

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

**BIOÉTICA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE**

Santa Maria, RS, Brasil

2019

Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

**BIOÉTICA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientador: Prof. PhD. Alberto Manuel Quintana

Santa Maria, RS, Brasil

2019

Zimmerman, Alessandra Caroline Ortiz
BIOÉTICA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE / Alessandra Caroline
Ortiz Zimmerman.- 2019.
82 p.; 30 cm

Orientador: Alberto Manuel Quintana
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2019

1. Psicologia Hospitalar 2. Bioética Clínica 3.
Psicologia da Saúde 4. Hospital de Pequeno Porte 5.
Bioética I. Quintana, Alberto Manuel II. Título.

Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

**BIOÉTICA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

Aprovado em 22 de maio de 2019:

Alberto Manuel Quintana, Phd (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Álvaro Garcia Rossi, Dr. (UFSM)

Shana Hastenpflug Wottrich, Dra. (UNIPAMPA)

Santa Maria, RS

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Joana e Sandro, que se esforçaram enormemente para que eu realizasse meus sonhos e cumprisse com minhas metas na vida. Ainda hoje, mesmo que não aceitem muitas de minhas escolhas, me apoiam e incentivam e na distância se fazem presentes em cada passo que dou. MUITO OBRIGADA por serem meu porto seguro!

Ao Guilherme, meu companheiro, pela paciência no compartilhamento das 24 horas de nossos dias, muitas permeadas pelas aflições dessa trajetória acadêmica, pela saudade do cotidiano em Santa Maria, mas na construção de um novo sonho que fizemos acontecer, JUNTOS!

À essa força superior, que muitos dizem estar no céu, que nomeiam como 'Deus', eu nunca sei como te chamar, prefiro assim. Me ensinastes a agradecer mais do que pedir. Me dáis força, credibilidade e suporte diante de tantos desafios.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Joana e Sandro, obrigada pelos investimentos físicos, materiais, mas principalmente emocionais para que eu me desenvolva como pessoa para e com o mundo. Se hoje estudo sobre dignidade humana, é porque tive uma base forte que me ensinou o valor do respeito e da empatia.

Ao Guilherme Murillo Neto, obrigada por seguir sendo meu alicerce quando mais preciso; por dividir as metas e o dia a dia ao meu lado. Obrigada pelo coração enorme que tu tens.

Às colegas que deram um sentido especial à jornada do mestrado: Luísa, Mônica, Renata e Thamires. Obrigada por todo o esforço para serem presença, incentivo e inspiração nos momentos difíceis, mas também nas confraternizações. Ver o sucesso de vocês é uma vitória pra mim.

À minha colega de trabalho, Aline, que mesmo distante de compreender todos os processos para a construção desse trabalho, entendeu a importância disso para minha vida, me incentivou e apoiou. Obrigada por ser alicerce nesta jornada, distante de casa e próxima de uma realidade tão diferente para mim.

Ao meu orientador Alberto Manuel Quintana, que me apoiou quando decidi construir esse trabalho à distância, em outra cidade e me deu todo o suporte necessário para que o trabalho desse certo e que o profissionalismo fosse mantido. Obrigada pelo exemplo e por todos esses anos compartilhando teu saber comigo e demais colegas.

Ao NEIS, grupo de extensão e pesquisa no qual descobri os caminhos que trilharia na minha profissão. Compartilhar experiências e aspirações com pessoas que escolheram os mesmos rumos é motivador.

Ao hospital de pequeno porte locus de nosso estudo, agradeço à parceria e confiança, mas especialmente por abrirem meu olhar para outros cenários, tão ricos e desafiadores.

*Aos profissionais que toparam dividir suas vivências comigo, meu eterno
obrigada. Sem vocês este estudo não existiria, nem a oportunidade de ter crescido como
profissional e ser humano ao buscar ser empática com suas histórias.*

EPÍGRAFE

*Imagine there's no heaven
It's easy if you try
No hell below us
Above us only sky
Imagine all the people
Living for today*

*Imagine there's no countries
It isn't hard to do
Nothing to kill or die for
And no religion too
Imagine all the people
Living life in peace*

*You may say I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope some day you'll join us
And the world will be as one*

*Imagine no possessions
I wonder if you can
No need for greed or hunger
A brotherhood of man
Imagine all the people
Sharing all the world*

*You may say I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope some day you'll join us
And the world will live as one*

(Imagine, Jonh Lennon)

RESUMO

BIOÉTICA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE

AUTORA: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

ORIENTADOR: Alberto Manuel Quintana

A bioética é um campo de saber recente, que busca, por meio de suas diferentes abordagens, produzir reflexões e práticas permeadas pelo respeito à dignidade humana, bem como ao planeta e demais seres vivos, preocupada com a sobrevivência como um todo mediante os avanços crescentes da tecnologia e o descompasso entre suas criações e o saber para manejá-las. A bioética clínica surge pela necessidade de discutir dilemas éticos advindos da prática entre profissionais de saúde e pacientes no contexto da saúde e doença, bem como da vida e da morte. Além disso, bioeticistas latino-americanos levantam a necessidade de se pensar os problemas advindos da vulnerabilidade dos povos subdesenvolvidos, fazendo um apelo para uma ética social. Ainda, a bioética para salvaguardar as pessoas como um fim, quer que a ciência biomédica e suas aplicações contemplem a autonomia dos pacientes e seus direitos diante de suas escolhas perante a própria vida. Este estudo objetiva compreender como a bioética está sendo concebida e como esse campo pode ser encontrado num contexto de um Hospital de Pequeno Porte. Para tanto, foram entrevistados oito profissionais enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. Trata-se de um estudo de cunho clínico-qualitativo, guiado pela epistemologia da complexidade, contemplando os atravessamentos interdisciplinares existentes neste estudo.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Bioética Clínica; Psicologia da Saúde; Hospital de Pequeno Porte; Bioética.

ABSTRACT

CLINICAL BIOETHICS IN THE CONCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS IN A SMALL HOSPITAL

AUTHOR: ALESSANDRA CAROLINE ORTIZ ZIMMERMAN

ADVISOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Bioethics is a field of recent knowledge that seeks, through its different approaches, to produce reflections and practices permeated by respect for human dignity, as well as the planet and other living beings, concerned with survival as a whole through increasing advances of the technology and the mismatch between their creations and the knowledge to manage them. Clinical bioethics arises from the need to discuss ethical dilemmas arising from the practice between health professionals and patients in the context of health and illness, as well as life and death. In addition, Latin American bioethicists raise the need to think about the problems arising from the vulnerability of underdeveloped peoples by calling for a social ethic. Still, bioethics to safeguard people as an end, wants biomedical science and its applications to contemplate the autonomy of patients and their rights to their choices before their own lives. This study aims to understand how bioethics is being conceived and how this field can be found in a small-scale hospital setting. For that, nurses, doctors, nutritionists and psychologists, through individual semi-structured interviews, interviewed eight professionals. It is a clinical-qualitative study, guided by the epistemology of complexity, contemplating the interdisciplinary crossings existing in this study.

Keywords: Hospital Psychology; Clinical Bioethics; Psychology of Health; Small Portage Hospital; Bioethics.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	19
3.1 DELINEAMENTO.....	19
3.2 DESENHO DO ESTUDO	23
3.3 PARTICIPANTES.....	23
3.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	24
3.6 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS	26
4 ARTIGO 1:	27
BIOÉTICA CLÍNICA E A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE	27
4.1 INTRODUÇÃO	29
4.2 MÉTODO	30
4.2.1 Desenho do estudo	30
4.2.2 Participantes	31
4.2.3 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados	31
4.2.4 Procedimento de análise dos dados	32
4.2.5 Considerações e aspectos éticos	33
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
4.3.1 Conceituando a bioética (clínica)	33
4.3.2 Relação médico/profissional de saúde – paciente	34
4.3.3 Respeito à autonomia do paciente	37
4.3.4 Tomada de decisões, Comunicações difíceis e o direito à informação do paciente	38
4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
4.5 REFERÊNCIAS.....	42
5 ARTIGO 2	44
O HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NA ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA CIDADE DE FRONTEIRA	44
5.1 INTRODUÇÃO	46
5.2 METODOLOGIA.....	47
5.2.1 Desenho do estudo	47
5.2.2 Participantes	47
5.2.3 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados	48
5.2.4 Procedimento de análise dos dados	48
5.2.5 Considerações e aspectos éticos	49
5.3 RESULTADOS.....	49
5.3.1 As peculiaridades na atenção à saúde num HPP	49

5.3.2 Uma atuação bilíngue	52
5.4 DISCUSSÃO	54
5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
5.6 REFERÊNCIAS	58
6 ARTIGO 3	60
O LIMITE DO ESFORÇO TERAPÊUTICO COMO MEDIDA DE CONFORTO E A DIFICULDADE DE SUA APLICAÇÃO: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	60
6.1 INTRODUÇÃO	62
6.2 MÉTODO	64
6.2.1 Desenho do estudo	64
6.2.2 Participantes	64
6.2.3 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados	65
6.2.4 Procedimento de análise dos dados	66
6.2.5 Considerações e aspectos éticos	67
6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
6.3.1 Depende de qual lado se está: entre o ser profissional ou familiar	67
6.3.2 Ter esperança que mude	70
6.3.3 Ter de fazer algo pelo outro	72
6.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
6.5 REFERÊNCIAS	76
7 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo compõe a Dissertação de Mestrado intitulada: *Bioética clínica na concepção de profissionais de saúde em um hospital de pequeno porte*. Optou-se pela apresentação em forma de artigos científicos, conforme consentido pelo Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT, 2015), que normatiza os trabalhos científicos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O formato de artigos foi escolhido ao se reconhecer a importância da produção científica, que estimula a ampliação do conhecimento por meio da publicação em revistas (inter)nacionais, o que facilita o acesso e a divulgação de trabalhos de diferentes autores, lugares e instituições. Ainda, este é um modelo incentivado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da UFSM, onde a apresentação destes é uma forma de incentivar a excelência do PPGP.

Para a composição desta dissertação, foram construídos capítulos, onde o primeiro comporta a introdução, que discorre sobre um breve histórico acerca da Bioética, suas ramificações, as mudanças na forma de compreender o binômio saúde/doença e a importância do olhar e atuação da Psicologia nestas abordagens. O capítulo seguinte abarca a trajetória metodológica da pesquisa realizada, onde foram descritas as técnicas de coleta e análise de dados, bem como os aspectos éticos que guiaram sua construção.

A seguir, são apresentados os três artigos produzidos com os resultados da pesquisa qualitativa sobre bioética clínica num contexto de um Hospital de Pequeno Porte (HPP) do interior do estado do Rio Grande do Sul, numa cidade de fronteira. Nestes trabalhos, são discutidos aspectos das excentricidades encontrados na prática dos profissionais entrevistados em um contexto afastado dos grandes centros, bem como as percepções destes com relação a aspectos da relação profissionais de saúde com os colegas, como também com os pacientes e seus familiares. Ainda, significações sobre tomada de decisão, respeito à autonomia das pessoas e outros dilemas médicos são abordados.

O último capítulo trata das considerações finais que acerca da pesquisa e da temática foco deste estudo. E, por último, estão as referências, anexos e apêndices que deram aporte à esta dissertação.

2 INTRODUÇÃO

A Bioética já havia feito parte da jornada acadêmica da mestrandia em eventos, discussões no grupo de pesquisa e nas experiências vividas no ambiente do Hospital Universitário de Santa Maria, tanto na graduação como na Pós-graduação. Porém, na difícil tarefa de encontrar a pergunta de pesquisa que estimulasse uma discussão significativa, o encontro com a Bioética proporcionou uma importante reflexão sobre questões inerentes ao mundo moderno e que despertaram enorme interesse em dissertar sobre a busca pelo respeito à dignidade humana e entender a aproximação da Psicologia neste diálogo tão atual e caro à sobrevivência humana.

Desta forma, na busca pela aproximação com o campo, encontrou-se que o primeiro uso do termo “Bioética” deva ter sido em 1926, por Fritz Jahr, porém o campo passou a ter maior reconhecimento através do livro “Bioética: ponte para o futuro” de Van Rensselaer Potter, em 1971. A proposta de Potter era de compreender a Bioética enquanto uma ciência da sobrevivência, já que essa seria uma nova sabedoria que reúne o conhecimento biológico e os valores humanos e é fornecedora do “‘conhecimento de como usar o conhecimento’ para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida” (p.27, 2016). Potter (2016) afirma ter surgido um conhecimento perigoso, pois o saber produzido cresce muito mais rápido do que a sabedoria para o manejar e, assim, gerou um desequilíbrio temporário por ter deixado outros ramos do conhecimento aquém de seus resultados, ocasionando posturas de desrespeito aos seres humanos e à natureza.

O século XX foi marcado por uma revolução científica, que deixou de imperar somente sobre as relações de trabalho, como ocorreu nas Revoluções Industriais. Enquanto realidade social, o avanço científico passou a influenciar diversas áreas do conhecimento, inclusive as mais tradicionais, como a medicina. Assim, os conceitos de saúde e doença, também vieram a sofrer reformulações. Esse binômio produz formas de agir na sociedade, bem como tenciona relações, já que gera poder.

Potter (2016, p. 90) afirma que “conhecimento é poder e, uma vez disponível, ele será usado pelo poder sempre que disponível”. Assim, em sua proposta do desenvolvimento de uma ciência da sobrevivência, o autor traz que essa deve começar por uma nova ética – a Bioética – que corresponderia a uma ética interdisciplinar, a fim de aproximar as ciências das humanidades. Um aspecto importante neste sentido da interdisciplinaridade bioética é o de não a compreender em um sentido deontológico às

profissões, ou seja, não se trata de apreender aspectos legais, pela maneira que se é obrigado a agir (CORREA, 2008).

O que se espera é que a Bioética seja compreendida como sabedoria para pensar e agir (PESSINI, BERTACHINI & BARCHIFONTAINE, 2014), especialmente porque, como trazem Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) as transformações que decorrem do binômio saúde-doença comportam novas formas complexas nas relações, representações e percepções, envoltos pelas questões que circundam a vida e a morte. Também, acaba por ocasionar novas orientações filosóficas, bem como possibilidades experimentais, inovações tecnológicas, diferentes modelos de formação em medicina, assim como a institucionalização e regulamentação de outros campos de formação e organizações sociais que desenvolvem suas práticas no âmbito da saúde.

A Bioética surge como ramo da filosofia moral e, com Andre Hellegers, temos a criação do campo da Bioética Clínica, a partir da fundação do Kennedy Institute of Ethics, em 1971, local que objetivava discutir as decisões éticas relacionadas ao fazer médico (DE FIGUEIREDO, 2011). Será esse o ramo que estaremos abarcando nesse estudo, na medida em que é nele que encontramos as temáticas do campo da saúde, entendendo, segundo Dias et al. (2007, p. 127), a bioética como “ponte entre as ciências da saúde e os fundamentos éticos filosóficos que devem reger o modo de agir de todos aqueles que estão comprometidos com a assistência à saúde”.

Novos conceitos incitam novas organizações e práticas, porém, não se deve deixar de lado os processos sócio-históricos que acontecem antes de um novo conceito ser cunhado. Os documentos que surgem em importantes encontros a níveis (inter) nacionais, instauram uma nova forma de entender saúde. Um importante exemplo está na Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional de Saúde, onde antes a saúde era tida como ausência de doença e, a partir dela, hoje tal fenômeno contempla um completo bem-estar físico e também mental para compreender o estado saudável das pessoas. Também por meio desta declaração, os Estados ganham e são tomados enquanto responsáveis por garantir a saúde através de medidas sanitárias e sociais adequadas à sua população.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que auxiliou na criação do nosso Sistema Único de Saúde, o SUS, adentrou em nossa Constituição, como um dever do Estado e um direito a todos. O “ABC do SUS- Doutrinas e Princípios” foi a primeira cartilha do Sistema Único de Saúde, entregue com o intuito de um resgate à dignidade a

todos os níveis de atenção sanitária. Segundo a cartilha “a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no País, rompendo com um passado de descompromisso social e a velha irracionalidade técnico-administrativa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Há uma mudança no paradigma de uma atenção curativa, centrada na doença, para o incentivo à promoção e proteção da saúde.

A promoção de saúde está prevista no Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) que, juntamente com a proteção e a recuperação, a redução do risco de doenças e agravos, são questões de saúde, devendo ser geridos por políticas sociais e econômicas. Salienta-se também, que a mudança de paradigma no modelo de atenção à saúde passa ser lançado por meio de Políticas Nacionais (PN) pelo Ministério da Saúde, que visam apoiar os gestores e profissionais de saúde no país. Compreende-se que, na medida em que tais PNs trabalham conceitos e dilemas decorrentes das novas formas de entender saúde e doença e, do mesmo modo, de prover uma atenção às pessoas mais digna e humana, estão em conformidade ao que postula a Bioética.

A abordagem principialista tem sido importante para a disseminação da Bioética. Os princípios da autonomia, beneficência e justiça, citados primeiramente pelo Relatório Belmont (1978), foram acrescidos de um quarto proposto por Beauchamps e Childress (2002): a não-maleficência. O amplo uso desta abordagem pode ser atribuído ao seu aspecto prático, que auxilia em difíceis decisões clínicas sobre a morte, a autonomia do paciente, entre outros, especialmente em grandes centros hospitalares, locais munidos de alto investimento tecnológico e financeiro, propulsores do pensar sobre qual a forma mais justa de utilizá-los.

A abordagem dos quatro princípios os têm como obrigações morais *prima facie*, ou seja, que devem ser seguidas de imediato, sem poder infringi-los, a menos que haja justificativa plausível. Atualmente, há uma crescente crítica de bioeticistas latino-americanos à importação, sem adaptação cultural, de conceitos norte-americanos e anglo-saxões. Assim, cabe dizer que a abordagem principialista é um dos meios de se entender a Bioética, mas não o único. Pessini (2008, p. 43) salienta que “um forte saber social qualifica a bioética latino-americana” e, assim “conceitos culturalmente fortes tais como justiça, equidade e solidariedade deverão ocupar na bioética latino-americana, um lugar similar ao princípio da autonomia nos EUA”.

Ainda para o autor, desde a origem da bioética com Potter, não somente discussões sobre o uso das tecnologias, os transplantes e questões sobre a morte e o morrer estão em pauta, mas também, temas sociais foram sendo inseridos nas reflexões bioéticas, como a saúde pública, alocação dos recursos para a saúde e a sustentabilidade, a fim de promover a continuidade do planeta e da espécie humana. O autor afirma que a tecnologia médica impulsiona a bioética clínica, tanto nos Estados Unidos da América (EUA), como também na América Latina, porém, nos lembra que para os últimos, a alta tecnologia médica e seus centros destinados ao cuidado dos pacientes geram discriminação e injustiça na assistência em saúde (PESSINI, 2008).

Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) estão diretamente ligados à essa dificuldade na alocação de recursos, e em Ugá e López (2007) percebemos essa realidade aplicada tanto na área dos recursos humanos, como financeiros. As peculiaridades destas instituições estão na baixa complexidade de sua atenção e na exigência apenas das especialidades básicas: clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria. Apesar disso, os autores salientam a importância dos HPP's para o apoio à descentralização e regionalização do SUS (UGÁ & LÓPEZ, 2007).

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.044, foi revogada e acrescida à Portaria de Consolidação no ano de 2017, mantendo a PN ativa. Tal portaria também revoga a Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que abarca aspectos dos direitos e deveres dos usuários da saúde, que se relacionam com as preocupações bioéticas, em termos de acesso aos bens e serviços de atenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, os serviços devem preconizar a qualidade e a humanização, sendo direito dos usuários receberem informações sobre seu tratamento, diagnósticos, corroborando com discussões no campo da bioética clínica, tendo em vista que, como nos traz Santos (2016), o momento da comunicação diagnóstica é crucial para o paciente, exigindo preparo e tempo do profissional médico e suporte da equipe multiprofissional (SANTOS, 2016).

Rocha (2011) salienta a importância do entrelace entre a legislação brasileira e a bioética, já que os dispositivos constitucionais podem servir de orientação para a bioética, quando suas disposições se relacionam à vida humana, sua qualidade e preservação. O constitucionalismo representa a emancipação dos seres humanos. A conduta diante das ciências da vida e saúde destes exige um olhar interdisciplinar e o direito normatiza a revolução biotecnológica, perante a sociedade, havendo assim a necessidade de se ter

limites para a ciência e medicina, a fim de que sejam preservadas a dignidade, identidade e vida humana (ROCHA, 2011).

