

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FERNANDA CRISTINA LEMOS MENDES

Ética e cuidado humanizado em Saúde Mental: percepções dos
profissionais de enfermagem

RIBEIRÃO PRETO

2018

FERNANDA CRISTINA LEMOS MENDES

Ética e cuidado humanizado em Saúde Mental: percepções dos
profissionais de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Estudos sobre a Conduta, a Ética
e a Produção do saber em Saúde

Orientador: Ronildo Alves dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

Mendes, Fernanda Cristina Lemos

Ética e cuidado humanizado em Saúde Mental: percepções dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, 2018.

72 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Ronildo Alves dos Santos

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Ética. 4. Cuidado Humanizado. 5. Ética das Virtudes.

MENDES, Fernanda Cristina Lemos

Ética e cuidado humanizado em Saúde Mental: percepções dos profissionais de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico esta obra a todos os profissionais de enfermagem que cuidam dos seus pacientes com justiça, compaixão, amor e ética, que mesmo com um oceano de dificuldades no trabalho não permitem que seus pacientes sejam desprovidos de um cuidado virtuoso.

AGRADECIMENTOS

A Deus que foi meu escudo durante todos os momentos de provações que vivi nesses dois anos. O Senhor foi meu sustento, minha verdade, minha força e acima de tudo meu melhor amigo.

Às minhas amadas santinhas Nossa Senhora Aparecida, Santa Rita, Santa Catarina e Santa Terezinha do menino Jesus que a todo momento inspiravam em meus pensamentos que Deus não colocaria um sonho irrealizável no meu coração. Foram vocês que me protegeram da morte, da destruição e que me acompanharam durante o meu sofrido e prazeroso mestrado!

Ao meu amado companheiro Luís Guilherme que me apresentou o “Universo do Saber” e que me fez acreditar que eu só precisava ter determinação e empenho para viver o meu processo na pós-graduação. Você disse que provavelmente não seria fácil mais que estaria ao meu lado em qualquer situação e foi assim que foi, desde os desafios da aprovação no programa até o depósito da dissertação. Agradeço imensamente por toda paciência, companheirismo, dedicação e por ter me aconselhado, apoiado e orientado em todos os momentos. Você foi meu porto seguro, meu amigo, e grande mestre. Eu consegui passar por todas as tribulações porque você me ensinou que sou forte e que nenhuma situação seria tão ruim que juntos não resolveríamos.

Aos meus amados pais Fernando e Isabel que me proporcionaram viver meu sonho de estudar na escola que eu sempre sonhei, que estavam ao meu lado em todas as etapas da minha vida que me ensinaram ser, antes de uma boa profissional e aluna, um ser humano que deveria sempre respeitar e considerar os sentimentos das pessoas sem nenhum julgamento. Vocês me ensinaram a ser eu mesma, mas sempre buscando ser melhor a cada dia. Mãe nenhuma palavra descreveria com fidelidade o quanto sou grata por ter sido meu apoio e por ter confiado em mim em todos os momentos com seu jeito amoroso e cheio de fé, você acreditou em mim mais que eu mesma. E o senhor, pai, mesmo sem entender muito bem minhas solicitações me amparou em cada uma delas e fez tudo o que foi possível para me “levar” até o Congresso na Bélgica. Não trabalhar e não ter bolsa por um longo período, não me impediu de continuar dedicando integralmente ao mestrado, porque vocês lutaram todos os dias com dignidade para me manter estudando.

À minha amada irmã Maria Laura e ao meu cunhado João Paulo pela paciência, e respeito, o companheirismo de vocês foi fundamental em todos os meus momentos de inquietude. Obrigada por me manterem animada, assim, persisti mesmo com tantos obstáculos no caminho.

A todos meus primos, que com certeza me proporcionaram as poucas “válvulas de escape” que tive nesse tempo de dedicação exaustiva, meu muito obrigada por cada risada e momento compartilhado.

Aos meus avós tão amados Lucy e João, que foram com certeza a engrenagem que não me deixou parar, eu não poderia decepcionar vocês, que com tanto amor e orgulho, contavam para os amigos o quanto a neta é dedicada e exemplo para os mais novos. Obrigada por cada “colo” e por cada cuidado.

À memória dos meus avós Olívio e “Lila”, que me ensinaram a ser uma mulher honesta, esforçada e dedicada através de seus exemplos de vida.

A toda minha família, em especial toda família Mendes, que me ajudaram a ter meu cantinho em Ribeirão com tanto amor e cuidado e que compartilharam vários momentos delicados comigo, e a toda família Lemos pelas partilhas e torcida!

Ao meu orientador Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos, que me ensinou ver nas minhas fragilidades (e não eram poucas), muita potência. As experiências proporcionadas por você foram valorizadas com muito empenho por mim, foi um prazer ser colaboradora das suas disciplinas além do PAE (Programa de Aperfeiçoamento de Ensino), representar você em algumas ocasiões e estar do seu lado em momentos academicamente importantes me fez crescer como profissional e muito mais como ser humano! Muito obrigada por toda paciência quando eu passei pelas provações da vida, você me encorajou a não desistir e a continuar construindo minha história.

À Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna e a todo grupo de pesquisadores, alunos e bolsistas do PPSUS e do Prêmio InovaSUS, que durante nosso trabalho, me proporcionaram momentos de grande aprendizado, partilhas e que me ensinaram a potencialidade de um grupo me “adotando” com tanto amor e cumplicidade. Aprendi com vocês e com todos os orientandos da professora Cinira que é caminhando que se faz o caminho.

Aos companheiros do “Núcleo de ética e pensamento crítico em Enfermagem”, em especial ao Léo e a Edireli que partilharam comigo vários momentos importantes.

Aos participantes da pesquisa e aos demais servidores do Hospital Allan Kardek que me receberam com muito carinho e respeito. Em especial a Dona Lázara que me acolheu como se eu pertencesse a “casa” e que me convidou para partilhar um pouco mais com a equipe do hospital sobre questões éticas, momentos frutíferos para nós enquanto Enfermagem, e em especial como um fruto da minha dissertação. Meu muito obrigada pelo companheirismo e parceria.

A todos meus compreensivos amigos que relevaram minhas ausências, compartilharam minhas ansiedades e conquistas, e que acima de tudo, estiveram sempre ao meu lado e rezando por mim, em especial vocês, Elaine, André, Laís, Mariany, Adriano, Ítalo, Lucas e Sabrina.

À Universidade de São Paulo meu agradecimento a todos os docentes e colaboradores, em especial aos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sem o empenho de todos vocês eu não teria realizado esta etapa com tantas “portas” abertas para o meu estudo e a chave foi a qualidade desta Escola graças a cada um de vocês que nas lutas diárias conquistam este mérito.

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus? Ela é uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! "

(Florence Nightingale Una and the lion, 1871, p.6)

RESUMO

MENDES, F. C. L, **Ética e cuidado Humanizado em Saúde Mental: Percepção dos profissionais de Enfermagem**. 2018. 72f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, que teve por objetivo compreender como os profissionais que atuam no campo da saúde mental percebem a ética e o cuidado humanizado na sua prática profissional, a partir do referencial da Ética das Virtudes (EV), conforme a proposta de Pellegrino e Thomasma (1993). Foram entrevistados 21 profissionais da equipe de enfermagem, entre eles auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros de um hospital psiquiátrico situado no interior do estado de São Paulo. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas, os dados foram analisados através do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2016) emergiram as categorias 8.2.1 Significados atribuídos a ética; 8.2.2 Percepções sobre situações que envolvam ética na oferta do cuidado; 8.2.3 Significados atribuídos a cuidado humanizado; 8.2.4 Percepções sobre situações que envolvam cuidado humanizado. Dessas categorias despontaram 10 subcategorias, dentre essas destacaram-se 8.2.1.1 Sigilo Profissional, que para o grupo pesquisado é associado ao termo “ ética” e associado ao respeito e a confiança na relação profissional-paciente; 8.2.1.3 Hábitos e virtudes e 8.2.2.2 Virtudes subcategorias estas onde os profissionais trouxeram práticas éticas alicerçadas em virtudes; 8.2.2.1 Violência, onde foram expressadas situações que caracterizam o cuidado como não ético; 8.2.3.2 Empatia entendida pelos entrevistados como um fator afetivo essencial na prática do cuidado humanizado e a subcategoria 8.2.4.1 Vínculo que também está relacionado com a empatia, a percepção dos profissionais é que este laço deve ser construído com base na confiança. Foi evidenciado que o termo “ ética” foi eminentemente associado a situações negativas enquanto o termo “cuidado humanizado”, está relacionado majoritariamente a situações positivas.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde Mental. Ética. Cuidado Humanizado. Ética das virtudes.

ABSTRACT

MENDES, F. C. L. Ethics and humanizing health care in mental health: from nursing professionals' perspective. 2018. 72f. Dissertation (Master in Science) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Exploratory research, employing qualitative descriptive approach, aimed to understand how mental health professionals perceive ethics and humanizing health care in their practice, based on The Virtues in Medical Practice proposed by Pellegrino and Thomasma (1993). 21 nursing professionals (including nurses and nursing assistants) from a psychiatric hospital in the state of São Paulo were interviewed. The interviews were consentingly recorded in electronic devices and transcribed. The Bardin's Content Analysis method (2016) were applied to the data and the following categories emerged 8.2.1 Meanings attributed to ethics; 8.2.2 Perceptions of situations involving ethics in the provision of care; 8.2.3 Meanings attributed to humanizing health care, and 8.2.4 Perceptions of situations involving humanizing health care. 10 subcategories came out from these categories, bringing attention to 8.2.1.1 Professional Secrecy, which is associated with ethics, respect and trust in the professional-patient relationship, according to the group studied; 8.2.1.3 Habits and virtues; 8.2.2.2 Subcategories of virtues where the professionals mentioned ethical practices based on virtues; 8.2.2.1 Violence, where situations were characterized as unethical care; 8.2.3.2 Empathy as an essential affective factor to humanizing health care, according to the interviewees, and 8.2.4.1 Connection also associated with empathy, which from the professionals' perspective, must be based on trust. It was found that the term "ethics" is usually associated with negative situations while the term "humanizing health care" is mostly associated with positive ones.

Keywords: Nursing. Mental Health. Ethics. Humanizing Health Care. Virtue Ethics.

RESUMEN

MENDES, F. C. L, Ética y cuidado Humanizado en Salud Mental: Percepción de los profesionales de enfermería. 2018. 72f. Disertación de (Mestría em Ciências) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirao Preto, 2018

Estudio exploratorio, descriptivo de abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue comprender cómo los profesionales que actúan en el área de salud mental perciben la ética y el cuidado humanizado en su práctica profesional, a partir del referencial de Ética de las Virtudes (EV), de acuerdo con la propuesta de Pellegrino y Thomasma (1993). Fueron entrevistados 21 profesionales del equipo de enfermería, entre auxiliares y técnicos, además de enfermeros de un hospital psiquiátrico situado en el interior del estado de San Pablo. Las entrevistas fueron grabadas en medio digital, con el consentimiento de cada participante, y posteriormente se transcribieron. Los datos se analizaron por el método de Análisis de Contenido de Bardin (2016) emergiendo las categorías: 8.2.1 Significados atribuidos a la ética; 8.2.2 Percepciones sobre situaciones que envuelven la ética en la oferta del cuidado; 8.2.3 Significados atribuidos al cuidado humanizado. De estas categorías surgieron 10 subcategorías, entre las cuales se destacan: 8.2.1.1 Sigilo Profesional, que para el grupo analizado es asociado al término “ética” y asociado al respeto y la confianza en la relación profesional-paciente; 8.2.1.3 Hábitos y virtudes y 8.2.2.2 Virtudes, ésta subcategoría donde los profesionales trajeron prácticas éticas basadas en virtudes; 8.2.2.1 Violencia, donde expresaron situaciones que caracterizan el cuidado como no, ético; 8.2.3.2 Empatía, entendida por los entrevistados como un factor afectivo esencial en práctica del cuidado humanizado y la subcategoría 8.2.4.1 Vínculo que está relacionado también con la empatía, la percepción de los profesionales es que este lazo debe ser construido basado en la confianza. El término “ética” fue predominantemente asociado a situaciones negativas, mientras que el término “cuidado humanizado”, está relacionado en su mayoría a situaciones positivas.

