. Eu falei que ela não podia ficar escolhendo funcionário. Ela frequenta muito o posto, gosta de ficar conversando, fazendo sala, e eu não faço.”</i> (A10)</p>
<p>Não manter sigilo nos atendimentos</p>	<p><i>“Sair contando casos de pacientes para outros pacientes...”</i> (A3)</p> <p><i>“As vezes as pessoas que atendem vem comentar do cheiro nos consultórios após os atendimentos...”</i> (A7)</p> <p><i>“Acontece muito de uma funcionária estar atendendo um cliente, ele conta os problemas e depois ela sai comentando com risadas...”</i> (A9)</p> <p><i>“As pessoas ficam interrompendo meu atendimento só para ouvir o que os pacientes estão falando...”</i> (A12)</p>
<p>Desrespeito do profissional para com o usuário</p>	<p><i>“Falar alto em alguma situação e não querer escutar o paciente, já dá uma resposta que constrange o paciente. Aí o paciente vinha chorar para mim...”</i> (A5)</p> <p><i>“(...) tem gente grita com o paciente, manda embora porque ele esqueceu um papel. Eu não aceito isso. O papel não pode ser mais importante que a pessoa.”</i> (A14)</p>
<p>Dificuldade do usuário compreender a organização do serviço</p>	<p><i>“(...) uma paciente até quebrou o vidro aqui uma vez que nós não fizemos uma declaração</i></p>

	<i>de vacina porque a criança dela tinha vacina atrasada.” (A6)</i>
Pré julgamento dos usuários por parte da equipe	<i>“(...) o funcionário já sai falando e julgando a atitude do paciente” (A8)</i> <i>“(...) fulano veio fazer um teste de HIV aqui, ele saiu com cicrano...” (A15)</i>
Dificuldade do usuário aceitar o cuidado proposto pela equipe	<i>“Uma paciente veio tomar injeção de anticoncepcional e já passou da data. Eu explico que não pode, as complicações disso. Aí ela fala: se eu engravidar a culpa é sua.” (A3)</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Os problemas éticos narrados pelos profissionais de Enfermagem entrevistados neste estudo, reafirmam os achados da pesquisa realizada por Zoboli (2003), onde foram entrevistados 18 enfermeiros e 17 médicos do Programa Saúde da Família, no Município de São Paulo, com os objetivos de identificar e comparar os problemas éticos vivenciados. Na pesquisa realizada por esta autora, os problemas éticos vivenciados na Atenção Básica, estão relacionados as preocupações do cotidiano da atenção à saúde, parecendo triviais frente às situações críticas, dramáticas, típicas do hospital, que requerem soluções imediatas e são mais frequentes na literatura. Os problemas éticos narrados pelos enfermeiros da Atenção Básica foram classificados em três categorias. Na primeira categoria estão presentes os problemas éticos as relações com usuários, família e comunidade: dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional – usuário; pré-julgamento dos usuários dos serviços por parte da equipe; desrespeito do profissional para com o usuário; indicações clínicas imprecisas; prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar; prescrição de medicamentos mais caros com eficácia igual à dos mais baratos; solicitação de procedimentos pelo usuário; como informar o usuário para conseguir sua adesão ao tratamento; omissão de informações ao usuário; acesso dos profissionais de saúde a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal; dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliários; dificuldades para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional; compartilhamento das informações sobre um dos membros da família com os demais.

Para Beauchamp e Childress (2013) o problema ético profissional surge de conflitos entre os compromissos profissionais e os compromissos que os profissionais possuem fora do âmbito da profissão. As profissões da área da saúde especificam e impõem obrigações para seus membros, buscando, assim, que as pessoas que se relacionem com esses profissionais as considerem competentes e confiáveis.

Tendo em vista a importância da confiança na relação entre profissional e paciente, a ESF tem como propósito possibilitar o vínculo entre profissional e paciente. Segundo Gomes e Lenilde (2009), o conceito de vínculo é polissêmico, estando articulado aos conceitos de humanização, responsabilização e da integralidade. O vínculo liga, aproxima, permite envolvimento mútuo entre sujeitos. Para Souza et al (2010), o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias.

Considerando a importância do vínculo na relação entre profissional e paciente na ESF, a busca por esse vínculo e a responsabilização da equipe para com as famílias de seu território, pode trazer novos nuances a uma situação enfrentado pelos profissionais de saúde: o estabelecimento dos limites da relação com o usuário. Assim, os limites da interferência da equipe no estilo de vida dos pacientes ou famílias constitui segundo Brody (1983), fator central das questões éticas envolvidas na atenção à saúde da família. Segundo o autor, uma forma de constrangimento pode ser exercida pelos profissionais de saúde, na qual estes, com base na sua autoridade, manipulam o usuário através da omissão dos dados, opções ou informações a respeito da saúde do usuário. Em um estudo realizado por Viens (1994) com um grupo de enfermeiros que atua na Atenção Básica, em grandes cidades do oeste norte-americano, indica que o relacionamento com o usuário tem um significado importante para estes profissionais, tornando-se mais significativo na medida em que o contato permanece ao longo do tempo. Esta relação também pode ser apontada como um acelerador de problemas éticos.

Nesse sentido percebe-se que a maioria dos problemas éticos narrados pelos profissionais deste estudo acontecem durante a relação entre profissionais e os pacientes. Por outro lado, a confiança nesta relação (profissional- paciente) e a formação de vínculo, podem ser uma estratégia de apoio ao trabalho na ESF. Assim, como manejar essa situação? Para Mitchell (1990), trabalhar o equilíbrio é estratégia central para resolver muitas situações éticas que podem surgir na prática em Enfermagem.

QUADRO 2: Problemas éticos narrados pela equipe de Enfermagem nas relações entre a equipe.

PROBLEMAS ÉTICOS NAS RELAÇÕES ENTRE A EQUIPE	
Desrespeito entre os integrantes da equipe	<i>“(...) teve um dia que eu cheguei aqui e os prontuários estavam separados por tarjas numéricas. Havíamos combinado em equipe que não seria assim, o atendimento é por classificação de risco...” (A13)</i>
Dificuldade para estabelecer as atribuições de cada profissional	<i>“(...) um técnico ligou na secretaria de saúde e foi falar com a gerente sobre o meu papel. Os técnicos não entendem a divisão do que é papel do enfermeiro e o que é do técnico...” (A12)</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Na segunda categoria dos problemas éticos narrados pelos participantes deste estudo (QUADRO 2), estão os problemas éticos na relação entre a equipe da ESF, citado por dois profissionais.

Ao pensarmos sobre esta categoria, problemas éticos nas relações entre a equipe não são algo inesperado, especialmente se for considerado que a equipe de saúde, como afirmam Matumoto et al. (2001), configura uma rede de relações tecida no cotidiano, entre pessoas que possuem saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas, sendo necessária certa disponibilidade para que reconheçam e respeitem essas diferenças.

Um estudo realizado por Zoboli (2003), identificou os problemas éticos narrados por enfermeiros e médicos que atuam na ESF no município de São Paulo. Entre os problemas éticos nas relações entre a equipe, estão: a falta de compromisso dos profissionais que atuam no PSF; a falta de companheirismo e colaboração entre as equipes; o desrespeito entre os integrantes da equipe; o despreparo dos profissionais para trabalhar no PSF; as dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional; a omissão dos profissionais frente à indicação clínica imprecisa; o compartilhamento das informações relativas ao usuário e família no âmbito da equipe do PSF.

Neste sentido, conforme afirmam Prescott et al. (1985) chegam a sugerir que o desacordo entre a equipe não é indesejável. Ao contrário, os autores defendem que este pode

ter um papel importante no cuidado, uma vez que os profissionais podem ter perspectivas diferentes quanto a muitos problemas dos usuários. Assim, para Franco e Merhy (2000):

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (FRANCO; MERHY, 2000).