Também para Rocha (2011), todos os seres humanos devem receber do Estado respeito por sua identidade tanto física, como psicológica, a fim de que seja evitada uma “*coisificação do ser*” (p.134). Assim, podemos considerar que a psicologia adentra bem a estas discussões, pois a bioética reflexiona as questões das implicações das novas tecnologias para a ciência e saúde para nós humanos, e como traz Knobloch (2005), tal desenvolvimento traz angústias e insegurança, uma vez que a vida psíquica não acompanha esse ritmo avançado que envolve a ciência. Também, o profissional *psi* trabalha na equipe multidisciplinar e tem papel fundamental ao garantir que não só o físico do paciente esteja para as intervenções em saúde, mas também o subjetivo (KNOBLOCH, 2015).

Devem ser potencializados Encontros, da forma como nos conceitua Kovács (2018), onde a proximidade entre duas ou mais pessoas seja dotada de toques, afeto e conforto, sob a transmissão da energia entre aqueles que se encontram, nos mais diferentes locais, como hospitais, clínicas e etc. Nesses lugares, profissionais ofertam uma possibilidade de restauração, recuperação, já que é da dimensão do encontro poder sermos sensíveis ao fato de que diagnósticos ou prognósticos trazem rupturas abruptas na vida de clientes/pacientes (KOVÁCS, 2018).

Desta forma, esta pesquisa se propôs a entender como são concebidas as questões que trazem a bioética clínica para o cotidiano de trabalho de profissionais de um HPP, ao considerar que neste cenário também cabem preocupações sobre condutas paternalistas, a distribuição de recursos, bem como questões intrínsecas aos diagnósticos difíceis e a tomada de decisão em fim de vida. Por meio das entrevistas, foi possível conhecer as peculiaridades do *locus* escolhido para a pesquisa, entendendo que estas têm relação com o conhecimento e desenvolvimento da bioética clínica na atuação dos profissionais de saúde que auxiliaram na construção do saber acerca deste fenômeno.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo dispõe-se a discutir sobre a escolha metodológica adotada para a elaboração desta dissertação. Tendo em vista os aspectos da formatação dos artigos científicos, nesta parte foi realizada uma explanação mais detalhada dos processos e procedimentos utilizados. Além disso, está apresentada uma breve comparação entre o método qualitativo e o método clínico-qualitativo, a fim de delimitar suas diferenças conceituais e aplicação prática de cada um.

3.1 DELINEAMENTO

A opção pela pesquisa qualitativa já havia sido feita durante a graduação; a ampliação do conhecimento do método foi uma das escolhas exercidas no percurso enquanto mestranda. Para além do método qualitativo, foi possibilitada uma aproximação ao método clínico-qualitativo, que pela forma de compreender as vivências humanas no campo da saúde foi o escolhido para a condução desta pesquisa e suas peculiaridades serão discutidas nessa seção.

Como o hospital foi o lugar escolhido para desenvolvimento deste estudo, utilizou-se o método de Turato (2013) para a compreensão do nosso objeto, ao passo que as entrevistas foram feitas no ambiente natural em que os participantes prestam seus serviços clínicos. Egberto Ribeiro Turato, criador do Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa (2013), coloca este método como um refinamento ao método tradicional da pesquisa qualitativa. O *setting* clínico é, para o autor, um espaço com características específicas que devem ser levadas em conta na realização de pesquisas.

Além do uso do ambiente natural dos sujeitos para a pesquisa, o pesquisador deve ser ferramenta de seu próprio estudo, sabendo acolher seus participantes mediante uma atitude clínica, que reconhece as angústias e ansiedades que surgem pela presença da pesquisa no seu cotidiano de trabalho. O querer saber sobre dado fenômeno e seus pressupostos à vida dos seres humanos, a escolha dos tópicos e aquilo tudo que se quer levar ao conhecimento da sociedade, fazem parte das angústias e ansiedades do próprio pesquisador (TURATO, 2013).

Estes são alguns pontos mais facilmente destacáveis como diferentes do método qualitativo e através das leituras para compreensão das peculiaridades entre os métodos, foi criado o quadro abaixo para melhor entendimento dos aspectos. Após este, apresenta-se uma discussão das dificuldades de aplicação do método clínico-qualitativo, especialmente por ter sido o primeiro uso deste enquanto pesquisadora.

Pesquisa Qualitativa	Pesquisa Clínico-Qualitativa
Multimetodológica: estudo de caso, entrevistas, estórias de vida, observações, entre outros;	É um método da pesquisa qualitativa;
Pesquisador no Setting natural escolhido;	O Setting natural são cenários clínicos de atenção à saúde;
As coisas são o objeto de estudo e a forma como as pessoas dão sentidos e significados a elas são valorizados;	Sentidos e significados também são buscados, mas há uma valoração específica do modo como as pessoas veem os processos de saúde/doença em suas vidas;
Toma as vivências como únicas, importantes e singulares;	As vivências que os enfermos possuem são únicas, importantes e singulares, passando por uma gama de reações, permeados por angústias e ansiedades;
Busca pela compreensão da estrutura dos fenômenos sociais;	Escuta da fala dos sujeitos sobre saúde/doença, processos terapêuticos, serviços de saúde e/ou sobre a forma como lidam com suas vidas;
Os fenômenos não podem ser reduzidos a variáveis, portanto, não são passíveis de controle nem de teste de hipóteses; e	A perspectiva clínica faz com que os sujeitos sejam tomados em sua totalidade, num ambiente que não pode ser controlado; e
É predominantemente descritiva e a análise dos dados é indutiva (do particular para o geral).	Raciocínio indutivo e dedutivo.

Tabela 1: Aspectos gerais dos métodos qualitativo e clínico-qualitativo

Turato (2013), em seu tratado, adentra nos pormenores daquilo que vê como específico de seu método e sua escrita permite que o pesquisador entenda o papel que assumirá no contexto de sua pesquisa e as técnicas que deverão ser realizadas para estar em conformidade com o método. O pesquisador clínico-qualitativo é *bricoleur*, ou seja, realiza um trabalho que pode ser consertado ou reformulado sempre que preciso, não seguindo, necessariamente, o projeto inicial. Isso porquê, a entrevista e observação podem acarretar novos materiais empíricos, onde os paradigmas interpretativos do pesquisador podem alterar a proposta que deu início à investigação (TURATO, 2013).

Um conhecimento prévio e teórico do tema são necessários e fazem parte do método. O homem sendo o foco de nossas pesquisas, nos faz ter a consciência de que as próprias pessoas alteram nossas concepções e conhecimentos sobre os fenômenos e, portanto, a conformação com as variações daquilo que pensávamos na nossa proposta de pesquisa (TURATO, 2013).

O método clínico-qualitativo vem ganhando visibilidade nos últimos anos e na revisão integrativa de Bassora e Campos (2010), 57% dos artigos que integraram o estudo

destacaram de modo detalhado os processos metodológicos empregados. A entrevista semi dirigida foi o instrumento mais escolhido, fato que vai ao encontro da proposta do método de Turato (2013), pois pesquisador e entrevistado direcionam o andar da entrevista e a compreensão do fenômeno se dá na medida do entendimento do participante sobre o estudo. Os autores sugerem a importância de um detalhamento dos processos da pesquisa, pois é a solidez na execução do método que confere validade ao estudo (BASSORA & CAMPOS, 2010).

Da Silva, Herzberg e de Matos (2015) realizaram uma revisão sistemática sobre o uso do método clínico-qualitativo em pesquisas. O critério de inclusão era de que pelo menos um dos autores fosse da área da Psicologia. Os autores encontraram dificuldades na identificação da utilização da pesquisa clínico-qualitativa propriamente dita devido a uma sobreposição de outras metodologias, como a abordagem qualitativa, método clínico, método psicanalítico, onde o pesquisador realizou algum tipo de intervenção/ uso de instrumento com os entrevistados, o que não é previsto no método de Turato (SILVA, HERZBERG & DE MATOS, 2015).

Ainda neste estudo, os autores trazem, que a utilização significativa do método por psicólogos pode ser atribuída ao privilégio dado ao emprego de conceitos psicanalíticos, tanto no momento da entrevista quanto na análise dos dados coletados. A intersubjetividade é facilmente observada nos *settings* de saúde, dada as representações emergentes do processo saúde/doença e a validade científica vem justamente da transferência positiva entre pesquisador-entrevistado. Um dos pontos-chave da pesquisa clínico-qualitativa fica por conta da apreensão das nuances subjetivas (SILVA, HERZBERG & DE MATOS, 2015).

Partindo deste último aspecto, se quer fazer nas próximas linhas uma análise do que a pesquisadora pode apreender de sua vivência no campo em termos da aplicação das técnicas e procedimentos da metodologia clínico-qualitativa. A partir disso, mesmo com o uso da orientação psicanalítica da mestrandia em seu fazer na psicologia, aplica-lo em meio às entrevistas e na análise das falas consistiu no maior desafio, talvez pela complexidade do objeto de estudo – a bioética – diante de suas diferentes abordagens e das peculiaridades encontradas num *setting* de saúde de pequeno porte; ou ainda, por ter havido uma aculturação no local, porém sem grande adentramento à rotina dos profissionais para perceber aspectos que compõem um discurso latente.

Além do mais, há um conflito naquilo que pode ser apreendido do discurso manifesto e aquilo que se pode trazer em termos de dados da pesquisa, pelo respeito a ética e no caso quando se aplica o método clínico-qualitativo com profissionais de saúde, isto deve ser considerado. Isso porquê, os entrevistados respondem a uma instituição e num contexto de cidade menor, com um número reduzido de entrevistados, uma análise da postura ou de alguma vivência específica do profissional não pode ser contemplada no estudo, pelo respeito ao sigilo das identidades das pessoas. Se pensa que em cenários de atenção à saúde de maior porte ou a pesquisa com pacientes como os entrevistados, devam facilitar essa análise dos aspectos inconscientes e subjetivos.

Para a realização das entrevistas no *setting* natural dos sujeitos, sendo eles profissionais, outro impasse ao método foi sentido. Estando estes em seus turnos de trabalho, muitos demonstraram certa preocupação com o tempo de duração do encontro após um certo tempo, gerando certo desconforto para poder compreender pontos importante para o entendimento do objeto do estudo e, ao mesmo tempo, adotar uma postura mais clínica, onde poderiam surgir questões que necessitariam de um investimento emocional maior para serem explicitadas.

Sendo um lugar natural para eles, mas não tanto à pesquisadora, também houve a preocupação de como garantir um suporte das questões trazidas, em que o momento do encontro era aquele dia. Ficaria claro para os sujeitos que eles receberiam o devido aporte? Ainda que isto esteja especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), parece difícil ultrapassar a aparência de que é uma contribuição à pesquisa científica e que está delimitada pelo tempo daquele encontro.

Entretanto, foi possível deixar transparecer uma postura mais clínica, onde *feedbacks* dados aos entrevistados os levaram a inferir que ainda não haviam pensado daquela maneira, ou mesmo se sentirem à vontade para manifestarem dúvidas pessoais sobre seus comportamentos e personalidade, de modo muito similar ao que podemos ver na atuação clínica de orientação psicanalítica. Ainda, o reconhecimento da postura do pesquisador como um *bricoleur*, a importância da base teórico-prática para a compreensão do fenômeno estudado, da observação, da ambientação e aculturação foram processos obedecidos e que trouxeram reflexões de suma importância para a construção do trabalho final.

As reflexões trazidas por Turato (2013), na construção do método clínico-qualitativo, como também sua forma detalhada de demonstrar cada etapa que o

pesquisador deve percorrer para a execução do projeto auxiliam muito na compreensão de como funciona o trabalho na área da pesquisa científica. Portanto, se considera que o crescimento deste método é muito bem-vindo, ao mesmo tempo que algumas especificações poderiam ser feitas em termos das diferenças da utilização deste tipo de pesquisa com entrevistados usuários e/ou profissionais da saúde.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo tem natureza descritiva, onde seus objetivos buscaram descrever fatos observados sob o fenômeno em estudo, diante dos quais a pesquisadora não interferiu na realidade em que se inseriu. É exploratória, ao intentar contribuir com informações, através de entrevistas com as pessoas que passam por experiências diárias em suas práticas diante do problema de pesquisa aqui abordado (PRODANOV; DE FREITAS, 2013).

Estando sob o enfoque da natureza e essência das coisas, e não de sua quantidade, esta pesquisa é de cunho qualitativo, tendo ocorrido no ambiente natural em que os participantes constroem, no caso, seu trabalho. Teve um número de participantes reduzido, onde a pesquisadora foi o principal instrumento de coleta de dados e não foram construídos instrumentos para tal e a análise se deu de modo indutivo (PRODANOV; DE FREITAS, 2013). Buscou-se compreender o fenômeno incorporando a questão do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, [...] como construções humanas significativas” (MINAYO, 2014, p.10).

Ao considerar cenários de saúde, optou-se pelo Método Clínico- Qualitativo de Turato (2013), onde a pesquisadora preocupou-se com as significações dos fenômenos em saúde, não nos fatos, reconhecendo que sofreu os efeitos do *setting* na pesquisa e não teve interesse em generalizações, criando o novo por meio do que já foi divulgado e feito na área do estudo. Esse método, é um recurso à psicologia da saúde e parte das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, a fim de poder abarcar as angústias e ansiedades dos seres humanos, salientando os aspectos emocionais psicodinâmicos, com o intento de atingir a compreensão dos sentidos e significados sob as bases de diferentes referenciais teóricos que apresentem em seu cerne a interdisciplinaridade como elemento a ser levado em conta (TURATO, 2013).

3.3 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo oito profissionais de saúde de um HPP do interior do Rio Grande do Sul, que possuem ensino superior completo e com tempo de trabalho na

instituição superior aos 6 meses. Dentre eles, dois participantes eram do sexo masculino e as outras seis do sexo feminino, com idades entre 28 e 64 anos. Por ser um município de fronteira, onde há diferença na nacionalidade dos profissionais que compõem a equipe, seis participantes são brasileiros e dois estrangeiros (falantes da língua espanhola). A realidade do local é de prevalência de atuação de estrangeiros, destinados, em sua maioria, ao trabalho na urgência/emergência.

Foi cedido à pesquisadora os dados e horários de trabalho dos profissionais da instituição, por meio dos quais se fez uma lista, em ordem alfabética, para organizar as entrevistas. A partir desta lista, era solicitado a uma secretária, os contatos telefônicos pelos quais o convite para a entrevista foi realizado. Optou-se pela saturação teórica onde, segundo Fontanellas, Ricas e Turato (2008), para determinar a continuidade na coleta da fala de novos profissionais, é preciso considerar a repetição do conteúdo destas, condicionando a interrupção da coleta para a fase das análises.

O quadro abaixo tem a pretensão de facilitar a visualização dos profissionais que compuseram o estudo. Não se fez possível identificá-los com características mais precisas (ex.: formação), por respeito ao sigilo. Assim, estes estão identificados pela letra E (entrevistado) apenas.

Participante	Idade (em anos)	Filhos	Sexo	Nacionalidade
E1	45-50	Possui	Feminino	Uruguaia
E2	60-65	Possui	Masculino	Brasileiro
E3	30-35	Possui	Feminino	Brasileiro
E4	50-52	Possui	Feminino	Uruguaia
E5	30-35	Possui	Feminino	Brasileira
E6	60-65	Possui	Masculino	Brasileiro
E7	30-35	Não possui	Feminino	Brasileira
E8	25-30	Possui	Feminino	Brasileira

Tabela 2: Características dos participantes

3.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Em conformidade com o método escolhido, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, além de observação ampla e livre, e também uma refinada auto-observação, pela base na teoria psicanalítica da pesquisa clínico-qualitativa, em que o setting, a transferência/contratransferência e a associação livre são questões que fazem parte do processo. Pesquisadora e entrevistados conduziram a entrevista em diferentes

momentos, mediados por questões abertas que dirigiram o encontro ao conhecimento do objeto em estudo.

Em campo, foi feita a aculturação e ambientação. A ambientação foi o momento em que a pesquisadora buscou se adaptar ao todo do *setting*, podendo perceber como é a rotina em que se deu a coleta de dados, bem como se pode observar acerca do cotidiano dos profissionais e usuários do serviço. Já a aculturação, por ser mais abrangente, se deu no momento onde a pesquisadora passou a “assumir” a mentalidade, os costumes e valores das pessoas que compõem o *locus* da pesquisa.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa, ocorreram dois encontros que fizeram parte da aculturação: encontro com um dos chefes do hospital e participação em uma capacitação com técnicos de enfermagem, ministrada por um médico cardiologista, estrangeiro, que é plantonista no hospital. Nesses dois momentos, foi gerada a angústia de perceber que, mesmo em solo brasileiro, foi amplo o encontro com profissionais que se comunicam em outra língua, bem como são formados sob o contexto de um outro país.

A realidade observada é de um serviço que funciona com restritas especialidades médicas, que atendem por regime de plantão. Em termos de observação, a sensação é de inquietude, pelo encontro com um funcionamento muito diferente do que se estava habituado a encontrar. Após compreender um pouco mais sobre o cotidiano da instituição, foi permitida a aculturação da pesquisadora, onde já havia um certo vínculo estabelecido com pessoas da instituição e um acesso bastante fácil às dependências do hospital, sem uso de identificação, apenas na confiança da palavra. Pela rotina intermitente dos médicos, sempre havia a sala de um deles disponível para as entrevistas, onde seis delas foram realizadas. Dois dos encontros foram feitos fora da instituição, a fim de contemplar a disponibilidade dos participantes.

Quanto a estrutura dos encontros com os participantes, cabe dizer que as entrevistas contiveram eixos norteadores, como foi sugerido por Minayo (2014), os quais foram: a formação acadêmica dos participantes, valores éticos profissionais, concepções sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação em uma cidade de interior, reflexões diante da bioética clínica. Ainda, ao fim das entrevistas, foi feita a apresentação e discussão do caso clínico do bebê britânico Charlie Gard, objeto de estudo do segundo artigo desta dissertação.

3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados por meio da fala dos entrevistados foram analisados segundo Bardin (2010) e Turato (2003) reunidas tanto por repetição, carga emocional ou pela (in) congruência dos discursos. A primeira autora considera uma sistematização dos dados, realizada através de um compilado de técnicas de análise das comunicações para coletar as informações contidas nas mensagens. Ou seja, se constrói categorias provenientes das falas que são fragmentadas por meio dos critérios de: homogeneidade; exaustividade (considerar o texto proveniente das falas num todo); exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência. Cabe salientar, que todos esses aspectos são feitos a partir da conformidade da fala com o conteúdo e objetivo da pesquisa (BARDIN, 2010).

Turato (2003) complementa o entendimento sobre a análise do conteúdo ao inferir que esta vai além das secções dos discursos, pois o pesquisador precisa ir além da fala, devendo ele considerar o que está implícito, aquilo que se pode inferir do que foi dito. Para isso, num momento de pré-análise, foi feita uma leitura flutuante do material transcrito, o que levou a uma assimilação dos conteúdos. A seguir, foi feita a categorização, ou seja, onde as categorias são criadas, diante da repetição das palavras e a relevância das temáticas emergentes do encontro. Ainda, podem ser elaboradas subcategorias, caso se queira pôr em evidência outros tópicos importantes relacionados à categoria maior (TURATO, 2013).

3.6 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os aspectos éticos, esta pesquisa ampara-se na Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que abarcam as questões pertinentes às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Também, tem aparo na Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde a presente pesquisa está vinculada, sob o número do certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 89657818.5.0000.5346.

**4 ARTIGO 1:
BIOÉTICA CLÍNICA E A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE**

Autora: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

Orientador: Alberto Manuel Quintana

RESUMO

Este estudo buscou compreender como a bioética clínica pode ser encontrada em um contexto hospitalar de pequeno porte (HPP), pela perspectiva de profissionais de saúde de um município de fronteira do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de cunho clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas, com eixos norteadores e analisados pela análise de conteúdo. Participaram oito profissionais da instituição, a partir dos quais foram encontradas questões relacionadas à autonomia dos pacientes, relação profissionais de saúde entre si e com os pacientes, bem como sobre tomada de decisão e comunicações difíceis.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Bioética Clínica; Hospital de Pequeno Porte.