Palabras claves: Enfermería. Salud Mental. Ética. Cuidado Humanizado. Ética de las virtudes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EV	Ética das Virtudes
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
LV	Lista das Virtudes
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PNH	Política Nacional de Humanização
RP	Reforma Psiquiatria
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	15
1.1.1	Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	17
1.1.2	Política Nacional de Humanização (PNH).....	17
2	JUSTIFICATIVA	20
3	MARCO TEÓRICO.....	21
4	OBJETIVOS	28
4.1	OBJETIVO GERAL.....	28
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	30
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	30
5.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
5.3	INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS.....	31
5.3.1	Questionário Sociodemográfico	32
5.3.2	Entrevistas	32
6	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
7	ANÁLISE DOS DADOS	35
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
8.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	37
8.2	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	40
8.2.1	Categoria: Significados atribuídos à ética	43
8.2.1.1	Subcategoria: Sigilo Profissional.....	43
8.2.1.2	Subcategoria: Responsabilidade Profissional.....	45
8.2.1.3	Subcategoria: Hábitos e virtudes.....	47
8.2.2	Categoria: Percepções sobre situações que envolvam ética na oferta do cuidado.....	48
8.2.2.1	Subcategoria: Violência	48
8.2.2.2	Subcategoria: Virtudes	51
8.2.3	Categoria: Significados atribuídos a cuidado humanizado	52
8.2.3.1	Subcategoria: Cuidar com carinho e amor	52
8.2.3.2	Subcategoria: Empatia.....	54
8.2.4	Categoria: Percepções sobre situações que envolvam cuidado humanizado	56
8.2.4.1	Subcategoria: Vínculo.....	56
8.2.4.2	Subcategoria: Diálogo.....	58
8.2.4.3	Subcategoria: Oferta de cuidados com higiene pessoal	59
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
10	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A	67
	APÊNDICE B	68
	APÊNDICE C	69

APÉNDICE D70
ANEXO A.....72

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Cuidado de Enfermagem

“No campo da saúde, o cuidado tem posição de destaque e é proposto como seu objeto” (MEHRY, 2003). O cuidado está na essência da prática de enfermagem, podemos entender essa colocação através de algumas reflexões que Horta (1979, p. 3) faz sobre a prática de enfermagem:

(...) o Ser Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser Enfermeiro é gente que cuida de gente.

Assim, autores e estudiosos do cuidado de enfermagem adotam distintas definições e significados em relação ao cuidado. Segundo Boff (1999), “O ser humano precisa do cuidado, porque sem ele não vive, nem sobrevive. Se não cuidarmos de nossa saúde, de nossa formação permanente e de nossa espiritualidade, lentamente vamos degenerando e adoecemos”.

E de acordo com Waldow (2008), o cuidar do outro envolve ações e comportamentos que privilegiam não só o estar com, mas o ser com, assim podemos inferir que não é apenas uma questão de procedimentos e atividades técnicas.

Acredita-se que procedimentos, intervenções e técnicas realizadas com o paciente, só se caracterizam como sendo cuidado, no momento em que comportamentos de cuidar sejam exibidos, tais como: respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse, compaixão etc. O cuidar é um processo interativo, só ocorre em relação ao outro. O modo de ser cuidado envolve relação não de sujeito-objeto, mas sim de sujeito-sujeito. (WALDOW, 2008)

O cuidado pode ser considerado como o verdadeiro instrumento dos profissionais cuidadores, os enfermeiros, atitude que vai além de executar técnicas ou administrar medicações. É se colocar no lugar do outro e perceber suas

necessidades, tanto fisiológicas como emocionais, dar ao outro conforto e segurança, para que possa passar pelos “momentos difíceis” de forma mais amena e tranquila (BOFF,1999).

O cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, o cuidado representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa, sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, perde o sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que realizar, estará prejudicando a si mesmo e pode destruir o que estiver à sua volta (PERNA, 1997; MOLINA 2004).

Cabe à enfermagem avaliar o tipo de ajuda necessária, planejar e implementar o plano de cuidados, que pode incluir o tratamento, plano este que visa despertar, acordar, estimular as capacidades de viver do paciente, uma vez que a finalidade primeira dos cuidados de enfermagem é permitir transpor um limiar, ultrapassar uma etapa (COLLIÉRE, 2003).

Em síntese, o tratamento nunca poderá substituir o cuidado. Pode-se viver sem tratamento, mas não se pode viver sem cuidado. Logo, as ações de cuidado não podem ser postas à parte, ou mesmo excluídas do tratamento (COLLIÉRE, 2003).

Podemos pensar que o cuidado de enfermagem no campo da saúde mental tem sua construção através de alguns acontecimentos sociais e políticos que contribuíram para as “metaformoses” do cuidado de enfermagem ofertado às pessoas adoecidas mentalmente. Esse novo conceito em termos de saúde mental teve como ponto de partida a necessidade do cuidado humanizado, necessidade esta que se dava com o anseio de transformar as finalidades terapêuticas no modelo asilar, que durante um longo período histórico permitiu que a enfermagem ofertasse aos adoecidos mentalmente, condições desumanas, autoritárias e deletérias de cuidado (MARÇAL,2010).

Serão apresentados nos próximos subitens, alguns destes acontecimentos sociais e políticos em um breve esboço.

1.1.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para alterar esse cenário de práticas desumanas foram necessárias mudanças, e na concepção de Costa-Rosa (2013), “A Reforma Psiquiátrica (RP), foi um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental [...]”. Foi, principalmente, no contexto da Reforma Psiquiátrica que o conceito de cuidado passou a ser reformulado, quando começaram a surgir novas instituições que tinham caráter suplementares e outras substitutivas. Mesmo convivendo com o Manicômio e o Hospital Psiquiátrico, a lógica de inclusão social começou a “garantir” novas práticas assistenciais em saúde mental. De acordo com Marçal (2010, p. 237):

Os eixos principais desse movimento anti-psiquiátrico são a descentralização e a intersectorialidade das ações em saúde, combinando práticas clínicas e promoção de saúde para o aprimoramento da assistência, socialização do indivíduo e a humanização do cuidado.

Assim, o cuidado de enfermagem em saúde mental começa a ter seu viés no cuidado humanizado e, no Brasil, essas transformações foram decorrentes de vários movimentos sociais, políticos. Entretanto, interessa para este trabalho considerar algumas influências do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, colocando em questão o modelo de política psiquiátrica vigente até então no país. Podemos destacar a sanção da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Assim, o cuidado de enfermagem em saúde mental começa a ser redirecionado no sentido de que as pessoas adoecidas mentalmente têm seus direitos, assim como de qualquer outro paciente. No ano de 2003, através do Ministério da Saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que emergiu da experimentação prática da política pública de saúde em implementação no Brasil em hospitais de Saúde Mental (BRASIL, 2010).

1.1.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. (BRASIL; 2013)

A PNH é vinculada à Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, além de contar com a participação das equipes regionais de apoiadores que estão articulados as secretarias de saúde estaduais e municipais. Com objetivo de descobrir possíveis maneiras de fazer saúde, promover e ampliar as inovações através dos planos de saúde, esta articulação é considerada fundamental (BRASIL; 2013).

A PNH, fomenta também a construção de processos mais humanizados e autônomos na perspectiva de corresponsabilidade dos usuários e dos profissionais da saúde em suas atividades no trabalho. Esse movimento é formado a partir de um coletivo entre usuários, trabalhadores que buscam minimizar esse processo através do enfrentamento de relações de poder que podem facilitar práticas desumanizadas (BRASIL; 2013).

Tem em sua estrutura de funcionamento a criação de cadernos denominados Caderno HumanizaSUS específicos para setores e áreas da saúde. No primeiro semestre de 2015, foi lançado o quinto volume do Caderno HumanizaSUS, específico para saúde mental, o qual tem seu primeiro capítulo intitulado “Humanização e saúde mental: Cuidado humanizado é cuidado em liberdade” (BRASIL, 2015), e traz experiências e os debates que a Reforma Psiquiátrica em desenvolvimento no Brasil tem produzido.

Neste sentido, a equipe de enfermagem em saúde mental confronta com questões éticas vinculadas à assistência do cuidado com o indivíduo adoecido mentalmente, e, no Brasil, alguns dos dispositivos que norteiam como se deve agir frente a questões éticas, são a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Assim, o que se encontra disposto no Caderno HumanizaSUS de Saúde Mental, é um capítulo dedicado a considerações éticas, que traz a perspectiva de uma “ética radical” a qual apesar de ser definida como modelo ético não está suficientemente delineada (BRASIL, 2015).

Desse modo, pode-se entender que o posicionamento adotado frente a questões éticas, pode estar fortemente vinculado a imposições que se dão através de códigos e políticas, e como consequência os profissionais de enfermagem que atuam na saúde mental frente assuntos éticos são “norteados” através desses dispositivos éticos de “como devo fazer”, e não de “como devo ser”.

Neste contexto, pode-se considerar que os dispositivos nacionais disponíveis para o direcionamento ético do posicionamento em relação às questões éticas vivenciadas na Saúde Mental, estão vinculados a imposições e políticas, e não com seu foco no caráter do agente, o que talvez possa refletir em dilemas morais.

Considerando que o cuidado no âmbito da saúde mental e, particularmente, o cuidado humanizado perpassa pelas concepções e posicionamentos éticos assumidos pelos profissionais em sua prática cotidiana, torna-se relevante investigar as percepções que profissionais de enfermagem, que atuam no âmbito da saúde mental apresentam em relação à ética no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico, bem como o que estes profissionais compreendem como sendo questões éticas, vivenciados em sua prática profissional e como se posicionam perante elas.

2 JUSTIFICATIVA

Estudar a respeito de ética e humanização em enfermagem sempre foram temas de interesse e o assunto emerge como uma resposta a inquietações não apenas profissionais como também pessoais.

A postura profissional sempre me chamou atenção porque como paciente desde a infância percebia que o cuidado de enfermagem se diferenciava de um profissional do outro pelo simples jeito de organizar o material na bandeja, de maneira cuidadosa ou não, e pela maneira que alguns deles explicavam os procedimentos.

Desde a minha inserção na graduação sendo bolsista logo no terceiro mês após minha aprovação, onde tinha a função de ser responsável pela manutenção e conservação dos cadáveres no Laboratório de Anatomia da Universidade, muito me incomodava a maneira como alguns alunos desrespeitavam e expunham os corpos. Esses incômodos só aumentaram durante meu estágio supervisionado em psiquiatria quando me deparei com condutas “profissionais” de funcionários da instituição e colegas de turma que tratavam os pacientes de modo desumano e antiético.

Atuando como gestora em uma clínica médica percebi que nós profissionais de enfermagem falávamos muito sobre a importância de ofertar um cuidado humanizado e de balizar nossas tomadas de decisões firmados em princípios éticos. No entanto, notei que a maneira como o cuidado era percebido e o universo de significados a ele atribuídos poderia estar associado a dificuldade de ponderar as decisões e nas fragilidades observadas nos atendimentos, como por exemplo falta de respeito e honestidade com pacientes, convívio desrespeitoso nas relações interpessoais e dilemas vivenciados durante a prática profissional.

Busquei na literatura dados que me convencessem o que era realmente necessário para sociedade, pesquisar sobre como os profissionais percebem essas questões e identificar possíveis apontamentos, e assim encontrei dados prévios que me fizeram acreditar que estava no imaginário coletivo que as pessoas esperam que os profissionais de enfermagem tenham virtudes no caráter para serem considerados bons profissionais e assim decidi dar início a este estudo.

3 MARCO TEÓRICO

... aqueles de nós que tiveram a sorte de serem cuidados e tratados por enfermeiras sabem que o caráter admirável (ou 'virtudes') dessas enfermeiras é absolutamente central para o que as torna boas enfermeiras - isso é sobre "quem são" e não apenas "o que fazem"

Allan Cribb, King'sCollege¹

Em novembro de 2011, a atitude de uma jovem de 21 anos, da cidade goiana de Formosa, chocou o Brasil com a divulgação de um vídeo em que ela aparece maltratando, até a morte, um pequeno cachorro da raça Yorkshire. Em poucos dias o vídeo teve mais de um milhão de acessos na internet, com grande repercussão em várias redes sociais. Além da brutalidade do ato e dele ter sido praticado na presença de uma criança de três anos de idade, filha da agressora, o que também chamou a atenção, sendo muito destacado, foi o fato da jovem ser enfermeira. Afora os epítetos de “enfermeira assassina de Formosa”, “monstro de Goiás” e outros do gênero, muitas pessoas afirmavam não compreender como uma enfermeira pôde agir daquela forma. Expressavam, assim, uma visão da enfermagem caracterizada pela compaixão, pelo cuidado, pela ajuda ao próximo, a qual pode ser materializada pela afirmação de uma jornalista: “Se é assim que ela cuida dos animais, como será que ela cuida dos pacientes que estão sob seus cuidados? ”.

Esta visão que se apresenta na citação de Alan Cribb, no prefácio do livro *WhatMakes a Good Nurse*.

... a maioria das pessoas espera que uma enfermeira tenha não só um conjunto adequado de habilidades para a cuidado, mas também tenha um conjunto específico de qualidades, ou seja, traços de caráter consistentes com o cuidar dos outros (SELLMAN, 2011, p17).