QUADRO 3: Problemas éticos narrados pela equipe de Enfermagem nas relações com a organização e a gestão do sistema de saúde.

PROBLEMAS ÉTICOS NAS RELAÇÕES COM A ORGANIZAÇÃO E A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	
Dificuldade em manter a equidade no acesso ao serviço	<i>“(...) um caso que realmente necessita de assistência, mas teve repercussão política e aí todo mundo se volta, as autoridades todas se mobilizam para tentar resolver e conseguiu a vaga. E eu tenho outra paciente, que mora sozinha, tem vários problemas de saúde e o caso dela está parado, aguardando vaga de especialidade.” (A11)</i>
Dificuldade para preservar a privacidade por problemas na estrutura física	<i>“(...) não temos um local adequado e disponível o dia todo para conversarmos com o paciente.” (A11)</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Percorrendo sobre a terceira categoria (QUADRO 3), os problemas éticos nas relações com a organização e a gestão do sistema de saúde, os achados demonstram uma relação direta com a ética organizacional do sistema. De acordo com Zoboli (2002) este fato está relacionado a dificuldade em separar a ética dos cuidados de saúde da ética na administração em saúde. Ainda, segunda esta autora, em um estudo realizado por ela em 2003, foram encontrados os seguintes problemas éticos nas relações com a gestão e a organização do sistema de saúde: dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas do PSF; falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos; falta de transparência da direção do PSF na resolução de problemas com os profissionais; excesso de famílias adscritas para cada equipe; restrição do acesso dos usuários aos serviços; demérito dos encaminhamentos feitos

pelos médicos do PSF; dificuldades no acesso a exames complementares; dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.

No município onde esta pesquisa foi realizada, a gestão do sistema de saúde é realizada por uma profissional enfermeira, que atua na rede pública municipal há mais de 20 anos. A partir deste fato, considerando os achados deste estudo, apenas 02 profissionais relataram problemas éticos com a gestão e a organização do sistema. Será que podemos inferir que o fato da secretária de saúde ser enfermeira pode diminuir o número de problemas éticos que os profissionais de Enfermagem têm com a gestão do sistema de saúde?

Caberia talvez, outra pesquisa, em outro momento, para confirmar ou descartar essa possibilidade. E, ansiando pela sua confirmação, reconhecer e empoderar ainda mais o papel da Enfermagem na assistência e gestão do SUS.

5.2.4- A tomada de decisão frente ao problema ético vivenciado

Após contarem a experiência da vivência de um problema ético, os profissionais foram convidados a relatar como o caso citado foi resolvido ou solucionado. Desta forma, após análise dos discursos, foi possível categorizar a tomada de decisão em dois grupos: **a) diálogo** (n=11) e **b) respeito à privacidade** (n=2) (QUADRO 4):

QUADRO 4: Tomada de decisão frente ao problema ético vivenciado no discurso dos 13 profissionais.

TOMADA DE DECISÃO FRENTE AO PROBLEMA ÉTICO VIVENCIADO	
Diálogo	<p><i>“Converso com a pessoa, explico que o que ela está fazendo (expor o paciente) está errado...” (A3)</i></p> <p><i>“(...) eu converso com o paciente, tento apaziguar a situação.” (A5)</i></p> <p><i>“Eu tento acalmar e conversar com ela, fazendo ela entender os motivos para aderir ao tratamento...” (A6)</i></p> <p><i>“(...) eu chego para a pessoa e converso, oriento, porque também é questão de cuidado para a saúde.” (A7)</i></p> <p><i>“Eu chamo a pessoa para conversar...” (A9)</i></p> <p><i>“Eu conversei com ela, tentei mostrar os dois lados...” (A10)</i></p>

	<p><i>“Eu chamei ela e conversei...” (A11)</i></p> <p><i>“(...) chamar a pessoa em um canto e conversar...” (A12)</i></p> <p><i>“(...) chamei a pessoa e conversei sobre o que havíamos combinado...” (A13)</i></p> <p><i>“(...) eu sempre chamo para conversar...” (A14)</i></p> <p><i>“Eu tento conversar, chamar em um canto e orientar que não é legal fazer isso...” (A15)</i></p>
Respeitar a privacidade	<p><i>“(...) eu pergunto se a pessoa quer falar em outra sala, aí levo a pessoa para outro local reservado.” (A4)</i></p> <p><i>“Eu vou procurando outras salas vazias, se todas estão ocupadas eu pergunto para quem está usando se ela vai demorar. Até eu arrumar outro canto.” (A8)</i></p>

Fonte: elaborado pela autora.

As preocupações em fortalecer ou não romper as relações de vínculo e de resolver os conflitos de maneira não violenta por meio do diálogo estão presentes nas recomendações feitas pelos participantes (QUADRO 4). Esse achado fortalece a utilização da comunicação como maneira de conduzir uma solução para o problema. Assim, Silva (2006), define que:

Comunicação é o processo de troca de mensagens, que tem como elementos: o emissor, o receptor, a própria mensagem, os signos envolvidos e o contexto onde a interação ocorre. Este processo é composto das dimensões verbais e não verbais. A comunicação verbal é associada às palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada, tem como finalidades a expressão, a clarificação ou a validação de algo. Para utilizá-la de maneira efetiva, o enfermeiro deve conhecer e usar conscientemente suas técnicas de comunicação, como verbalizar seu interesse ao que o paciente está dizendo, permanecer em silêncio, quando ele fala, não interrompê-lo, ouvir reflexivamente, clarificar e validar as mensagens que recebe (SILVA, 2006).

Segundo Teixeira (2004), a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, está relacionado com o reconhecimento dos riscos que esse processo pode gerar se não for bem executado e a motivação para a mudança de comportamentos, facilitando as escolhas complexas em saúde e nas doenças. Ou seja, tem influência sobre o estado de saúde e a utilização dos serviços. Assim, o autor compreende que a informação sobre saúde e doença é um direito de todos e melhorar a comunicação em saúde é um imperativo ético para os profissionais de saúde.

Nesse sentido, a utilização do diálogo pode ser uma ferramenta entre a equipe de saúde e os usuários e/ou famílias, pressupondo que uma relação de diálogo se estabelece entre pessoas

que se reconhecem e respeitam como sujeitos. Pensando sobre a comunicação na Enfermagem, Troncoso e Suazo (2007) afirmam que:

A comunicação é um processo de compreensão, compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo em que se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nela envolvidas, a curto, médio ou longo prazo. Estas afirmações evidenciam o potencial do processo comunicativo e de trocas na interação enfermeiro-usuário (TRONCOSO, SUAZO, 2007).

Nessa perspectiva, alguns estudos brasileiros indicam que embora os enfermeiros que trabalham com pacientes considerem a comunicação um recurso terapêutico importante e efetivo, os enfermeiros ainda encontram dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se mal preparados neste aspecto (ARAUJO, SILVA, 2006; ARAUJO, SILVA, FRANCISCO, 2007).

Nesse sentido, percebe-se que a utilização da comunicação foi a principal estratégia adotada pelos participantes deste estudo na resolução dos problemas éticos. A utilização desta estratégia encontra amparo na literatura científica, conforme os estudos citados acima. Com base nesse reconhecimento, surge uma inquietação em entender como serão abordadas as estratégias de comunicação entre profissionais de Enfermagem e pacientes, com pessoas que estão sendo incentivadas a realizar suas formações básicas de Enfermagem (técnica ou graduação) à distância? Tendo em vista, que a efetivação dessa estratégia, uma boa comunicação, pode não estar fundamentada exclusivamente em referenciais teóricos, mas sim, apoiando-se na prática diária da profissão.

Percorrendo sobre a segunda categoria identificada nos problemas éticos vivenciados, o respeito a privacidade (QUADRO 4), observa-se a atitude dos profissionais em buscar um ambiente que possa assegurar a privacidade do usuário durante seu atendimento na ESF.