ARTICLE 1
CLINICAL BIOETHICS AND THE HEALTH PROFESSIONALS ACTIVITY
OF A SMALL HOSPITAL

Author: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

Advisor: Alberto Manuel Quintana

ABSTRACT

This study sought to understand how clinical bioethics can be found in a small hospital context, from the perspective of health professionals from a border municipality in the interior of Rio Grande do Sul. This is a clinical-qualitative study, with an exploratory and descriptive character. Data were collected through semi-structured interviews, with guiding axes and analyzed by content analysis. Eight professionals participated in the study, which in the understanding of the functioning of the Unified Health System in the frontier areas in a guided reflection in the light of clinical bioethics. Issues related to patient autonomy, health professionals' relationship with each other and with patients, as well as on decision making and difficult communications were found.

Keywords: Hospital Psychology; Clinical Bioethics; Small Hospital.

4.1 INTRODUÇÃO

As Nações Unidas lançaram sua campanha #standup4humanrights em 2017, a fim de comemorar os 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no dia dez de dezembro de 2018, data em que seria encerrada. A campanha teve por objetivo ressaltar a transcendência deste documento ao longo dos anos e sua importância em decretar os direitos que comuns a todos os seres humanos, sem distinções, dando a todos o mesmo valor e dignidade. Grandes avanços foram alcançados, porém é sabido que ainda há uma trajetória a ser percorrida para se alcançar a plenitude à equidade, justiça e a dignidade humana (UNESCO, 2017).

Diante da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005, adotada pela Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), temos um marco importante à bioética. Tudo isso pelo comprometimento de seus membros e da comunidade internacional, com o respeito e aplicação dos princípios fundamentais bioéticos, onde se firmam regras a serem seguidas para a garantia do respeito à dignidade humana, direitos humanos e liberdades fundamentais (UNESCO, 2005).

O surgimento da bioética é oficialmente atribuído à Van Rensselaer Potter, por meio de seu livro *Bioethics: Brige to the Future* (1971). O autor indica a necessidade de um olhar para o que chama de um mundo em crise, diante do qual temos que buscar sua sobrevivência e a importância de não aceitar o sofrimento oriundo da desumanidade humana para com nossos semelhantes. Potter (2016), com esta nova disciplina, propôs um afastamento do olhar exclusivo das ciências tradicionais, buscando uma aproximação com outras disciplinas que deem conta, juntas, de trazer à verificação objetiva formas que promovam a sobrevivência da humanidade e a qualidade de vida (POTTER, 2016).

A partir disso, Potter levanta a questão “como a ciência pode contribuir para a melhoria da condição humana?” (2016, p.75), considerando a ciência e a religião enquanto duas instâncias que têm papel importante na organização social, na medida em que trazem ordem diante de uma desordem. Porém, Potter afirma que a ciência tem produzido um “conhecimento perigoso”, já que a sabedoria para o manejar nem sempre acompanha a rapidez dos avanços científicos e, por isso, necessitamos de uma ciência da sobrevivência, envolta por uma ética interdisciplinar: a Bioética (POTTER, 2016).

Michel Foucault, em *Microfísica do poder*, de 1971, também abarca suas percepções acerca da influência da religião e das ciências médicas no ordenamento social,

onde ao descrever os importantes movimentos ocorridos na medicina ao longo de sua história, descreve essa passagem de uma medicina de caridade, ligada à religião, ao pecado que gerava o adoecimento nas pessoas, com a medicina hospitalar que impera até os dias de hoje (FOUCAULT, 2015). Em Simonetti (2018), também visualizamos essa menção de uma medicina científica de exercer poder em nossas vidas, sendo nossa companheira cotidiana, ditando um ideal de vida saudável (SIMONETTI, 2018).

Diferentes áreas do conhecimento adentram aos discursos gerados pelo binômio saúde/doença, com o surgimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, onde houve a transição de uma atenção da clínica privada para o setor público. Diante disso, várias mudanças paradigmáticas estão ocorrendo, pois tivemos uma mudança na forma de conceituar saúde, não mais sendo somente a ausência de doenças pela Organização Mundial de Saúde, mas, por meio da Declaração de Alma-Ata (1978), exige novas posturas profissionais.

Tais contextos deram origem à esta pesquisa, realizada num Hospital de Pequeno Porte (HPP) do interior do Rio Grande do Sul, visando entender como a bioética (clínica) e sua busca pelo respeito à dignidade humana podem ser evidenciados num ambiente de baixa densidade tecnológica, mas onde é importante lançar um olhar às vivências de seus profissionais. Foram realizadas entrevistas clínico-qualitativas, a partir de eixos norteadores, com oito profissionais da área da enfermagem, medicina, nutrição e psicologia.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Desenho do estudo

Este estudo propõe-se a contribuir com o conhecimento científico de forma descritiva, já que seus objetivos buscaram apresentar fatos observados sob o fenômeno em estudo, diante dos quais a pesquisadora não interferiu na realidade. É exploratório, ao intentar contribuir com informações, através de entrevistas com as pessoas que passam por experiências diárias em suas práticas diante do problema de pesquisa aqui abordado (PRODANOV, DE FREITAS, 2013).

Esta pesquisa é de cunho qualitativo, tendo ocorrido no ambiente natural em que os participantes constroem, no caso, seu trabalho, dando enfoque da natureza e essência das coisas e não de sua quantidade. O número de participantes foi reduzido, onde a pesquisadora esteve como o principal instrumento de coleta de dados e a análise se deu

de modo indutivo (PRODANOV, DE FREITAS, 2013). Buscou-se compreender o fenômeno incorporando a questão do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, [...] como construções humanas significativas” (MINAYO, 2014, p.10).

Por ter sido realizada em um cenário de saúde, optou-se pelo Método Clínico-Qualitativo de Turato (2013), para a pesquisa, onde as significações dos fenômenos em saúde estavam em seu cerne, e não os fatos, reconhecendo que sofreu os efeitos do *setting* e não teve interesse em obter generalizações, criando o novo por meio do que já foi divulgado e feito na área do estudo. Esse método é um recurso à psicologia da saúde e parte das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, visando abarcar as angústias e ansiedades dos seres humanos. São realçados os aspectos emocionais e psicodinâmicos, com o intento de atingir a compreensão dos sentidos e significados sob as bases de diferentes referenciais teóricos que apresentem em seu cerne a interdisciplinaridade como elemento a ser levado em conta (TURATO, 2013).

4.2.2 Participantes

Participaram deste estudo oito profissionais de saúde de um HPP de uma cidade fronteira do interior do Rio Grande do Sul. Foram fornecidos à pesquisadora os dados dos profissionais da instituição, úteis para a construção de uma lista, em ordem alfabética, para a organização das entrevistas. A partir desta lista, se solicitou a secretária os contatos telefônicos, pelos quais os convites para a pesquisa foram realizados. Para a definição do número de participantes optou-se pela saturação teórica que, segundo Fontanellas, Ricas e Turato (2008) auxilia determinar a continuidade na busca de novos participantes, que deve ser encerrada a partir da repetição do conteúdo das falas.

Os participantes foram identificados pela letra E (entrevistado), seguida da ordem numérica da realização das entrevistas, sexo, e sua faixa etária (ex.: E1, F, 45-50). Não se fez possível citar informações exatas, inclusive a área de formação de cada profissional, dado o tamanho reduzido da instituição, com um quadro pequeno de profissionais (especialistas), onde maiores caracterizações facilitariam a identificação dos mesmos.

4.2.3 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados

De acordo com o método, foram feitas entrevistas clínico-qualitativas, semiestruturadas, em que pesquisadora e entrevistado conduziram a entrevista em

diferentes momentos. O encontro foi guiado por questões abertas (em eixos norteadores) que proporcionaram o conhecimento do objeto em estudo.

No cenário da pesquisa a aculturação e ambientação foram realizadas, onde a ambientação foi o momento em que a pesquisadora se propôs a adaptar-se ao todo do *setting*, podendo perceber como é a rotina do lugar em que seria feita a coleta de dados, bem como pela observação do cotidiano dos profissionais e usuários do serviço. Já a aculturação, foi o momento em que se passou a “assumir” a mentalidade, os costumes e valores das pessoas que compõem o *locus* da pesquisa.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa, dois encontros fizeram parte da aculturação: o encontro com um dos chefes do hospital e a participação em uma capacitação com técnicos de enfermagem, ministrada por um médico cardiologista, estrangeiro, que é médico especialista do hospital. Considerando os efeitos do *setting*, nesses dois momentos, foi gerada uma angústia, ao se tomar conhecimento de que, mesmo em território brasileiro, a pesquisa estaria envolta por um cenário bilíngue, que não era comum à pesquisadora.

Pela rotina intermitente dos médicos, sempre havia uma sala de um deles disponível para as entrevistas, onde seis delas foram realizadas. Dois destes encontros foram feitos fora da instituição, a fim de contemplar a disponibilidade dos participantes. As entrevistas contiveram eixos norteadores, como sugerido por Minayo (2010), os quais foram: a formação acadêmica dos participantes, valores éticos profissionais, concepções sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação em uma cidade de interior, reflexões diante da bioética clínica. Ainda, ao fim das entrevistas, foi feita a apresentação e discussão do caso clínico do bebê britânico Charlie Gard, para o entendimento de questões sobre tomada de decisão em fim de vida, entre outros.

4.2.4 Procedimento de análise dos dados

A análise da fala dos entrevistados foi feita segundo Bardin (2010) e Turato (2003), dada tanto por repetição, carga emocional ou pela (in)congruência dos discursos. A primeira autora sugere uma sistematização dos dados, alcançada através de um compilado de técnicas de análise das comunicações para obter as informações contidas nas mensagens. Ou seja, se constrói categorias, que surgem da fragmentação das falas, através dos critérios de: homogeneidade; exaustividade (considerar o texto proveniente das falas num todo); exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência. Todos esses

aspectos se dão a partir da conformidade da fala com o conteúdo e objetivo da pesquisa (BARDIN, 2010).

Turato (2013), ainda acrescenta que a análise do conteúdo é mais que a secções do discurso. O pesquisador deve ir além da fala, considerar o que está implícito, o que se pode inferir do que foi dito. Para tanto, num momento de pré-análise, deu-se uma leitura flutuante do material transcrito, para a assimilação dos conteúdos. Após, foram criadas as categorias (categorização), que são elaboradas diante da repetição e relevância. Ainda, podem ser elaboradas subcategorias, caso se queira colocar em evidência outros tópicos importantes relacionados à categoria maior (TURATO, 2013).

4.2.5 Considerações e aspectos éticos

Esta pesquisa ampara-se na Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que abarcam as questões pertinentes às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Também, tem amparo na Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. O presente trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde a qual pesquisa está vinculada, sob o número do certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 89657818.5.0000.5346.

Foram levados em conta critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes em que estes deveriam possuir ensino superior completo, bem como fazer parte da instituição há pelo menos seis meses.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão trabalhados a seguir, por meio de categorias, os aspectos que envolvem a bioética clínica e as concepções que puderam ser compreendidas através da fala dos entrevistados.

4.3.1 Conceituando a bioética (clínica)

Opta-se pelo uso dos parênteses neste contexto, pois do total de entrevistados, apenas dois deles tinham conhecimento sobre bioética, como também sabiam da peculiaridade da bioética clínica. Cabe dizer que chamou atenção o fato desses dois entrevistados serem da mesma área médica: a gineco-obstetrícia.

Eu acho que é muito importante, talvez para os médicos que temos já muitos anos de formados, não pesava tanto e agora se vê que tão dando maior

importância, mas no meu caso, médica Comunitária, sempre tive relação com bioética, vou nas conferências, porque a minha área tem que ver com isso, talvez tu falas com um cirurgião de muitos anos e já é outra história, mas eu, na minha área, sempre tive muito vínculo e acho uma parte importante da medicina (E5, F, 50-55).

A noção que eu tenho né, que trata da ética da vida, que trata daquela situação, mais conhecida, eutanásia, vai fazer, não vai fazer, é proibido por lei, entendeu? Isso talvez tenha despertado a bioética, né? Nessas questões né, da distanásia, eutanásia, todas as questões foi o que despertou. Depois vinha aquela questão que se uma religião não deixava fazer transfusão de sangue, então outra questão né, depois se vai entubar o paciente, se vai fazer tudo que tem que fazer numa UTI no vovozinho de 90 anos, se vale a pena, mas aí surge a legislação paralela que é isso, que tem que fazer tudo para salvar a vida e aí vem a questão da bioética, se vai sofrer, não vai adiantar então aí é uma discussão entre os colegas, se houve morte cerebral (E6, M, 60-65).

Dentre os demais entrevistados, alguns já haviam estudado na graduação ou já tinham ouvido o termo “bioética”, mas não souberam dizer nada a respeito.

Não, eu disse para ti no início quando nós conversávamos sobre o tempo, quando eu me formei há 40 anos não tinha essa coisa aí. Algumas aulas eram de outras matérias, algumas desapareceram. [...] Não, O que que é bioética eu não sei o que é isso. Eu sou do tempo só da ética (E2, M, 60-65).

Bioética sim, já, mas não sei assim te descrever bem assim claramente o que seria [...] bioética, bioética, aí, não lembro, não lembro (E3, F, 30-35).

Aí, eu tive uma disciplina de ética e bioética, mas eu não sei, não. Aí eu vou estar te mentindo se eu disser, não, não. Ética e bioética e tinha mais outro nome a disciplina, eu acho. Não me lembro, não (E4, F, 30-35).

Com certeza já, na faculdade, mas assim não, não sei te dizer o que seria. [...] não, quem sabe por ser bio, de biologia, seria a ética em, mas não sei, não teria uma opinião para te dizer o que é (E7, F, 30-35).

Apesar da predominância daqueles aos quais a bioética não é um conceito presente, foi possível identificar que isso fica mais no campo teórico, pois no campo prático, muitos trouxeram aspectos de suas atuações que estão intimamente relacionados com a bioética, onde os principais aspectos podem ser evidenciados nas próximas categorias.

4.3.2 Relação médico/profissional de saúde – paciente

Nesta categoria são apresentadas imbricações na relação entre os profissionais, especialmente da área médica, com seus pacientes. Este é um tema que possui discussões que perpassam os séculos e ganharam a atenção de grandes autores e é um dos marcos das questões de bioética clínica.

Porque a relação médico-paciente tem que ser cheia de confiança, tanto do médico com o paciente, quanto do paciente com o médico, senão ela não vai funcionar e os riscos de dar problema também são um pouquinho maiores (E2, M, 60-65)

Tu és instruído né, para [...] respeitá-lo não só no diálogo, na hora de atendê-lo, mas no sentido de não revelar seus problemas, suas preocupações né, tudo fica né, guardado sob sigilo. E no próprio respeito ao paciente está o empenho, que diz no código de ética médica, no primeiro artigo, “tudo se deve fazer pelo paciente”, usar todos os esforços disponíveis pelo paciente. Então, se você praticar essa, esse artigo primeiro do código de ética médica, tu vais estar sendo ético com o paciente (E6, M, 60-65).

Em Francesconi e Goldim (2005), encontramos diferentes modelos que podem ser encontrados para a relação entre médico e paciente. Os autores apontam que o Modelo Hipocrático é o mais corriqueiro no largo da história, onde a postura paternalista, aquela em que o profissional é quem detém o saber do que é o melhor para o paciente, tomando as decisões sem haver uma troca entre os pontos de vista do que atende (médico) e de quem recebe a atenção (paciente), pois há a dominação do médico sobre o paciente. Nos anos 70, com a valorização do respeito à autonomia do paciente, os profissionais passam a necessitar de uma melhor comunicação e efetivar uma relação, com a resolução de conflitos de ordem moral, respaldado pela ética (FRANCESCONI & GOLDIM, 2005).

Inclusive, a relação com pacientes e familiares é tão importante para atuação do médico que compõe o Capítulo V do Código de Ética Médica (CEM, 2010). No campo introdutório deste texto encontramos as palavras de D’Ávila, que considera o código da profissão como um aporte ao profissional e paciente para uma boa conduta, colocando a atuação inclinada ao modelo hipocrático como uma falha histórica. Assim, se faz necessário reforçar a autonomia daqueles que atende, estimulando a cooperação e a beneficência, sendo este um dos pontos que segue em destaque no novo CEM, que entrará em vigor por meio da Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.

O papel do médico no hospital é sócio-histórico e, como trouxe Foucault (2015), este, em séculos anteriores, devia apenas observar os sinais dos doentes e determinava quem ganharia a luta: a vida ou a morte. A cura era tida como um jogo de três fatores: natureza, doença e médico. Assim se criou a díade médico-doente, como uma relação individual. É no século XVIII que mecanismos disciplinares adentraram ao hospital e o médico ficou como o responsável por eles. Então, foi a mudança na forma de intervenção do médico, juntamente à disciplinarização do hospital que levaram o médico a esta instituição (FOUCAULT, 2015, p.187).

Diante da criação dessa figura, seu poder é instituído pelo ritual de visitas ao leito dos doentes. Sua chegada era indicada por uma sineta e a enfermeira era quem o acompanhava nos leitos, sempre com o caderno em mãos para as devidas anotações.

Mediante a ascensão do poder médico, rivalidades surgiram entre esses e as demais classes profissionais (FOUCAULT, 2015).

Mas daí tu vai também a hierarquia né. Tu vais passar por cima do médico? [...] Então, às vezes, tem médico que, a gente, eu, até não bato de frente, mas assim não, não concordo com, às vezes com o que ele orienta, mas o que que eu faço? Baixo minha cabeça e obedeço a ele (E4, F, 30-35);

A enfermagem é uma profissão que que é muito mais humana dependendo de como tu é como profissional né. É muito mais é tu tens mais vínculo com o paciente. Onde estou conhece. Às vezes o paciente ele te relata coisas que para o médico não fala porque ele se sente à vontade depende também do vínculo que tu estabelecer com ele né vai depender de tu Como tu vai tratar ele como tu vai saber chegar nele (E1, F, 40-45).

Como podemos observar nas falas de E4 e E1, embates podem ser observados em seu cotidiano de trabalho, havendo subjugação de alguns diante dos médicos ou a sugestão de que os pacientes possuem dificuldade no contato com o profissional médico e acabam criando uma confiança maior com pessoas de outras áreas. Portanto, em pleno século XXI, ainda é notório o poder do discurso médico e como afirma Pimentel (2017), alguns enfermeiros adotam o papel de advogados de seus pacientes o que pode, por um lado, auxiliar na mediação entre médico-paciente-família, outrossim, essa é uma atitude capaz de acarretar angústias e conflitos, ao romper a relação com os médicos.

Eu vejo que aqui sim por exemplo tu já vê em outros lugares que a preocupação deles é em ter a assistência do médico né, aqui não, aqui até a assistência de alguém se alguém resolveu o problema está bom (E7, F, 30-35).

Pimentel (2017) coloca que a frieza dos profissionais médicos é um dos aspectos mais recorrentes nas queixas dos enfermeiros, junto ao distanciamento e descompromisso médico. Entretanto, a frieza culturalmente esperada da classe médica aparece em outras classes profissionais, possivelmente pela realidade do porte da instituição pesquisada, que faz com que os médicos especialistas não estejam 24 horas por dia no hospital, ocasionando uma situação em que o paciente se sente atendido pelo profissional que esteja ali para lhe ofertar atenção.

Eu sempre fui muito e sou até hoje fria, assim, em relação a isso. [...] vamos ver o que dá para fazer, não dá para fazer? Eu não fico 'mirabolando', assim, como eu poderia ajudar e fazer e ajudar porque eu acho que isso aí não vai me trazer nada de positivo eu faço o que eu tenho que fazer a minha parte de chamar o médico, do médico ver, de tentar ajudar e deu, porque eu sou muito eu me sensibilizo muito (E7, F, 30-35).

Não, não sei se eu aprendi a ser muito fria aqui dentro, então a gente sempre vê pacientes morrendo, pacientes mal, a gente aprende a viver com isso, eu acho sabe, não sei se mais fria ou a maturidade, porque antes eu não podia ver um corpo, tipo agora, tranquilo, sabe (E4, F, 30-35).

Além das diferenças hierárquicas, o princípio do respeito à autonomia da pessoa (PRA) pareceu ser uma das principais dificuldades no cotidiano de trabalho dos

profissionais médicos, que implica na relação entre profissional-paciente e merece atenção, portanto será trabalhada a seguir.

4.3.3 Respeito à autonomia do paciente

O PRA, segundo Rego (2009), consiste no entendimento da capacidade da livre escolha das pessoas mediante problemas morais, desde que possa decidir por si. A pessoa é autônoma e cabe a ela dizer o que quer ou não para sua vida. Porém, neste estudo, os profissionais identificaram a autonomia do paciente mais aliada as suas solicitações, como pedidos de exame ou do alívio da dor e não no aspecto da tomada de decisões (REGO, 2009).