O que subjaz a essas afirmações é a aceitação da enfermagem mais como uma prática moral, alicerçada em certos valores e virtudes, do que como um simples conjunto de práticas prescritas e aliadas a um saber especializado, que caracterizam

¹In SELLMAN, 2011, p. 12.

uma dada profissão (VANLAERE & GASTMANS, 2007). Isso é tão presente que alguns países possuem exigências específicas nesse sentido para o exercício profissional em enfermagem. Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, por exemplo, exigem que as instituições de ensino apresentem uma declaração de *boa saúde e bom caráter* de seus estudantes antes que estes completem seus cursos, para poderem obter o registro profissional em enfermagem, conforme especificado em *Good Health and Good Character: Guidance for Educational Institutions*, do UK Nursing and Midwifery Council (NMC). Já na província de Alberta, Canadá, os enfermeiros devem confirmar anualmente serem possuidores de "*good character and reputation*", no momento da renovação de sua licença profissional, de acordo com o College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA, 2010).

As peculiaridades do processo do trabalho em enfermagem fazem com que seja assim, ou retomando Sellman:

O fato de que os profissionais de enfermagem freqüentemente operem às margens do sofrimento humano, sendo expostos à fragilidade humana de uma forma que poucos, se houver algum, outros grupos ocupacionais o são, requer desses profissionais não apenas clareza sobre os efeitos da prática de enfermagem, mas também sobre a necessidade de agirem de acordo com a busca do bem humano, especialmente quando a conquista desse bem é desafiada pela vulnerabilidade adicional de ser um paciente (SELLMAN 2011, p.48).

Ou seja, o trabalho em enfermagem, ao lidar com questões tão sensíveis ao ser humano, requer mais do que destreza e conhecimentos técnicos. Requer também um comportamento moral compatível com valores inerentes e caros à prática profissional.

O exposto parece desfrutar de amplo consenso, e isso coloca um desafio para educadores, pesquisadores e profissionais de saúde: se é assim, como o processo educativo pode dar conta dessa faceta do trabalho em enfermagem?; ou ainda: como promover uma educação moral em enfermagem? E aqui, do consenso, da concordância, passamos à divergência. Vários são os caminhos e as respostas a essas questões. Segundo Van Hooft (1990), na enfermagem, esses caminhos podem ser divididos em duas abordagens básicas, a primeira abordagem é referente

a princípios e normas, representada pelos chamados códigos de ética ou deontológicos, que definem quais ações são moralmente certas, descrevendo suas características. Esses princípios e normas estão mais centrados nas ações e não nos enfermeiros enquanto pessoas ou em suas atitudes e se fundamentam nas chamadas éticas deontológicas e consequencialistas (utilitarismo). A segunda abordagem, de acordo com Van Hoof, está ligada a valores e virtudes, e está mais focada no indivíduo e em suas atitudes como pontos de partida para a uma correta atuação profissional. Esta última abordagem está ligada ao que se convencionou chamar de ética das virtudes e é a ela que nos dedicaremos a seguir.

A EV pode ser definida como uma abordagem que enfatiza o caráter e as disposições da pessoa ao invés de, como as outras abordagens, destacar deveres, regras ou princípios. Em sua essência, ela foca mais o *ser* do que o *fazer* (MAGEE, 2001). A idéia aqui é que nosso ser, ou seja, quem nós realmente somos, influencia nosso comportamento. Assim, a ética das virtudes na enfermagem pode ser vista como uma abordagem da deliberação ética sobre o caráter e a disposição dos profissionais de enfermagem enquanto agentes morais, tendo em vista capacitá-las para cumprir seus propósitos e funções profissionais (DAVIS *et al*, 1997).

O médico Edmund Pellegrino e o filósofo David Thomasma são considerados os responsáveis por proporem a abordagem das virtudes para o campo da ética biomédica, baseados em discussões sobre a ética aristotélica promovidas por diversos filósofos em meados do século XX, em especial Alasdair MacIntyre, na sua obra *After Virtue* (1984). As bases do pensamento de Pellegrino e Thomasma estão postas já na introdução do livro *The virtues in medical practice*, de 1993:

Somos inclinados a aceitar a noção de que existe uma natureza humana e que essa natureza, embora se desenvolva física e socialmente, transcende o tempo e o espaço o suficiente para que possamos fazer proposições (gerais) sobre ela. Algumas dessas proposições formam parte da própria medicina. Outras se desenvolveram na reflexão ética ao longo dos séculos. Embora se reconheça que há esferas ou tradições de discurso moral que são aparentemente irreconciliáveis (entre si), como diria MacIntyre, dá-se uma vinculação suficiente entre os seres humanos e suas atividades, de modo que os indivíduos dentro de cada uma das tradições possam argumentar acerca das percepções, pressuposições, lógica e aplicabilidade deles entre outros sistemas de discurso moral. (PELLEGRINO & THOMASMA, 1993, p. viii)

É a partir desse reconhecimento de uma natureza humana, fundamento comum e ponto de partida, que os autores vão elaborar a proposta de uma ética das virtudes para o campo profissional em saúde, em especial o da medicina. A idéia aqui é que em cada atividade profissional existe uma prática que, cumprida de forma rigorosa, faz com que o profissional seja bom e virtuoso. Ferrer e Álvarez (2005, p. 186), ao apresentarem a obra desses autores, vão destacar: “diferentemente da ética geral, no campo da ética profissional parece que seria possível alcançar um consenso teleológico, no sentido clássico (finalístico) do termo; ou seja, um acordo acerca do bem ou da finalidade a que visa a profissão em questão”. A proposta não é no sentido de uma ética geral e filosoficamente fundamentada, mas de um empreendimento possível, ou seja, a elaboração de uma ética no âmbito da prática profissional em saúde.

Neste sentido, Pellegrino, em seu ensaio “Toward a Virtue- Based normative Ethics for the Health Professions” (1995), propõe examinar, à partir do trabalho de Alasdair MacIntyre (1984), o desenvolvimento histórico do que ele vai chamar de noção “ Clássico-Medieval” de virtude, e divide o ensaio em três partes onde propõe examinar a possibilidade de uma restauração de um estatuto normativo para uma ética baseada em virtude. Na primeira parte, o autor faz um delineamento das origens, ruptura e retomada, da concepção Clássico-Medieval das virtudes, dando ênfase às razões das suas transformações e declínio. Pellegrino coloca que a EV perdeu sua força normativa por estar baseada, por longo tempo, na filosofia moral, filosofia que atualmente não é aplicada tanto na ética geral quanto na ética profissional. Na segunda parte, o autor propõe produzir uma análise semelhante à análise que ele realiza na primeira parte, sobre o conceito de virtude, no entanto nesse momento especificamente na ética médica e das outras profissões de saúde, ressaltando as possibilidades e requisitos para sua restauração como conceito normativo. Pellegrino argumenta que por uma variedade de razões a recuperação de uma filosofia moral comum para sustentar uma teoria normativa da EV seria inviável e remota, a possibilidade de um consenso na ética geral, mas que a ética baseada em virtudes tem grande possibilidade de ser aplicada no âmbito da ética das profissões de saúde, onde o consenso sobre o “bem” pode ser possível de se estabelecer. Pellegrino discute na terceira parte duas questões, na primeira questão

coloca como a EV poderia se relacionar a outras teorias éticas contemporâneas e enfatiza que essas teorias deveriam integrar com o que o autor chama de “quatro elementos essenciais da vida moral”, sendo eles: o agente, o ato a circunstância e a consequência. E na segunda questão o autor traz que a ética baseada em virtudes não pode estar sozinha devendo estar relacionada a uma filosofia moral mais abrangente e atual.

É a partir dessas colocações mencionadas, que Pellegrino propõe a elaboração do “tripé” necessário para construção de qualquer teoria normativa da ética das virtudes. O primeiro eixo refere-se à construção de uma teoria médica para definir o *telos* da medicina como uma atividade, onde a obtenção do *telos* poderia ser alcançada através da ciência e da arte da medicina, bem como das profissões de saúde. Assim, o autor menciona que as atividades específicas exercidas pelos profissionais de saúde podem determinar um tipo de atividade particular humana. O segundo eixo, centra-se na questão da necessidade de definir o conceito de virtude na ética médica em termos do *telos* no conflito clínico, e assim Pellegrino define virtude baseado em Aristóteles e MacIntyre, e definiu virtude como: “Um traço de caráter que dispõe habitualmente a existência de intenção e desempenho em relação ao *telos* específico de uma atividade humana” (PELLEGRINO 1995). E o terceiro eixo essencial para compor o tripé para uma teoria normativa da EV, é a criação de uma lista de virtudes (LV), que vai definir o “bom” profissional da saúde.

Pellegrino afirma que a LV não pretende ser inclusiva de todos os hábitos necessários para a cura e que as virtudes incluídas são as mais essenciais para os propósitos para que o fim (bem) seja alcançado, e que não estão listadas em ordem de preferência. Assim sendo, abaixo descreveremos as virtudes contempladas na lista construída pelo autor são:

Fidelidade com a confiança e promessa: Essa virtude é composta pela importância da confiança na relação profissional-paciente. Pelo convite para que o profissional confie quando essa relação se inicia, pela importância da confiança no cuidado e pelo fato de que em último caso o paciente não tem outra escolha a não ser confiar no profissional.

Benevolência: Essa virtude busca o bem do paciente, é uma condição onde todos os atos devem ser realizados pensando no paciente.

Anulação do interesse próprio: Dada a vulnerabilidade e fragilidade dos pacientes, certo grau de anulação do interesse próprio é decorrente, pois o paciente pode tornar-se apenas um meio para avançar o poder, prestígio, lucro ou prazer do profissional.

Em tempos onde os cuidados geridos são realizados com interesses de fins lucrativos, a necessidade de anular o interesse próprio é urgente para o paciente ser protegido contra exploração.

Compaixão e cuidado: O profissional de saúde deve ser capaz de ser sensível a própria situação do paciente, este sentimento é essencial para adequar o tratamento levando em consideração a história de vida e particularidades do paciente.

Honestidade Intelectual: Em virtude da confiança que os profissionais da saúde desfrutam e do poder do conhecimento e da habilidade que exercem médicos e enfermeiros, podem ser agentes de grandes danos e bem. Reconhecendo quando são souberem algo e ser humilde o suficiente para admitir a ignorância é uma virtude de cura.

Justiça: Tomar a justiça como uma virtude na relação de cuidado requer o ajuste do cuidado às particularidades de cada paciente.

Prudência: Qualquer decisão clínica requer a consideração prudente de alternativas de ação em especial em situações de incerteza e stress.

Retomamos nesse momento outra discussão a respeito das virtudes essenciais, presente em *The Virtues...*, onde Pellegrino e Thomasma, elaboram, inicialmente, uma proposta para a prática médica, mas os próprios autores destacam a importância de que ela deve ser adequada, no sentido de adaptada, a todas as profissões da área da saúde de acordo com suas especificidades:

Profissionais de enfermagem e de outras profissões da área da saúde encontrarão muitas analogias entre o que falamos aqui e suas próprias especialidades. É claro que existem temas éticos específicos de outras áreas profissionais da saúde que não abordamos aqui. Estão serão mais propriamente abordados, em nossa opinião, por profissionais dessas profissões e por eticistas que com eles trabalhem. Nós esperamos que nossa proposta para as virtudes na prática médica estimule uma abordagem semelhante na enfermagem, no serviço social e outras profissões da área da saúde. (PELLEGRINO & THOMASMA, 1993, p. vix)

Esse convite de Pellegrino, onde traz a proposta das virtudes na prática das profissões da área da saúde, tem encontrado boa aceitação no campo da enfermagem, menos especificamente no âmbito nacional. O Brasil ainda carece de uma discussão mais aprofundada sobre a ética das virtudes, mas a literatura internacional tem sido abundante (ARMSTRONG, 1999; BEGLEY, 2005; McKIE A.; SWINTON J., 2000; NEWHAM, 2015). Esperamos poder contribuir, com este trabalho, para a ampliação da discussão da ética das virtudes na prática profissional em enfermagem, em detrimento de abordagens eminentemente deontológicas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Compreender como os profissionais de enfermagem que atuam no campo da saúde mental percebem a ética e o cuidado humanizado na prática profissional e relacionar com a Ética das Virtudes conforme proposta por Pellegrino e Thomasma.

4.2 Objetivos específicos

1- Identificar e avaliar os significados atribuídos à ética e ao cuidado humanizado em saúde mental.

2- Identificar e avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre, situações que envolvam a ética na prática do cuidado em saúde mental.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa permite a investigação de realidades não mensuráveis como a significância das relações humanas, valores e crenças que permeiam intensamente as relações de trabalho de enfermagem (NIMTZ, 2003).

De acordo com Gil (2005), o estudo exploratório é aquele que têm por objetivo explicitar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura maior conhecimento sobre o tema em estudo, possibilitando um levantamento provisório do fenômeno que deseja estudar de maneira mais detalhada e estruturada. Propicia também, a obtenção de várias informações a respeito do objeto, que para este estudo envolveu compreender como os profissionais de enfermagem percebem a ética e o cuidado humanizado na prática profissional no cenário da saúde mental.