O respeito a privacidade, é demonstrado nas orientações sobre os deveres dos profissionais de Enfermagem, conforme abordado no artigo 43 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem:

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte (COFEN, 2017).

A privacidade, segundo Sacardo (2001), constitui-se mecanismo de regulação do relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários, que pode facilitar o estabelecimento da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho. Pode assumir

especial importância na ESF devido à centralidade que a relação vincular tem na estruturação dessa estratégia de organização da Atenção Básica.

Nesse sentido, percebe-se que os profissionais participantes deste estudo, ao vivenciarem problemas éticos relacionados à dificuldade em manter o respeito a privacidade do paciente, buscaram alternativas imediatas de solução através da utilização de outros espaços físicos da unidade de saúde. Este comportamento pode demonstrar a presença de uma postura ativa dos profissionais de Enfermagem na busca por soluções em sua prática profissional.

Desperta a atenção, que, em apenas um discurso, um profissional relata não adotar nenhuma postura ou medida para o enfrentamento da situação ética:

“Quando isso acontece, a gente olha uma pra outra, vê que não tinha intenção de ajudar e tenta morrer o assunto. Abafar.” (A9)

Tal fala, pode nos remeter ao pensamento do filósofo John Stuart Mill, segundo o qual:

Uma pessoa pode causar mal aos outros não apenas por suas ações, mas também pela falta delas. E, em ambos os casos, ela é justamente responsável por isso (MILL, 1861)

Conforme disse Mill, podemos perceber que a falta de ações pode provocar consequências danosas as pessoas. Conduzindo este pensamento para o achado neste estudo, nosso desejo, é que a inatividade do profissional seja apenas um caso isolado, em um momento isolado, do qual não foi objeto deste estudo explorar todo o contexto do momento que a situação ocorreu, o qual poderia gerar novos desdobramentos. Aspiramos, que também como foi encontrado neste estudo, tal atitude de passividade não representa a maioria dos profissionais de Enfermagem. Nesse sentido, conforme destacado pelo Cofen (2017) nos princípios fundamentais da profissão:

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética (COFEN, 2017).

5.2.5- Problemas éticos vivenciados por outros profissionais da equipe de Enfermagem

Nos discursos dos 16 participantes deste estudo, 03 profissionais de Enfermagem relataram nunca terem vivenciados problemas éticos em sua atuação na ESF. Para esses profissionais foi perguntando se conheciam algum caso que envolvia um problema ético vivenciado por outro profissional de Enfermagem que atua em ESF. Dentre as respostas, 01 participante manteve o não, afirmando não conhecer ninguém da Enfermagem que havia vivenciado uma situação ética na ESF. Outros dois profissionais disseram que sim. A esses, foi solicitado o relato do caso.

Em um dos discursos a situação ética envolvida foi *“a confissão de um aborto realizado por uma paciente em seu domicílio”* (A1). Neste caso, a profissional informou que não soube como o caso foi resolvido ou solucionado.

O segundo relato foi:

“Um profissional enfermeiro que tem um impasse com o médico, com condutas e perfil inadequado para a atuação na ESF, onde houveram vários desentendimentos.”

Sobre a resolução da situação:

“Não foi resolvido pela gestão, então o enfermeiro não aguentou mais. O que ele acreditava que era ético e moral, o que ele brigava para conseguir junto com a equipe, o profissional que não tem perfil de ESF (médico) destruiu tudo. Então ele (enfermeiro) deixou a unidade.”
(A16)

5.2.6 A identificação de um problema ético frente a um caso fictício

Todos os participantes deste estudo, após contarem suas vivências de problemas éticos e estratégias para solução e enfrentamentos dos mesmos, foram convidados a refletir sobre o seguinte caso fictício:

“H. A. C., 66 anos, hipertenso, faz acompanhamento na ESF há 1 ano, de difícil adesão ao cuidado proposto, não tem apresentado controle do quadro. Em seus atendimentos na unidade sempre chega atrasado, perturbando a rotina da unidade. O profissional

que o atende tenta acolhe-lo da melhor maneira possível, mas sente-se tentado a deixar de investir seus esforços (ZOBOLI, 2003)”.

Ao pensar sobre essa situação, foi solicitado ao participante que identificasse o problema ético presente e relatasse sua conduta diante daquela ocorrência.

Os problemas éticos identificados, após análise categorial temática, foram agrupados em três séries, de acordo com o maior aparecimento no discurso dos participantes, sendo: **a) deixar de atender o paciente**, citado por 07 profissionais; **b) perturbando a rotina da unidade**, citado por 06 profissionais; e **c) não adesão ao tratamento**, citado por 03 profissionais (QUADRO 5):

QUADRO 5: Identificação dos problemas éticos presente no caso fictício

PROBLEMAS ÉTICOS IDENTIFICADOS NO CASO FICTÍCIO	
Deixar de atender o paciente	<i>“Se não tiver empatia e vínculo eu levaria o caso para discussão em equipe.” (A16)</i>
	<i>“As pessoas acabam desequilibrando um pouco, quem vai atender e então a pessoa não quer mais atender.” (A14)</i>
	<i>“A gente continua interessado em cuidar dele.” (A13)</i>
	<i>“A gente nunca pode desistir, vai tentar sempre.” (A11)</i>
	<i>“Nós precisamos insistir, insistir, insistir sempre.” (A10)</i>
	<i>“Se aqui você não respeita, então vai ser atendido em outro lugar.” (A2)</i>
	<i>“Assinar e abandonar.” (A3)</i>

<p>Perturbando a rotina da unidade</p>	<p><i>“Eu acho que a primeira coisa é orientar esse paciente: olha você sabe como são as regras.” (A12)</i></p> <p><i>“Explicaria o lado ruim dele quebrar a rotina da unidade.” (A6)</i></p> <p><i>“Talvez o ACS possa ir na casa dele, explicar a rotina da unidade.” (A8)</i></p> <p><i>“Eu tento sempre explicar pro paciente a rotina.” (A5)</i></p> <p><i>“Sempre que o paciente chega fora de hora, eu procuro levar na brincadeira e orientar eles para corrigirem isso da próxima vez.” (A9)</i></p> <p><i>“Orientaria sobre a rotina da unidade.” (A7)</i></p>
<p>Não adesão ao tratamento</p>	<p><i>“Eu tentaria abordar e perguntar para ele o porquê da dificuldade em aderir o tratamento.” (A15)</i></p> <p><i>“Porque ela não está levando o tratamento dela a sério.” (A1)</i></p> <p><i>“Tento expor todos os riscos que pode estar causando a não adesão dele ao tratamento.” (A4)</i></p>

Fonte: elaborado pela autora.

O caso fictício narrado aos participantes traz um problema ético cercado de sutileza, mas muito comum e próprio da atenção à saúde nas ESF. Nesta situação hipotética, o problema ético a ser identificado é o fato do profissional do caso fictício estar tentado a deixar

de investir seus esforços no acompanhamento do paciente. Essa situação ética foi identificada pela maioria dos profissionais participantes deste estudo.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), em seu artigo 23, os profissionais de Enfermagem podem deixar de atender os pacientes sob sua responsabilidade na seguinte situação:

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem (COFEN, 2017).

Assim, a partir desta orientação do COFEN, e pensando na situação apresentada no caso fictício, não fica claro aspectos relacionados ao risco da integridade física ou psíquica do profissional na situação. Nesse sentido, podemos perceber que o profissional não poderia caracterizar perda de vínculo pelos motivos descritos no artigo 23 do CEPE.

Outros profissionais participantes deste estudo tiveram percepções diferentes sobre a identificação do problema ético presente na situação narrada. Reconheceram que o problema ético era o fato do paciente chegar atrasado na unidade e não cumprir as rotinas do local ou a não adesão do paciente ao cuidado proposto.