A, mas o paciente geralmente se ele está com dor ele te pede medicação né, “me tira essa dor, tá?” E, e se o paciente está pedindo tudo isso, está realmente muito mal, nós temos que respeitar e ceder, o paciente, tem pacientes que não tem condições de te pedir, mas tem outros que te pedem, e pode ser que eles te pedem e tem que fazer, e, a, correr atrás para tentar satisfazer o paciente, porque ele está fragilizado, né? E a família também, a família está (E1, F, 40-45).

Às vezes, eu acho que é importante [a autonomia do paciente], às vezes fica pesado para nós, porque a gente fica, eles já exigem um pouco mais e às vezes, eu acho que, às vezes sem ter conhecimento, ‘tão’ exigindo coisas que faltaria um pouco mais de conhecimento da parte do paciente, mas é importante, é importante. Falta muito para está tudo bem, para ter uma boa relação, mas eu acho que é importante a participação, vão adquirindo cultura e interferindo e opinando e decidindo sobre o tratamento, eu acho que é importante (E5, F, 50-55).

Mas a gente vê que a população exige um pouquinho, a gente já vê que ela vem um pouquinho mais embasada e às vezes vem qualquer coisa também né, vem. Qualquer coisa, mas é o desenvolvimento da técnica a gente tem que se adaptar a isso aí (E2, M, 60-65).

Como é possível inferir, a autonomia foi também relacionada aos conhecimentos trazidos pelos pacientes e seu saber sobre doenças, sintomas e tratamentos. Isso foi considerado um *desenvolvimento da técnica*, que podemos entender como uma mudança paradigmática do modelo biomédico, para um modelo, como já dissemos antes, que leva em conta o paciente e a cooperação entre ambas as partes.

No estudo de Filho e Hossne (2015), encontramos que, ao questionar os profissionais sobre os principais fatores que implicaram na mudança da relação médico, nos resultados encontramos referência aos fatores evidenciados em nosso estudo: consideraram a introdução do conceito de autonomia do paciente (10 %) e o maior acesso à informação do paciente devido à internet (6 %) (FILHO & HOSSNE, 2015).

Na sessão abaixo, poderemos ver que a família está, para os profissionais do HPP em questão, como a detentora da autonomia do paciente, especialmente no caso dos

idosos ou doentes crônicos. A dificuldade de passar diagnóstico aos pacientes e pensar que a família detém um conhecimento importante sobre o ente querido, traz a ideia de que ele sabe é o melhor para o doente, mesmo que este esteja apto a exercer sua autonomia.

4.3.4 Tomada de decisões, Comunicações difíceis e o direito à informação do paciente

Francesconi e Goldim (2005) colocam que a comunicação de uma má notícia pode ser um momento de conflito interno para o profissional de saúde. Esses sabem que pacientes e familiares possivelmente passarão pelos estágios de choque inicial, negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Citam que a esperança também pode ser um dos sentimentos vivenciados e o profissional pode promover ajuda para que pacientes e familiares associem a esperança com os demais estágios. Porém, nem sempre os profissionais se sentem preparados para tal tarefa (FRANCESCONI & GOLDIM, 2005).

Ah, tem um câncer, está com metástase, não vai falar para ele que ele está em fase terminal, isso sim. A família sabe, mas o paciente não (E4, F, 30-35).

Já vi médico conversar com a família, e falar para família e orientar a família a não contar, mas deixa a decisão para família, orientar como, tipo, eu te dou um, tu escolhes, te chama e fala ah sei lá “teu vô está com isso, tu queres que ele saiba ou não?”, já vi, deixar a decisão para família e já vi família me pedir para não dizer para pessoa o que ela tem porque a família comenta e mesmo médico que quando a pessoa é muito velha, ela se entrega, e eles tem muito medo disso entende? Então eles sempre querem deixar um fio de esperança para que a pessoa possa melhorar, isso eu já vi. Mas eu não me, é o que eu te digo eu não me envolvo muito e entende, se a família me pede para não falar eu não falo (E7, F, 30-35).

Sabendo que a comunicação diagnóstica é incumbência intransferível dos profissionais médicos, cabe ainda ressaltar que o Código de Ética Médica (2010), em seu capítulo IV e V, art. 24 e 31, respectivamente, veta à sua prática a não viabilização da decisão livre dos seus pacientes sobre suas próprias vidas ou bem-estar, assim como não pode utilizar de sua autoridade para limitar a autonomia do paciente. Mais específico ainda é o art. 34, que veta a decisão do médico de não informar diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, porém com a ressalva de casos, que a comunicação possa causar danos ao paciente (CEM, 2010). As normas deste artigo podem ser evidenciadas a seguir:

Isso tem que ver cada um dos casos como é, acontece, alguma situação que a família não quer dizer, que o paciente é muito instável e é melhor ir buscando volta e não dizer claramente, dar a entender, mas não dar claramente o

diagnóstico, pela família e pelo paciente, mas as vezes se vê que o paciente é bem lúcido e que quer saber aí eu acho que tem que botar numa balança sempre tento ver o que é o melhor nesse momento. A família é muito importante, mas o paciente também. Se o paciente é lúcido e se vê que ele tem intenção de saber, é difícil esconder, tem que um jogo de cintura e analisar cada caso em especial (E5, F, 50-55).

Rego (2009) discorre sobre a tomada de decisão em nome de terceiros, sendo aquela em que a opinião da família sobre o caso do paciente se faz necessária, mas o autor aponta para as situações frequentes em que os próprios profissionais julgam seus pacientes como incapazes e decidem por eles afirmando estar agindo em prol, por exemplo, da beneficência. Também é abordado pelo autor o fato de muitas vezes a família preferir que seu ente querido não saiba de seu diagnóstico/prognóstico, mesmo sendo um pedido motivado por intenções sinceras ou benevolentes, mas que priva o doente de realizar desejos finais ou de ter o fim de vida da forma que escolher (REGO, 2009).

Esta opção por não revelar o diagnóstico ou prognóstico para o paciente se mostrou mais recorrente quando este é idoso e a representação sobre eles veio carregada sob o estereótipo daquele que já está para a morte.

Às vezes, claro, paciente mais idosos assim, os médicos falam com o familiar (E4, F, 30-35).

Às vezes pega uma pessoa de 95 anos caquética que já vem se gastou como a gente diz e que vai morrer e elas às vezes não aceitam e é engraçado, engraçado não vou dizer, mas é uma coisa assim que é, com a experiência a gente vai vendo isso aí. [...]. Tem gente que quer vir morar no hospital, tem gente que os filhos abandonam, por conforto, é melhor deixar no hospital do que cuidar em casa. São famílias que os pais cuidaram todo mundo e agora os filhos não querem cuidar dos pais (E2, M, 60-65).

Então a gente tem sempre uma maior facilidade de tratar com gente mais velha, que tu achas que o velho já viveu bastante, a gente sempre tem essa, o novo ainda é novo tem muita coisa para viver (E7, F, 30-35).

Acerca da autonomia de pacientes geriátricos, Tavares *et al.* (2017) traz que a população idosa tem aumentado e que o aspecto da sua capacidade de tomar decisões por si é discutida. A inclusão do idoso no seu tratamento e na comunicação sobre sua saúde depende da relação profissional de saúde-paciente, onde a impaciência apresenta-se como uma barreira para a comunicação com essa população. Isto é um dos fatores para um desinvestimento dos profissionais nesse vínculo, já que o idoso pode apresentar uma dificuldade de compreensão nas informações fornecidas (TAVARES *et al.*, 2017).

Assim, se os idosos estão sendo deixado de lado apenas por sua idade e não por sua capacidade de discernir sobre sua própria vida, temos uma falha no respeito à dignidade do idoso. Apesar disso, temos que lembrar que, como trouxe Monteiro e Quintana (2016), alguns profissionais afirmam que não sabem comunicar más notícias,

onde cada um procura em suas experiências pessoais ou no senso comum uma forma de falar, salientando ainda, que isso culmina em uma dificuldade de padronização da técnica (MONTEIRO & QUINTANA, 2016). Esse fato pode ser observado na fala de E3 e E4:

Eu acho que varia muito né, a questão de ser claro né, tem uns eu acho que até são duros demais (E3, F, 30-35).

O médico olhou para ele e disse “olha, o senhor está com câncer de próstata faça tudo para amanhã”, porque já pode estar nos ossos já pode estar assim ó, ok? Então nesse caso que eu vivenciei foi um choque. Meu pai veio para uma festa de um aninho do meu filho, ficou assim mudo o tempo inteiro. Então assim, tem médicos e médicos, tem muitos que te dizem assim né (E4, F, 30-35).

Todos os aspectos abordados através da fala dos entrevistados, como também no que pode ser encontrado sobre eles na literatura, nos falam de bioética, da necessidade de se pensar à vida e a dignidade humana no contexto das práticas, no campo da saúde. Com base nisso, podemos notar a presença cada vez mais constante dessa temática nos códigos de ética profissionais, portarias do governo e materiais científicos, que retratam a importância de voltar o olhar ao humano, à reflexão sobre o que é uma pessoa e vários aspectos envoltos na trajetória humana, assim como o próprio Potter (2016) já nos sugeria sobre se entender o que é um ambiente ideal aos seres humanos.

Potter (2016) inclusive nos define o que seria um ambiente ideal para o indivíduo moderno, onde dá importância para a felicidade e a produtividade, também para as respostas adaptativas para as adversidades que se apresentam do nascimento até a morte dos sujeitos, onde compreende que existem tarefas físicas e mentais a serem desempenhadas. Diante disto, cada indivíduo deve ter o compromisso com a melhora da condição humana, sobretudo como profissionais da saúde, independente do *locus* ao qual estamos inseridos e das dificuldades técnicas que impõe à nossa prática, melhorar o quesito da aprendizagem de novas atitudes diante das dificuldades, sabendo do “problema teórico do que poderia ser feito em condições ideais” (POTTER, 2016, p.123).

4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levar a escuta a locais pouco habitados pela investigação científica, propicia um espaço de reflexão aos participantes e a formulação de novos conhecimentos sobre práticas territorialmente longínquas, mas que se aproximam daquilo que já vem sendo abordado, de forma contextualizada, em outros cenários de atuação em saúde. Assim, sendo a bioética clínica uma nova *episteme* que retrata os desafios morais e éticos nos binômios saúde/doença, profissionais/usuários, discutir acerca da dignidade humana, respeito à autonomia e direito dos pacientes pode gerar um cuidado mais humanizado e

reflexivo diante de suas práticas, conduzindo a posturas mais igualitárias e promotoras de saúde.

Este estudo se encerra sob suas limitações, onde a análise dos dados foi comprometida em prol do sigilo das informações dos participantes, mas que mesmo assim não diminui a relevância dos resultados encontrados. Também, sugerem-se novos estudos que contemplem locais que estão afastados dos centros acadêmicos, a fim de ampliar os conhecimentos sobre a temática, entendendo, ainda, que um dos nossos limites é abarcar de forma restrita a realidade em questão.

4.5 REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510/16**. Recuperado em 21 de setembro de 2017, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 010/2012**. Recuperado em 21 de setembro de 2017, de <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978.

FRANCESCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Bioética Clínica. **IN: Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

FONTANELLAS, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FILHO, J. M.; HOSSNE, W. S. **A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia**. *Revista Bioética*. [online]. 2015, vol.23, n.2, pp.304-310. ISSN 1983-8042. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232069>.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. **IN: Microfísica do poder**. Traduzido por: Roberto Machado. 2ª ed. Editora Paz & Terra. 2015.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2014.

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M. **A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2016, vol.32, n.4, e324221. Epub June 22, 2017. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324221>. Acesso em: 18 de dezembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **70 anos da declaração universal dos direitos humanos**. UNESCO, 2017. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/abou-this-office/prizes-and-celebrations/70-years-of-the-universal-declaration-of-human-rights/>. Acesso em 01 de fevereiro de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Portugal: UNESCO, 2005.

PIMENTEL, D. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. Déborah Pimentel. - Brasília: CFM, 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/69255980-Relacoes-e-conflitos-eticos-na-pratica-de-medicos-e-enfermeiros-deborah-pimentel.html>. Recuperado em 12 de dezembro de 2018.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

POTTER, V. R. [1971]. **Bioética: ponte para o futuro**. Traduzido por: Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

REGO, S. *et al.* **Bioética para profissionais da saúde**. / Sergio Rego, Marisa Palácios e Rodrigo Siqueira-Batista. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

TAVARES, R. E., *et al.* **Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 2017; 20(6): 889-900. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00878.pdf. Recuperado em: 02 de fevereiro de 2019.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: RJ: Vozes, 2013.

SIMONETTI, Alfredo. **A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise**/ Alfredo Simonetti. – Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018.

5 ARTIGO 2**O HOSPITAL DE PEQUENO PORTE NA ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA CIDADE DE FRONTEIRA****Autora: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman****Orientador: Alberto Manuel Quintana****RESUMO**

Este estudo buscou demonstrar as peculiaridades encontradas na atenção à saúde em um contexto hospitalar de pequeno porte (HPP), por meio da perspectiva de profissionais de saúde de um município de fronteira do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de cunho clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, sob o apoio de eixos norteadores, das quais participaram oito profissionais das áreas da enfermagem, medicina, nutrição e psicologia. Utilizou-se a análise de conteúdo para a compreensão do fenômeno estudado. A pesquisa em contextos menores acarreta certos limites e não se fez possível analisar as falas segundo as peculiaridades de cada profissão, em prol da guarnição do sigilo dos participantes.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Sistema Único de Saúde; Hospital de Pequeno Porte.

ARTICLE 2
THE SMALL HOSPITAL IN HEALTH CARE IN A FRONTIER CITY

AUTHOR: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

ADVISOR: Alberto Manuel Quintana

ABSTRACT

This study aimed to demonstrate the peculiarities found in health care in a small hospital setting, through the perspective of health professionals from a frontier city of Rio Grande do Sul, Brazil. Is a clinical-qualitative study, with na exploratory and descriptive character. The data were collected through semi-structured interviews, supported by guiding axes. Eight professionals from the areas of nursing, medicine, nutrition and psychology were interwied. Content analysis was used to uderstand the phenomenon studied. The research in smaller contexts entails certain limits and it was not possible to analyze the lines according to the peculiarities of each profession.

Keywords: Hospital Psychology. Unified Health System; Small Hospital.

5.1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde e as formas de atuar em seu contexto são dinâmicos e se alteram ao longo das décadas. A saúde, primeiramente entendida como ausência de doenças, o silêncio dos órgãos, hoje é conceituada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946). Este é o entendimento que permanece vigente, porém, ele já se mostra insuficiente, pela improbabilidade de se alcançar a completude em todos seus âmbitos.

A instituição hospitalar, somente no século XVIII ganha a forma que a conhecemos atualmente: um espaço dominado pela medicina, mediado pela individualização dos doentes, sob controle das doenças e dos agentes endêmicos. López (2004) traz que ainda no presente século temos a organização de saúde voltada para o modelo hospitalocêntrico, onde este é tomado como lugar de produção de conhecimento para as ciências biomédicas e ações em saúde à comunidade centradas em todos os níveis de atenção (LÓPEZ, 2004).

Por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, os hospitais e os demais centros de cuidado à saúde pública passam a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) e este se torna o modelo vigente de atenção à saúde para todo o território brasileiro. Esta lei, possui como disposição geral as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde e a forma como passaram a ser organizados os serviços vinculados à ele. Seu sistema está organizado em quatro princípios e diretrizes que orientam suas ações: universalidade, integralidade, equidade e transversalidade.

Dentre diferentes modelos para cuidados em saúde, está o Hospital de Pequeno Porte, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.044, que foi revogada e acrescida à Portaria de Consolidação no ano de 2017, que teve como finalidade tratar das peculiaridades destas instituições menores – a nível terciário - dentro do SUS. Ugá e López (2007) salientam a importância dos HPP's para o apoio à descentralização e regionalização do SUS, assim sua criação está inteiramente atreladas aos princípios doutrinários deste sistema (UGÁ & LÓPEZ, 2007).

Este artigo tem como objetivo trazer os resultados de uma pesquisa clínico-qualitativa, em que os participantes reflexionaram acerca das excentricidades encontradas na atuação em saúde num HPP situado em uma cidade fronteira do Rio Grande do Sul. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com oito profissionais com ensino superior completo das áreas de enfermagem, medicina, nutrição e psicologia.

5.2 METODOLOGIA

5.2.1 Desenho do estudo

Este estudo é de cunho descritivo e exploratório, onde os objetivos buscaram apresentar fatos observados sob o fenômeno, diante dos quais a pesquisadora não interferiu na realidade pesquisada. É qualitativa, realizada no ambiente natural em que os participantes constroem, no caso, seu trabalho, dando enfoque à natureza e essência das coisas, não buscando quantificá-las ou generalizá-las (PRODANOV, DE FREITAS, 2013). Ainda, buscou-se compreender o fenômeno incorporando a questão do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, [...] como construções humanas significativas” (MINAYO, 2014, p.10).

Por ter sido realizada em um cenário de saúde, optou-se pelo Método Clínico-Qualitativo de Turato (2013), onde as significações dos fenômenos em saúde estavam em no cerne da pesquisa. Esse método é um recurso à psicologia da saúde e parte das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, contemplando as angústias e ansiedades dos seres humanos. São realçados os aspectos emocionais e psicodinâmicos, com o intento de atingir a compreensão dos sentidos e significados sob as bases de diferentes referenciais teóricos que tragam a interdisciplinaridade como elemento (TURATO, 2013).

5.2.2 Participantes

Este estudo teve um número reduzido de participantes, totalizando oito profissionais de saúde, pois este foi condicionado pela saturação teórica que, segundo Fontanellas, Ricas e Turato (2008) auxilia determinar quando a busca por novas entrevistas deve ser encerrada, através da repetição do conteúdo das falas. Os entrevistados possuem nível superior completo e são das áreas da enfermagem, medicina, nutrição e psicologia, que exercem sua profissão no contexto de um HPP.

Não se fez possível citar informações exatas, inclusive a área de formação específica de cada profissional, em função do tamanho reduzido da instituição, com um quadro pequeno de profissionais (especialistas), onde maiores caracterizações facilitariam a identificação dos mesmos. A partir desta limitação, os participantes foram identificados pela letra E (entrevistado), seguida da ordem numérica da realização das entrevistas, sexo, e sua faixa etária (ex.: E1, F, 45-50). A cidade também assume um nome genérico, tendo sido chamada, para fins deste estudo, como “Divisa”.

5.2.3 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados

Foram feitas entrevistas clínico-qualitativas, semi-estruturadas, em que pesquisadora e entrevistados conduziram a entrevista em diferentes momentos, intercedidos por questões abertas, em eixos norteadores, que auxiliaram na compreensão do objeto em estudo. No local da pesquisa, a aculturação e ambientação foram realizadas segundo o método, onde a ambientação foi o momento em que a pesquisadora se propôs a adaptar-se ao todo do *setting*, podendo perceber como é a rotina do lugar da coleta de dados, bem como foi possível observar o cotidiano dos profissionais e usuários do serviço. Já a aculturação, é dada de modo mais abrangente, sendo o momento em que se passou a “assumir” a mentalidade, os costumes e valores das pessoas que compuseram o *locus* da pesquisa.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa, dois encontros que fizeram parte da aculturação: 1) encontro com um dos chefes do hospital e 2) participação em uma capacitação com técnicos de enfermagem, ministrada por um médico cardiologista, estrangeiro, que é plantonista no hospital. Considerando os efeitos do *setting*, nesses dois momentos, foi gerada uma angústia, ao se tomar conhecimento, de que mesmo em território brasileiro, a pesquisa estaria envolta por um cenário bilíngue, até então, incomum à pesquisadora.

5.2.4 Procedimento de análise dos dados

A análise da fala dos entrevistados foi feita segundo Bardin (2010) e Turato (2003), onde foram reunidas tanto por repetição, carga emocional ou pela (in)congruência dos discursos. Bardin (2010) sugere uma sistematização dos dados, alcançada através de um compilado de técnicas de análise das comunicações para obter as informações contidas nas mensagens. Ou seja, se constrói categorias, que surgem da fragmentação das falas, através dos critérios de: homogeneidade; exaustividade (considerar o texto proveniente das falas num todo); exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência. Todos esses aspectos se dão a partir da conformidade da fala com o conteúdo e objetivo da pesquisa (BARDIN, 2010).