E segundo Oliveira (2002), o trabalho descritivo propõe abranger aspectos gerais de maneira ampla, dentro do contexto social de modo a possibilitar o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua classificação e ordenação. A opção pelo método objetivou obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários elementos que influenciam determinados fenômenos.

5.1 Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Psiquiátrico, situado em um município do interior paulista, atende, há mais de 94 anos, 24 cidades da região noroeste do estado de São Paulo. Segundo dados da própria instituição, o hospital disponibiliza atualmente, ao sistema Único de Saúde 200 leitos para tratamento em internação hospitalar, além de 30 vagas destinadas ao atendimento do Hospital-Dia para pacientes esquizofrênicos/psicóticos (HOSPITAL PSQUIÁTRICO ALLAN KARDEC, 2018).

Os pacientes do setor SUS ficam acomodados em pavilhões, com quartos para no máximo 10 pessoas. Os pacientes do setor particular ficam em quartos com, no máximo, 5 pessoas. Na admissão, se o paciente estiver com risco de auto e/ou hetero agressividade, ele permanece sozinho, em quarto de observação intensiva, monitorado por câmeras e pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (HOSPITAL PSQUIÁTRICO ALLAN KARDEC, 2018).

A assistência prestada aos indivíduos presentes na instituição, é realizada por meios de ações terapêuticas e de reabilitação com o intuito de controlar os sintomas da doença, promover o resgate da socialização dos pacientes e ampliar a autonomia no gerenciamento de suas vidas (HOSPITAL PSQUIÁTRICO ALLAN KARDEC, 2018).

A equipe do hospital é composta por 162 funcionários entre eles médicos psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionista e coordenadores da área (APÊNDICE A).

5.2 Participantes da Pesquisa

Foram incluídos no estudo todas as categorias profissionais que compõem a equipe de Enfermagem, ou seja, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, que estavam em atividade na data da coleta de dados, e que atuavam há pelo menos seis meses na instituição. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados por férias ou por qualquer tipo de licença. Assim, o total de participantes do estudo foi de vinte e um profissionais.

5.3 Instrumentos utilizados na coleta dos dados

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada, que foram aplicados em um único encontro com duração média de 30 minutos, organizado em duas etapas.

A apresentação de como os instrumentos foram utilizados serão demonstrados a seguir em subitens, ressaltando que todos os entrevistados foram identificados através do código (E), e para manter a distinção entre os profissionais utilizou-se um caractere numérico indo-arábico.

5.3.1 Questionário Sociodemográfico

Na primeira etapa do encontro, foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), que continha questões afim de caracterizar os participantes, com informações referentes a sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação no campo da saúde mental, cargo ou função dentro da equipe de enfermagem. Esse primeiro momento do encontro teve duração média de aproximadamente 5 minutos.

5.3.2 Entrevistas

A segunda etapa envolveu a realização de entrevistas individuais com perguntas semiestruturadas, conforme o objetivo da pesquisa, mantendo-se as mesmas perguntas para todos os participantes (APÊNDICE C).

A entrevista semiestruturada é caracterizada por May (2004) pela abertura das questões, o que possibilitou ao entrevistado responder as perguntas a partir de uma concepção sem perder de vista o foco da entrevistadora. O uso desta técnica exigiu do entrevistador atenção e cuidado para que não influenciasse ou interpretasse as respostas dos participantes da pesquisa (GIL, 1999).

Para todos os trabalhadores que compõem a equipe de Enfermagem as questões envolviam: o entendimento sobre o que significava para eles: ética e cuidado humanizado na prática profissional no campo da saúde mental, e outras duas questões solicitavam que os participantes descrevessem uma situação vivenciada por eles onde eles pudessem identificar o cuidado como sendo um cuidado ético e um cuidado humanizado.

As perguntas foram realizadas com todos os trabalhadores que manifestaram interesse após seleção aleatória e convite por telefone para participar da pesquisa. Todas as entrevistas foram desenvolvidas pela pesquisadora, em uma sala do próprio hospital em data e horário combinado. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas.

6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início com o contato da pesquisadora com a coordenação do Hospital Psiquiátrico, para apresentação do projeto de estudo e autorização da instituição.

Posteriormente a pesquisa foi submetida, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), sob protocolo CAAE: 630887 16. 10000. 5393 (ANEXO A).

Na sua execução, foram resguardadas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012).

Após aprovação no Exame de Qualificação, foi realizado um levantamento do número atualizado dos profissionais de enfermagem e assim foram escolhidos de maneira aleatória, contatados por telefone e convidados a participarem do estudo. Os participantes que manifestaram interesse, tiveram horários agendados para entrevista com a pesquisadora, foi autorizado pela direção do hospital agendar as entrevistas em horário de trabalho e a direção disponibilizou também uma sala onde foram feitas as entrevistas, um lugar tranquilo e reservado (sala das preces).

Foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), e após leitura foi feito o esclarecimento individual, completo e pormenorizado sobre os objetivos, a segurança do anonimato e confidencialidade das informações coletadas, a voluntariedade da participação, assim como o esclarecimento de qualquer outra dúvida que emergiu a fim de respeitar a privacidade e a escolha do participante.

Foi reforçado que, em caso de sentimento de constrangimento ou incomodo, o entrevistado poderia pedir para interromper a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo, no entanto nenhum participante desistiu ou se apresentou constrangido.

7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos no estudo foram analisados, na perspectiva do método de Análise de Conteúdo de Bardin, que oferta um conjunto de técnicas para análise das comunicações. Esse conjunto de técnicas é dividido em três fases que são: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Na primeira fase, que é a pré-análise, foram organizados os documentos com objetivo de tornar operacional e sistemática as ideias iniciais. Essa fase possibilitou o desenvolvimento preciso e organizado das outras etapas para desenvolver o plano de análise (BARDIN, 2016).

Foram escolhidas as entrevistas com o intuito de cumprir as três missões que compõem essa fase: a escolha dos documentos para posterior análise, formulação do *corpus* de hipóteses, objetivos de acordo com a proposta da pesquisa, e indicadores para formarem a interpretação final. Para cumprir tais missões, as seguintes etapas, sugeridas por Bardin, foram seguidas:

- Leitura flutuante: onde a pesquisadora entrou em contato com os textos provenientes dos discursos coletados nas entrevistas e assim foi estabelecida as primeiras impressões do material
- Escolha dos documentos: demarcação do universo a ser analisado, seguindo todas as regras propostas, sendo uma delas a regra da representatividade “A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial. Neste caso, os resultados obtidos para a amostra serão generalizados ao todo.”
- A formulação das hipóteses e dos objetivos: nessa atividade foram formuladas hipóteses a partir de sugestões da análise *a priori* do problema que resultaram no *corpus* de hipóteses.

- A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: o estabelecimento dos indicadores se deu através das repetições dos índices contidos nas mensagens das entrevistas transcritas.
- A preparação do material: “Antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado. Trata-se de uma preparação material e, eventualmente, de uma preparação formal (“edição”).” Nesta última etapa as entrevistas foram organizadas (transcritas) possibilitando a posterior exploração, tratamento e interpretação do material (BARDIN, 2016).

A exploração do material foi realizada através da leitura de todas as respostas referentes às quatro perguntas contidas na entrevista semiestruturada. Assim, surgiram, através de uma organização e aprofundamento dos dados, a confirmação ou refutação das categorias e subcategorias que foram construídas no momento de criação das hipóteses e foram excluídas as hipóteses refutadas.

O tratamento dos resultados brutos foi realizado com objetivo de serem significativos e válidos. Foi possível, através da realização das etapas do método da análise de conteúdo interpretar, propor e inferir os dados em relação aos objetivos do estudo, dialogando com autores sobre os temas descobertos.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Caracterização dos profissionais entrevistados

O número total de funcionários que compõem a equipe de Enfermagem do hospital psiquiátrico deste estudo é de cento e vinte um. Sendo destes sete enfermeiros, oitenta e oito técnicos de enfermagem e vinte e seus auxiliares de enfermagem. Foram selecionados, através de sorteio, vinte e sete profissionais de enfermagem, destes 4 foram excluídos porque não se enquadravam no critério de inclusão (estar vinculado a instituição a pelo menos 6 meses), outros 2 profissionais também não participaram da pesquisa, porque no dia e horário agendado um profissional não estava se sentindo bem e precisou ir embora e não foi possível reagendamento, enquanto o outro não quis participar alegando medo de responder errado, mesmo após orientação, feita pela pesquisadora, informando que o intuito da pesquisa não era avaliar erros ou acertos e, sim, a percepção individual a respeito do cuidado de enfermagem. Assim, nesta pesquisa, foram realizadas vinte e uma entrevistas.

As informações contidas no questionário sociodemográfico que caracterizam os vinte e um profissionais participantes do estudo serão apresentadas e relacionadas com dados oficiais e algumas destas informações serão apresentadas em gráficos.

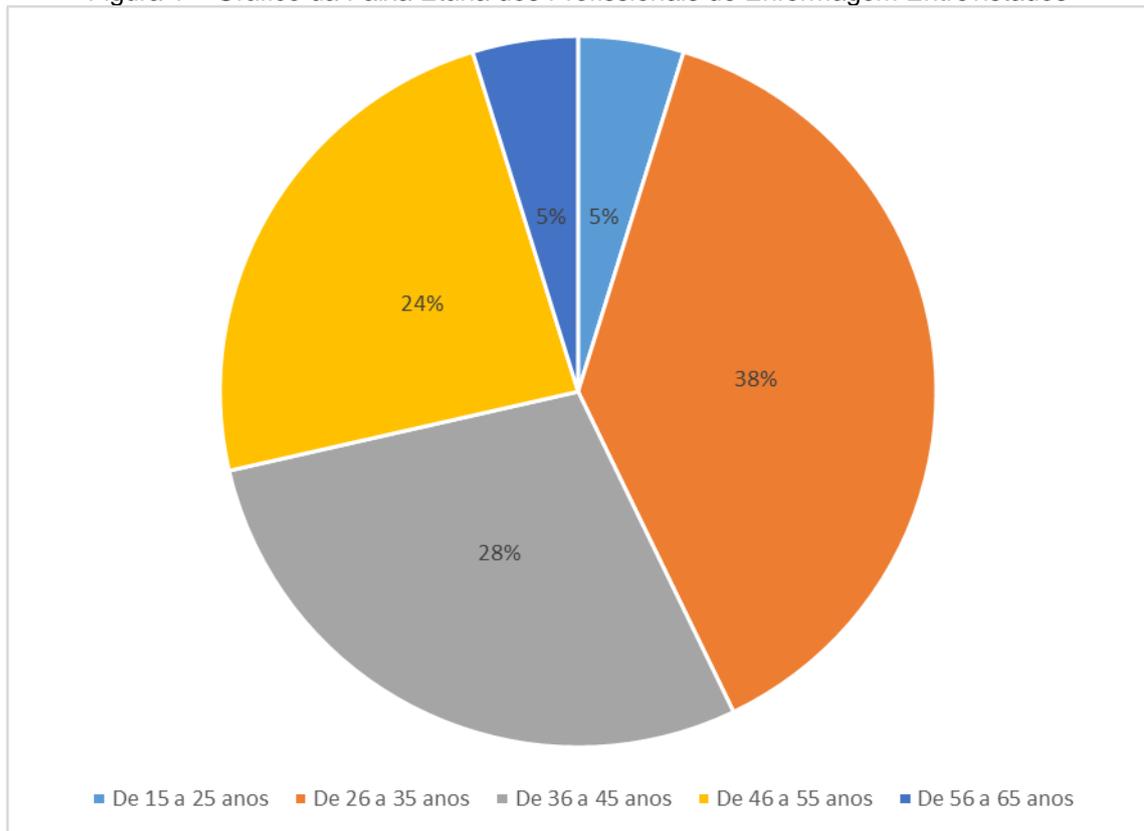
Os dados obtidos a partir do questionário sociodemográfico, quando comparados aos dados extraídos da pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e COFEN (2013), são próximos. A pesquisa de 2013 mostra que, no estado de São Paulo, 83,3% dos integrantes da equipe de enfermagem são do sexo feminino e 15,7% do sexo masculino, valores próximos ao da presente pesquisa 81% e 19% respectivamente.

A equipe de enfermagem em SP compõe-se em 77,1% de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem seguida de 22,9% de enfermeiros, de acordo com a pesquisa da Fiocruz e com o COFEN (2013), as porcentagens identificadas no

Hospital Psiquiátrico, no presente estudo, são similares, sendo de 77% para auxiliares e técnicos e 23% para enfermeiros.