Vale ser compartilhado que durante a coleta de dados deste estudo, pudemos perceber ao apresentar o caso fictício aos participantes, alguns relataram já terem vivenciado situação semelhante em sua atuação na ESF. Essa percepção está de acordo com estudo realizado por Zoboli et al. 2016. Essas autores afirmam que o atendimento a pacientes difíceis é algo frequente na ESF, podendo gerar: sobreutilização dos serviços, insatisfação com os atendimentos e desgaste para os profissionais. Estes, ao se sentirem incapazes de suprir as necessidades e demandas desses pacientes e perceberem a insatisfação que têm com a assistência prestada, podem encaminhá-los para especialidades, exames, nem sempre tão necessários.

Tendo em vista essas considerações, podemos perceber que saber reconhecer situações éticas presentes na prática profissional é um passo fundamental para pensar e então fundamentar sua tomada de decisão.

É preciso, também, fortalecer os profissionais que enfrentam relações difíceis com os usuários na ESF, através de momentos para compartilhar experiências, analisar casos e vislumbrar formas assertivas para lidarem com tais situações (ZOBOLI, et al. 2016).

Destacamos que a escolha desse caso fictício deu-se por ser uma situação que pode acontecer na rotina da ESF. Fato este confirmado nas seguintes falas:

“A gente tem bastante desses aqui.” (A4)

“Temos muitos casos assim.” (A8)

“Nós temos vários pacientes assim.” (A9)

“Nós tivemos um paciente parecido com esse aí.” (A5)

“Isso acabou de acontecer na unidade.” (A16)

“A gente tem até uns casos aqui.” (A11)

Segundo Fiester (2012), as situações de encontros difíceis na Atenção Básica são comuns na rotina das unidades e geram estresse para o profissional e o usuário. Entre 15 e 60% dos usuários da APS são considerados como “difíceis” pelos profissionais que os atendem. No Brasil, segundo Edgoose (2012), médicos da Estratégia Saúde da Família relataram atender esses pacientes difíceis diariamente, com média de um em seis atendimentos, ainda que o impacto na prática diária se dê mais pela intensidade emocional que pela frequência de seu acontecimento.

Com base nos achados neste estudo e apoiado na literatura científica apresentada nesta discussão, percebemos que o atendimento a pacientes difíceis pode estar presente no trabalho da ESF e esta situação pode originar problemas éticos na prática profissional.

Percebemos durante a coleta e análise de dados desta pesquisa que o profissional de Enfermagem que relatou na questão anterior nunca ter vivenciado uma situação ética na ESF e não conhecer nenhum profissional de Enfermagem que tenha vivido um problema ético na ESF, ao ter contato com o caso fictício, afirmou que na unidade em que trabalha atualmente, já teve casos como este.

“Ah, casos assim a gente até chegou a ter viu. Agora você falando eu lembrei...” (A2)

Nesse sentido, podemos perceber que merecem ser otimizados espaços para discussão ética na Enfermagem, onde essas reflexões possam propiciar além da troca de experiências, o desenvolvimento e a sensibilidade para identificar situações éticas que podem estar presentes no dia a dia da Enfermagem na ESF. Na rede básica do município pesquisado, os enfermeiros possuem um calendário programado de reuniões de Educação Permanente que tem como principais pautas aspectos relacionados ao processo de trabalho da Atenção Básica. Os técnicos em Enfermagem não possuem rotineiramente este espaço coletivo, porém participam das reuniões realizadas dentro das equipes em que atuam. Está em fase de elaboração a composição da comissão eleitoral para formação da Comissão de Ética em Enfermagem municipal. Vislumbramos assim, a garantia de um espaço legítimo para discutir os casos éticos oriundos da prática profissional de Enfermagem, que possa considerar as particularidades da profissão.

Segundo Leite et al. (2009), a Enfermagem no seu campo de atuação, desenvolve ações de cuidar, pautada em um processo de diálogo, que visa a individualidade de cada ser humano, valorizando-a. Sob este aspecto, a mesma se encontra integrada a um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se dão pelo ensino, pesquisa e assistência, comprometidos com a saúde do indivíduo e da coletividade, obedecendo aos princípios éticos e da legalidade. Sob esse enfoque, a ética compreende-se como uma ciência que valoriza a reflexão crítica sobre o comportamento humano, na qual discute os valores, princípios e o comportamento moral à procura do bem-estar da vida em sociedade.

5.2.7- A tomada de decisão frente ao caso fictício

Após relatarem qual o problema ético presente no caso fictício, os profissionais foram convidados a descrever como resolveriam a situação narrada. Diante disso, após análise dos discursos, identificamos duas categorias: **a) comunicação, conversa, diálogo** (n=14) e **b) deixar toda responsabilidade do cuidado para o paciente** (n=2) (TABELA 6):

Tabela 6: Tomada de decisão frente ao caso fictício.

<p>Comunicação, a conversa e o diálogo</p>	<p><i>“Eu tento sempre falar, conversar com a pessoa, orientar. Não vou negar atendimento de jeito nenhum. A gente sempre vai bater na tecla de se cuidar. É o nosso papel.” (A11)</i></p>
---	--

	<p><i>“Eu acho que a primeira coisa é orientar esse paciente.” (A12)</i></p> <p><i>“Eu tentaria ir conhecer o ambiente que essa pessoa vive, fazer questão de sentar e conversar para entender o que está acontecendo.” (A14)</i></p> <p><i>“Eu tentaria acolher a pessoa, ver o porquê está acontecendo aquilo.” (A1)</i></p> <p><i>“Geralmente eu sento com o paciente e tento expor toda a situação para ele.” (A4)</i></p> <p><i>“Tento sempre explicar pro paciente, trazer ele próximo a mim, criando vínculo.” (A5)</i></p> <p><i>“Eu tentaria conversar com o paciente, explicar a situação. Agora não posso deixar de atender.” (A6)</i></p> <p><i>“Eu chamaria o paciente para conversar. Poderia também pedir para o ACS ir na casa, entender a situação da pessoa e orientar.” (A7)</i></p> <p><i>“Eu procuro levar na brincadeira e orientar eles para corrigirem isso.” (A9)</i></p> <p><i>“Primeiro eu tentaria abordar e perguntar para ele o que está acontecendo. Falaria que nós estamos aqui para te ajudar, mas você também precisa querer.” (A15)</i></p>
--	---

	<p><i>“A primeira coisa é sentar com essa pessoa e explicar que nós gostaríamos de poder ajuda-lo, mas que para nós fazermos isso, ele também precisa cooperar. E se ele não está interessado em cooperar, nós continuamos interessados em cuidar dele.” (A13)</i></p>
<p>Deixar toda a responsabilidade do cuidado para o paciente</p>	<p><i>“Se você não quer, então vai ser atendido onde você quer. Se aqui você não adere, não participa, não aceita, então você fica para resolver o que acha melhor.” (A2)</i></p> <p><i>“Assinar aqui e abandonar. A pessoa tem o livre arbítrio.” (A3)</i></p>

Fonte: elaborado pela autora.

Sobre a conduta diante da situação (TABELA 6), a maioria dos profissionais, 14 participantes, relataram utilizar a comunicação, a conversa e o diálogo como mediador do contexto. Apesar de não ser objetivo deste estudo, pudemos perceber que a utilização desta estratégia para enfrentamento da situação ética, está de acordo com a estratégia descrita pelos participantes em questões anteriores ao abordar a vivência de um caso ético real e como o mesmo foi resolvido (FIGURA 5), podendo demonstrar coerência na escolha das estratégias utilizadas para resolução de situações éticas:

Figura 5: Relação entre a estratégia utilizada para resolução de situações éticas reais e fictícias.

Vivência de um caso ético	Caso ético fictício
<ul style="list-style-type: none"> • 13 participantes • 11 respostas de uso do diálogo 	<ul style="list-style-type: none"> • 16 participantes • 14 respostas de uso do diálogo

Fonte: elaborado pela autora.

Quando refletimos sobre como os profissionais lidam com situações difíceis na Atenção Básica, Zoboli et al. (2016) relatam que são utilizadas as seguintes estratégias de enfrentamento: ações educativas; envolvimento da rede social e familiar; uso da autoridade profissional para manter a ordem; humanização da gestão; humanização da clínica; acionamento da rede profissional e do serviço. As ações educativas incluíram como cursos de ação: adequar orientações para o paciente; checar o que o paciente entendeu das orientações; explicar vantagens da responsabilidade no tratamento; orientar o usuário sobre a gravidade da doença; orientar sobre a corresponsabilização pela saúde, com o que cabe aos profissionais e os usuários. Ao sugerir como curso de ação acionar a rede social e familiar, um dos enfermeiros assinala: “porque a gente sabe que é uma rede, que ela conta com uma rede muito maior, porque existem outras famílias, parentes, outras pessoas com quem ela pode contar e que ela possa resolver e fica aquela sensação de que talvez seja mais fácil desistir”.

Para o enfrentamento de situações difíceis, Beauchamp e Chidress (2013) acreditam ser importante considerar as virtudes profissionais, sendo que estas devem ser distinguidas das habilidades técnicas relacionadas as atribuições. Para esses autores, as virtudes dos enfermeiros refletem diferentes modelos da profissão de Enfermagem:

No modelo tradicional, a enfermeira como uma assistente do médico, é encorajada a cultivar atitudes passivas da obediência e da submissão. Nos modelos contemporâneos, as virtudes ativas são mais proeminentes. A obediência a regras é uma exigência do modelo tradicional, mas a atenção constante aos direitos dos pacientes e a preservação da integridade da enfermeira são enfatizados no modelo atual baseado na autonomia, especialmente aqueles que reconhecem a enfermeira como a protetora do paciente (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2013).

Segundo os autores citam no trecho acima, a autonomia é uma característica presente na Enfermagem contemporânea. Nesse sentido, chama a atenção, o relato de dois profissionais que afirmam deixar toda a responsabilidade do cuidado para o paciente. Esta atitude desperta uma inquietação pois pode ocasionar desassistência à saúde. Nesse sentido, considerando usuários que não respeitam as normas das unidades de saúde de Atenção Básica, Zoboli et al. 2016 afirmam que:

Os profissionais usam indevidamente o poder quando se sentem desafiados por usuários que questionam, não seguem indicações, não respeitam normas. Isso apontou, muitas vezes, limitações na prática profissional devido à falta de domínio de meios e instrumentos para alcançar as soluções almejadas, especialmente habilidades psicossociais para compreender e lidar com relações difíceis, e comunicacionais, para dialogar sobre a vivência destas situações (ZOBOLI, et al. 2016).

De acordo com Edgoose (2012), os pacientes difíceis despertam nos profissionais uma mescla de sentimentos negativos (exasperação, derrota, aversão), usualmente, devido a comportamentos considerados inapropriados para ambientes de assistência médica, podendo gerar a ocorrência de situações éticas. Essas situações podem ser agravar se os profissionais não tiverem habilidades psicossociais para contornar esses acontecimentos.

Frente a esta realidade, Zoboli et al. 2016 recomendam que são necessárias ações transitivas para incorporar o preparo das habilidades relacionais na formação inicial e contínua dos profissionais para relações mais assertivas, rompendo-se o histórico comportamento paternalista e autoritário que não vê o usuário como um adulto em uma relação que precisa tender à horizontalidade, com acolhimento e visão de integralidade.

5.2.8- Fundamentos utilizados para tomada de decisão frente a um problema ético na prática profissional

Após responderem sobre qual solução dariam para o caso fictício apresentado na questão anterior, os participantes foram convidados a contar sobre qual fundamento utiliza para a tomada de decisão em casos que envolvam problemas éticos. Assim, após análise dos dados, os relatos foram agrupados nas seguintes categorias (QUADRO 6):

QUADRO 6: Fundamentos utilizados para a tomada de decisão no cuidado.

FUNDAMENTOS UTILIZADOS PARA A TOMADA DE DECISÃO NO CUIDADO	
Valores pessoais e familiares	A4, A8, A9, A10, A14, A15
Troca de experiências com outros profissionais	A1, A5, A12
Valores religiosos	A3, A6
Legislação profissional e Código de Ética de Enfermagem	A11, A13
Relatar o ocorrido ao superior	A2, A7
Decisão compartilhada com a equipe	A16

Fonte: elaborado pela autora.

Como identificado neste trabalho, a maioria dos profissionais faz uso de valores pessoais e familiares para sustentar sua tomada de decisão frente a uma situação ética. Nesse sentido, podemos perceber que ao utilizarem os valores pessoais e familiares na tomada de decisão ética na prática profissional, podemos estar arriscados a relativização, onde cada pessoa pode ter um saber próprio, com valores distintos. Nessa perspectiva, estimula nosso desejo de compreender porque apenas 02 profissionais relataram fundamentar sua tomada de decisão no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem? Tendo em vista, que este é um documento legítimo e reconhecido para direcionar as condutas éticas dos profissionais de Enfermagem.

Segundo Beauchamp e Chidress (2013), nos últimos anos as codificações formais e a instrução na moral profissional aumentaram através dos códigos de ética médica, de Enfermagem e ética para pesquisa. Assim, para esses autores:

Um código profissional representa uma declaração articulada do papel moral dos membros da profissão, e é nesse sentido que os profissionais se distinguem dos padrões impostos por instituições externas, embora suas normas algumas vezes se sobreponham e coincidam (BEAUCHAMP, CHIDRESS, 2013).

Historicizando a trajetória dos códigos de ética da Enfermagem no Brasil, os primeiros estudos para a elaboração de um código de ética foram realizados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e seus resultados, publicados em 1958. Essa versão continha 16 artigos, mantendo os padrões éticos relacionados às demais profissões da saúde, porém dando ênfase a expressões como dedicação, lealdade e confiança. Esse documento sofreu uma reformulação em 1975 pela própria ABEn, sendo acrescentados dois artigos na nova versão. Passou

a contar com 18 artigos no total, sem alterar seus fundamentos apresentados no código anterior. A partir de então o código de ética passou por reformulações em 1993, 2000 e 2007 (OGUISSO, 2010) e 2017.

Conhecer essa trajetória é importante pois podemos perceber que a Enfermagem brasileira possui um instrumento ético que orienta suas práticas desde o ano de 1958, ou seja, há 61 anos. E, apesar de 6 décadas terem se passado, os achados deste estudo, demonstram que poucos profissionais reconhecem esse instrumento em sua tomada de decisão na prática profissional em Enfermagem.

Além da fundamentação para a tomada de decisão no cuidado, quando vivenciamos uma situação ética, segundo Mitchell (1990), é importante compreender que sua origem pode estar vinculada aos conflitos fundamentais de uma crença, deveres ou princípios éticos das partes envolvidas. Na realidade, a situação é geralmente um emaranhado confuso de coisas entrelaçadas, distorcidas, ocultas e todas tomadas como certas, mas nem todas conectadas. Nesse contexto, raramente há uma solução simples, de tal forma que puxar um único fio, possa resolver a situação. Soluções sugeridas parecem implicar algum bem, algum mal e um pouco de incerteza. A análise ética envolve pacientemente afastar os nós, desfiar o aparato conceitual e então classificar os fios de cada argumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer com um pouco mais de profundidade os participantes deste estudo pode reafirmar que todas características e vivências que trazemos conosco devem ser consideradas. Pois, acredito que somos um ser único, singular, indivisível entre pessoa e profissão. Podemos estar neste momento como profissionais, porém não deixamos nossas vivências pessoais de lado. Somos uma eterna e inacabável construção.

As características sócias demográficas dos participantes deste estudo, estão de acordo com os achados em outras publicações. Uma Enfermagem predominantemente feminina, faixa etária e tempo de atuação na função variáveis, permeando as diversas categorias deste estudo. Vale destacar, o fato de todos os participantes relatarem possuir algum tipo de religiosidade. Assim, pensamos: será que sentir apoio em uma crença, pode deixar o profissional mais fortalecido para enfrentar as situações que irão acontecer em sua vida?

Ao imergirmos nossa atenção para as questões éticas oriundas da prática profissional de Enfermagem na ESF, percebemos que atuar na Atenção Básica exige um pensar não só no cuidado, mas também para a sensibilização de poder perceber situações éticas, desfocando-os do modelo hospitalocentrico e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação de alguns profissionais. Isto, pode ter levado os estudos da Bioética a focar-se nas situações limite, em detrimento das situações do cotidiano, que podem estar mais presentes na prática profissional de Enfermagem na ESF.

A definição de ética e problema ético trazida pelos participantes está associada respectivamente ao respeito, sigilo e empatia e a falta de respeito e falta de sigilo. Termos comuns na prática de Enfermagem, especialmente ao pensarmos na ESF. Neste local, esses termos aparecem como destaque em algumas políticas públicas, resoluções, cartilha de direitos dos usuários do SUS e nas fundamentações do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Nesse sentido percebemos que associar esses termos a ética, pode estar relacionado ao cenário onde esses profissionais executam a Enfermagem: a Atenção Básica. Principal porta de acesso ao sistema público de saúde.

Atuando nesses espaços, os profissionais relataram que seus problemas éticos derivam das relações: entre pacientes, família e comunidade, entre equipe e entre gestão e organização do sistema de saúde. Por estar presente nas relações, podemos perceber que a abordagem dos problemas éticos que derivam na Atenção Básica deve considerar a singularidade e o contexto das pessoas envolvidas. Também, pode ser considerado a questão das desigualdades sociais e

das políticas públicas dos locais onde os profissionais de Enfermagem atuam, dando vez e voz a eles que atuam de maneira tão intensa e são tão conhecedores desses cenários.

Ao compartilharem como resolveram as situações éticas, grande parte dos profissionais utilizou como ferramenta o diálogo. Percebemos o diálogo como parte importante do processo de comunicação da Enfermagem, e poder reconhecer que estes profissionais utilizam dessa estratégia, demonstra a sensibilidade desses profissionais para o manejo das situações éticas, estando de acordo com o que quase todas as grandes teorias éticas se propõem: reflexão e a discussão, proporcionando forças interiores para fazer o que é certo e bom. E não apenas utilizar a ética com caráter punitivo ou legislativo.

Em nosso estudo, identificamos que os valores pessoais e familiares é a principal fundamentação utilizada pelos profissionais para a tomada de decisão no cuidado. Nesse sentido, percebemos que os valores pessoais sustentam as decisões na prática profissional. Reconhecemos esta importância, por outro lado, almejamos que os profissionais de Enfermagem apoderem-se de um instrumento próprio e específico para subsidiar as condutas éticas da Enfermagem, como o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Este trabalho conduziu-se buscando identificar os problemas éticos dos profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, conhecendo seus modos de resolução e sua fundamentação para tomada de decisão no cuidado. Com base nos resultados alcançados, é possível afirmar que os objetivos propostos foram atingidos e foram além. Pois, também, com este trabalho foi possível comparar as estratégias de resolução de problemas éticos em situações distintas, caso real e caso fictício. Sem dúvida, uma de suas maiores heranças e motivação em seu desenvolvimento foi iniciar, ainda que de modo tímido, um impulso das discussões éticas na Enfermagem no município pesquisado, pensando a valorização ética dos profissionais e não apenas discutindo a falta de ética. Deixa a inquietação, o intenso desejo e a possibilidade de aprimorar os estudos no universo da ética, para cada vez mais construir fundamentações que ajudem a qualificar ainda mais a prática em Enfermagem.

Durante o processo de elaboração destas considerações finais, recebo a notícia de que segundo uma pesquisa pública realizada em 2018 pela agência americana Gallup, pela 17 vez a Enfermagem é eleita como a profissão mais ética. Não só os enfermeiros mantiveram o recorde, como a confiança da população em geral cresceu 2% em comparação com a última pesquisa. Ainda que não seja uma pesquisa com todo o rigor científico, este dado é motivo de satisfação e orgulho pois demonstra a percepção da população para o reconhecimento do papel da Enfermagem. Reforçamos o desejo para que esses dados possam representar a realidade brasileira.

Finalizo este texto com algumas palavras que buscam traduzir de forma simples meus sentimentos e o significado da Enfermagem:

Poderia ser apenas mais uma entre as duas milhões de pessoas no mundo.

Mas não é.

Seus sentimentos e atitudes o tornam diferente no mundo atual.

Persistência, determinação, sensatez.

Ah, e o amor. Este o eleva, o impulsiona, dá forças, consolida seu caminhar

Seu sorriso dá esperanças, sua alegria reaviva, seu toque no cuidado transmite carinho.

Pensa nas pessoas. Pensa nas famílias. Pensa nas comunidades. Assim, com suas atitudes e olhar ampliado, pode propagar mudanças para melhorar a qualidade de vida de toda a população.

Existem situações em que as pessoas podem nos considerar rígidos ou até mesmo frios. Mas, logo se reconhece que temos uma postura adequada para a situação e assim, fazemos o que deve ser feito.

A Enfermagem chora e sofre diversas vezes com o sofrimento do outro. Pratica a empatia na mais concreta definição da palavra.

Estuda, pesquisa, busca soluções, e até improvisos, para única e exclusivamente cuidar. Motivada pelo espírito de Florence Nightingale, troca noites de sono, horas de almoço, momento de descanso e lazer pelo trabalho. E faz isso sem ressentimento, pois o que lhe conforta é a sensação do dever cumprido.

Reconhece a importância de seu papel social: o cuidar da vida humana, em todos os seus momentos.

E quando ainda assim, o restabelecimento pleno e saudável de uma vida não for possível, quando aparentemente nada mais pode ser feito, ela segura a mão e acalenta com um olhar afetuoso.

Através dessas atitudes e sentimentos que permeiam nosso caminhar, cabe finalizar dizendo que isso é Enfermagem. Somos Enfermagem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ACCASTO, A. A. M.; ALVES, L. C.; PEREIRA, E. G.; CAMPOS, C. M. S.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. **O acolhimento no PSF: validação de concepções através de oficinas de trabalho**. São Paulo 2002. [Monografia de Conclusão de Curso de Graduação – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].
- ACTOR, J. K. *Imunologia e Microbiologia*. 1 ed. Cidade: Elsevier; 2007. 204 p.
- ALEXANDER, S. They decide who lives, who dies. **Life**. v.53, p. 102- 25, 1962.
- ALVES, M. S.; FABRI, A. C. O. C.; FAQUIM, L. J.; OLIVEIRA, M. L. L.; LOPES, F. N.; AGUIAR, C. C. **A contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) para o sistema público de saúde de Araraquara**. Dissertação de mestrado- Faculdade de Ciências e Letras. Araraquara. Universidade Estadual Paulista, 2008. 291 p.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Communication with dying pa-tients: perception of ICU nurses in Brazil. **J Clin Nurs**. 2006.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J.; FRANCISCO, M. C. P. B. The nurse and the dying: essential elements in the care of termi-nally ill patients. **Int Nurs Rev**. 2007.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômacos*. Trad. Mário Gama Kury. 4 ed. Brasília: UNB, 2001.
- AROUCA, A. S. S. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, Rio de Janeiro, n.11, p.2-4. 1988.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.
- BARRETO, I. C. H. C.; LIRA, G. V. A bioética e a estratégia de saúde da família. **Sanare**. v. 4, n.1, p. 15- 18, JAN./FEV./MAR. 2003.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 7 ed. New York: Oxford University Press; 2013. 574 p.

BLASCO, P. G. A medicina de família: um caminho para humanizar a medicina. **Revista Notadum**, São Paulo, v 5, n.9, p. 51- 60. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Portaria nº 267, 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2436 de 21 de Setembro de 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS- Departamento de Informática do SUS. Sistema de informação sobre morbidade hospitalar do SUS. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Clientela_Listar.asp?VTipo=03&VListar=1&VEstado=35&VMun=350320&VComp=201606>. Acesso em 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS- Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde- CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrSP.def>>. Acesso em 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Portaria 648. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva do programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de agentes comunitários e saúde da família: PACS/PSF. Portaria 692 de 25 de Março de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

BRODY, H. Empirical Studies of Ethics in Family Medicine. **The Journal of Family Practice**. v. 16, p. 1061–1063, 1983.

CAETANO, J. A. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Revista Esc Anna Nery**. v. 11, p. 325-330, 2007.

CARNEIRO, A. D.; COSTA, S. F. G.; PEQUENO, M. J. P. Disseminação de valores éticos no ensino do cuidar em Enfermagem: estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**. v. 18, p. 722- 730, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 dez. 2017. Seção 1, p. 157.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN nº 218/1999. Aprova o regulamento que disciplina sobre juramento, símbolo, cores e pedra utilizados na Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jun. 1999. Seção 1, p. 162.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN. **A vida de Florence Nightingale, a criadora da moderna enfermagem**- Homenagem ao centenário de falecimento. 31 ago. 2010. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/a-vida-de-florence-nightingale-a-criadora-da-moderna-enfermagem_5455.html>. Acesso em 16 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN. **Pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil.** 2013. Disponível em: <
http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-equipe.pdf>. Acesso em 20 jan. 2019.

EDGOOSE, J. Rethinking the difficult patient encounter. **Fam Pract Manag.** v. 19, p. 17-20, 2012.

FERNANDES, M. F. P.; PEREIRA, R. C. B. Percepção do professor sobre o respeito. **Nursing.** v. 87, p. 375-379, 2005.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 19, p. 328-331, 2006.

FIESTER, A. The “difficult” patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. **Am J Bioeth.** v.12, p. 2-7, 2012.

FORMIGA, N. S. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. Porto. 2012. Disponível em:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf>. Acesso em 10 de jan. 2019.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e da privacidade. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. P. 269- 284, 1998.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>. Acesso em 13 de jan. 2019.

FREIRE, P. V. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. **Rev. enferm. Cent. Oeste. Min.** 2012. v. 2, p. 1-9. Disponível em:
 <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/171>>. Acesso em 29 jul. 2018.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; FERNANDES, M. F. P. Fundamentos éticos e morais na prática de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**. v. 3, p. 104- 108, 2010.

GLASER, G.; STRAUSS, A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem- versões e interpretações**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 432 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, A. L. C.; LENILDE, D. The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. **Rev Esc Enferm USP**. V. 43, p. 365-372, 2009.

GRACIA, D. Ethical case deliberation and decision making. **Med Health Care Philos**. v. 6, n. 3, p. 227-33, 2003.

GRACIA, D. Semiologia de los conflictos morales em bioética. In: VI Congresso Brasileiro de Bioética, I Congreso de Bioética Del Mercosur e Fórum da Redbioética/UNESCO. Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu Sociedade Brasileiro de Bioética, 2005. p. 36.

HAVE, H. A. M. J. Potter's Notion of Bioethics. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, v. 22, n. 1, p. 59- 82, Mar. 2012.

HELLER, J. Syphilis Victims in U.S. Study Went Untread for 40 years. **The New York Times**, Nova York, 26 jul. 1972.

HOSS, G. M. Fritz Jahr e o imperativo bioético. Debate sobre o início da Bioética na Alemanha e sua importância em nível internacional . **Revista Bioethikos**- Centro Universitário São Camilo, v. 7, p. 84- 86, 2013.

HOTTOIS, G., PARIZEAU, M.H. **Dicionário Da Bioética**. Coleção Atlas e Dicionários. Instituto Piaget, 1993. p. 58-64.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico 2010- Cidades: São Paulo: Araraquara.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350320&search=||info%20gr%20E1%20f%20i%20c%20o%20s%20-%20informa%20E7%20F5%20es-completas>>. Acesso em: 29 de Setembro de 2017.

JAHN, F. Bio-Ethik: eine umschau über die ethischen. Beziehungen des menschen zu tier und pflanze. Kosmos. **Handweiser für Naturfreunde.** v. 24, p. 2-4, 1927.

JUAREZ. Sistema Integrado de Informação e Gestão em Saúde Pública. **Cobertura vacinal no município de Araraquara.** Disponível em: <<http://sesa.fsp.usp.br/juarez/index.php#>>. Acesso em 16 jul. 2018.

LEITE, A. I. T.; CLAUDINO, H. G.; SANTOS, S. R. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. **Cogitare Enfermagem.** v. 14, n. 1, 2009.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da Enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu.** n. 24, p. 105- 125, 2005.

MACHADO, M. H.; Aguiar, W.; LACERDA, W. F.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; SANTOS, M. R.; SOUZA, P. B.; JUSTINO, E.; BARBOSA, C. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco.** v. 6, n. 1, p. 11- 17, 2015.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enfermagem.** v. 15, p. 472- 478, JUL-SET, 2006.

MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Ensino da bioética na formação do enfermeiro: interface com a bibliografia adotada. **Acta Paul Enferm.** v. 23, p.392-398, 2010.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública.** v. 17, p. 233-241, 2001.

MILL, J. S. Utilitarianism. Hackett Publishing Company, 2001. In: MILL, J. S. Utilitarianism, 1861.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITCHELL, C. Ethical dilemmas. **Critical Care Nursing Clinics of North America**. v. 02, n. 3, p. 427- 430, 1990.

NIGHTINGALE, F. **Notas Sobre Enfermagem – o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989. 174 p.

OGUISSO, T.; TAKASHI, M. H.; FREITAS, G. F. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Histórico e Atualidades. In: Freitas GF, Oguisso T. **Ética no contexto da prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 dez. 1948. Disponível em: <www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista bioética**. v. 21, p. 9- 19, 2013.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 11^a ed. São Paulo: Loyola, 2014. 678 p.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2010. v. 44, n.3, p.

657-664. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015>. Acesso em 29 jul. 2018.

POTTER, V. R. Science, religion must share quest for global survival. **The Scientist**. v. 8, p. 1-12, 1994.

POTTER, V. R. **Bioética: ponte para o futuro**. Tradução de Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016. 207 p.

POTTER, V. R. Getting to the Year 3000: can Global Bioethics overcome Evolution's Fatal Flaw? **Perspectives Biol Med**. 1990. v. 34, p.89- 98.

POTTER, V. R. **Global Bioethics: building on the Leopold Legacy**.Michigan: Michigan State, 1988. 203 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Ética e valores. In: Fundamentos de Enfermagem. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p. 313- 324.

PRESCOTT, P. A.; HART, R. J.; BOWEN, A. S. Physician-nurse relationships. **Annals of Internal Medicine**. v. 103, p.127-133, 1985.

RIBEIRO, R. F. G. A ética profissional dos procuradores públicos: o sigilo profissional. **Rev Dir**. v. 8, p.13-19, 2005.

ROSENSTOCK, K. I. V.; SOARES, M. J. G. O.; SANTOS, S. R.; FERREIRA, A. S. M. Aspectos éticos no exercício da Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. v. 4, p. 727- 733, OUT/DEZ, 2011.

SACARDO, D. P. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: um estudo bioético**. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2007, v. 41, p.777-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500006>. Acesso em 29 jul. 2018.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez, 1989. 224 p.

SELLI, L. **Bioética na Enfermagem - Interpretação à luz dos princípios bioéticos**. São Leopoldo (RS): Unisinos; 1998.

SOUZA, K. M. J.; DUARTE, L.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, p. 904-910, 2010.

STEPHANY, K. **Cultivating empathy: inspiring health professionals to communicate more effectively**. Sharjah: Bentham Science Publishers, 2014. 194 p.

SUGARMAN, J. organizador. **Ethics in primary care**. New York: McGraaw-Hill, 2000.

TSCHUDIN, V. **Counselling skills for nurses**. 2 ed. London: Baillière, 1988.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: relação Técnicos de Saúde – Utentes. **Análise Psicológica**. v. 22, p. 615- 620, 2004.

TRONCOSO, M. P.; SUAZO, S. V. Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios. **Acta Paul Enferm**. v. 20, p. 499-503, 2007.

UNITED STATES OF AMERICA. Dept. of Health, Education, and Welfare. **The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research**. Bethesda: National Institute of Health; 1978.

VIENS, D. C. Moral dilemmas experienced by nurse practitioners. **Nurse Practitioner Forum**. v. 5, p. 209–214, 1994.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família**. 2003. 253 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa de saúde da família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1690- 1699, Nov/Dez. 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Loyola/Editora do Centro Universitário São Camilo; 2002.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V.; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíciles en Atención Primaria de la Salud: entre la atención y el ordenamiento. **Interface**. v. 20, p. 893-903, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A- Reunião no COFEN para aprovação do CEPE.

Plenária COFEN, em 23/10/2017, com a conselheira da Câmara de Educação e Pesquisa, Profa. Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez.

APÊNDICE B- Curso Harvard Clinical Bioethics- Boston, EUA.

Na primeira imagem, com a enfermeira diretora do Centro de Bioética de Harvard, RN, MS Christine Mitchell.

Na segunda imagem, canto direito superior, em frente ao prédio da Harvard Medical School.

Na terceira imagem, canto direito inferior, com a descrição do Clinical Bioethics Course.

APÊNDICE C- Alguns encontros e palestras sobre Ética Profissional na Enfermagem.

Na primeira imagem, canto esquerdo, palestra sobre o novo CEP para os profissionais de Enfermagem da rede municipal de Araraquara, S.P.

Na segunda imagem, canto direito, palestra sobre as “Mudanças no código de ética. Qual o caminho?” Realizada na semana de Enfermagem da Universidade Paulista- UNIP, Araraquara, S.P.

APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Convite

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo "**Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados pela equipe de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**", que pretende identificar os problemas éticos vivenciados por profissionais de Enfermagem que atuam nas Equipes de Saúde da Família. Após ser esclarecido sobre a pesquisa e caso aceite participar, você deverá assinar duas vias deste documento, já assinadas pelo pesquisador. Uma delas ficará com você e a outra será arquivada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP/ USP.

➤ O que devo fazer para participar desse estudo?

Você irá responder uma entrevista individual, que será áudio gravada, contendo perguntas a fim de caracterizar os participantes, com informações referentes a sexo, idade, nível escolar, função, tempo de atuação na ESF. Em seguida, responderá questões que tem como objetivo conhecer os problemas éticos que a equipe de Enfermagem vivencia na ESF. A entrevista será realizada nas dependências do seu local de trabalho, previamente autorizada pela coordenação e agendada uma data via contato telefônico com os responsáveis pelas unidades para realizar o convite a você. O tempo total previsto é de, aproximadamente, 15- 20 minutos.

➤ Existe algum risco ou benefício da minha participação no estudo?

Os riscos podem estar relacionados eventualmente com sentimentos de constrangimento ou sensibilidade devido às perguntas relacionadas a questões éticas oriundas da prática profissional. Caso ocorra qualquer situação dessa natureza, você poderá comunicar a pesquisadora e se achar necessário, interromper a conversa sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Não estão previstos benefícios diretos a você, mas espera-se que, os resultados deste trabalho possibilitem a ampliação de discussões sobre as perspectivas éticas na prática do cuidado na área da Enfermagem em Atenção Básica.

➤ Sou obrigado a participar?

Não. É importante saber que a sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você pode desistir de participar a qualquer momento e a recusa em participar não irá causar nenhum problema na instituição onde trabalha, porém a sua participação é muito importante para o desenvolvimento deste estudo.

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

➤ **Terei algum custo ou benefício financeiro?**

Não haverá nenhum custo ou benefício financeiro caso aceite participar. Você tem direito à indenização, segundo as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

➤ **Quem autorizou essa pesquisa?**

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem a função de proteger eticamente os participantes da pesquisa.

➤ **Serei identificado?**

Não. O seu anonimato está garantido, ou seja, você não será identificado em nenhum momento da pesquisa. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em congressos científicos, mantendo o anonimato de todos os participantes.

➤ **Em caso de dúvidas, com quem posso conversar?**

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o CEP-EERP/USP, na Avenida Bandeirantes 3900, Bairro Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP 14040-902, telefone (16) 3315-9197, em dias úteis, nos horários 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00. Poderá também contatar a pesquisadora responsável, pelo telefone (16) 3315-3427, em dias úteis, nos horários entre 08:00 as 17:00.

Eu, _____ (seu nome),
recebi as informações acima e concordo em participar da pesquisa.

Participante

Araraquara, _____, 2017.

Aline Cristina de Faria
Pesquisadora responsável
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

APÊNDICE E- Instrumento de coleta de dados

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Instrumento de coleta de dados	Número do instrumento:
1- Sexo: ☐ masculino ☐ feminino	
2- Qual é o mês e o ano de seu nascimento? <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ano	
3- Qual a sua religião ou culto?	
4- Nível escolar ☐ médio ☐ superior- área:	
5- Qual a sua função: ☐ Aux. Enf. ☐ Téc. Enf. ☐ Enfermeiro	
6- Há quanto tempo você trabalha nessa função:	
7- Há quanto tempo você atua na ESF:	
8- O que você entende por ética na sua prática profissional?	
9- O que é um problema ético para você?	
10- Você já enfrentou problemas éticos em sua atuação na ESF? ☐ sim ➡ siga quesito 11 ☐ não ➡ passe para o quesito 14	
11- Você poderia fazer um breve relato desse problema ético enfrentado? ☐ sim ➡ siga relato ☐ não ➡ quesito 14	
12- Qual foi o problema ético vivenciado nessa situação?	
13- Qual foi sua conduta/ solução diante desse caso? <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">➡ Após resposta, passe para quesito 18</div>

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

14- Você conhece algum caso que envolva um problema ético vivenciado por outro profissional de Enfermagem que atua em ESF?

☐ sim → siga quesito 15

☐ não → passe para o quesito 18

15- Você poderia fazer um breve relato desse caso?

☐ sim → siga relato

☐ não → passe para quesito 18

16- Que problema ético você identifica nesse caso relatado?

17- Como o caso foi resolvido/ solucionado?

18- Vou te apresentar um caso fictício e solicito que você identifique o problema ético presente na situação narrada e diga qual solução você apresentaria para ela.

19- Em situações que envolvam problemas éticos na sua prática profissional, em que você se baseia para a sua tomada de decisão?

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dialogando com a bioética: problemas éticos vivenciados pela equipe de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: Aline Cristina de Faria

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78339417.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.403.443

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: ofício de resposta, projeto de pesquisa e TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram respondidas adequadamente em relação à possível relação de autoridade e à sistematização da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.403.443

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_988386.pdf	21/11/2017 14:47:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2017 14:46:32	Aline Cristina de Faria	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	21/11/2017 14:46:14	Aline Cristina de Faria	Aceito
Outros	resposta.pdf	21/11/2017 14:21:41	Aline Cristina de Faria	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/11/2017 14:21:08	Aline Cristina de Faria	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 28 de Novembro de 2017

**Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)**

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B- Caso Fictício

Caso fictício

H. A. C., 66 anos, hipertenso, faz acompanhamento na ESF há 1 ano, de difícil adesão ao cuidado proposto, não tem apresentado controle do quadro. Em seus atendimentos na unidade sempre chega atrasado, perturbando a rotina da unidade. O profissional que o atende tenta acolhe-lo da melhor maneira possível, mas sente-se tentado a deixar de investir seus esforços (ZOBOLI, 2003).