Turato (2013), ainda acrescenta que a análise do conteúdo é mais que a seções do discurso. O pesquisador deve ir além da fala, ao que está implícito, fazendo inferências acerca daquilo que lhe foi dito. Num momento de pré-análise, se faz uma leitura flutuante das transcrições, para a assimilação dos conteúdos. Após, é dada a categorização, ou seja,

a criação de categorias diante da repetição e relevância das falas. Ainda, podem ser elaboradas subcategorias, ao querer dar evidência a outros tópicos importantes relacionados à categoria maior (TURATO, 2013).

5.2.5 Considerações e aspectos éticos

Esta pesquisa ampara-se na Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, acerca das questões pertinentes às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Também, segue o previsto na Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. O presente trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde a qual pesquisa está vinculada, sob o número do certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 89657818.5.0000.5346.

Foram levados em conta critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes em que estes deveriam possuir ensino superior completo, bem como fazer parte da instituição há pelo menos seis meses.

5.3 RESULTADOS

A partir da análise das falas, este artigo expõe seus resultados por meio da criação de duas categorias: *as peculiaridades na atenção à saúde num HPP e Uma atuação bilíngue*. Nelas, são trabalhadas as leis que fundamentam estas instituições e os entrecruzamentos culturais na atuação, pela sua localização em linha de fronteira, onde o município do HPP em questão faz fronteira com outro país sul-americano.

5.3.1 As peculiaridades na atenção à saúde num HPP

Os Hospitais de Pequeno Porte passaram a integrar a Política Nacional (PN) no SUS por meio da Portaria 1.044 de 1 de junho de 2004, revogada e incorporada pela Portaria de Consolidação nº 2, em 28 de setembro de 2017, como proposta para a reorganização da rede hospitalar em função das necessidades das cidades em que estão alocados, bem como de sua população. Podemos caracterizar tais instituições através da perspectiva das falas a seguir:

Pequeno porte é o básico, nos grandes hospitais tem aqueles vários especialistas, eu trabalhei em um grande hospital, era um espetáculo, [...] aqui tudo tu tens que encaminhar (E1, F, 45-50).

Hospital grande eu tenho o médico titular eu tenho R1 eu tenho R2, eu tenho estagiário eu tenho sexto “anista” eu tenho não sei o quê, então a paciente se sente assistida, com um médico 24 horas do lado dela e no hospital de interior

nós temos obstetra que vai vir na hora do parto, que vai fazer o parto, mas daqui a pouco ele pode estar em outra atividade (E2, M, 60-64).

A cartilha ABC do HPP (2005) é informativa sobre a PN dos Hospitais de Pequeno Porte e nela também podemos encontrar os resultados esperados da incorporação desses no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: uma assistência voltada para média e baixa complexidade nas clínicas: médica, pediátrica, cirúrgica e odontológica; que a rede esteja organizada diante de sua necessidade a nível microrregional; caracterizar tais estruturas como locais resolutivos e de acesso qualificado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Fica mais fácil resolver o problema, porque se nascer mal hoje a gente consegue, hoje ou amanhã de alguma forma uma vaga e transfere-se, sei que a vaga é difícil, todo Brasil sabe, então nós nos adequamos nós temos um aspirador Pediátrico para sustentar a vida dessa criança, temos incubadora, temos berço aquecido, temos dois babies Puff que é o respirador manual em que, que é utilizado para reanimação do recém-nascido na sala de parto ou de Cesária (E6, M, 60-64).

Assim, podemos observar que o HPP é composto por algumas dificuldades em termos do número de profissionais que são encontrados para a realização do trabalho, especialmente diante de alguma intercorrência, bem como sendo uma atenção que “é o básico”, como citado por E2, diante da necessidade de uma atenção mais complexa, é preciso contar com a macrorregião, a fim de se conseguir uma transferência para o paciente. São encontrados recursos em equipamentos médicos para a manutenção da estabilidade do quadro do paciente, ou mesmo de sua vida, até que uma transferência possa ser realizada, como referiu E5:

Tem suas vantagens e desvantagens né, se trabalha bem, nós conhecemos todos, tem algumas carências como é lógico, um hospital pequeno, e muitas vezes temos, talvez o maior problema que temos é quando temos que transladar uma paciente, a maior dificuldade, que é difícil, não tem vaga em nenhum, não nos aceitam, isso eu acho que o mais difícil, no resto, se trabalha bem (E5, F, 50-55).

Na Portaria nº 2.048/2002, onde foram estipuladas as normas relativas ao atendimento de urgência e emergência no Brasil, podemos encontrar alusão ao transporte inter-hospitalar de pacientes, onde municípios com maior complexidade devem servir de referência para os de menor porte, podendo ser levados para unidades hospitalares ou não, mas que possuam os recursos especializados para a assistência dos pacientes que não puderam ter tal atenção no município solicitante. Ao que se pode compreender, esta é uma realidade muito comum ao município estudado, em que o contato com os pacientes pode seguir assegurado apenas no documento de transferência, até que o mesmo retorne à cidade e deixa angústias aos profissionais que se veem constantemente em busca de

vagas em outros municípios, prestando uma atenção intermediária aos pacientes até que consigam a transferência.

Então tudo tem alguma referência nós não temos aqui mas tem quem socorre a gente[...] cada um tem a sua referência né (E4, F, 30-35).

Porque se faz de tudo dentro do hospital, as pessoas dizem “aí”, reclamam né, “aí, porque isso, porque aquilo”; Divisa não tem especialista, mas Divisa manda para especialidades fora. Claro, não tem aquele... tu vais ter que esperar, mas se dá um jeito, tem a resolução, sabe? (E8, F, 25-30).

Ugá e López (2007) ressaltam que os HPPs são, em sua maioria, locais que contam com sala cirúrgica, sala de curativos e de partos, o que corrobora com as quatro especialidades médicas esperadas para este tipo de hospital, assim como, muitos deles são a única opção de internação com a qual o município conta, mas mantém sua singularidade na efetivação do acesso à saúde e integralidade do cuidado. As autoras salientam também o fato de que equipamentos médico-hospitalares têm sido cada vez mais incorporados no suporte diagnóstico e em terapias/processos terapêuticos, porém geram custos e lembram que a análise da densidade tecnológica auxilia na caracterização do perfil do hospital geral, inclusive os de pequeno porte, mantendo a predominância das quatro clínicas básicas a que deve se destinar (UGÁ & LOPEZ, 2007).

A baixa complexidade da instituição pode inclusive gerar inseguranças da qualidade ou seriedade dos serviços prestados, como nos mostra a E4, pois seu pai, que vive em uma cidade próxima à capital, numa visita à filha, na cidade *locus* deste estudo, relatou que após vários exames em sua região, recebeu a notícia de que estava com câncer.

Tipo, ‘pô’, tu estás consultando em Porto Alegre e lá em Porto Alegre que tem profissionais especialistas não te disserem ou não sei, e tu vim aqui para Divisa para descobrir então, isso sim, isso sim, eu disse “ai tomara que ele tenha errado o diagnóstico né”, mas não (E4, F, 30-35).

A mesma insegurança em relação ao sistema pode ser observada também em E3, que possui convênio médico na cidade uruguaia que faz fronteira com este município, onde, no hospital particular da cidade, sua filha recebeu diagnóstico e foi aconselhada ao tratamento no Brasil.

Assessorou, sim, sim, até porque como a ambulância do Uruguai para entrar para o Brasil é mais complicado e aí conversando com a pediatra de lá ela me orientou que a gente deveria, que os recursos nessa parte de ‘onco’ pra crianças, neuropediatra, que o Brasil estaria mais avançado né, que no Uruguai, nos orientou que a gente fosse no Brasil, não no Uruguai. [...] não me arrependo, a gente tinha aquela resistência de “ah, ir para o SUS” (E3, F, 30-35).

Não só a fronteira territorial une Brasil e Uruguai. O Mapeamento das Políticas Públicas Federais na Faixa de Fronteira (2016) traz que a criação do Sistema Integrado

de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteira), criado em 2005, porém encerrado sem 2014 sem a criação de outro programa que o suprisse, inclusive encontramos que não foi realizado um diagnóstico da saúde na Faixa de Fronteira, auxiliando somente no repasse de verbas. Encontramos neste documento do Ministério da Justiça e Cidadania, que mesmo que não haja um consenso sobre a promoção da integração entre os países no acesso e financiamento à saúde ou se o melhor seria barrar o atendimento de estrangeiros ao SUS, um dos temas recorrentes na Faixa de Fronteira é a contratação de profissionais dos países vizinhos, dado o déficit de profissionais em municípios fronteiriços do Brasil, como podemos evidenciar na categoria a seguir.

5.3.2 Uma atuação bilíngue

Uma das coisas que eu acho aqui em Divisa é porque tem muito médico uruguaio, muito. Bom, se tu andar nesse corredor a maioria das pessoas são uruguaias, e daí tu já notou isso. Então assim ó, tem muito médico uruguaio (E7, F, 30-35).

Conforme Branco e Torronteguy (2013), a própria Constituição Federativa (CF/88) facilita o acesso do fronteiriço ao país, porém, aos vizinhos, foi garantido o direito a atividade remunerada e a educação em solo brasileiro. Nada é citado acerca do direito ao acesso à saúde, inclusive no decreto nº 86.715/1981, onde o fronteiriço acaba sendo visto como uma possível fonte de trabalho e exploração.

Eu acho que a gente não, aqui eu acho que eu não exploro o uruguaio, eu pago o que o hospital pode pagar, eu pago o que a Secretaria de Saúde pode pagar, são preços menores que em Porto Alegre, lógico que são (E2, M, 60-65).

Como citado por Dos Santos *et al.* (2016), as cidades que oferecem pouca infraestrutura, tanto física quanto em tecnologias para o trabalho, como é o caso das de pequeno porte, acabam sendo menos atrativas aos profissionais, especialmente jovens e recém formados, uma vez que dificulta o aperfeiçoamento acadêmico, ascensão profissional e social. O estudo retrata a realidade do programa Mais Médicos, todavia, podemos considerar que as mesmas características e dificuldades são encontradas em cidades fronteiriças, especialmente as de pequeno porte, assim como serão seus hospitais (DOS SANTOS *et al.*, 2016).

Não é que a gente queira, que venha só estrangeiro, obviamente que a gente quer os nossos médicos brasileiros, mas não vem para uma cidade pequena, pelo menos pelos valores que nós podemos pagar, entendeu? Não vem, não se acha (E6, M, 60-65).

Porque infelizmente a gente sabe que não tem profissionais, não adianta, não tem, tu não vais tirar alguém de Porto Alegre ou alguém de uma outra grande cidade para vim morar em Divisa, o salário é menor, é, falta coisa na cidade,

falta, mas tem todo o outro lado que é a tranquilidade né, que às vezes compensa (E4, F, 30-35).

Como já dito, não há no momento um programa regulador para a linha de fronteira em termos de acesso ou trabalho nos serviços de saúde, mas devemos salientar o decreto nº 48.198/2011, que instituiu o Núcleo/RS – Núcleo Regional de Integração da Faixa de Fronteira do Estado do Rio Grande do Sul. O Núcleo/RS, no ano de 2012, lançou o Plano de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira do Estado do Rio Grande do Sul-PDIF/RS, que na área da saúde, intenta oportunizar a contratação de profissionais médicos estrangeiros.

Para os usuários também foram criadas medidas, como a criação do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde, este veio como uma forma de regulamentar e controlar as informações de quem estava tendo acesso ao Sistema Único de Saúde, surgindo no sul do Brasil, em função de suas fronteiras (BRANCO, TORROTEGEY, 2013). Isso faz com que pensem no princípio de Universalização e na Equidade do SUS. Porém o Mapeamento das Políticas Públicas Federais na Faixa de Fronteira (2016) aponta a importância do documento para o cidadão fronteiriço, porém, afirma que o valor da emissão do documento foi considerado alto (R\$60,00) e isso poderia ser um fator para a baixa adesão.

Existe uma carteira de fronteira, tanto pode ser tirado por uruguaios, como brasileiros, e com essa carteira de fronteira eles podem ser atendidos tanto lá quanto aqui. [...] mas tem que ter a carteira, se não tem não pode ser atendido (E1, F, 45-50).

Temos nesse entrecruzamento de culturas e países, mais uma excentricidade na atuação dos profissionais de saúde do HPP em questão e por meio dessa adaptação se dá a prática cotidiana.

A maior dificuldade era dos uruguaios, da nacionalidade, da nacionalidade diferente. Porque, ãh, os brasileiros eles têm uma rotina de trabalho né, eles têm uma conduta. Os Uruguaios, os das outras nacionalidades não tinha esse tipo; aqui no Uruguai não é técnico em enfermagem né, é outra nomenclatura eles tinham aval no Uruguai para fazer tudo o que se pode ser feito num hospital, porque eles aprendem assim (E8, F, 25-30).

Além disso, adentrando a dificuldade de repasse de verbas e alocação de recursos num hospital que recebe apoio financeiro do SUS, mas também do município, um dos atravessamentos na prática dos profissionais são questões políticas que acabam por gerar desigualdades na atenção em saúde no município.

5.4 DISCUSSÃO

A partir do que foi encontrado sobre o fenômeno, se almeja fazer uma breve reflexão acerca desta instituição - o hospital - e sua construção sócio histórica, na medida em que se considera que serve de auxílio para compreender os resultados da pesquisa. De modo mais específico, trazer as políticas nacionais que deram origem ao modelo hospitalar em que estão inseridos os profissionais entrevistados.

Encontramos em Lourenço *et al.* (s.d.) que a Idade Moderna é caracterizada pelo capitalismo, que começa a marcar seu lugar nas formas de produção. O advento da máquina a vapor faz com que a mão de obra seja cada vez mais importante e o corpo humano passa a ser *locus* das relações de poder que surgem desse sistema, enfrentando e dando visibilidade as más condições de trabalho. Estas culminaram na criação das primeiras regulamentações às fábricas, a fim da garantia da saúde nesses locais. São os séculos XVII e XVIII que vão marcar um cenário que encontramos até hoje em nossa sociedade: a medicina desenvolvendo muitos avanços.

Com a descoberta do microscópio e o desenvolvimento da bacteriologia, a atenção volta-se ao corpo e a doença, para encontrar um estado biológico normal, que resulta em uma redução, objetividade e fragmentação dos mesmos. A Revolução Industrial, ocorrida no século XIX, traz em sua história um crescimento da mortalidade como um todo e também a infantil, e disso, nascem os conceitos de medicina social e saúde coletiva (LOURENÇO *et al.*, s.d.).

No clássico trabalho de Georges Canguilhem (2010), *O Normal e o Patológico*, encontramos que esse corpo biológico em estado normal diz respeito ao domínio da doença, na medida em que “estar normal” é o desejo do homem ao amar a vida. Disso, surgem as teorias, a necessidade de ligar a doença à fisiologia e estabelecer uma patologia científica, registradas enquanto estudo. A perspectiva dominante era o controle: dos agentes infecciosos, dos sintomas, do próprio paciente, daí a importância do registro. Porém, tal fato criou uma facilidade em encontrar um sintoma descrito, gerando uma hierarquia entre as doenças.

Em *O nascimento do hospital*, de Michel Foucault (2015), vemos que o hospital era o local destinado a concretizar este controle, na medida em que a ele eram destinados os pobres. Por sua condição de pobreza, necessitavam de assistência, bem como, enquanto doentes, poderiam apresentar perigo na possibilidade de contágio. Até os séculos XVII e XVIII o hospital não era o lugar em que se encontravam os médicos, apenas

personalidades que exerciam a caridade, como leigos e religiosos. A formação médica era individualista e destinada ao amplo conhecimento de textos e fornecimento de receitas. Perante a doença, o médico atuava apenas no aparecimento da crise, ou seja, o momento do conflito no paciente entre sua saúde e o mal que lhe acometera.

A busca por curar um doente estava na luta entre a natureza, o médico e a doença. Este cenário começa a mudar não em preocupação com os pobres ou população em geral, mas sim, no meio militar. Ao se perceber o grande número de soldados mortos em por doença, epidemia ou deserção e diante do custo de formar um militar, não se pode deixá-lo morrer, senão na guerra. A incorporação do fuzil a esse trabalho trouxe uma nova exigência técnica e se percebe o quanto a disciplina passa a ser fundamental neste contexto. Essa disciplina é trazida ao meio hospitalar, já que “as razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem” (FOUCAULT, p.182, 2015) estavam em foco. A partir disso, o hospital sofre sua medicalização e o médico entra no hospital.

O espaço do hospital começa a individualizar os doentes, a fim de que possam ser vigiados e que se consiga registrar tudo que acontece com eles e com seu entorno (ex.: condições climáticas). O hospital passa a ser entendido como instrumento terapêutico de cura e o médico lhe assume enquanto figura de poder para seu posicionamento, usando de seu espaço como lugar privilegiado para sua formação (FOUCAULT, 2015).

O Brasil, na década de 40, adotou um modelo americano para seu atendimento em saúde: o hospitalar. Essa instituição era o lugar privilegiado de atuação, recebendo o maior volume de investimentos e com diferentes especialidades profissionais (SEBASTIANI, 2000). A partir da adoção de uma nova lógica de saúde no País, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, que criou seus princípios básicos e norteadores, as práticas de todos os campos de saber envolvidos nos temas de saúde passam a necessitar maior interligação e mudanças na atenção e gestão, mediadas por programas do governo.

Como nos traz Romero (s.d), anteriormente à Constituição, possuíamos uma atenção voltada exclusivamente para trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Foi com a Constituição, em 1988, que a saúde passou a ser entendida como um direito de todos e um dever do Estado. Essa nova ótica sobre a atenção à saúde adveio do processo de redemocratização do país, pois pertencemos a uma realidade social permeada pelos atravessamentos herdados do período da ditadura militar brasileira. Para essa mudança

paradigmática, necessitava-se de um modelo que tivesse como valores a cidadania e a solidariedade. (ROMERO, s.d.).

Diante das novas necessidades e de uma atenção mais horizontalizada, surgiram e constantemente se atualizam as políticas públicas. Cabe citar aqui a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), ocasionada pelo rápido desenvolvimento e incorporação de tecnologias nos cuidados aos usuários. Isso pode aumentar os custos aos sistemas de saúde, mas também compreende o fato de que um mau uso de tais tecnologias (medicamentos, procedimentos, etc.) podem acarretar riscos e comprometer a efetividade do SUS. Além disso, visa abranger a questão de que as tecnologias são pensadas como uma resolução aos problemas de saúde e garantidoras de qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Podendo ser incorporada a tais preocupações, considerando que o hospital é o lugar privilegiado para o uso das tecnologias de densidades específicas, cuidado de questões agudas ou crônicas, que recebem atenção contínua em regime de internação, tal instituição deve abranger, segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), “a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (Art 3º, 2013). Também, é entendido como um lugar em que se deve proporcionar educação, formação de recursos humanos, pesquisas e uma avaliação das tecnologias que são desse espaço, porém geram reflexos em toda a Rede de Atenção em Saúde (RAS), que tem suas características definidas pelo perfil de cada município.

Os HPPs estão diretamente ligados à essa dificuldade na alocação de recursos e gestão de tecnologias, e em Ugá e López (2007) percebemos essa realidade aplicada tanto na área dos recursos humanos como financeiros. Essas instituições são caracterizadas pela baixa complexidade de sua atenção e as especialidades básicas exigidas aos HPPs, que são: clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria. Apesar disso, os autores salientam a importância dos HPP's para o apoio à descentralização e regionalização do SUS.

Diante destes apontamentos, é possível perceber que a fala dos participantes é atravessada por um fenômeno sócio-histórico, onde a instauração de um novo modelo é um processo e resquícios do modelo anterior podem ser ainda encontrados no pensar e fazer de instituições/profissionais ou até mesmo nos usuários. Temos que os HPPs surgiram como uma proposta do SUS para garantia de atenção terciária em lugares mais distantes dos grandes centros também, considerando que cada local tem suas próprias necessidades.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar novos contextos implicam desafios e muito esforço para a saída da zona de conforto do pesquisador e, literalmente para este caso, abrir novas fronteiras à pesquisa acadêmica. Explanar as excentricidades dos diferentes contextos que podem ser encontrados no Sistema Único de Saúde, envolve uma aproximação política, em termos de conhecer novas leis e portarias, onde é permitido ao pesquisador aprimoramentos teóricos importantes para sua posterior aplicação prática ou para novos temas de pesquisa.

O fenômeno abordado neste estudo demonstrou a importância de se conhecer a prática de pessoas que estão deslocadas dos grandes centros e das altas tecnologias, envoltas por uma realidade que provê cuidados básicos à sua população, mas que, por vezes, são o único local para uma atenção mais especializada que a população possui. Por tais características, não se fez possível uma análise das falas considerando e expondo as profissões de cada participante, onde fazer de tal modo ameaçaria o sigilo, que é garantia de ética na pesquisa.

5.6 REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BRANCO, M. L.; TORRONTEGUY, M. A. A. **O SUS na fronteira e o Direito**: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Brasília: *Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário*, v., n. 2, 2013.

BRASIL. **Cartilha ABC do HPP**. Ministério da saúde, 2005. Disponível em: <<http://200.214.130.94/hpp/documentos/Cartilha.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2**. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/26/Matriz-Consolida----o-01.pdf>. Recuperado em: 20 de janeiro de 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.048**. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Recuperado em 20 de janeiro de 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 1.044**. Ministério da saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wpcontent/uploads/2013/01/NT-24-2013-PNOHOSP-vf.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

BRASIL. **Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: interfaces com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras**. Organizado por: Alex Jorge das Neves, José Camilo da Silva, Lúcio Caetanodo Rego Monteiro. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2016. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/analise-e-pesquisa/download/outras_publicacoes/pagina-3/mapeamento-das-politicas-federais-na-ff.pdf>. Acesso em: 06 de setembro de 2017.

BRASIL. **Decreto nº 86.715**. Presidência da República, 1981. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d86715.htm. Recuperado em 20 de janeiro de 2019.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Traduzido por: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510/16**. Recuperado em 21 de setembro de 2017, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 010/2012**. Recuperado em 21 de setembro de 2017, de <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>.

DOS SANTOS, J. B. F., *et al.* **Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar.** *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.25, n.4, p.1003-1016, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01003.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

FONTANELLAS, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. **IN: Microfísica do poder.** Traduzido por: Roberto Machado. 2ª ed. Editora Paz & Terra. 2015.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano de desenvolvimento e integração da faixa de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul – PDIF/RS.** Núcleo Regional de Integração da Faixa de Fronteira, 2012. Disponível em <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201604/11112501-pdif-rs-versao-final-site-relinter.pdf>. Recuperado em 15 de janeiro de 2019.

LOURENÇO, L. de F. L. *et al.* A Historicidade do conceito de saúde. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 21 de maio de 2017.

LÓPEZ, E. M. Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no sistema único de saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4864/2/890.pdf>>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2014.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº1. **Diário Oficial da União – Suplemento Nº 190.** ISSN 1677-7042, 3 de outubro de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

ROMERO, L. C. O sistema único de saúde – um capítulo a parte. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>>. Acesso em: 26 de novembro de 2017.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva Latino-Americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo/SP: Pioneira, 2000, p. 201-222.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: RJ: Vozes, 2013.

UGÁ, M. A. D.; LOPEZ, E. M. **Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp.915-928. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400013>.

6 ARTIGO 3**O LIMITE DO ESFORÇO TERAPÊUTICO COMO MEDIDA DE CONFORTO E A DIFICULDADE DE SUA APLICAÇÃO: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Autora: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

Orientador: Alberto Manuel Quintana

RESUMO

Este estudo buscou abordar a bioética clínica com profissionais de saúde de um município de fronteira do interior do Rio Grande do Sul, especialmente acerca de dilemas éticos em fim de vida. Trata-se de um estudo de cunho clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Os dados do presente artigo são recorte de uma entrevista maior, sobre bioética clínica e a atuação em um Hospital de Pequeno Porte. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sob o apoio de eixos norteadores, das quais participaram oito profissionais das áreas da enfermagem, medicina, nutrição e psicologia. Um dos eixos norteadores foi a discussão do caso do bebê britânico Charlie Gard, que foi um instrumento disparador de fala, que promoveu um exercício empático diante do caso em questão. Utilizou-se a análise de conteúdo para a compreensão do fenômeno estudado. A apresentação do caso possibilitou que os entrevistados vislumbrassem um caso difícil em termos bioéticos, que para eles não faz parte do seu cotidiano, tanto pelas leis brasileiras, como pelo contexto de baixa tecnologia médica dos casos que atendem. Apesar disso, foram citados dois casos reais sobre fim de vida em bebês, onde o caso serviu como um comparativo para pensarem em suas experiências.

Palavras-Chave: Bioética clínica; Psicologia; Psicologia hospitalar; Limitação do esforço terapêutico; Fim de vida.

ARTICLE 3**THE LIMIT OF THERAPEUTIC EFFORT AS A MEASURE OF COMFORT AND THE DIFFICULTY OF THEIR APPLICATION: PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS**

Author: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

Advisor: Alberto Manuel Quintana

ABSTRACT

This study sought to approach clinical bioethics with health professionals from a border municipality in the interior of Rio Grande do Sul, especially about ethical dilemmas at the end of life. This is a clinical-qualitative study, with an exploratory and descriptive character. The data of this article are a cut of a larger interview on clinical bioethics and the performance in a Small Hospital. Semi-structured interviews were carried out, under the support of guiding axes, with the participation of eight professionals from the areas of nursing, medicine, nutrition and psychology. One of the guidelines was the discussion of the case of the British baby Charlie Gard, who was a speech-triggering instrument, which promoted an empathetic exercise in the case in question. Content analysis was used to understand the phenomenon studied. The presentation of the case made it possible for the interviewees to envisage a difficult case in bioethical terms, which for them is not part of their daily lives, both by the Brazilian laws and by the context of low medical technology of the cases they attend. In spite of this, two real cases about end of life in infants were cited, where the case served as a comparative to think their experiences.

Keywords: Clinical bioethics; Psychology; Hospital psychology; Limitation of therapeutic effort; End of life.

6.1 INTRODUÇÃO

O crescimento tecnológico revolucionou a atenção à saúde ao introduzir novas possibilidades para lidar com as adversidades que acometem os sujeitos. Porém, estes novos recursos acarretam situações em que atuações de profissionais da saúde podem excluir dos cuidados, os aspectos subjetivos e o modo singular de cada ser humano compreender seu processo de saúde/doença. Diante disso, aproximar a dimensão simbólica do cuidado aos usuários dos serviços de saúde é um grande desafio (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013).

A fim de auxiliar a pensar sobre os impactos das intervenções tecnológicas na vida das pessoas, a Bioética propõe-se a exaltar o respeito à dignidade humana. Assim, passou a ressaltar a importância de estarmos cientes do compromisso ético dos profissionais no atendimento às pessoas que chegam aos seus serviços, bem como proporciona reflexões sobre a maneira de lidar com os dilemas éticos/bioéticos que surgem no cotidiano de trabalho (JUNQUEIRA, s.d.).

As possibilidades de devolver funções vitais aos pacientes nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) são, como refere Magalhães (2014), um ganho imensurável para a prática médica, mas que, apesar dos benefícios, trouxeram novos dilemas éticos, pois podem ir contra a boa prática médica. Kovács (2014) refere que a caricatura do morrer é um paciente, entubado, apenas na companhia do barulho das máquinas que o mantém, deixando os profissionais de saúde desconfortáveis no trato com os doentes graves, ocasionando estresse no vínculo entre paciente-família-equipe de saúde (KOVÁCS, 2014).

Diante dessas situações limítrofes, adentra a necessidade da tomada de decisões, que para Lima, Rego e Siqueira-Batista (2015), depende da reflexão, por parte dos profissionais, para que façam boas escolhas, amparadas pelo respeito à autonomia dos seus pacientes, evitando levá-los a submeter-se a terapêuticas que resultem em um prolongamento desnecessário da vida, que cause sofrimento a ele e seus familiares. Rego (2009), também esclarece, que não cabe simplesmente decidir pelo paciente, menos ainda deixar toda a decisão para ele ou seu responsável, mas sim, é um momento em que a relação médico-paciente deve estar em voga, sempre contemplando as dimensões morais do problema em questão (REGO, 2009).

Cabe ao médico, segundo Gauna (2011), utilizar todos os conhecimentos disponíveis à sua área para uma boa determinação do diagnóstico e previsão prognóstica.

Ainda, o autor ressalta que uma comunicação sobre o estado de saúde do paciente deve ser consensual, dada de maneira cuidadosa e efetiva, sendo essa empatia um desejo das famílias, bem como um aspecto que determina uma atenção de qualidade, especialmente quando o prognóstico não é clinicamente favorável, impelindo decisões sobre fim de vida. (GAUNA, 2011).

A determinação do prognóstico nunca é uma certeza; é um momento de tensão, em que o médico deve repassar suas momentâneas conclusões do caso para os pacientes e seus familiares. No momento em que a prognose indica que os tratamentos não são mais eficazes, tratamentos de suporte vital são retirados ou omitidos, sendo este o conceito de Limitação do Esforço Terapêutico (LET) (GAUNA, 2011). A LET é uma prática clínica ética e bem aceita, como nos traz Betancourt (2011) e que deve ser diferenciada da eutanásia.

Assim, para o autor, a eutanásia é uma prática médica que não é considerada ética, pois vai contra o valor da vida, pois provoca, por decisão da equipe médica, a morte do paciente, se opondo a essência da medicina e é inversa a solidariedade humana. Já a LET não indica uma ação que vai encerrar o trabalho com o doente, mas sim mudará a terapêutica para que se adeque a situação do paciente, a exemplo da indicação para cuidados paliativos. Promover a qualidade de vida e o alívio do sofrimento é um dever do médico, levando em conta os desejos dos pacientes (BETANCOURT, 2011).

Porém, a tecnologia tende a deixar a dúvida sobre os limites de atuação, considerando que se tornou possível o prolongamento da vida ou adiamento da morte, onde o que se sobressai é uma busca por reabilitar, curar e não a preocupação em dispensar um fim de vida digno e com medidas de conforto para os pacientes e seus familiares (LUFCHITZ, MORITZ, STAMM, 2016). Àqueles profissionais que buscam uma morte mais digna para os enfermos, os cuidados paliativos ou os cuidados *hospice* lançam, segundo Floriani (2013), um moderno movimento que busca um sentido para morte, trazendo-a de volta ao cenário social, revitalizando esteticamente a boa morte.

Considerando a epistemologia bioética, este artigo visa apresentar os resultados obtidos por meio de uma pesquisa clínico-qualitativa. Esta teve o objetivo de abordar o tema da Limitação do Esforço Terapêutico mediante a perspectiva dos profissionais de saúde de um Hospital de Pequeno Porte (HPP).

6.2 MÉTODO

6.2.1 Desenho do estudo

Este estudo tem cunho descritivo, já que seus objetivos buscaram descrever fatos observados sob o fenômeno em estudo, sob os quais o pesquisador não interferiu na realidade; e é exploratória, ao intentar contribuir com informações, através de entrevistas com as pessoas que passam por experiências diárias em suas práticas diante do problema de pesquisa, aqui abordado (PRODANOV, DE FREITAS, 2013).

Estando sob do enfoque da natureza e essência das coisas e não de sua quantidade, esta pesquisa é de cunho qualitativo, tendo ocorrido no ambiente natural em que os participantes constroem, no caso, seu trabalho; por sua amostra reduzida, onde o pesquisador foi o principal instrumento de coleta de dados e não instrumentos construídos para tal, onde a análise se deu de modo indutivo (PRODANOV, DE FREITAS, 2013). Buscou-se compreender o fenômeno, incorporando a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, [...] como construções humanas significativas” (MINAYO, 2014, p.10).

Ao considerar cenários de saúde, optou-se pelo Método Clínico- Qualitativo de Turato (2013), onde a pesquisadora preocupou-se com as significações dos fenômenos de saúde, não nos fatos, reconhecendo que sofreu os efeitos do *setting* na pesquisa e não teve interesse em generalizações, criando o novo por meio do que já foi divulgado e feito na área do estudo. Esse método, é um recurso à psicologia da saúde e parte das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, a fim de poder abarcar as angústias e ansiedades dos seres humanos, salientando os aspectos emocionais psicodinâmicos, com o intento de atingir a compreensão dos sentidos e significados sob as bases de diferentes referenciais teóricos que apresentem em seu cerne a interdisciplinaridade como elemento a ser levado em conta.

6.2.2 Participantes

Participaram deste estudo oito profissionais de saúde, com formação superior, de um Hospital de Pequeno Porte (HPP) do interior do Rio Grande do Sul. Foram cedidos à pesquisadora os dados dos profissionais da instituição, por meio dos quais se fez uma lista, em ordem alfabética, para organização das entrevistas. A partir desta lista, era solicitado a uma secretária os contatos telefônicos pelos quais o convite para a entrevista

foi realizado. Alguns convites foram feitos pessoalmente, nos turnos de trabalho desses profissionais. Optou-se pela saturação teórica, que, segundo Fontanellas, Ricas e Turato (2008) auxilia a determinar a continuidade na coleta da fala de novos profissionais, onde a repetição do conteúdo destas condicionou a interrupção da coleta para a fase das análises.

Os participantes estão identificados pela letra E (entrevistado), seguida da ordem numérica da realização das entrevistas, sexo, e sua faixa etária (ex.: E1, F, 45-50). Não se fez possível citar informações exatas, inclusive a profissão específica de cada, dado o porte da instituição da qual fazem parte, ser pequeno, com um quadro reduzido de profissionais (especialistas), onde maiores caracterizações facilitariam a identificação dos mesmos.

6.2.3 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados

Em conformidade com o método escolhido para a realização da pesquisa, foram realizadas entrevistas clínico-qualitativas, semidirigidas, entendendo que pesquisador e entrevistado conduziram a entrevista em diferentes momentos, mediados por questões abertas (em eixos norteadores) que conduziram ao conhecimento do objeto estudado.

Em campo, foi feita a aculturação e ambientação (TURATO, 2013), onde a ambientação foi o momento em que a pesquisadora buscou se adaptar ao todo do *setting*, podendo perceber como é a rotina em que se deu a coleta de dados, bem como foi possível observar acerca do cotidiano dos profissionais e usuários do serviço. Já a aculturação, por ser mais abrangente, é o momento em que o pesquisador passa a “assumir” a mentalidade, os costumes e valores das pessoas que compõem o *locus* da pesquisa.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa, foram realizados dois encontros que fazem parte da aculturação. O primeiro deles foi com um dos chefes do hospital e, o segundo, a participação em uma capacitação com técnicos de enfermagem, ministrada por um médico cardiologista, estrangeiro, que é plantonista no hospital.

Mediante a compreensão do funcionamento da instituição, foi permitida a aculturação da pesquisadora, onde já havia um vínculo com as pessoas e um acesso bastante fácil às dependências do hospital, sem uso de identificação, apenas na confiança da palavra. Pela rotina intermitente dos médicos, sempre havia uma sala de um deles disponível para as entrevistas, onde seis delas foram realizadas. Dois encontros destes foram feitos fora da instituição, a fim de contemplar a disponibilidade dos participantes.

O tema deste artigo é proveniente da apresentação do caso clínico do bebê britânico Charlie Gard, sendo um recorte de uma pesquisa maior, que foi composta por entrevistas com eixos norteadores, como sugerido por Minayo (2010), os quais foram: a formação acadêmica dos participantes, valores éticos profissionais, concepções sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação em uma cidade de interior, reflexões diante da bioética clínica. Ainda, ao fim de cada entrevista, foi feita a leitura do caso clínico, que foi instrumento para entendimento das questões de Limitação do Esforço Terapêutico e tomada de decisões em fim de vida, pois Charlie Gard nasceu com uma doença rara e incurável, o que iniciou um embate jurídico entre os pais e a equipe médica, entre a retirada de suporte vital contra uma campanha para juntar fundos para um tratamento experimental que já havia se mostrado ineficiente.

O caso foi apresentado a todos os entrevistados quando o encontro se direcionava para o final e para eles era dada a opção da leitura conjunta ou individual. Foram levadas às entrevistas, fotocópias com uma breve descrição do caso e dos principais dilemas éticos que surgiram em razão da doença terminal de Charlie Gard. O instrumento foi considerado como um alusivo às temáticas que permeiam a bioética clínica, auxiliando para um exercício de empatia diante do caso, para que pudessem pensar sua atuação, mesmo que em um contexto de pequeno porte, diante de casos difíceis.

6.2.4 Procedimento de análise dos dados

Os dados coletados por meio da fala dos entrevistados foram analisados segundo Bardin (2010) e Turato (2013), onde foram reunidas tanto por repetição, carga emocional ou pela (in)congruência dos discursos. A primeira autora considera uma sistematização dos dados, realizada através de um compilado de técnicas de análise das comunicações para coletar as informações contidas nas mensagens. Ou seja, se constrói categorias provenientes das falas que são fragmentadas por meio dos critérios de: homogeneidade; exaustividade (considerar o texto proveniente das falas num todo); exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência. Cabe salientar, que todos esses aspectos são feitos a partir da conformidade da fala, com o conteúdo e objetivo da pesquisa (BARDIN, 2010).

Turato (2013), complementa o entendimento da análise do conteúdo, ao tomá-la como mais do que as secções feitas no discurso, ao passo que o pesquisador deve ir além da fala, deve considerar o que está implícito, o que se pode inferir daquilo que foi dito. Para isso, num momento de pré-análise, foi feita uma leitura flutuante do material

transcrito, o que levou a uma assimilação dos conteúdos. Após, é feita a categorização, onde as categorias são elaboradas diante da repetição e a relevância. Ainda, podem ser elaboradas subcategorias, caso queira pôr em evidência outros tópicos importantes relacionados à categoria maior (TURATO, 2013).

6.2.5 Considerações e aspectos éticos

Esta pesquisa ampara-se na Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que abarcam as questões pertinentes às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Também, tem aparo na Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. O presente trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde a qual pesquisa está vinculada, sob o número do certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 89657818.5.0000.5346.

Foram levados em conta critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes em que estes deveriam possuir ensino superior completo, bem como fazer parte da instituição há pelo menos seis meses.

6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados está organizada em três categorias: *Depende de qual lado se está: entre o ser profissional ou familiar; Ter esperança que mude; e Ter que fazer algo pelo outro*. A primeira categoria explicita a tendência dos profissionais entrevistados a uma identificação com o papel dos familiares diante dos pacientes, porém nas outras categorias esse aspecto ainda é encontrado. A segunda categoria traz a esperança como a reação mais comum entre os entrevistados. E, a terceira categoria, abarca a prevalência da busca por algo a se fazer e termos curativos mais do que em medidas de conforto.

6.3.1 Depende de qual lado se está: entre o ser profissional ou familiar

As comunicações acerca das decisões em fim de vida são permeadas por emoções e sentimentos intensos para a família, como também para a equipe médica e sendo a capacidade de prognóstico, por vezes, difícil de ser determinada, mais conflitos podem surgir, inclusive a nível pessoal, sobre as incertezas de como ter a melhor conduta neste contexto.

Agora eu sou o entrevistado e te pergunto deveria ter dito assim praquela mãe? Deveria ter deixado acontecer sem ela está bem, sabendo, preparada para isso? Qual é o certo? (E6, M, 60-65).

É importante legitimar tais demonstrações de incertezas diante das melhores formas de agir diante do paciente e seus familiares, pois nos remete à um abandono da postura paternalista, especialmente pelas dificuldades apontadas dos profissionais médicos em separar seus sentimentos daqueles de quem cuida (LUFCHITZ, MORITZ E STAMM, 2016). Segundo Junqueira (2005), o modelo de atenção paternalista pode ser entendido como aquele em que os médicos eram tidos com semideuses e que eram os responsáveis pela cura das pessoas.

Tal postura gerou o que Simonetti (2018) conceitua como “o discurso médico”, onde “o médico está interessado em salvar vidas, mas pouco quer saber do que essa vida significa para quem a vive” (p. 31). As posturas parecem estar mudando, mas se misturam com uma procura por entender os sentimentos da família que se confunde com esse papel de não identificação com o paciente/familiar (SIMONETTI, 2018).

Mas aí é que daí eu entendo como família e também como profissional. São, é um dilema na verdade, quem sabe como profissional eu agiria como equipe, se eu fosse mãe eu agiria como a mãe. Depende o lado que eu tivesse. (E7, F, 30-35).

Em Simonetti (2018), acredita-se que é a anulação da subjetividade que dá o sustento à cientificidade do saber médico. Quando aspectos subjetivos se apresentam ao profissional ela “é vista como um empecilho, como algo que atrapalha, algo que nubla a clareza científica” (p.31). O autor coloca que o poder da medicina em nosso social é tão grande, que a sua justificativa técnica assume um modo quase jurídico. Há uma busca pela negação do erro, e a medicina deve ser mais exata quanto possível (SIMONETTI, 2018).

São casos pontuais e difíceis, mas tem que ter marco legal, se o marco legal determinou que tinham que tirar o suporte do menino, eu acho que os marcos legais também são embasados em coisas científicas, em normas científicas, então eu acho que se tem, se a justiça decidiu isso, foi embasada em coisas que tem peso (E5, F, 50-55).

É justamente sobre os aspectos legais que paira a importância do conhecimento da bioética clínica, que se apresenta como um amparo aos profissionais nestes momentos de conflito de opiniões, recebendo embasamentos para a reflexão dos dilemas morais que estão no cerne do caso. Apesar disso, na fala dos participantes ficou claro uma inclinação à identificação com a posição do familiar, onde há o temor de decidir e comunicar a Limitação do Esforço Terapêutico, pois esta pode ser entendida como um abandono do investimento no paciente.

Mesmo que os médicos te digam que não vai, tu acreditas que vai dar certo, tu vais tentar de alguma maneira, né (E3, F, 30-35).

Porém, como tem apontado a literatura para as questões de fim de vida, está se tentando criar uma cultura em que se concebiam os Cuidados Paliativos (CP) como um “fazer algo”. Os autores Lufchitz, Moritz e Stamm (2016) caracterizam essa tentativa como “transições de planos de cuidados entre terapias com intenção curativa para o tratamento paliativo” (p.61). Porém, em seu estudo apontam as principais dificuldades em relação à comunicação com a família, sendo elas: mudança no foco da cura para medidas de confronto; mudança do conforto para um preparo à morte; passagem de prognósticos ruins num curto período de tempo; e conversas acerca de expectativas que estão para além da realidade (LUFCHITZ, MORITZ & STAMM, 2016).

Ainda para Lufchitz, Moritz e Stamm (2016), tais momentos de decisão, bem como da comunicação de más notícias e da passagem da terapia curativa para paliativa, são envoltos por emoções e desafios técnicos. No que tange os prognósticos e a reação da família, os autores constataram que se cria uma dicotomia: quando a família compreende e aceita o prognóstico, decidia-se pela LET; quando não havia consenso, as decisões eram em prol da manutenção dos esforços e metas terapêuticas. Considerando a identificação dos entrevistados com a posição do familiar do que com seu próprio posicionamento profissional, caberia dizer que os aspectos constatados por Lufchitz, Moritz e Stamm (2016) podem servir para quando a equipe também já tem claro e aceita o LET e vê nesse uma outra forma de atenção ao paciente.

Todos nós queríamos que vivesse mais [...] e a Orquídea [nome fictício] me dizia “não, não diga, não fale assim”. A Orquídea é muito querida, ela não queria que eu falasse para a mãe aquilo, eu digo “Orquídea, vai ser pior se ela não estiver preparada” e assim aconteceu infelizmente né, durou 5 meses, mas embora lá no Clínicas falaram, falaram, mas aqui, vindo para cá ela achava que ia acontecer um milagre né (E6, M, 60-65).

Pode ser observada uma negação do prognóstico de morte do seu paciente, onde esse tipo de conduta pode gerar conflito entre os profissionais, mas também entre o familiar e o médico que cuida do caso.

Não sei qual é a reação da mãe, mas é uma decisão da família, traziam ele fazer as revisões, puericultura, tudo direitinho, traziam sabendo que ele ia morrer. E ela não gostava mais do outro médico, ela terminou comigo porque o outro médico dizia que ela ia morrer, e ela disse “eu já sei, o doutor já disse que vai morrer, mas eu vou criar meu filho” (E2, M, 60-65).

Devemos considerar, que não só aos familiares se coloca a necessidade de uma resignificação da morte, como para alguns profissionais também. Caso contrário, é criado um cenário de luta com a morte. Para Floriani (2013) entre as diferentes lutas, há

aquela em que a morte é vista como inimiga da vida e deve ser combatida através do uso obstinado de terapêuticas a fim de prolongar a vida, tornando-se uma “luta obstinada” (p.400). Diferente dessa luta está a *kalotanásia*, que dá um sentido ético e estético à morte, sendo uma luta para além da morte; ao compreender sua inevitabilidade, se busca dar um sentido novo para ela e as pessoas saem da posição de reféns de sua fatalidade (FLORIANI, 2013).

A *Kalotanásia* é a filosofia encontrada nos *hospices* (FLORIANI, 2013). Esta pode ser vista na perspectiva dos médicos que atenderam o bebê Charlie Gard e difere da percepção dos entrevistados desta pesquisa, onde se pode perceber uma tendência a travar a luta obstinada com a morte, ao estarem identificados com a iminência da perda do familiar e não de um paciente. Ainda, Kovács (2014) traz que não se trata só dos aspectos científicos ou legislativos do morrer, mas da busca pela compreensão do que é a dignidade humana diante da terminalidade.

6.3.2 Ter esperança que mude

Na quase totalidade das entrevistas, a esperança foi uma das reações mais citadas pelos participantes, tanto do ponto de vista dos pais em relação à criança, como da equipe médica e demais profissionais. Segundo Chiattonne (2014), essa é uma das reações da família em relação à criança hospitalizada que devem ser esperadas pelos profissionais, pois comumente se sucedem (CHIATTONE, 2014).

Ah, é bem difícil mesmo, porque se tu sabes que não tem mais solução, mas os pais iam querer que ele vivesse, tu tens que entender, entender os pais também, porque eles pensavam que tinha esperança meio que de sobrevivida do bebê, mas em realidade não tinha (E1, F, 45-50).

Para Berlinger (2015), os problemas morais provenientes do avanço tecnológico, nos exigem refletir sobre questões do período inicial da vida, para além dos índices e taxas de natalidade e mortalidade. Em Rego (2009), encontramos que as questões morais implicadas no aborto e eutanásia, trazem diretamente o tema e os principais dilemas no início e fim de vida. Adentram à temática os princípios da Sacralidade da Vida (PSV) e do Respeito à Autonomia da Pessoa (PRA), que colocam aos profissionais de saúde, questionamentos para a tomada de decisão, incluindo a Limitação do Esforço Terapêutico (LET) (REGO, 2009). Podemos ver, como na categoria anterior, que há divergências na forma como os profissionais de saúde encaram a morte, mas que colocar-se no papel do familiar, especialmente pai ou mãe do enfermo, evoca a esperança de que o prognóstico possa mudar e que a saúde ainda possa ser restaurada.

Lá em Porto Alegre já tinham falado, ela absorveu tudo com muita dor, muito sofrimento, e ela tinha fé e esperança que ia durar bastante tempo e nós alimentávamos em parte, aquilo ali “ó, se tem um que durou dez anos, ela vai durar dez anos, mas sempre dizendo para ela, tem esse risco, está falado que não dura muito, era dúvida (E6, M, 60-65).

É a mesma coisa, às vezes que criança com má formação, aborta ou não aborta? Eu sou a favor de que tem que abortar, ‘tá’? Porque eu acho assim ó, embora, eu ‘tô’ dizendo como médico, daqui a pouco eu não sei qual é a minha reação como pai, entende? Talvez seja até diferente. (E2, M, 60-65).

O Princípio da Sacralidade da Vida envolve aspectos religiosos, e no caso do bebê Charlie Gard, nosso instrumento de pesquisa, podemos ver o PSV presente através do apoio do Papa Francisco ao afirmar, que enquanto havia vida se deveria lutar por ela. Assim, se entende que a vida do filho está acima de qualquer doença grave ou incurável (REGO, 2009). Porém, o profissional de saúde deve eximir-se de suas concepções pessoais na atenção aos pacientes/familiares, atuando diante da ética de sua área e legislação do seu país estando, portanto, a favor ou contra o aborto/eutanásia, ou da determinação da LET, conduta aceita como ética à prática médica. Isto vai além de seu posicionamento enquanto pessoa, ocorrendo função do quadro clínico e não pelas expectativas do profissional (REGO, 2009).

Também isso é muito difícil, porque a gente sempre, é muito difícil isentar quem não faça mais nada é muito difícil, eu acho que a pessoa sempre vai defender a vida (E5, F, 50-55).

A fala de E5 demonstra a dificuldade da passagem para medidas de conforto, deixando de lado a esperança de que se mantenha a vida do paciente em prol de sua boa morte. Na fala a seguir está explícita a tendência que os profissionais tiveram de se colocar no lugar do familiar para compreender a dimensão da perda.

Jamais eu vou querer perder um filho, mas se essa for a única opção ou a única solução para o que está acontecendo, eu vou ter que abrir mão, porque se veio para mim, é para eu e ele ter um entendimento da vida né, e se não for possível mais a vida dele, bom, eu vou ter que saber abrir mão [...]. Eu acho assim. Claro, que se eu, ah, estivesse experienciando isso, talvez não fosse assim né, que eu agisse, mas eu, hoje, pensando, eu acho que talvez ah, se nada fosse possível, se nada, ah, fosse trazer uma boa vida para ele, eu acho que eu abriria mão. [...] eu sempre digo que, antes da maternidade era uma coisa né, após a maternidade é outra (E8, F, 25-30).

Alves (2018) nos traz que a perda de um filho é inominável, é uma dor da ordem do indescritível, tanto que não temos um nome para os pais que perdem seus filhos. Os pais sentem a necessidade de evitar o sofrimento do filho e a morte desse é um luto que os acompanhará por toda a vida. Os profissionais de saúde entrevistados parecem se identificar mais ainda como o familiar quando seu paciente é uma criança, quiçá por este lugar do indizível da perda de um filho (ALVES, 2018).

Não, é natural isso, um bebê tem toda vida por diante, o bebê depende 100 por cento dos adultos, e tal, não é o mesmo que uma pessoa mais grande, que, entende, eu acho que isso, eles têm tudo para crescer, e para ser o futuro, então a gente sempre tenta fazer que percebam, que se cuidem, que cresçam, e assim, isso é natural, um instinto nosso natural, da procriação e de continuar (E5, F, 50-55).

Contemplando o discurso das diferenças emocionais que surgem diante da possibilidade de morte de um bebê, ocorre também a diferenciação do que, para E7, é algo intrínseco ao social, aceitando melhor a morte de um idoso que de um recém-nascido ou criança.

Quando tu tens uma expectativa de que possa, mesmo que seja zero virgula zero, zero, zero um tu vais tentar, principalmente por ser um bebê né, que é o que eu te falei, vai muito do se fosse uma pessoa mais velha não iam nem, primeiro que tu já comesas que não iam conseguir dinheiro para levar arrecadação, iam dizer “ah, já está velho, já”, isso eu acho que isso aí é encarcerado na população inteira. Mas é complicado, eu acho que, com quanto tu tens, tu trabalhas com uma probabilidade, mesmo que mínima, tu tentas, qualquer um tenta. (E7, F, 30-35).

Porém, como vemos em Grando e Sturza (2016) o idoso é alguém que, com o aumento da expectativa de vida, ganha novos papéis sociais, deixando de ser o sujeito que está inerte para a morte. Desta forma, fica mais um dilema a se pensar, se o neonato tem mais direito de viver do que o idoso, mesmo que sua cidadania esteja comprometida pela idade. O que deve estar em questão é a possibilidade do idoso exercer a autonomia na tomada de decisões sobre a sua vida, já que alguns ainda possuem a capacidade de deliberar por si, o que é diferente no caso dos bebês, onde são os familiares que deverão assumir a responsabilidade na tomada de decisões. Para além da esperança sobre a vida de um ou outro tipo de paciente, fica o chamamento para uma morte digna (GRANDO & STURZA, 2016).

6.3.3 Ter de fazer algo pelo outro

Grande parte dos entrevistados trouxe em sua fala que, o melhor para o paciente deve ser decidido pela família e que a casa é o melhor lugar para o paciente ser levado. Quando citado que no caso de Charlie Gard, foi indicado pela equipe médica os cuidados em *hospice*, em função das necessidades extremamente específicas de cuidado que ele demandava, e que os pais insistiam em levá-lo para casa, os entrevistados tenderam a concordar com a atitude dos pais de Charlie. A melhor decisão, para os familiares, parece ser a de que se deve manter tentativas em prol de que o paciente demonstre melhora.

É, de não tentar, eu acho que se eu não tentasse e acontecesse alguma coisa em seguida “poxa, mas eu podia ter tentado e eu não tentei”, então eu sei que eu fiz de tudo. Eu fiz de tudo, tá, não deu, mas eu tentei (E3, F, 30-35).

A culpa é citada por Chiattonne (2014), como reação comum da família e a procura por soluções para manter a vida pode ser justificada para evitar este sentimento.

Ai convenceram, convenceram, convenceram que não adiantava, que “ela” [faz referência à Charlie] tinha que morrer só com conforto especial, que não podia nem ser em casa; tem que ser em casa, tem que ser em casa, com aquela coisa né: tem que ter uma equipe multidisciplinar em cima da família também né, isso é muito difícil porque daqui a pouco vai o sentimento de culpa na família, depois que acompanha o casal pelo resto da vida né, mas eu acho que depende de coisas culturais, depende de família e tudo (E2, M, 60-65).

Dos Santos, *et al.* (2016) nos fala das mudanças que ocorreram ao longo das décadas onde, antigamente, as crianças não tinham a exigência de acompanhantes durante suas internações. Familiares eram excluídos do tratamento para evitar as infecções hospitalares. Os autores apontam para esta transição, onde agora os pais são peças fundamentais na atenção à criança, pois se entendeu que o ambiente hospitalar traz consequências importantes para essa fase do desenvolvimento, por meio de seus procedimentos invasivos e inúmeros estímulos, onde os pais buscam brechas para exercer a parentalidade (DOS SANTOS *et al.*, 2016).

Lufchitz, Moritz e Stamm (2016) fazem uma ressalva e falam sobre a importância de se compreender que aos pacientes e familiares, não cabem decisões técnicas que estejam exijam um conhecimento complexo. Assim, trazem que a comunicação adequada com a família, para se chegar em uma decisão compartilhada, é facilitada pelo apoio de profissionais de outras áreas, sendo importante sua participação nas discussões para auxílio no contexto da tomada de decisão (Lufchitz, Moritz & Stamm, 2016).

Eu acho, que a gente tem que pensar no bem daquela pessoa, se não vai, ah, ser produtivo, se não vai, ah, para a vida daquela pessoa não vai trazer benefício algum, ah, para que que eu vou manter ela no sofrimento né? E quem sou eu para manter em sofrimento alguma coisa ou alguma pessoa?! (E8, F, 25-30).

A fala da participante E8 exprime o desejo de se poder fazer o melhor para o enfermo, privá-lo do sofrimento, com o entendimento de que temos limitações diante das medidas de suporte vital. Porém, às vezes, a obstinação por diferentes intervenções, inclusive experimentais, são consideradas como melhores, mesmo diante de terapêuticas tradicionais e de excelência para certas doenças.

Ah, sim! Não, que nem assim, nessa questão do meu pai, por exemplo, eu disse “não, vamos tentar, vamos ver”; então assim ó, “o que for melhor para ti”; tanto que minha mãe fez a primeira quimioterapia, ela passou dois dias malzinha, enjoo, é normal, né, e eu disse “manhê, não faz mais, vamos ver; não vai interromper tratamento nem anda, mas vê com o médico do pai para ti tomar algum comprimido, para ti tentar alguma outra coisa, para não ter efeito colateral”. O meu pai vive uma vida normal, então assim, eu vi que ela já estava meia baquiada, eu disse “não, vamos ver, então, para né, fazer, ver

se tem alguma possibilidade para ti não passar mal”; [...]Então assim ó, tudo que for para o melhor (E4, F, 30-35).

As provocações sobre bioética no caso de Charlie Gard fizeram com que alguns participantes lembrassem de casos pessoais em que tiveram que acompanhar as decisões ou decidir em situações de fim de vida de entes queridos. A aproximação com o sentimento enquanto familiares ficou evidente. Assim, se faz oportuno lembrar do papel das Comissões de Bioética Hospitalar que, como nos traz Rego (2009), são formadas necessariamente por equipe multidisciplinar, em que, ao cumprir com sua função consultiva, podem “atuar até mesmo como facilitador do diálogo entre profissionais, pacientes e familiares, mas não como usurpador da responsabilidade de decidir, atuando para convencer A ou B desta ou daquela decisão” (REGO, 2009, p. 134).

6.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de diferentes instrumentos para promover a fala dos participantes, no contexto de pesquisas qualitativas, se mostrou como um ponto favorável para abarcar assuntos difíceis. Trabalhar com as vivências e a forma como são significadas pelas pessoas, evoca dificuldades e emoções, então instrumentos que promovam a reflexão e uma possibilidade de empatia com a situação, se mostrou importante. Ao levar em conta o cenário de atuação dos profissionais entrevistados, não se imaginava que estes já tivessem vivências tão pessoais e diretas de casos que envolvessem dilemas bioéticos, bem como questões de fim de vida, que implicam na aceitação da terminalidade e na impossibilidade de intervenção sobre certos agravos de saúde, onde a apresentação do caso revelou aspectos que não haviam aparecido na entrevista maior.

Ficou o questionamento sobre o melhor momento para a discussão do caso, pois como foi realizada no final de cada entrevista, alguns profissionais já vinham demonstrando certo cansaço, o que fez com que a explanação do caso fosse encurtada. Já para outros, especialmente em remeter a vivências pessoais, o caso trouxe aspectos antes não contemplados, agregando à discussão anterior e, tão relevante foram, que deram origem a este artigo.

Cabe dizer que uma das limitações da pesquisa foi não poder analisar os depoimentos segundo a profissão de cada um dos participantes, para fins da preservação do sigilo destes. Este estudo não se propõe a encerrar o assunto e espera incentivar a discussão sobre a adequação deste tipo de instrumento nas pesquisas, bem como se espera

que mais estudos possam ser realizados em contextos mais afastados dos centros acadêmicos, conhecendo uma outra realidade que é diferente e complementar a nossa prática e reflexões.

6.5 REFERÊNCIAS

ALVES, E. G. dos R. **A morte do filho: luto de um pai.** IN: Encontros inesquecíveis: relatos de cuidado e ética. Organizado por Nely Aparecida Guernelli Nucci, Maria Julia Kovács, Karina Okajima Fukumitsu. Campinas, SP: *Alínea*, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2010.

BERLINGER, G. **Bioética cotidiana.** Traduzido por: Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1ª ed. 2015.

BETANCOURT, G. de J. B. **Limitación del esfuerzo terapêutico versus eutanásia: uma reflexão bioética.** *Revista Humanidades*, 2011. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v11n2/hmc03211.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro 2019.

CHIATTONE, H. B. de C. A criança e a hospitalização. IN: **A Psicologia no Hospital**/Organizado por: Valdemar Augusto Angerami-Camon. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 010/2012.** Recuperado em 21 de setembro de 2017, de <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510/16.** Recuperado em 21 de setembro de 2017, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. Transformações dos conceitos de saúde e de doença. **In: Os sentidos da saúde e da doença.** Rio de Janeiro/RJ: Editora Fiocruz, 2013.

DOS SANTOS, P. M., *et al.* **Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada.** *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, jul-ago;69(4):646-53, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2019.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice: kalostanásia e o revivalismo estético da boa morte.** *Revista bioética*, 21 (3): 397-404, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a03v21n3.pdf>. Acesso em: 02 de janeiro de 2019.

GAUNA, N. M. **Proyeto de protocolo de limitación del esfuerzo terapêutico em unidades de cuidados críticos de adultos.** [Dissertação de Mestrado]: Universidade de Coruña, 2011.

GRANDO, J. D.; STURZA, J. M. **A sociedade e os idosos: perspectivas sob o olhar dos direitos fundamentais e sociais.** *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (Número Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”), pp. 341-364, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/34116/23455>. Acesso em 02 de janeiro de 2019.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética.** UNA-SUS, UNIFESP. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18.pdf. Acesso em 21 de maio de 2017.

KOVÁCS, M. J. **A caminho da morte com dignidade no século XXI.** *Revista Bioética*, 2014; 22 (1): 94-104. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a11v22n1.pdf>. Recuperado em 10 de dezembro de 2018.

LIMA, M. de L. F.; REGO, S. T. de A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida**. *Revista bioética*, 23 (1): 31-9, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0031.pdf>. Recuperado em: 20 de dezembro de 2018.

LUFCHITZ, G., H. M.; MORITZ, R. D.; STAM, A. M. N. de F. **Consultorias em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 16 out-dez; 45(4):5, 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/137/114>. Recuperado em: 20 de dezembro de 2018.