No estado de São Paulo 43,4% dos profissionais de enfermagem são casados, 33,3% solteiros, 11,5% divorciados, 1,3% viúvos e 10,5% outros estados civis, enquanto neste estudo os resultados encontrados apontam para 14% casados, 47% solteiros e 38% divorciados. (FIOCRUZ; COFEN, 2013)

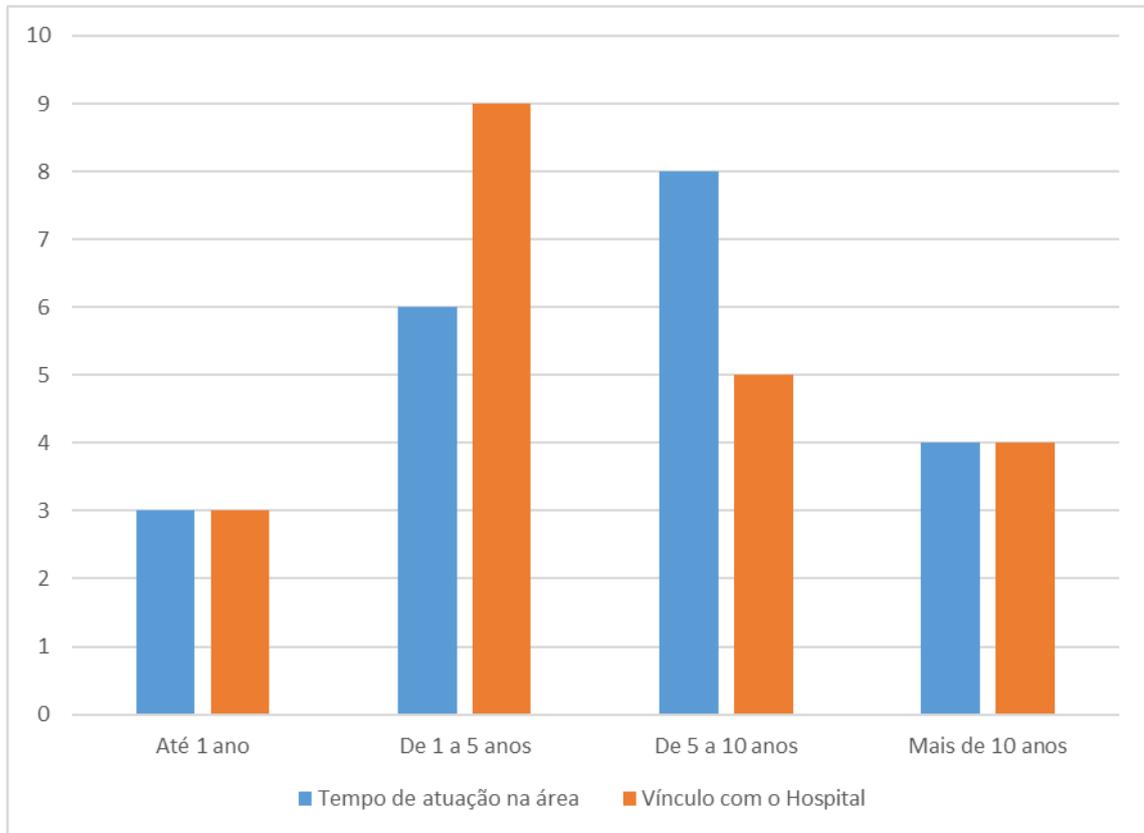
Figura 1 – Gráfico da Faixa Etária dos Profissionais de Enfermagem Entrevistados



Fonte: Dados extraídos do questionário sócio demográfico.

Os dados da Fiocruz e do COFEN (2013) possibilitam ainda a comparação por faixa etária e, para SP, apontam que 6,2% tem até 25 anos, 40,6% possui idade entre 26 e 35 anos, 30,8% está entre os 36 e 45 anos, 16,2% tem entre 46 e 55 anos, 5,0% possui entre 56 e 65 anos e 0,2% tem mais de 65 anos. Tais dados divergem ligeiramente dos obtidos nos formulários deste estudo, apresentados no gráfico da Figura 1, que mostram 5% dos funcionários tendo até 25 anos, 38% de 26 a 35 anos, 29% de 36 a 45 anos, 24% de 46 a 55 anos e 5% de 56 a 65 anos.

Figura 2 – Gráfico do Tempo de Atuação em Saúde Mental e de Vínculo com o Hospital Psiquiátrico



Fonte: Dados extraídos do questionário sócio demográfico.

Foi feita no presente estudo, com os dados da pesquisa da Fiocruz e do COFEN a nível nacional, outra comparação relacionada ao tempo de trabalho para os profissionais de enfermagem do país e os do grupo entrevistado. As estatísticas nacionais apontam que os integrantes da equipe atuando a no máximo 5 anos são 30,0% dos profissionais ativos, de 6 a 10 anos são 23,2%, de 11 a 20 anos são 23,8% e com mais de 21 anos de atuação são 13,6% do total de profissionais ativos. Ao analisar com os dados obtidos neste estudo, é possível perceber certa disparidade, uma vez que 57,1% dos entrevistados tem vínculo de no máximo 5 anos, 23,8% trabalham na instituição entre 5 e 10 anos e 19% possuem vínculo superior a 10 anos.

Os dados do questionário sociodemográfico aplicado nesta pesquisa, ainda permitiu identificar as religiões dos profissionais entrevistados e qual o percentual deles possui ao menos um filho. Quanto a religião, predominou a católica com 61% dos participantes, em seguida espírita 23%, evangélica com 14% e 4% disseram ter

outra religião. Já em relação aos filhos, 57% responderam que tem filhos enquanto 42% não tem nenhum filho.

8.2 Categorias e subcategorias

Após realizadas, as entrevistas foram transcritas, os discursos dos profissionais foram analisados e os registros que contemplavam os significados, de acordo com os objetivos do estudo, foram selecionados. Estes registros foram compilados em categorias temáticas, as quais foram elaboradas a partir do reagrupamento de temas, elaborados como unidades de registro, e que tinham uma generalidade mais fraca conforme Bardin (2016). Para isso foram utilizados critérios de nível semântico, onde todos os temas que tinham o mesmo significado foram agrupados em categorias e subcategorias. Os dados brutos (respostas fornecidas nas entrevistas) foram tratados de modo a possibilitar uma representação simplificada e a partir disso foram identificadas quatro categorias temáticas e dez subcategorias:

8.2.1 Categoria: Significados atribuídos a ética;

8.2.1.1 Subcategoria: Sigilo Profissional;

8.2.1.2 Subcategoria: Responsabilidade profissional;

8.2.1.3 Subcategoria: Hábitos e virtudes;

8.2.2 Categoria: Percepções sobre situações que envolvam ética na oferta do cuidado;

8.2.2.1 Subcategoria: Violência;

8.2.2.2 Subcategoria: Virtudes;

8.2.3 Categoria: Significados atribuídos a cuidado humanizado;

8.2.3.1 Subcategoria: Cuidar com carinho e amor;

8.2.3.2 Subcategoria: Empatia;

8.2.4 Categoria: Percepções sobre situações que envolvam cuidado humanizado;

8.2.4.1 Subcategoria: Vínculo;

8.2.4.2 Subcategoria: Diálogo;

8.2.4.3 Subcategoria: Oferta de cuidados com higiene pessoal;

Para todas as subcategorias foram empregadas as regras de enumeração as quais conferem uma distinção que deve ser feita entre a unidade de registro e a regra de enumeração, que é o modo de contagem (BARDIN, 2016).

As modalidades de expressão podem ser consideradas a partir da avaliação da intensidade dos discursos apresentados através de um sistema de ponderação. Para este estudo foram estabelecidos 3 graus, com ponderação (1, 2, 3), sendo eles:

- Intensidade 1: menor intensidade, consiste na menção de temas, com significados semânticos, relacionado a subcategoria (ponderação 1)
- Intensidade 2: intensidade intermediária, consiste na ênfase dada à uma determinada subcategoria na descrição de sua categoria, apesar de esta subcategoria não ser, segundo o interlocutor, o principal atributo para definir a categoria mencionada (ponderação 2)
- Intensidade 3: maior intensidade, a subcategoria é tida como principal nos discursos (ponderação 3)

Os resultados obtidos durante esse processo são apresentados nas tabelas abaixo:

Tabela 9.1 – Análise e classificação de intensidade dos discursos relacionados aos Significados Atribuídos à Ética

	Sigilo Profissional	Responsabilidade Profissional	Hábitos e Virtudes
Intensidade 1	0	0	2
Intensidade 2	3	1	0
Intensidade 3	7	3	8
Pontuação	27	11	26

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9.2 – Análise e classificação de intensidade dos discursos relacionados às Percepções Sobre Situações que Envolvam Ética na Oferta do Cuidado

	Violência	Virtudes
Intensidade 1	0	1
Intensidade 2	2	1
Intensidade 3	6	6
Pontuação	22	21

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9.3 – Análise e classificação de intensidade dos discursos relacionados aos Significados atribuídos ao Cuidado Humanizado

	Cuidar com Carinho e Amor	Empatia
Intensidade 1	0	0
Intensidade 2	1	3
Intensidade 3	6	10
Pontuação	20	36

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9.4 – Análise e classificação de intensidade dos discursos relacionados às Percepções Sobre Situações que Envolvam Cuidado Humanizado

	Vínculo	Diálogo	Oferta de cuidados com higiene pessoal
Intensidade 1	1	1	0
Intensidade 2	3	1	0
Intensidade 3	3	3	4
Pontuação	16	12	12

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados obtidos, discutidos a seguir, estão relacionados com os objetivos propostos neste estudo. Serão apresentados de maneira descritiva e exploratória, relacionando os resultados das análises com a Ética das Virtudes, conforme proposta por Pellegrino e Thomasma.

8.2.1 Categoria: Significados atribuídos à ética

Foram identificadas nesta categoria temática três subcategorias, sendo elas: sigilo profissional, responsabilidade profissional e hábitos e virtudes.

8.2.1.1 Subcategoria: Sigilo Profissional

Quando os entrevistados atribuíam o significado do que é ética durante sua prática profissional na saúde mental, utilizaram os termos “sigilo” e “não expor”, expressando-a como uma conduta ética durante a oferta do cuidado, conforme podemos observar nos trechos a seguir:

“Por exemplo, para nós aqui da psiquiatria, no caso eu aqui como profissional de enfermagem, eu faço a conversa terapêutica eu atendo paciente, então eu ter aquele sigilo do que o paciente fala comigo, é... eu não fazer comentários com terceiros, então isso eu acho que enquadra como ética profissional” (E09).

“[...] falta de ética falar dele perto de outras pessoas sabe, vim falar do quadro dele, nossa, isso é uma falta de ética muito grande, eles confiam que vamos guardar os segredos deles” (E21).

“Eu acho que é ter a responsabilidade de guardar o sigilo dos pacientes né, respeitando é... eles de todas as formas sem repassar as coisas que acontecem dentro de um hospital né [...]” (E06).

“[...] ética pra mim é você preservar o paciente, porque muitas vezes a gente muitas vezes se expõe o paciente, então tudo aquilo que a

gente vê do paciente, da família do paciente, devemos guardar pra gente e se tiver que falar apenas como profissional[...]” (E13).

“[...] fazer o trabalho da gente sem expor o paciente, fazer com a pessoa não se sinta constrangida, às vezes o médico tem um procedimento que não é muito legal, não ficar divulgando isso para as outras pessoas ne, colegas de trabalho, ter respeito com paciente, ele confia na gente isso é sério, somos nós que estamos ali[...]” (E05).

“[...] sem expor paciente, sem expor a fundação, sem me expor, acho que dentro de uma legalidade, dentro de uma responsabilidade, dentro do que eu me propus fazer, acho que isso, você ter responsabilidade e o respeito” (E12).

Podemos depreender a partir das falas dos entrevistados, que o sigilo profissional é uma atitude de respeito com a confiança que o paciente tem na equipe e até mesmo com qualquer informação relacionada as suas particularidades. Esta atitude é vista pelos profissionais deste estudo como uma atitude que não vai gerar constrangimentos nem prejuízos ao paciente.

Este respeito, evidenciado nas falas, pode ser identificado na lista das virtudes, propostas por Pellegrino e Thomasma manter o segredo de situações do paciente, está relacionado com a fidelidade com a confiança e promessa, virtude esta que é composta na relação profissional-paciente, entendendo que confiar pode ser de fato em último caso a inexistência de que o paciente não tem alternativas a não ser confiar no profissional (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

O fato de que os pacientes podem de maneira segura confiar suas particularidades na equipe, não é entendido apenas como uma atitude de respeito e confiança, visto que para este estudo podemos considerar que o grupo pesquisado refere de maneira indireta ao fato de que o sigilo profissional é estabelecido como um dever previsto, como colocado nas falas dos entrevistados E09 e E12.

Manter o sigilo de fato é um dever e pode ser encontrado no Art. 52 da resolução do COFEN Nº 564/2017 do CEPE (2017, Capítulo II Dos Deveres):

Art. 52 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.

Outro aspecto associado ao sigilo vinculado a cumprir deveres também pode estar relacionado à Lei 10.216/2001, onde em seu capítulo IV, do parágrafo único, define que portadores de doença mental têm garantido o sigilo das informações prestadas. (BRASIL; 2001)

Manter o sigilo além de ser um dever, é também uma questão ética nos serviços de saúde, guardar o segredo e manter a privacidade é considerado muito importante na relação entre profissionais e pacientes, independentemente das particularidades que possam existir (FREITAS; OGUISSO, FERNANDES,2010).

Portanto para os entrevistados, o sigilo profissional é fundamental em diferentes situações no ambiente de trabalho e em diferentes relações interpessoais. Quando o sigilo é resguardado, os entrevistados associam essa conduta com o respeito dado a confiança e com a boa prática profissional.

8.2.1.2 Subcategoria: Responsabilidade Profissional

Os profissionais entrevistados também atribuem ao significado do que é ética, o fato de que o profissional deve ter suas ações pautadas na responsabilidade e no comprometimento com os pacientes durante a prática profissional, como mencionado nas falas a seguir:

“ ...então eu acho que a ética é cumprir seus deveres como profissional né, fazer o que é proposto dentro da minha função né, aquilo que eu me comprometi, com responsabilidade, é ser responsável [...]” (E14).

“ Ética é você seguir as regulamentações de acordo com que é necessário para o paciente[...] Tem que seguir também a regulamentação da Enfermagem (E11).

“Pra mim ética é respeito e responsabilidade” (E16).

“penso que a postura ao cuidar é muito importante e faz a diferença, e dá um cuidado melhor sabe, para aquele em especial, é uma postura profissional de comprometimento e respeito!” (E20).

“[...] conduzir assim, o trabalho com responsabilidade e com respeito com os pacientes” (E02).

Um aspecto que podemos considerar quando os profissionais se referem a responsabilidade, é o fato de agir de acordo com o que é necessário para o paciente, buscando o cuidado mais adequado em cada situação, como pode-se observar nos discursos dos entrevistados E11 e E20, ou seja, a ética relacionada à responsabilidade requer prudência nas escolhas.

A prudência e a cautela, são consideradas virtudes do discernimento, ser prudente nas escolhas requer muita ponderação, visto que, os profissionais de saúde muitas vezes são levados a tomar decisões frente a situações de estresse, devem, portanto, balizar suas decisões na sensatez (PELLEGRINO; THOMASMA,1993).

Além da consideração sobre a responsabilidade e prudência nas escolhas, outro aspecto considerado pelos entrevistados, foi de se pensar em ética como uma questão de realização de deveres éticos e legais, assim como colocado pelos entrevistados E11 e E14.

Estes deveres éticos e legais associados as responsabilidades dos profissionais de enfermagem envolvem alguns fatores e estão postos como um dos princípios fundamentais, onde é considerado que:

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade (BRASIL, 2017).

Assim, este comprometimento como já mencionado exige dos profissionais prudência nas tomadas de decisões seja de modo autônomo ou em equipe e para os entrevistados quando as decisões são tomadas com responsabilidade é estabelecida uma relação ética e de respeito com o paciente.

8.2.1.3 Subcategoria: Hábitos e virtudes

Outro aspecto considerado pelos entrevistados, no tocante a ética, é a presença de algumas virtudes habituais presentes em suas práticas, que não estão previstas obrigatoriamente na realização das técnicas ou em condutas estabelecidas em leis ou protocolos como nas falas a seguir:

“ [...] ter ética é ter postura ao entrar no quarto com educação falando bom dia com educação, não levando seus problemas para o trabalho[...]” (E19).

“ [...] Esses valores que a gente tem eu falo que a gente tem que ser primeiro um bom ser humano, pra depois ser um bom profissional, não adianta nada eu pegar um paciente e só fazer ou melhor só ser profissional, no momento ele tá ali porque ele necessita de ajuda, então eu preciso ver esse lado dele, dos valores meus e os dele, meu lado e o lado humano dele. O lado profissional pode sim ficar em primeiro em alguns momentos né, mas em alguns nem tanto, as vezes não, não chego no paciente como técnica de enfermagem, mas como outro ser humano, pra adquirir a confiança dele! (E17).

“ [...] a ética se baseia em você agir pensando no paciente, você tem que pensar no bem do paciente, pensar no bem estar, agir direito, você tem que estar agindo corretamente não só de acordo com a legislação, conforme as regras, mas também conforme você vê que aquilo ali é o certo que aquilo ali vai ajudar o paciente” (E04).

“ [...] não é porque ele tem uma doença mental, ou porque ele não tem uma família uma visita que a gente tem que tratar ele como uma ‘nada’ a gente está aqui pra isso, ser ético é colocar o paciente em primeiro lugar, notar o paciente! É olhar o paciente de verdade! ” (E15).

Os profissionais demonstraram através de suas falas que a ética deve transcender as exigências e consideram estar valorizando seus pacientes, respeitando e ofertando um cuidado digno quando pensam no que é bom para o paciente, como dito pelos entrevistados E04 e E15.

Podemos pensar que este significado atribuído a ética que foi referenciado nas falas traz uma aplicação prática de atitudes éticas baseadas em virtudes

A Ética das Virtudes aplicada à prática, na área saúde, conforme proposta por Pellegrino e Thomasma (1993), define a ética através do conceito de virtude, considerado um dos conceitos mais antigos na linha histórica da ética. Os autores acreditam que não é possível separar do profissional, o caráter, os atos realizados por ele, a natureza e as circunstâncias desses atos e as suas consequências. Assim, pode-se inferir que este significado de ética vem do interior da pessoa ou seja está intimamente relacionado ao seu modo de ser.

Pensar na ética associada as virtudes no campo da saúde é retomar os conhecimentos que por muitos séculos foram o pilar das teorias normativas, como no juramento de Hipócrates, onde as fronteiras culturais e nacionais eram quebradas por uma comunidade de valores fundamentados na benevolência, no respeito pela vida humana e na vulnerabilidade dos doentes (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

Deste modo, o entendimento por ética para este grupo de profissionais pesquisados traz valores alicerçados nas virtudes.

8.2.2 Categoria: Percepções sobre situações que envolvam ética na oferta do cuidado

8.2.2.1 Subcategoria: Violência

Uma parte significativa dos profissionais deste estudo associam a ética a comportamentos negativos e descreveram situações vivenciadas, que indicaram que a violência independente da natureza: verbal, física e psicológica, está presente em algumas situações no serviço, conforme ilustram os discursos:

“[...] vou contar uma coisa não ética. Um dia aqui, na verdade várias vezes, você entra no quarto com seu colega de trabalho o paciente está sujo, está com cheiro desagradável sim, porque é um banho por dia, e tem profissionais que chegam e fala: “ nossa que carniça”, nossa essa postura é muito desagradável” (E21).

“ A eu percebi que, algumas pessoas, alguns colegas de trabalho às vezes chegam de mal humor e eles tentam passar aquele negativismo para o paciente, então pra mim isso não é ética descontar seu problema pro paciente, não ser bondoso sabe, ficam “ Anda vai, anda vai, anda logo você consegue sim, se vira! E isso pra mim não é ser ético!” (E19).

“[...]paciente que estava aqui pra fazer tratamento e o funcionário ficou nervoso com a paciente e ele falou a respeito do caso dela com falta de respeito. Ela tinha uma deformidade física, e ele falou: ‘sua família te colocou aqui por isso’, ele expôs a paciente. Isso foi muita falta de ética, porque a gente sabe que realmente é aquela situação ali, mas é uma coisa que não precisa ser falada sabe, é uma maldade isso” (E13).

“[...] batem de frente com o paciente, e eu já presenciei várias vezes “bate boca” no mesmo nível, acho que esquece que é funcionário e que o outro é um paciente, então eu acho assim, que não tem esse conhecimento, leva para um lado pessoal, discute, fica ali no mesmo nível funcionário e paciente! Eu já presenciei agressão física também” (E12).

“[...] “olha você para de bater na porta se não eu vou te amarrar, eu pego as faixas heim! Olha as faixas, hein! [...]” (E14).

As atitudes de ameaças e agressões, caracterizam a violência, onde a compaixão com o cuidado e a benevolência deram espaço para atitudes desumanas e antiéticas que são uma situação imoral prejudicial aos pacientes.

Não prejudicar o paciente é uma característica central da EV, que além de prever o bem dos pacientes, como já dito neste trabalho, traz que a situação moral, as circunstâncias e também algumas considerações particulares dos pacientes, como por exemplo quadro da doença, características históricas, culturais e todas as particularidades que possam existir, tonam cada situação uma situação moral única. Estas particularidades devem ser associadas aos princípios das virtudes e algumas teorias consideram estes detalhes, como por exemplo as teorias éticas baseadas na história, nas narrativas e nas experiências (PELLEGRINO; THOMASMA,1993).

Assim, estas “ famílias” de teorias podem responder as especificidades que existem nas situações vivenciadas, considerações que podem ser fundamentais para se ofertar um cuidado mais adequado considerando as particularidades em cada situação moral, e para estas situações morais as teorias normativas são menos propensas a considerar (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

A desconsideração pelas fragilidades vividas pelos pacientes, fez com que o grupo pesquisado descrevesse situações onde foram evidenciados comportamentos não éticos marcados pela violência.

Michaud, identifica violência como (2001)

Há violência, quando numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indiretamente, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais.

As ações ditas como violentas podem ter seu caráter complexo e diversificado, ter várias modalidades de se produzir dentre outras características. No entanto vale enfatizar que essa subcategoria traz elementos principalmente de violência psíquica e moral. “ As perseguições morais e psicológicas, a intimidação reiterada, os danos sacrílegos às crenças e aos costumes também podem ser graves” (MICHAUD, 2011).

Assim agressões de caráter moral e psicológico são a maior parte das atitudes violentas identificadas neste estudo. Podemos entender que os entrevistados percebem que atitudes consideradas como violentas obviamente não levam em consideração o bem do paciente onde a benevolência que é uma condição “*sine qua non*” (sem a qual não pode ser), desde que o paciente obviamente procura no profissional, na instituição ser ajudado, tratado, acompanhado e não prejudicado infelizmente não para parte dos profissionais é uma virtude suspensa na oferta do cuidado (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

8.2.2.2 Subcategoria: Virtudes

Os entrevistados percebem a ética de uma maneira similar tanto para o seu significado quanto para identificá-la em situações vivenciadas na prática profissional, relacionando ambas às virtudes. Demonstraram através de suas falas o cuidado entendido como ético:

“ [...] esquecer assim que ela está naquele momento te ofendendo, te batendo, é fazer o que é bom para o paciente, eu sempre vejo o lado dele, não posso dizer, eu não aceito isso! Aceito sim! Porque se estivesse normal não faria aquilo com agente, sabe, e não sair assim, zombando, falando, apelidando, ignorando, sabe? (E03).

“Tem as técnicas, a humanização, mas tem também a ética, então quando passamos por uma situação tem que saber quem a gente é! O que a gente faz e pensa! ” (E16).

“[...] eu ser neutra diante termos de sexualidade, religião, política e tudo mais, e entender que aquele indivíduo que eu estou recebendo ele precisa do atendimento e eu preciso ser neutra possível para pode-lo engajar no tratamento, considerar o bem dele, pra mim é isso! ” (E09).

Como evidenciado nas falas, anular os interesses próprios é identificado como conduta ética. A anulação do interesse próprio pode ser entendida como essencial tanto nas falas dos entrevistados como para Pellegrino e Thomasma (1993), devido a vulnerabilidade dos pacientes, esta ponderação de anulação do interesse próprio suspende o prazer pessoal ou profissional.

Assim como apontado não usar o paciente para doutrinar os valores sejam eles pessoais ou institucionais ou ridicularizar os pacientes, são atitudes incabíveis quando há a anulação do interesse próprio.

Pensar no que é bom para o paciente, ou seja prever as condutas profissionais com a intenção de proporcionar o bem para o paciente, é considerada o “padrão ouro” na área da saúde (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

Direcionar o cuidado com esta preocupação central é dita pelos entrevistados como mencionado nas falas do E03 e E09, e ao se considerar a identidade e os aspectos pessoais dos pacientes, os profissionais percebem que assim estarão criando uma relação de cuidado respeitoso, digno e conseqüentemente ético.

8.2.3 Categoria: Significados atribuídos a cuidado humanizado

Foram identificadas nesta categoria temática duas subcategorias sendo elas: cuidar com carinho e amor e empatia.

8.2.3.1 Subcategoria: Cuidar com carinho e amor

Quando os entrevistados definiram o cuidado humanizado, eles utilizaram as palavras “carinho” e “amor”, expressando como característica fundamental do cuidado humanizado. Para os profissionais, este cuidado tem como elementos a atenção e as considerações diante as particularidades de cada paciente. Nas falas é possível encontrar informações da presença destas virtudes durante a oferta do cuidado e a consideração de que essas atitudes são fundamentais para considerar o cuidado como humanizado, como transcrito a seguir:

“Cuidar com carinho..., ver o que a pessoa... necessita no momento, né?... E... E a pessoa vai ter uma vida melhorada, uma vida digna, uma vida como ser humano” (E10).