MAGALHÃES, C.B.A., *et al.* **Temas atuais sobre bioética em terapia intensiva: uma revisão narrativa integrativa**. *Conexão ciência*: UNIFOR-MG, Formiga, v. 8, n. 2, p. 73-86, jul./dez. 2013.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2014.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REGO, S. *et al.* **Bioética para profissionais da saúde**. / Sergio Rego, Marisa Palácios e Rodrigo Siqueira-Batista. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

SIMONETTI, Alfredo. **A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise**/ Alfredo Simonetti. – Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: RJ: Vozes, 2013.

7 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros são os desafios que surgem na trajetória do mestrado e a aproximação a um serviço de outro município, de menor porte e envolto por uma cultura tão peculiar, foi um ponto muito marcante nesta vivência. Ratificando a ideia de Turato (2013) ao utilizar o termo *bricoleur* como uma das características do pesquisador que faz uso do método clínico-qualitativo, muitas foram as mudanças que permearam a construção do projeto de pesquisa até a forma final deste trabalho.

O lugar de inserção escolhido para a coleta de dados é quem ensina e delinea a escrita, pois o que enriquece a pesquisa científica é o olhar para cada hipótese ou fenômeno como algo que nos afirma ou conta algo diferente. Cada pesquisador entrega um olhar diferente para o campo de coleta de dados, utilizando um método diferente para entender as variáveis ou as vivências que aparecem através dos instrumentos escolhidos. Quando qualitativa, se assume a impossibilidade da neutralidade e, por isso, cada produção é tão singular e este trabalho poderia ter tomado diferentes caminhos.

Que se trataria de bioética era a única certeza, mas a opção pelo objeto de estudo de cada artigo se deu pelo potencial visto neles, para a ampliação do conhecimento. No primeiro sobre bioética clínica num sentido mais conceitual e abrangente; no segundo, sobre as peculiaridades de uma instituição fronteira de pequeno porte vinculada ao Sistema Único de Saúde; e o terceiro sobre as situações limítrofes que o fim de vida acarreta para os profissionais. Num contexto de atuação de um pequeno porte, há necessidade de conhecer diferentes resoluções (inter)nacionais para um melhor entendimento das excentricidades, especialmente porque grandes centros de ensino universitário estão localizados em grandes centros urbanos, que reúnem pessoas de diferentes locais e costumes.

Assim, ampliar o olhar para fora do centro de formação, exigiu um passo para trás e antes de buscar entender como se dá a implementação de Políticas Nacionais, e se fez necessário conhecer mais sobre a importância desses pequenos centros para a comunidade. Também, foi crucial para pensar temas tão globais e de grande impacto sobre a vida e morte das pessoas. Além disso, ao ver mais uma atualização no Código de Ética Médica, que será lançado à comunidade ainda neste ano, reforça o desejo de ver temas atuais e bioéticos no Código de Ética do Psicólogo.

Sigmund Freud em *O mal-estar na civilização [1930]*, nos fala sobre a dificuldade de lidar com os sentimentos através da ciência, por ser um fenômeno subjetivo, portanto envolto pelos desejos, gerando uma discrepância entre o que dizemos e fazemos. A tomada de decisões, temática de discussão à Bioética, está intimamente ligada a este aspecto inferido por Freud, já que reúne diferentes subjetividades para o entendimento da melhor ação a ser tomada diante de uma vida. Realizamos estudos a fim de apreender tudo que está intrínseco a este processo (usamos a ciência para isso) e sempre há manifestações subjetivas (que provocam sentimentos), que trazem um novo entendimento aos fenômenos (FREUD, 2011).

Ainda no mesmo texto, Freud (2011) nos fala dos avanços científicos e da medicina relacionados ao nosso sentimento de felicidade. Como já dissemos no primeiro artigo, Potter (2016) traz a bioética como um caminho para a sobrevivência humana diante dos estragos que o poder conferido ao homem pela ciência acarreta; e Freud já negava que o poder dos sujeitos sobre a natureza seria precondição para a natureza humana. Com nossas criações, colocamos novas exigências à nossa existência nas civilizações. Diante disso, podemos inferir que quando o homem conseguiu fazer o primeiro transplante de órgãos, ele mesmo criou novas condições de ser e estar no mundo.

Assim, se o progresso científico é uma realidade e o campo da saúde é um setor que recebe bastante investimento em termo de novas descobertas, estudos na área se fazem importantes. Diante dos aspectos da subjetividade humana, que permeiam este processo e, considerando que os participantes deste estudo diante dos temas gerias do primeiro artigo e mais específico do terceiro, aproximaram seus discursos, mais ao ponto de vista daquele que sofre, em relação ao papel do profissional, assim podemos pensar em quais seriam os fatores que fazem com que discrepâncias, inclusive entre profissionais da mesma área, aparecessem.

Simonetti (2018) utiliza conceitos metapsicológicos para pensar o adoecimento humano e na pesquisa realizada, foi possível perceber que a maioria dos profissionais entrevistados estava apoiado fora do discurso médico, ou seja, estavam na dimensão da falta, na busca de algo que está para além da confirmação de um diagnóstico ou de um prognóstico ruim. Nas palavras do autor “o paciente tem sim alguma coisa – uma dor, uma preocupação, um mal-estar ou uma ausência de bem-estar” (p.137), onde a frase “você não tem nada” não é verdadeira para a fenomenologia e aqui poderíamos acrescentar a frase “não há mais nada a fazer” que ganha o mesmo valor (SIMONETTI, 2018).

Por isso, se pode observar em algumas falas o direcionamento da busca por algo além da opinião de um médico, onde nos casos relatados, os sujeitos queriam ouvir uma outra palavra que estava associada ao seu desejo: a cura da filha, o erro do diagnóstico médico ou a possibilidade de curar o paciente, onde negar a realidade da finitude culminou na quebra da relação médico-familiar (mãe do bebê atendido por E6). As categorias encontradas na pesquisa permitem pensar outro ponto citado por Simonetti (2018): o julgamento de que o paciente quer sempre ser curado. Isso evoca outro tema que aparece posteriormente no livro do autor, que são o tempo da medicina e o tempo do paciente.

Como foi possível compreender no estudo, especialmente no segundo artigo, o porte do hospital não faz com que alguns profissionais não atuem sob tempo da medicina, que para Simonetti (2018), é veloz e urgente, onde estes, nem sempre médicos, corram contra o tempo cronológico para conseguirem, por exemplo, meios para transferências às outras localidades com mais recursos. Porém, é dado tempo ao sujeito compreender o se passa com ele ou com o próprio limite do profissional em poder cuidar dele ali mesmo, sem maiores recursos? Se esse tempo fosse levado em consideração, poderíamos pensar que não existiriam os pacientes denominados difíceis pela medicina, que como no exemplo de Simonetti (2018), são diabéticos e comem doces, ou no caso do estudo, recusam a permanência no hospital e pedem uma “alta a pedido”, como é chamado no serviço em questão.

Além disso, em algumas falas pode ser observada certa indignação dos profissionais que citam a necessidade de uma maior compreensão por parte dos pacientes e familiares para que não exijam coisas que não cabem àquele momento ou caso, mas que vem pelas buscas na internet ou no discurso de outras pessoas leigas. Vertentes bioéticas reflexionam acerca das vulnerabilidades humanas e a colocam enquanto um princípio ético. Para Junges (2007), as pessoas são vulneráveis já por sua existência, fadada a desequilíbrios constantes nas diferentes áreas de suas vidas e, assim, o tema da vulnerabilidade deve adentrar na pauta da proteção dos sujeitos e coloca os profissionais de saúde como responsáveis pelo empoderamento do sujeito vulnerável. Apesar dessa responsabilização, o autor salienta a necessidade de capacitação aos profissionais, para que possam lidar melhor com as dimensões subjetiva e social do processo saúde/doença (JUNGES, 2007).

Assim, dar voz aos profissionais de saúde como sujeitos de pesquisa, permite conhecer os serviços, pois é diante das concepções que assume que estes concretizam

suas formas de atuar diante do sistema e de seus usuários. Enquanto entrevistados de nossa pesquisa, quem emergiu foi o discurso dos sujeitos, dificilmente daquele profissional que encontramos nos grandes centros hospitalares. Em alguns, um ritmo um pouco mais conformado a uma rotina sem grandes ocorrências, para outros, a necessidade de seguir estudando, participando de cursos e especializações. A própria revalidação do currículo para os uruguaios é um momento de colocar a prova seus conhecimentos e de se desafiar enquanto profissionais. Optar pela regulamentação que permite a atuação em zonas de fronteira sem a revalidação, coloca mais profissionais naquelas áreas menos centrais do país, porém pode os manter centrados no sistema de saúde dos seus próprios países.

Portanto, se almeja que mais estudos possam ser feitos nestas regiões, pois oferecem muitos fenômenos a serem compreendidos, bem como levar problemas de pesquisa àqueles que estão mais afastados dos centros de ensino, pode promover reflexões sobre temáticas atuais e levar a pensar sobre o seu fazer nos serviços de saúde, dos quais fazem parte. Também, fortalece as áreas de estudo, trazendo um novo entendimento sobre as situações vivenciadas. Ainda, ampliam nosso conhecimento sobre como o Sistema Único de Saúde está sendo construído e suas políticas implementadas nas diferentes regiões de nosso país.

Esperamos ver a Psicologia cada vez mais atuante na construção do saber no campo da bioética, que se entrelaça com o nosso fazer, em diversos campos de atuação e em conceitos que há muito tempo utilizamos, como a autonomia. Sendo um campo de amplas problematizações, conflitos, concepções e sentimentos que emergem diante da temática da vida e da morte, da saúde e da doença. Que consigamos trazer novas respostas, mas também perguntas, para que a dignidade humana seja sempre respeitada e que ela esteja sempre contemplada no nosso encontro com o outro.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.
- BASSORA, J. B.; CAMPOS, C. J. G. **Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo de saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. *Versão on-line*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BRASIL. **ABC do SUS**. Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Recuperado em: 18 de dezembro de 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]**. – Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017.
- BRASIL. **Portaria Nº 1.044**. Ministério da saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm. Acesso em: 15 de setembro de 2017.
- BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2**. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/26/Matriz-Consolida--o-01.pdf>. Recuperado em: 20 de janeiro de 2019.
- BRASIL. **Portaria nº 1.820**. Ministério da saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Recuperado em: 18 de dezembro de 2018.
- CORREA, F. J. L. **Enseñar bioética: como transmitir conocimientos, actitudes y valores**. *Acta Bioethica*, v. 14, n. 1, 2008.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Transformações dos conceitos de saúde e de doença**. IN: Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro/RJ: Editora Fiocruz, 2013, p. 91-107.
- DE FIGUEIREDO, A. M. **Bioética clínica e sua prática**. *Revista Bioética*, v. 19, n. 2, p. 343-358, 2011.
- DIAS, H. Z. J., et al. **Psicologia e bioética: diálogos**. Rio de Janeiro: *Psicologia Clínica*, v. 19, n. 1, p. 125-135, 2007.
- FREUD, S [1930]. **O mal-estar na civilização**. Traduzido por Paulo Cesar de Souza. Brasil: *Penguin e Companhia das Letras*: 2011.
- JUNGES, J. R. **Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas**. IN: Bioética, vulnerabilidade e saúde, Organizadores: Christian de Paul Barchifontaine, Elma Zoboli. Aparecida, SP: Ideias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

KNOBLOCH, F. **Bioética e Psicologia**. IN: Bioética nas profissões, organizado por: Tereza Rodrigues Vieira. Petrópolis: Vozes: 2005.

KOVÁCS, M. J. **Apresentação: um sonho real**. IN: Encontros inesquecíveis: relatos de cuidado e ética. Organizado por Nely Aparecida Guernelli Nucci, Maria Julia Kovács, Karina Okajima Fukumitsu. Campinas, SP: *Alínea*, 2018.

PESSINI, L. **Bioética na América Latina: algumas questões desafiantes para o presente e futuro**. *Bioethikos*: Centro Universitário São Camilo, v. 2, n. 1, p. 42-19, 2008.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; DE BARCHIFONTAINE. **Bioética, cuidado e humanização: das origens à contemporaneidade**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014.

POTTER, V. R. [1971]. **Bioética: ponte para o futuro**. Traduzido por: Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

REPORT BELMONT [1979]: versão espanhola. **Report Belmont: princípios éticos y directrices para la proteccion de sujetos humanos de investigacion**. Disponível em: <<http://faculdadeguanambi.edu.br/wp-content/uploads/2016/08/Relatorio-Belmont.pdf>>. Acesso em: 17 de agosto de 2017.

ROCHA, M. E. G. T. A bioética em face da legislação brasileira e do mercosul. **IN: Bioética em debate: aqui e lá fora/** Organizado por: Swedenberger do Nascimento Barbosa, Brasília, 2011.

SANTOS, L. C. Psicologia e assistência neonatal: intervenções possíveis e necessárias. IN: **Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional/** Organizado por: Liliane Cristina Santos, Eunice Moreira Fernandes Miranda, Eder Luiz Nogueira. Belo Horizonte: *Artesã*, 2016.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: RJ: Vozes, 2013.

UGÁ, M. A. D.; LOPEZ, E. M. **Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp.915-928. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400013>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação**. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Sistema de Bibliotecas da UFSM, Editora da UFSM, 2015.

ANEXOS**ANEXO 1- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Título do projeto: Bioética clínica na perspectiva de profissionais de saúde de um Hospital de Pequeno Porte

Pesquisador responsável: Alberto Manuel Quintana

Instituição/Departamento: UFSM/Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Telefone para contato: (55) 981294258

Local da coleta de dados: Fundação Hospital de Caridade de Quaraí-RS.

Os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa comprometem-se a preservar o sigilo quanto aos dados dos participantes do estudo, os quais serão coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas a serem gravadas em áudio, no período de maio a julho de 2018, nos espaços disponibilizados pelo Fundação Hospital de Caridade de Quaraí ou, na indisponibilidade do local, bem como desconforto do entrevistado, os encontros poderão ser realocados para a casa dos participantes. Aponta-se que as informações coletadas por meio das entrevistas e suas transcrições na íntegra serão utilizadas exclusivamente para fins de execução do estudo. Assegura-se a privacidade de todos os participantes, visto que todos os materiais provenientes das entrevistas somente serão divulgados de forma que os participantes não possam ser reconhecidos. Os registros serão mantidos no Centro de Ciências Sociais e Humanas da UFSM, Departamento de Psicologia, na Avenida Roraima, Santa Maria/RS, CEP 97105340, prédio 74B, sala número 3112A, pelo período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. Pesquisador Alberto Manuel Quintana. Após esse período, os dados serão destruídos. Esse projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número de registro CAAE

Santa Maria, de de 2018.

Alberto Manuel Quintana

Orientador/ Pesquisador responsável

Professor Dr. Associado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM

ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
 Centro de Ciências Sociais e Humanas
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Dissertação de Mestrado: *Bioética clínica na perspectiva de profissionais de saúde de um Hospital de Pequeno Porte*

Autora: Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

Orientador: Professor Pós-Doutor Alberto Manuel Quintana

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-9304. Avenida Roraima, 1000, prédio

74B, sala 3302, 97015-900, Santa Maria- RS.

Local da coleta de dados: Fundação Hospital de Caridade de Quaraí

Prezado Sr(a), por meio deste termo, o(a) convidamos a participar da presente pesquisa. Ele garante sua integração de forma totalmente voluntária, o que permite que tenha o direito de desistir a qualquer momento, sem que sofra prejuízos, dispostos abaixo. É de suma importância que compreenda todas as informações expressas abaixo no documento, podendo manifestar dúvidas a qualquer momento, a serem esclarecidas pela pesquisadora.

Temos o **objetivo** compreender acerca da atuação de profissionais de saúde, especificamente médicos e enfermeiros, diante da bioética clínica, humanização e cuidado na realidade de um Hospital de Pequeno Porte (HPP).

▪ **Procedimentos:** nesta pesquisa, o senhor(a) irá realizar uma entrevista (conversa) com a pesquisadora, que estará sendo gravada, em gravador digital, onde esta lhe irá fazer algumas perguntas. Se não concordares, aceitaremos sua recusa em respeito à sua vontade. Se desejar participar, marcaremos um dia e horário que esteja mediante sua disponibilidade, considerando que os encontros durarão cerca de a quarenta e cinco minutos até cerca de uma hora. Gravaremos, a fim de que aquilo que você responder seja digitado (transcrito), para posterior utilização na construção de produções acadêmicas sobre a temática que estaremos abordando e que serão compartilhados com você no término da pesquisa. Todo material adquirido (documentos e transcrições) estará guardado por um período de cinco anos, em conformidade com a ética da pesquisa sob a responsabilidade da Prof. PhD. Alberto Manuel Quintana (coordenador desta pesquisa), sob total sigilo, onde só terão acesso a eles os pesquisadores aqui citados. Estarão armazenados no Departamento de Psicologia no Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Av. Roraima 1000, Prédio 74B, sala 3212A, - Santa Maria, RS - Brasil.

Benefícios: consideramos que, para você, os benefícios serão indiretos, já que as informações que trouxer fornecerão contribuições para a construção do saber em psicologia e para o campo da bioética, e também para outras acerca destas temáticas. Por meio da sua participação e a dos outros profissionais poderemos compreender melhor o cenário da atenção à saúde e realizar divulgações científicas sobre como está se dando a bioética pode estar presente em Hospitais de Pequeno Porte.

▪ **Riscos:** são considerados riscos mínimos. Você poderá lembrar algumas situações que já vivenciou e que possam ter lhe causado algum desconforto, sofrimento ou emoção específica. Se isso ocorrer, poderemos interromper a entrevista e a pesquisadora responsabilizar-se-á por avaliar sua situação, bem como poderá lhe encaminhar para um outro profissional da psicologia para que possas ser acompanhado se necessário. Lembramos que você pode manifestar o desejo de desistir de sua participação na pesquisa em qualquer momento do encontro, ou mesmo, posteriormente, sob nenhuma penalidade ou perda de benefícios aos quais tenha direito.

- **Sigilo:** Realizaremos a divulgação dos resultados obtidos na pesquisa, por meio da publicação de artigos em Revistas da área da Psicologia e Bioética. Mas para isso, estaremos respeitando sua privacidade, pois pretendemos que você não seja identificado em nenhum momento. Assim, a identificação de suas falas será através da letra ‘M’ (médico) ou ‘E’ (enfermeiro),” dependendo de sua formação, seguida de um número, que corresponde a ordem das entrevistas que farei (ex.: E1, E2, .../ M1, M2.../ P1, P2, ...).

Para que você saiba, este documento foi elaborado respeitando a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/ 2005), revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Caso você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa ou a ética desta pesquisa, entre em contato direto com a autora da pesquisa, Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman, pelo telefone (55) 98121-0593.

Para maiores esclarecimentos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFSM: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – CEP: 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

Eu, _____ estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando em posse de uma das pesquisadoras. Santa Maria, ____ de _____ de 2018.

Nome e Assinatura da (o) participante

Orientador Prof. PhD. Alberto Manuel Quintana

Pesquisadora Alessandra Caroline Ortiz Zimmerman

ANEXO 3 - O CASO DO BEBÊ CHARLIE GARD

O caso do menino Charlie Gard (11 meses) chamou a atenção mundial, recebendo apoio inclusive do presidente dos Estados Unidos e do Papa Francisco. Nos primeiros meses de vida de Charlie, foi percebido que ele possuía uma dificuldade de erguer sua cabeça e começar a se firmar, como ocorre com bebês de sua idade. Os médicos então descobriram que Charlie possuía uma doença rara e incurável.

O embate jurídico presente neste caso se deu devido ao fato dos pais do menino desejarem levar Charlie para os Estados Unidos para passar por um tratamento experimental. Diante de uma campanha online, os pais receberam doações em dinheiro para que financiassem esse tratamento e a viagem. A campanha defendia que Charlie ainda estava lutando (pela vida).

Enquanto os médicos acreditavam que o suporte vital deveria ser retirado. A justiça cedeu permissão para a retirada, e Charlie deveria ser submetido a cuidados paliativos. Após meses de luta na justiça, os pais acabaram entendendo que não haveria como curar seu bebê e pediram para passar mais tempo com ele em seus últimos momentos de vida. Charlie Gard faleceu em 28 de julho de 2017, após ter sido transferido ao hospice.

REFERÊNCIA:

BBC BRASIL. Caso Charlie Gard: a polêmica sobre bebê britânico em estado terminal que envolveu Trump e o Papa. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-40508731>. Acesso em: 20 de março de 2018.