“Cuidado humanizado é você cuidar com amor [...], então é fazer uma massagem nos pés, ajudar na alimentação, é você fazer o que ele precisa, auxiliar ele, devido medicações fortes eles precisam muito de ajuda, eles não conseguem fazer coisas simples sozinhos, então o cuidado humanizado é você ajudar o próximo sempre com carinho e amor” (E19).

“Acho que cuidado humanizado é agente estar mais próximo do paciente né, é... tirar aquele vínculo de distância né? ter mais

carinho, mais amor e ter mais diálogo com os pacientes, aqui até que acontece bastante isso” (E06).

“[...] é olhar o paciente como um todo, não olhar só para parte mental, só da cabeça, tem que ver ele como um ser humano tratar com amor” (E12).

“[...] vamos falar assim desde uma medicação até aquele cuidado assim de você ouvir o paciente, dar um pouco de atenção para o paciente, eu acredito que é um pouquinho de carinho” (E13).

O cuidado é considerado a atividade mais importante para a enfermagem, assim as virtudes internas presentes no caráter dos profissionais aplicadas na prática, podem definir quem são os bons profissionais e que suas atitudes vão beneficiar de modo integral a saúde dos seus pacientes (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

Esta consideração do cuidado colocada pelos profissionais tem sentido muito semelhante na colocação de Pellegrino e Thomasma, onde na Virtude “Compaixão e Cuidado”, colocam que o paciente deve ser cuidado no seu sentido mais amplo envolvendo todas suas dimensões, então assim, os profissionais devem ter compaixão, isto é, o profissional deve ter a capacidade de sentir o paciente frente o dilema da sua doença. Estes sentimentos são essências para o que o autor chama de ajustar o tratamento às particularidades considerando a história e o tempo de vida e qualquer outra característica pessoal. A compaixão é o prelúdio na consideração da situação vivenciada pelo paciente. (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

A compaixão pode ter sua raiz na identificação, pela equipe de enfermagem, do sofrimento vivido pelos pacientes, assim podem produzir “uma ética da bondade, pela solicitude, abnegação, solucionadora de todos os problemas e disciplinadora, e sistematizando uma prática em regras e condutas morais”, estas características são fundamentadas em uma perspectiva humanizada solidaria e justa (SANTOS; PADILHA, 2014).

Assim podemos inferir que os profissionais entrevistados entendem que práticas humanizadas correspondem a um cuidado compassivo e que associam o cuidado humanizado a situações positivas.

8.2.3.2 Subcategoria: Empatia

Para a maior parte dos entrevistados, cuidar de modo humanizado é cuidar dos pacientes como se fossem da própria família ou como alguém amado, está intimamente relacionado com a condição de colocar-se no lugar no outro. Eles demonstram também que não sabem se no futuro estarão “do outro lado”, sendo pacientes e que pensar nesta possibilidade faz com que eles ofertem o cuidado da mesma maneira que gostariam de receber se um dia for necessário. As falas nos demonstraram a visão mencionada:

“ [...]falo para os meus funcionários... o que é trabalho humanizado? Trate seus pacientes como você gostaria de ser tratado para mim resume nessa frase, então eu acho que essa frase explica tudo! Ponha-se você do outro lado do balcão seja você chegando para o atendimento. Como você gostaria de ser recebido? ” (E09).

“[...] eu acredito que é um pouquinho de carinho, como se fosse alguém da própria família da gente” (E23).

“Quando a gente se coloca no lugar do o outro agente pensa ‘é eu não gostaria de ser tratado dessa forma, como eu gostaria de ser recebido nessa instituição nesse momento de dor’, então resumindo: é se colocar no lugar do outro!” (E14).

“Se colocar no lugar do outro é prestar um cuidado humanizado” (E08).

“ [...] hoje eu tô bem de saúde tô legal né, minha família está tudo tranquilo, mas eu não sei o dia de amanhã então a gente não pode lidar com as pessoas né como se fosse números [...] você tendo o

cuidado, fazendo como se fosse você ou alguém da sua família, isso é importante! ” (E05).

“ É tratar ele como eu gostaria de ser tratada, ou como eu trataria qualquer ser humano[...]” (E03).

Existem três componentes que envolvem a empatia, conforme colocado por Eres e Pascal. O afetivo, que é baseado na partilha e compreensão de estados emocionais dos outros. O cognitivo, que se refere à capacidade de deliberar sobre os estados mentais do outro. E por último o componente regulador das emoções, que é o responsável pelas respostas empáticas (ERES; PASCAL, 2013).

Os entrevistados demonstram que esta empatia está intimamente relacionada com o afetivo, onde buscam compreender o estado emocional dos pacientes imaginando a possibilidade de “estar do outro lado”.

A empatia exige uma suspensão de julgamentos e uma capacidade de entender que os indivíduos são seres singulares. Quando é estabelecida a conexão profissional-paciente por meio da capacidade de se colocar no lugar do outro, as importâncias e prioridades ofertadas no cuidado serão as mesmas do paciente (SILVA, 2004).

As colocações dos autores mencionados vão ao encontro com a virtude de Justiça, ou seja, ser justo não por obrigação, mas sim com a preocupação de pensar na oferta do cuidado humano para o paciente independente das motivações, neste caso as empáticas (PELLEGRINO; 1996).

Portanto, a empatia pode ser entendida para os entrevistados como uma competência que exige a justiça e o reconhecimento que a situação de receber o cuidado pode ser melhor ofertada quando eles se projetam ou pensam nos seus amigos e familiares vivenciando as mesmas situações dos pacientes.

8.2.4 Categoria: Percepções sobre situações que envolvam cuidado humanizado

8.2.4.1 Subcategoria: Vínculo

Os entrevistados citaram aspectos relacionados ao estabelecimento de vínculo na relação profissional-paciente. Na percepção deles de cuidado humanizado, reconhecer o paciente como alguém da própria família ou como semelhante faz com que sejam criados os vínculos durante o cuidado, assim o vínculo neste caso também pode estar associado a empatia.

“[...] trato elas como se fossem minha mãe, minha avó sabe? Com muito amor e carinho, independente de não ter elas como da família, eu as considero como minha família, então as vezes assim, eu trago frutas, assim o cuidado que eu tenho com a minha mãe eu tenho com elas ” (E03).

“ [...] não é apenas fazer uma técnica é conversar, olhar, cuidar dele de verdade, e isso dá resultados, é dar um pensamento positivo pra eles, é você ser positiva, não é assim dou remédio e vou embora, não! Ele é um humano merece atenção! ” (E19).

“[...] Então é um olhar no olho, um sorriso, isso é humanizado é acolhimento” (E13).

“[...] ela confia em mim, tenho laço com ela, passo confiança e ela confia em mim, dou atenção, então eu só estou cuidando dela como ser humano! ” (E15).

“ [...] estar mais próximo do paciente né, dando um pouco de carinho, porque muitas das pessoas que estão internadas aqui as famílias não vêm nem ver, a realidade é essa, as famílias deixam aqui e somem, então temos que ter o vínculo com eles” (E06).

A relação de confiança deve estar amparada na relação profissional-paciente como dito pelo grupo pesquisado, o que podemos considerar mais uma vez com o que é proposto na lista das virtudes dos autores Pellegrino e Thomasma, como anteriormente mencionado neste estudo, onde foi colocada a importância da confiança durante a aproximação nas relações onde o vínculo é estabelecido.

Esta aproximação promove um encontro, onde cria-se um laço através de um acolhimento, ambos, vínculo e acolhimento nesse caso fomentam o cuidado humanizado. O acolhimento tem por característica principal a escuta sensível que leva em consideração as preocupações dos usuários de saúde em diferentes situações, desde admissão até todos os processos que vão surgir durante seu acompanhamento. O vínculo por outro lado está intimamente ligado a atenção humanizada, com a partilha de conhecimentos, nas relações de convivência e também na relação de respeito (ARRUDA; SILVA, 2012).

O vínculo dito pelos profissionais deste estudo, tem aproximação com o significado de vínculo apontado por Brunello, onde coloca que a aproximação proporcionada pelo vínculo com o passar do tempo é estreitada e vai se tornando mais íntima facilitando assim a adesão e permanência do paciente no tratamento, com a ressalva de que é necessário estabelecer uma colaboração mútua, não apenas entre pacientes e profissionais, como também com a cooperação das pessoas da família e comunidade em geral. Essas relações devem ter o respeito, a escuta e o diálogo presentes, assim o adoecido provavelmente sentirá maior segurança ao perceber que os profissionais os aceitam e se corresponsabilizam pelo seu bem-estar (BRUNELLO; 2010)

De modo que essas relações próximas, trazem também subentendida nas falas a empatia, onde o vínculo foi mencionado, os entrevistados mais uma vez norteiam suas condutas considerando que poderia ser algum familiar ou ente querido, e percebem que o amor e carinho são facilitadores na construção desta relação.

8.2.4.2 Subcategoria: Diálogo

Os profissionais entrevistados associam cuidado humanizado com a importância do diálogo, algumas situações descritas ilustram esta percepção.

“[...] às vezes soluciona o problema sem uma contenção física, sem um tratamento mais agressivo, então geralmente agente acostuma é..., questionar sempre o que está acontecendo com esse paciente, se é uma que a gente consegue solucionar ou é mais uma coisa mesmo do problema mental dele e se seria necessário uma contenção física. Então a gente sempre busca primeiro conversar” (E11).

“[...] por exemplo, as vezes o paciente está muito agitado e ele quer uma roupa, aí agente tem... ele fica agitado, começa a chorar, às vezes ele até se bate, começa a se bater, por causa de uma roupa, então a gente ter essa atenção de que dar essa roupa, as vezes soluciona o problema sem uma contenção física, sem um tratamento mais agressivo [...] Então a gente sempre busca primeiro conversar, entender o problema, para depois chegar a um tratamento agressivo, que a gente sabe que às vezes é necessário” (E02).

“ O diálogo com paciente é um cuidado humanizado, por mais que você percebe que ele não está bem, você tem que sentar conversar, explicar, não é apenas fazer uma técnica é conversar, olhar, cuidar dele de verdade, e isso dá resultados” (E19).

“[...]Geralmente vão para esse setor de intercorrências pacientes com riscos suicida ou que o médico encaminhou, ela não tinha nada, nesse caso ela não tinha nenhuma prescrição, foi porque ela não queria ficar no setor mesmo [...] ai ela estava dormindo lá a quase uma semana, e ai nós tivemos problemas com uma outra funcionária que também fica nesse setor, eu já trabalhei com ela há muito tempo, e ela não sabe falar, ela já chega, ela já grita, já briga, fica aquele tumulto, aquele transtorno e nós tivemos um problema sério porque ela mandou a paciente para o quarto individual, chegou lá a paciente ficou batendo, e batendo e batendo na porta, fraturou o dedo, de tanto bater na porta” (E13).

“[...] Num ir, por exemplo, ele chega surtado num ir direto contendo o paciente, entendeu? É... As vezes não tem nem necessidade (de conter) se tiver uma conversa... não precisa nem de conter, né?” (E10).

As ações descritas pelos entrevistados, trazem em seus discursos situações onde o cuidado de enfermagem é fortemente marcado pela ausência de comunicação e suas consequências são consideradas por eles danosas aos pacientes e que resultam em condutas consideradas desnecessárias em muitos casos.

Considerar os comportamentos e as falas dos pacientes, é uma das características do cuidado entendido como humanizado para os entrevistados. Os profissionais de enfermagem, devido sua proximidade com os pacientes na oferta do cuidado sejam capazes de entenderem o outro e a si mesmo, esse conhecimento deve resultar em ações conscientes dos princípios e também dos valores que vão balizar essas ações (BARBOSA; SILVA, 2007)

A comunicação durante o cuidado é considerada um instrumento fundamental em todo processo, pois viabiliza o relacionamento eficiente com paciente onde a equipe de enfermagem tem a possibilidade de entender melhor seus pacientes e familiares, a valorização da comunicação é considerada um componente do cuidado humanizado na enfermagem (BROCA; FERREIRA, 2015).

Desse modo, não dar importância ao que é falado ou solicitado pelos pacientes, como no caso das situações descritas pelos profissionais deste estudo, demonstra que neste caso o paciente não foi valorizado como elemento central na conduta dos cuidados oferecidos, o que diverge do que é considerado fundamental na Ética das Virtudes.

8.2.4.3 Subcategoria: Oferta de cuidados com higiene pessoal

Os entrevistados demonstraram perceber que o cuidado humanizado tem relação com os cuidados incluídos na higiene pessoal do paciente, como descrito nos trechos a seguir:

“Assim no meu pensar, acho que a gente já tirou muita gente de situação difícil, simplesmente pelo cuidado, sabe de... pegar paciente muito sujo, você pegar dar um banho, pentear o cabelo, passar um

batom, sabe você vê no rosto da pessoa que ela está ali pela primeira vez como pessoa” (E17).

“No cuidado humanizado vejo qual é a necessidade... necessidade dele, se ele tá sujo, vamos cortar o cabelo, vamos fazer a barba. Vejo que ele tem, sabe? Que ele tá sentindo ” (E10).

“ É você entrar no quarto do paciente sabe, dar um banho, deixar ele cheirosinho, fazer a higienização adequada, muitos pacientes usam curativo, fixador de sonda né, tem gente que não troca esse fixador, chega ficar “babando”, isso é não dar cuidado pra pessoa como humana né, nossa eu deixo ele sequinho, higienizado, cheiroso, penteadozinho, a gente tem materiais aqui pra cuidar deles então só falta mesmo o esforço! ” (E21).

“[...] busco dar aquele banho demorado, água quentinha sabe, porque eu falo assim que na hora do banho, momento que ele sai da cama, que ele recebe aquele creme gostoso, hidratante com óleo [...]” (E20).

“ [...] a sobrancelha se está precisando tirar, as unhas, vamos fazer, a barba[...] isso é um cuidado humanizado, para ele se sentir melhor, mais humano! ” (E07).

A justiça na oferta do cuidado na perspectiva da EV não considera que a justiça é um princípio cego onde cada um é tratado igualmente, mas que é necessário “tirar a venda”, e ajustar o que às necessidades específicas para cada paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993).

Estes ajustes, como nas atividades descritas como lavar os cabelos, pentear, fazer barba e cuidar da pele são exemplos mencionados pelos entrevistados onde os cuidados são ajustados de acordo com as necessidades de cada paciente.

Estas atividades, como o banho e os cuidados com higiene pessoal são procedimentos realizados comumente pelos profissionais que compõem a equipe de Enfermagem. O cuidado com a higiene do paciente pode possibilitar várias avaliações e ser momento onde serão encontradas muitas respostas e muitos direcionamentos para o plano de cuidados, além de ser uma relação de interação

pode ser também uma relação de partilhas e momento de observação não apenas do estado físico como também psicológico dos pacientes. (FONSECA; PENAFORTE; MARTINS, 2015).

Como colocado, o momento do banho traz vários apontamentos para se pensar no cuidado e os entrevistados desse estudo percebem estar atentos as necessidades, particularidades do paciente nesta atividade caracterizando o banho, um cuidado humanizado.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para equipe de enfermagem o significado de ética está relacionado, ao sigilo e responsabilidade profissional e aos hábitos e virtudes. A percepção de situações éticas está relacionada à violência e às virtudes. Não expor os pacientes e ser responsável durante as atividades profissionais é respeitar o direito dos pacientes e valorizar a confiança nesta relação de cuidado, onde a prudência e a benevolência devem ser virtudes consideradas nas tomadas de decisões. Os profissionais atribuem significados a ética associados ao que se espera do bom profissional e a atitudes ditas como éticas, no entanto percebem a ética mais claramente em situações negativas, ou seja, em situações não éticas, onde não existe, por parte de alguns profissionais, um esforço para ajustar a rotina hospitalar levando em consideração a individualidade dos pacientes. Assim o cuidado ético deve ser ofertado ultrapassando as exigências legalmente previstas o que promove um cuidado compassivo e que tem como pilar o que é bom para o paciente.

Outros aspectos considerados foram o significado e a percepção atribuídos ao cuidado humanizado. Quanto ao significado, cuidar com carinho e amor e a empatia foram associados ao que caracteriza o cuidado como sendo humanizado e os profissionais percebem este cuidado em situações onde o vínculo, o diálogo e a oferta com higiene pessoal se destacam. Ofertar o cuidado de modo digno e humanizado permite aos profissionais pensarem nas suas condutas enquanto quem as recebe, este exercício de se colocar no lugar dos pacientes faz com que o amor e o carinho sejam virtudes contidas nas atividades que vão promover, além do conforto, tratamentos humanizados nutridos através do diálogo e do vínculo em cada cuidado oferecido.

Assim, a ética e o cuidado humanizado caminham juntos e são percebidos e referenciados como ações onde a responsabilidade profissional e as virtudes são fundamentais no cuidado com os pacientes.

Portanto, promover ações que orientam e consideram a importância do caráter dos profissionais na oferta do cuidado pode ser uma questão necessária tanto na formação destes profissionais como na educação continuada dos que atuam

10 REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, A. Enforced medication and virtue-ethics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1999, 6, 329-334.
- ARRIES, E. Virtue ethics: an approach to moral dilemmas in nursing. *Curationis*. Johannesburg, Aug. 2005, p. 64-72.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Revista brasileira enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 mai. 2018.
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista brasileira enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 mai. 2018.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2016.
- BEGLEY, A.M. Practising virtue: A challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. *NursEthics*. 2005 12: 622-637.
- BROCA, P. V.; FERREIRA, M. de A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 3, 2015.
- BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2010.
- BOFF, L. *Saber cuidar ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acessado em: 18 dez. 2017
- BRASIL. Resolução COFEN nº 564 de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acessado em: 19 jun. 2018.

BRASIL. Cadernos HumanizaSUS. Vol. 5. Disponível em: <<http://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2017/09/Cadernos-HumanizaSUS-Volume-5-Saude-Mental.pdf>>. Acessado em: 4 mai. 2017

BRASIL. Hospital Allan Kardec. <<https://www.kardec.org.br/>>. Acesso em 11 jun. 2017.

CARNA (Collegiate Association of Registered Nurses of Alberta). *GuidetoRegistrationRenewal 2011*. Disponível em: <www.nurses.ab.ca/Carna/index.aspx?WebStructureID=4047>.

COSTA-ROSA, A. da. Introdução Geral: reforma, ou além da psiquiatria?. In: _____. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*. 1 ed. São Paulo - SP: Editora UNESP, 2013, Introdução, p. 12.

COLLIÈRE, M. F. A Primeira Arte da Vida. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003`.

DAVIS, A.J. et all. *Ethical dilemmas in nursing practice*. New Jersey: Prentice-Hall, 1997.

ERES, Robert; MOLENBERGHS, Pascal. The influence of group membership on the neural correlates involved in empathy. *Frontiers in human neuroscience*, v. 7, p. 176, 2013.

FERRER, J.J.; ALVAREZ, J.C. *Para fundamentar a bioética*. São Paulo: Loyola, 2005.

FREITAS G.F.; OGUISSO T.; FERNANDES M.F.P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. *Enfermagem em foco*. 2010.

FONSECA, E. F.; PENAFORTE, M. H. de O.; MARTINS, M. M. F. P. da S. Cuidados de higiene - banho: significados e perspectivas dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência*, Coimbra, v. ser IV, n. 5, p. 37-45, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 02 jul. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM. Pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”. In BRASIL. PESQUISA PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL. 2013. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HORTA, V. A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

LAKEMAN, R. Mental Health Ethics: The Human Context. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. v. 18, Dublin, 2011, p. e28-e29.

MACINTYRE, A. *After Virtue*, 2nd ed., Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. 1984

MAGEE, B. *The story of philosophy*. London: DorlingKindersley, 2001.

MARÇAL, F.; NUNES, M. J. O significado da humanização da assistência entre profissionais de enfermagem no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Rev. Saúde coletiva*, v. 7, n. 44, p. 237-240, 2010.

MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

McKIE A.; SWINTON J. Community, culture and character: the place of the virtues in psychiatric nursing practice. (2000) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7,35–42

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da saúde. *Caderno de textos do projeto piloto*. VER-SUS Brasil. Brasília, DF: Ministério da saúde, p. 80-99, 2003.

MICHAUD Y. A violência. Garcia L, tradutor. São Paulo (SP): Editora Ática; 2001. 116 p.

MOLINA M.A.S.; GONZAGA M.T.C.; OLIVEIRA M.L.F. Cuidado e enfermagem: reflexões sobre essa parceria. *Arquivo Apadec*. 2004; 8 (supl):289-91.

NIGHTINGALE, F. **Una and the Lion**. Riverside Press, 1871.

NEWHAM, R. A. Virtue ethics and nursing: on what grounds? *Rev Nursing Philosophy*. v. 16, London, 2015, p. 40-50.

NIMTZ, M. A. O significado da competência para o docente de administração em Enfermagem. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2003.

NUNES, L. Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. Setúbal. Instituto Politécnico de Setúbal 2014.

OGUISSO, T. A responsabilidade legal do enfermeiro. *Revista brasileira enfermagem*, Brasília, v. 38, n. 2, p. 185-190, jun. 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671985000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 mar. 2018.

OLIVEIRA, S. L. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TCC, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D.C. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993.

PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D.C. *The Christian Virtues in Medical Practice*. Washington, DC: Georgetown University Press, 1996.

PELLEGRINO, E.D. Toward a Virtue – Based normative Ethics for the Health Professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 5, n. 3, p. 253-277, sep. 1995.

PERNA, P.O O processo de enfermagem: São Paulo:EPU, 1997

SANTOS, M. L. S. C. dos; PADILHA, M. I. C. de S.. As posturas compassivas na enfermagem: o sofrimento que permeia o cuidar. 2014.

VANLAERE, L.; GASTMAS, C. Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. *Nursing Ethics*, v 14, n. 6, 2007. pp. 758-66.

VAN HOOFT, S. Moral education for nursing decisions. *Journal of Advanced Nursing*, v.15, 1990. pp. 210-15.

WADOW, V.R.; BORGES, R.F. O processo do cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 07 fev. 2017

APÊNDICE A
Quadro da Equipe de Enfermagem e da Equipe de Funcionários do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec

Tabela 1 - Quadro de funcionários da equipe de enfermagem do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec

Classe profissional	Total de funcionários
Atendentes de enfermagem	01
Auxiliares de enfermagem	25
Técnicos de enfermagem psiquiátrica	48
Técnicos de enfermagem	40
Enfermeiros psiquiátricos	01
Enfermeiros	06
Equipe de enfermagem (todos os profissionais)	121

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<http://cnes.datasus.gov.br/>

Tabela 2 - Quadro equipe de funcionários do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec

Classe profissional	Total de funcionários
Atendentes de enfermagem	01
Auxiliares de enfermagem	25
Técnicos de enfermagem psiquiátrica	48
Técnicos de enfermagem	40
Enfermeiros psiquiátricos	01
Enfermeiros	06
Médico Psiquiatra	14
Médico Clínico	04
Médico Neurologista	01
Médico do trabalho	01
Fisioterapeuta Geral	02
Fisioterapeuta Esportivo	02
Psicólogo Hospitalar	03
Psicólogo Clínico	01
Farmacêutico	01
Terapeuta Ocupacional	02
Nutricionista	01
Assistente Social	04
Diretor de serviços de saúde	01
Auxiliar de escritório em geral	01
Supervisor de Recepcionista	01
Recepcionista em geral	01
Gerente de Recursos Humanos	01
Todos os funcionários:	162

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<http://cnes.datasus.gov.br/>

APÊNDICE C
Roteiro de entrevista

1. O que significa para você ética, na sua prática profissional?

2. O que significa para você cuidado humanizado, na sua prática profissional?

3. Descreva uma situação da sua prática profissional a qual durante a oferta do cuidado aos pacientes, você se deparou com alguma situação ética.

4. Descreva uma situação da sua prática profissional a qual você caracterizaria como sendo cuidado humanizado.

APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e esclarecido.

Convite

Você está sendo convidado a participar do estudo "**Ética e cuidado humanizado em Saúde Mental: percepções dos profissionais de enfermagem**", que pretende compreender como os profissionais de enfermagem que atuam no campo de saúde mental percebem a ética e o cuidado humanizado na sua prática profissional. Após ser esclarecido sobre a pesquisa e aceitar a 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.

➤ **O que devo fazer para participar desse estudo?**

Você irá responder a um questionário, contendo perguntas a fim de caracterizar os participantes, com informações referentes a sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação no campo da saúde mental, cargo ou função dentro da equipe de enfermagem. Esse primeiro momento do encontro terá duração de aproximadamente 5 minutos. E irá participar de uma entrevista individual, que será audio-gravada. A entrevista tem o objetivo de conhecer a sua atuação profissional relacionada ao cuidado com o paciente, e será realizada nas dependências do seu local de trabalho, previamente autorizada pela coordenação e agendada com você via contato telefônico. O tempo total previsto é de, aproximadamente, 30 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 no campo da enfermagem psiquiátrica.

➤ **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.

➤ **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 entre 08:00 as 17:00. 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.

Franca,

Fernanda Cristina Lemos Mendes
Pesquisadora responsável
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

ANEXO A
Parecer do projeto de pesquisa enviado ao comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



Centro Colaborador da OPAS/OMS 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 3315.3362 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 011/2017, de 03.02.2017

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 222ª Reunião Ordinária, realizada em 1º de fevereiro de 2017.

Protocolo CAAE: 63088716.1.0000.5393

Projeto: Ética e cuidado humanizado em saúde mental: percepções dos profissionais de enfermagem

Pesquisadores: Fernanda Cristina Lemos Mendes
Ronildo Alves dos Santos (orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP