



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

CREMILDO JOÃO BAPTISTA

CONFLITOS ÉTICOS NOS PROCESSOS DE CUIDADO E DE ENSINO EM ENFERMAGEM
ENVOLVENDO O PACIENTE HIV+: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Brasília – DF

2013

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

CREMILDO JOÃO BAPTISTA

**CONFLITOS ÉTICOS NOS PROCESSOS DE CUIDADO E DE ENSINO EM ENFERMAGEM
ENVOLVENDO O PACIENTE HIV+: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Cátedra UNESCO de Bioética, Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Lima

Brasília - DF

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1005652.

B222c Baptista, Cremildo João.
Conflitos éticos nos processos de cuidado e de ensino em enfermagem envolvendo o paciente HIV+ : percepções de cuidadores em um hospital universitário público / Cremildo João Baptista. -- 2013.
xii, 93 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2013.
Inclui bibliografia.
Orientação: Maria da Glória Lima.

1. Bioética - AIDS (Doença) - Pacientes. 2. Ética da enfermagem. 3. Infecções por HIV - Cuidadores - Ética. I. Lima, Maria da Glória. II. Título.

CDU 616.988

CREMILDO JOÃO BAPTISTA

**CONFLITOS ÉTICOS NOS PROCESSOS DE CUIDADO E DE ENSINO EM ENFERMAGEM
ENVOLVENDO O PACIENTE HIV+: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Cátedra UNESCO de Bioética, Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Lima (Orientadora)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento

Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Maísa Tavares de Souza Leite

Universidade Estadual de Montes Claros

Prof. Dr. Natan Monsores de Sá (Suplente)

Universidade de Brasília

*Às pessoas que vivem com
HIV/Aids.*

Agradecimentos

À minha mãe, Zaida Lucas Naeni (*in memoriam*), à minha mãe Ana Rafael Bata e ao meu pai João Bata por terem estado presentes na minha caminhada, apesar da distância e dos anos de separação. A vocês serei eternamente grato e nunca será o suficiente.

Às minhas damas: Elsa, Landinha, Natércia, Lindinha e Nilza, por serem amigas, irmãs, encorajadoras e compreensivas principalmente quando os caminhos da vida e a distância nos separaram. Obrigado por estarem sempre nas minhas lembranças. À mana Elsa pelo apoio e companheirismo. Saibam que parte desta minha luta empreendo por vocês.

À Angela Cristina de Souza

e ao Luca Naeni de Souza e Baptista, nosso filho, por terem me suportado e compreendido principalmente quanto à necessidade de nos distanciarmos.

Dedico e agradeço a todos os meus amigos e amigas do Brasil e de Moçambique, em especial aos meus amigos e amigas de Maxixe, do meu bairro e da minha rua.

Ao Professor Pós-doutor Volnei Garrafa, em nome de Moçambique sou grato por ter me ensinado a pensar nas questões dos mais vulneráveis de forma crítica e por ter me recebido e apoiado no Programa. Aos Professores doutores Claudio Lorenzo e Natan Monsores de Sá. À minha orientadora, a Dr^a. Maria da Glória Lima, por ter dado os nortes a este trabalho.

A todos aqueles que me apoiaram direta ou indiretamente, em especial aos amigos Fernando Jairo, de Guanambi, Luis Aramis, de Macapá (*Oh Macapá!*), Arcádio Cabral, de Guiné Bissau, Dario Palhares e Iris, de Brasília e Martin Fonkoua, do Camarões.

Aos padres Ézio Lorenzo Bono e Franco Mazzoleni por todo o apoio. Às irmãs Marina Gardim, Stela e Eurides. A toda a Congregação Sagrada Família de Bérghamo (Itália), nas comunidades de Maxixe (Moçambique) e de Montes Claros (Brasil).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Bolsa de mestrado. À Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) – Brasília, pelo financiamento para participação na 8th International Conference on Bioethics Education: *Contents, Methods, and Trends*, em Tiberias, Galiléia - Israel.

Às secretárias do Programa de Pós-graduação em Bioética da UnB: Shirleide e Dalvina e da Cátedra UNESCO de Bioética: Camila e Vanessa pela atenção. Ao senhor Nonato da residência de trânsito da UnB pelo apoio e compreensão. A todos os amigos que tive em Brasília e àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a minha progressão.

Fazer a coisa de maneira correta

não é fazer a coisa correta.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCE	Biblioteca Central
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CE	Cuidador de Enfermagem
CEH	Comitê de Ética Hospitalar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS e cols.	Descritores em Ciências da Saúde e colaboradores
et al.	<i>et alia</i> (e outros)
FAPDF	Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV+	HIV positivo
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Una-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

RESUMO

Introdução: a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é preocupante, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto ético e humanístico. A sua disseminação fez emergir questões éticas na saúde. Nisso, além do desafio de solucioná-los, percebê-los não é tarefa fácil.

Objetivo: analisar as percepções de questões éticas pelos cuidadores de Enfermagem nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem em Enfermagem à pessoa com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Método: é um estudo qualitativo, com caráter descritivo-reflexivo. Os dados foram obtidos por entrevistas individuais semi-estruturadas em um Hospital Universitário público durante os meses de julho e agosto de 2012. Com base na saturação de conteúdo, foram entrevistados doze cuidadores de Enfermagem. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise temática, tendo sido feita categorização por “acervo” dentro dos princípios da bioética e subcategorização por “encaixe”. O protocolo de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: foram delimitadas três categorias: *Princípioalismo*, *Percepção de questões éticas* e *Fatores que dificultam a ética do cuidado*. A análise temática indicou que os cuidadores têm percepção de problemas éticos no cuidado à pessoa com HIV/Aids relacionados aos referenciais do *princípioalismo*. Essas percepções sugerem que os referenciais da bioética principialista são preenchidos com limitações no processo de cuidado. Ademais, alguns fatores exógenos e endógenos aos cuidadores são percebidos como comprometedores do cuidado ético.

Recomendações: a ética do cuidado à pessoa com HIV/Aids deve ser gestada e gerada no *encontro* e se aproximar do *reconhecimento da humanidade do outro ser humano*, pois não existe uma ética prévia, mas éticas que se constroem nos encontros. O cuidado deve ser um *fazer ético* e humanístico que permita afirmar uma ética plural, isto é, uma *bio-ética* dialética e aberta que não funcione apenas como ponte para os fins últimos das técnicas do cuidado, mas que contribua para a eficiência da ética e da técnica no *encontro* dialógico com a pessoa, tanto em seus meios quanto em seus fins.

Palavras-chave: Bioética; Princípioalismo; Ética em Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Infecção por HIV.

ABSTRACT

Background: the Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids) is worrisome in the world, in the epidemiological, ethical, and humanistic point of view. Its spreading and permanence did emerge ethical issues in health care. In addition to the challenge of solving them, to perceive them is not easy task. **Objective:** to analyze the perceptions of ethical conflicts by nursing caregivers in the care and nursing education processes in a public University Hospital. **Methods:** this is a qualitative study, characterized as descriptive and reflective. The data were obtained using individual semi-structured interviews with caregivers of persons living with HIV/Aids in a public University Hospital during July and August 2012. Twelve caregivers were interviewed observing saturation of content technique. Based on the principlism, the contents of interviews were submitted to thematic analysis, categorization, and sub-categorization. **Results:** emerged three categories: *Principlism*, *Perception of ethical conflicts*, and *Factors which difficult ethical care*. The thematic analysis indicates that the caregivers have perception of ethical conflicts in relation to *principlism* during nursing care and teaching involving people with HIV/Aids. These perceptions suggest that the *principlism* is filled with limitations in the process of care. In addition, exogenous and endogenous factors related to caregivers are perceived as compromising the ethical care. **Recommendations:** the ethics of care to people with HIV/Aids should be fomented and generated in the encounter, and increasingly closer to a need of *recognition* of the *humanity of another human being*, because there is no previous ethics, but ethics starts only on the encounter with other. The nursing care have to be an *ethical* and humanistic *making* that allows to affirm an ethic of life, i.e., a *bio-ethics*, open and dialectic, which not only works as a bridge to the purposes of interventional techniques of care, but that contributes to the efficiency of ethics and techniques in the dialogic *meeting* with the people, both in its methods and in its final purposes.

Key-words: Bioethics; Principlism; Nursing ethics; Nursing care: HIV infection.

SUMÁRIO

	RESUMO.....	X
	ABSTRACT.....	XI
	SUMÁRIO.....	XII
	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTRODUÇÃO.....	15
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	A RELAÇÃO ÉTICA ENTRE OUTROS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIV/AIDS: CONTRIBUIÇÕES PARA A CIÊNCIA DO CUIDADO.....	18
2.1.1	Duas epidemias paralelas: a Aids e as questões éticas.....	18
2.1.2	Método.....	20
2.1.3	A relação ética entre outros no cuidado de Enfermagem à pessoa com HIV/Aids.....	21
2.1.4	Em busca de uma resposta: contribuições para a ciência do cuidado.....	24
2.1.5	Por que buscar o <i>bem</i> de um e não de outro agir.....	29
2.1.6	Considerações preliminares.....	34
	Referências.....	37
3.	OBJETIVOS.....	40
	3.1 Objetivo Geral.....	40
	3.2 Objetivos Específicos.....	40
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1	PERCEPÇÕES DE QUESTÕES ÉTICAS PELOS CUIDADORES DE PESSOAS COM HIV/AIDS: ANÁLISE BASEADA NO PRINCIPALISMO.....	41
	Considerações iniciais.....	41
4.1.1	Métodos.....	43
4.1.2	4.1.2.1 <i>Tipo de estudo</i>	43
	4.1.2.2 <i>Local e sujeitos de estudo</i>	43
	4.1.2.3 <i>Técnicas e instrumentos de coleta de dados</i>	44
	4.1.2.4 <i>Procedimentos técnicos de análise de dados</i>	45
	4.1.2.5 <i>Aspectos éticos</i>	46
	Resultados e Discussão.....	47
4.1.3	Considerações preliminares.....	62
4.1.4	Referências.....	65
4.2	PERCEPÇÕES DE QUESTÕES ÉTICAS E DE FATORES QUE DIFICULTAM A ÉTICA DO CUIDADO À PESSOA COM HIV/AIDS.....	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICES.....	88
	Apêndice A: Matriz de Categorização.....	88
	Apêndice B: Roteiro de Entrevista.....	89
	Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
	ANEXO.....	93
	Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	93

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação está estruturada na forma de dois artigos, um que traz a discussão teórica ou referencial teórico (primeiro artigo) e outro que apresenta os resultados da pesquisa de campo (segundo artigo). De início faz-se esta apresentação da dissertação e também uma indicação da relevância deste estudo e seu objetivo. De seguida faz-se uma introdução a alguns aspectos éticos e da infecção pelo HIV, apresentando alguns problemas éticos que ocorrem no cuidado à pessoa com HIV/Aids evidenciados em alguns estudos.

Depois disso entra-se no primeiro artigo que é um referencial teórico para o artigo de pesquisa de campo que se segue a esse. Apresentados e discutidos esses dois artigos em si relacionados, apresentam-se alguns outros resultados à parte do mesmo estudo empírico que, entretanto, não compuseram o artigo segundo. Por fim fazem-se algumas considerações finais.

Este trabalho foi desenvolvido no Programa de pós-graduação em Bioética, Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB). O ingresso no programa e o presente trabalho foram motivados por inquietações vivenciadas durante o Estágio Supervisionado Hospitalar em Manejo Clínico de HIV/Aids em um hospital universitário público.

Precisamente em se tratando de um hospital escola, com grande fluxo de pessoas, entre estagiários dos diversos cursos e a equipe de saúde, o autor sentiu-se indagado sobre como agir e como o preceptor deveria agir a favor do *primun non nocere*, na medida em que o cenário de práticas educativas não permitia muito sigilo, privacidade e respeito à autonomia da pessoa com HIV.

Foi nesse contexto que, diferentemente da abordagem a outras pessoas internadas não soropositivas para HIV, manifestavam-se, na óptica do autor deste trabalho, a seguinte questão: 1) técnicos de Enfermagem, estagiários de graduação em Enfermagem e enfermeiros, enquanto cuidadores, percebem problemas éticos nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids? E de que forma, se é que os percebem?

Diante desses questionamentos, fez-se, no primeiro artigo, uma releitura para discutir que ética deve permear a relação entre o usuário e o profissional de saúde, os quais se encontram, frequentemente, como entes morais *estranhos*, para utilizar o adjetivo de Engelhardt Jr.

Considerando as fragilidades e insuficiências da práxis do cuidado em saúde, em especial do cuidado à pessoa infectada por HIV, a qual em vez de favorecer o enfrentamento de problemas éticos no cotidiano da produção do cuidado, pode acentuá-las, contrapondo-se à defesa da vida, tenta-se argumentar sobre a importância de se avançar para além de uma ética principialista e também de uma ética meramente deontológica regulada pelos direitos e deveres da profissão, modelos ainda predominantes no fazer profissional.

Enquanto isso, o segundo artigo, baseado na reflexão teórica do primeiro, como se disse, faz uma análise descritivo-reflexiva de dados qualitativos de um estudo empírico realizado em um hospital universitário. O objetivo do estudo foi analisar as percepções de problemas éticos nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem envolvendo a pessoa infectada por HIV pelos cuidadores de Enfermagem. Para se alcançar esse objetivo, realizou-se uma investigação baseada na questão norteadora apresentada acima e nos referenciais do principialismo bioético.

Por fim, acreditamos que vale a pena não dar por esgotado o tema aqui discutido, na medida em que é de interesse não só da Enfermagem, mas da Saúde Pública como um todo em todas as suas dimensões.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas do século passado e na primeira década do século XXI tem se verificado um amplo interesse pelas questões éticas envolvendo o atendimento hospitalar estritamente ligado às atividades do(a) Enfermeiro(a), a quem cabe o cuidado (em sentido distinto de curar) à pessoa doente em tempo integral^{1,2,3}. Nesse âmbito, o cuidado baseado no respeito e na humanização é, sem dúvida, uma grande ferramenta não só para a qualidade da assistência, mas também para a ética do cuidar, contrapondo-se às correntes que compartimentalizam a pessoa enferma e que reduzem o processo saúde-doença a critérios exclusivamente biologicistas, esquecendo-se de outras dimensões da pessoa internada⁴.

Em virtude do pluralismo moral e da diversidade dos juízos morais das pessoas, existem diversas bases teóricas que fundamentam nossas condutas éticas, isto é, o nosso modo ético de ser e de agir profissionalmente. Apesar da consideração de que referenciais teóricos e filosóficos influenciam nosso modo de pensar criticamente sobre as coisas, deve-se sempre observar que colocar em prática esses referenciais não substitui de modo completamente satisfatório a dos outros e a nossa própria criatividade e pensamento crítico^{5,6}.

Mas será que algum desses critérios seculares ou nosso próprio pensamento crítico poderiam nos ajudar a definir de forma satisfatória como devem ser as condutas éticas dos cuidadores nas suas práticas profissionais diárias? E como devem agir em relação aos outros e a si mesmos diante de problemas éticos da profissão e da doença?

A literatura relata que o primeiro caso clínico de Aids no Brasil foi diagnosticado em 1983. Já nos finais da década começou a se observar uma maior disseminação para outros grupos sociais (pauperização, juvenilização) e regiões geográficas (periferização, interiorização), com registro importante de mudanças no perfil epidemiológico inicial^{7,8}.

Essa disseminação passou a requerer a formulação de uma rede de assistência especializada para um quadro clínico e psicossocial ainda pouco conhecido. E, sem dúvida o cuidado aos

que vivem com HIV/Aids constitui um direito básico. Assim, considerando, por um lado, que o principal sentido programático da assistência aos soropositivos para HIV é o de representar a defesa de princípios éticos, isto é, o direito à cidadania e ao acesso universal e digno à assistência de qualidade ^{9,10} num Estado democrático e eticamente plural, este trabalho pretende tomar como referência a Bioética para descrever as percepções de problemas éticos vivenciados pela equipe de Enfermagem e pelos estagiários de Enfermagem nas suas rotinas diárias que envolvem pessoas com HIV/Aids. Por outro, a Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza a participação ativa dos usuários no processo de assistência em saúde ao colocar a *autonomia* (poder e capacidade do sujeito para fazer escolhas e tomar decisões que afetem sua vida) como princípio fundamental ¹¹.

Estudos relataram que a violação de princípios éticos e a não observância de direitos individuais nos serviços de saúde ocorrem tanto nos serviços de assistência de rotina quanto nos diversos cenários de ensino-aprendizagem. Ainda mais, essas violações ocorrem nas relações entre pessoa doente-cuidador e entre cuidadores ^{12,13,14}.

Um estudo ¹⁵ relatou que dentre outros problemas éticos enfrentados pelos dentistas, a falta de atenção a outras dimensões da pessoa em tratamento, além daquela da doença que ela manifesta no momento da internação e também a discordância com as escolhas de tratamento feitas pelas pessoas infectadas por HIV. Outro estudo ¹⁶, após verificar problemas em aproximadamente 40,0% dos casos de comunicação do diagnóstico de câncer, concluiu que há problemas éticos relacionados à comunicação, à autonomia, ao exercício da beneficência e a atitudes paternalistas por parte dos profissionais de saúde.

Diante dessas constatações, a Bioética, inserida no campo da saúde enquanto *ponte* para o alcance não apenas dos fins últimos das técnicas de cuidado, mas enquanto via de exercício da alteridade, deve ser vista como processo e não restrita aos quatro princípios apresentados por Beauchamp e Childress, uma vez que a ética não está dada *a priori*, ela acontece, na forma de justiça, de autonomia, de respeito que se funda não no agente moral, mas no outro, no humanismo do outro homem.

Ademais, a ética do cuidado dada não simplesmente como a busca do fazer correto, mas como a razão fundamental da inter(rel)ação (relação, interrelação, interação) com o outro, deve seguir a norma de não se ater a normas e perseguir um fazer ético que seja sempre a revisão de um fazer eticamente aceitável em busca de um fazer ético ainda melhor. A interação entre outros humanos (na medida em que *um* é outro diante do *não-eu*) deve se fundar na igualdade entre os seres humanos e não pode significar uma simples sujeição às regras do agente, mas uma relação que constrói *sócios morais*, de forma que, na prática, a responsabilidade seja atrelada à autonomia.

Feita esta introdução, é interessante notar ainda que na interação com o outro quando se constrói verdadeiramente uma sociedade moral, então o outro não é meramente outro desconhecido, o outro é o que não sou (*não-eu*), o outro é o vulnerado, é o que sofre, que padece, que precisa de mim tanto quanto eu preciso de outrem. Por isso, diante de uma assimetria que embora se estabeleça na igualdade entre sócios morais, se estabelece uma dimensão não simplesmente ética na interação face-a-face, mas também política - anatomopolítica foucaultiana do corpo, o que passa a definir a necessidade de justiça no exercício sutil do poder, do biopoder¹⁷.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A RELAÇÃO ÉTICA ENTRE OUTROS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIV/AIDS: CONTRIBUIÇÕES PARA A CIÊNCIA DO CUIDADO*

2.1.1 Duas epidemias paralelas: a Aids e as questões éticas

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), desencadeada pela infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), é um dos agravos à saúde mais preocupantes da atualidade, tanto do ponto de vista sócio-epidemiológico quanto ético-humanístico. Paralelamente à sua disseminação houve uma crescente “epidemia” de questões éticas relacionadas. Como a incidência da infecção deixou de ser mais visível apenas entre homossexuais e entre usuários de drogas injetáveis, os quais eram vistos pela sociedade como os culpados pela epidemia então rápida e altamente letal, e passou a ser visível na população como um todo, o estigma e o preconceito contra as pessoas infectadas acirraram-se, estabelecendo-se problemas éticos na sociedade e no âmbito da assistência à saúde (Sade, 2002).

Os problemas éticos, dentre outros, se colocavam sobre quem deveria ser testado para HIV; se os profissionais de saúde teriam direito a não atender pessoas com HIV. Esse cenário resgatou questões de controle social, como fora com a hanseníase e a tuberculose. Ao que parece, resurgiu o exercício de poder sobre os corpos, não apenas pela consciência ou ideologia, mas através do próprio biológico alterado (Esposito, 2010; Foucault, 1990).

Nesse contexto, a Aids se tornou uma enfermidade psicossocialmente complexa. Observe-se que a abordagem à pessoa com HIV/Aids é uma tarefa delicada porque envolve a revelação de informações particulares sobre a sexualidade (ainda um tabu social), sobre o diagnóstico (de uma infecção ainda estigmatizante, com repercussões sociais e psicológicas) e sobre o prognóstico (de um infecção ainda sem cura).

* Esta seção é uma versão ampliada do manuscrito elaborado de acordo com as normas da revista *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* e submetido em 20 de outubro de 2012.

Em sociedades menos homogêneas, o interesse do indivíduo - fundamento do coletivo e seu bem mais elaborado produto de decisão autônoma e legítima - não está tão diretamente vinculado ao interesse coletivo (Savater, 2000). Porém, o interesse próprio ainda é o núcleo da moral (Hume, 1995). De modo que se atualmente ocorre uma decadência moral na sociedade, isso não se deve à ascensão do indivíduo, a não ser que o indivíduo exija que os outros renunciem aos seus próprios interesses. Nesse âmbito, Lipovetsky (1994) nos chama atenção para o fato de que o mal da moral não está no sujeito em si, mas na sociedade e em seus segmentos. Savater (2000), de modo provocante e irônico, pergunta: “de onde diabos poderíamos tirar qualquer *dever ser*, se não do *ser* que há?” (p.21) para reabastecer nossa sociedade rumo a um futuro moral.

Desse modo, o lugar de si e do outro tem despertado amplo interesse pelas questões éticas e humanísticas, particularmente no que tange à assistência de Enfermagem (Casterlé et al, 2008; Monteiro et al, 2008; Santiago, Palácios, 2006). Problematiza-se a ética na relação pessoa internada-cuidador, ressaltando-se que se baseie não apenas na normatividade, mas também em outras éticas, como a ética da emoção (Hume, 1995), que valorize a existência de condutas morais para as quais a razão não tem argumentos. Não obstante, na óptica de Hegel (2008), restringir-se à interação sentimental é permanecer num estágio *bruto* anti-humano, pois é da natureza humana buscar o consenso com os outros, e este só é possível a partir das consciências instituídas.

Diante disso, considerando as fragilidades e insuficiências da práxis do cuidado em saúde, em especial à pessoa com HIV, que pode se contrapor à defesa da vida, e a necessidade de uma ética na relação profissional-usuário dos serviços de saúde (os quais se encontram, frequentemente, como *estranhos* morais) fazemos uma releitura da ética do dever, da ética humanística e de outras éticas que regem as relações cuidador-sujeito do cuidado. Entendendo que a reflexão teórica, em particular a reflexão sobre a ética nas relações entre outros humanos é um empreendimento em aberto, e inspirados em vários pensadores, propomos uma concepção além do principialismo, sugerindo uma diversidade de éticas que possam se conformar a cada encontro particular entre entes, a *ética relacional*, a *ética da vida*, a *ética dos*

humanos, a ética dos existentes, a ética do encontro, no e para o cuidado, em que Um se abre infinitamente ao outro, o infinito (o que não se pode conhecer completamente, que não se pode cuidar completamente, que é “indimensionável”), de modo a instituir processos de cuidar mais emancipatórios. Essa incursão pelas diversidades éticas é a maior contribuição deste trabalho, que agrega elementos do pensamento moral à discussão sobre um modelo alternativo para a ética nas práticas assistenciais em Enfermagem.

Esse esforço de reflexão sobre a necessidade de uma nova práxis ética na saúde, acrescenta ao já publicado 1) uma perspectiva de que não existe uma ética prévia e sim éticas que se constroem nos encontros e 2) que a ética na relação entre usuário e profissional de saúde se dá como *possibilidade* de uma ética do infinito articulada sobre as diferenças e os interesses de cada *existente* moral, os únicos que passam a dar sentido e moralidade à ação de cuidar.

2.1.2 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo-reflexivo, um exercício dialético, apoiado em referenciais teóricos e filosóficos e em trabalhos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e em inglês, utilizados para a busca de publicações foram: *Ética em Enfermagem/nursing ethics, Infecções por HIV/HIV infections e Bioética/Bioethics*, separadamente e combinadas. Também foram utilizadas publicações impressas de alguns clássicos da filosofia da moral disponíveis na Biblioteca Central da Universidade de Brasília (BCE/UnB).

É um trabalho no âmbito da bioética, pois incorpora à reflexividade ética (as relações entre dever, querer e poder na ação humana) diversos elementos de saúde pública. Assumindo a diversidade de escolas filosóficas e a liberdade de assumi-las (aos moldes feyabendianos), foram incorporadas construções teóricas de Hume, Smith, MacIntyre, Spinoza, Lévinas e Lipovetsky, mas tendo como amarração conceitual a ética no cuidar do outro dentro de uma teia teórica da complexidade. Pretendeu-se, com isso, contribuir para a reflexão sobre como lidar de forma crítica com as questões éticas que a assistência de Enfermagem a pessoas

soropositivas para HIV suscita no *cuidar* cotidiano.

2.1.3 A relação ética entre outros no cuidado de Enfermagem à pessoa com HIV/Aids

As três vertentes mais reconhecidas da ética ocidental, a ética eudemonológica, a ética deontológica e a ética utilitarista possuem papel fundamental na abordagem das 'diferentes' éticas hoje difundidas, já que seus marcos (a virtude, o dever e a utilidade ou felicidade) são discutidos, incorporados ou criticados por outras escolas. No âmbito da Enfermagem, seus princípios podem nortear práticas, embora estabeleçam padrões morais que não se coadunam à concretude das relações, o que gera questionamentos acerca de sua validade.

Tomando isso em consideração e reconhecendo que as condutas dos profissionais de Enfermagem são norteadas pelo puro dever do código de ética profissional – *deontologismo*, pelas virtudes cultivadas na sociedade – *virtuosismo* e pela visão utilitária em relação aos interesses do outro – *utilitarismo*, Romyn (2003) argumenta, contudo, que nenhuma dessas correntes consegue oferecer subsídios suficientes para a solução de problemas éticos reais do dia-a-dia da prática de Enfermagem. Isso ocorre porque os princípios de cada uma dessas correntes são abstratos, generalistas e, diríamos, descontextualizados.

Ainda aparenta ser inquestionável o fato de que as relações de poder e as culturas próprias dos cenários da saúde participam da reprodução das práticas éticas desses profissionais, de forma que se estabelece uma relação assimétrica entre entes – entre outros (na medida em que um é outro diante do eu). Isso significa que há uma influência da cultura e do poder próprios do mundo da saúde sobre as pessoas doentes e sobre a consciência coletiva em relação a quais moralidades são pertinentes aos profissionais de saúde (Engelhardt Jr., 2008). Por exemplo, em algumas sociedades, os enfermeiros e os médicos foram, se é que já não o são, vistos como figuras límpidas, de moral inabalável como se a sua competência técnica os conferisse valor moral. Esses aspectos sem dúvida dificultam a democratização e a humanização da assistência.

As mudanças na forma de vida social e a invenção do indivíduo/cidadão pelo Iluminismo como possibilidade de afirmação da autonomia de um ser independente, que governa sua própria perspectiva moral, primeiro privou de seu melhor alicerce a concepção de que o *meu* bem é o bem do outro; segundo, além de tornar interminável a busca por soluções para os atuais problemas morais (MacIntyre, 2001), instaurou uma nova ordem que exigiu dos indivíduos um aparato para o exercício e a materialização da governabilidade, em todas as suas dimensões: o governo do profissional de saúde sobre si mesmo (autogoverno), o governo que incide sobre ele vindo de outros (heteronomia) e o governo deste profissional sobre os outros (governo). Governabilidade que, neste contexto, é exercida pelo Estado sobre as Ordens profissionais, pelas Ordens sobre os profissionais e por estes sobre as pessoas doentes.

A legitimação do poder de cada uma dessas esferas depende, em parte, da sua capacidade de satisfazer, mesmo que paliativamente, as demandas da esfera abaixo. E nessa escala hierárquica, a satisfação das demandas ocorre, muitas vezes, segundo a lógica paternalista, de que o que é bom para o cidadão é o que é bom para a esfera superior, um paternalismo consentido pelo subordinado, que se manifesta no final como uma cidadania regulada.

Ocorre uma mudança de papéis quando o Estado toma a missão de impor preceitos morais aos seus cidadãos. Essa é a ideia de que o Estado exerce uma ditadura oculta, pois somente o próprio indivíduo poderia impor moralidade a si mesmo e se assim não for, o cidadão deixa de ser autônomo, de legislar para si mesmo e, conseqüentemente, não pode exercer suas liberdades. Nessa perspectiva, Savater (2000) afirma que o alicerce do valor de toda ação moral não é outro senão a *vontade humana*, livre de qualquer coerção. “Entre o *ser* e o *dever* (ser)”, escreve, “se estabelece a mediação primordial do *querer* (ser). *O que vale para o homem é o que o homem quer*, no entanto o homem não pode querer qualquer coisa, *ele quer de acordo com o que é.*” (Savater, 2000, p.21-22 grifos do original). Daí deriva que é nessa busca insaciável pelo *vir-a-ser* que a humanidade do sujeito, por meio da *individualização*, de fato, se separa e se distingue da dos demais, mas se mantém, embora enquanto *ser-para-si*, dentro de um *universal*, do qual jamais se desvincula.

Destarte, somente adotando uma ética que privilegie o *saber ser* e valorize o *querer* será possível uma assistência contraposta ao atual modelo que prima pelo *saber fazer* técnico, esquecendo-se de outras dimensões do cuidado que abrangem direitos positivos e negativos, autonomia e liberdade.

Boff (2003) afirma que há duas maneiras de existir, no sentido de *ser*, uma pelo *trabalho* e outra pelo *cuidado*. Em relação ao *cuidado* (tanto de si próprio – autocuidado, quanto de outrem) e por que não ao *trabalho*, neste caso ao *cuidado* e ao *trabalho* em Enfermagem, tomados estes como práticas científicas, encontram no profissional de Enfermagem um ator de importância para a realização das várias dimensões do *ser* e do *querer*, pois toda a ação do profissional carrega em si uma dimensão ética, que deve se propor a afirmar o outro.

Mas a teoria e a prática éticas podem se separar e cada uma seguir seu percurso. Dito de outra forma, a prática ética não mantém com a teoria ética, em todo o percurso, uma relação sempre coerente. Isso quer dizer que nem sempre as práticas éticas são fundamentadas por teorias éticas previamente conhecidas e as teorias éticas nem sempre determinam práticas éticas. Na perspectiva interacionista, o agir humano molda a realidade e é moldado por ela (Oliva, 2000), de modo que as práticas éticas estarão presentes, determinadas ou não por teorias éticas, mas influenciadas, sem dúvida, pelo que Smith (1999) chama de usos e costumes.

Nessa perspectiva, os referenciais culturais, teóricos e filosóficos influenciam nosso modo de pensar e agir criticamente sobre as coisas (MacIntyre, 2001). Mas deve se observar que colocar em prática esses modelos nem sempre estará de acordo com os interesses do outro, pois, o ser humano é dotado de livre-arbítrio e nada o impede de exercer o autogoverno. E, devido a diferenças nas individualidades, nas culturas, nos interesses e nos juízos de valor, existem diferentes modelos individuais - que mesmo *individuais* não prescindem de uma natureza *universal* - ou coletivos que embasam as posturas éticas, ou seja, os modos de *cuidar*, de *ser* e de *agir* profissionalmente.

Por isso, é importante que os profissionais reflitam sobre os porquês de suas práticas

cotidianas e reavaliem princípios (Santiago, Palácios, 2006) em busca das causas que as condicionam e fundamentam, com o propósito de estabelecer uma relação simétrica (ou o mais próxima possível disso) entre o profissional e a pessoa com HIV, no lugar de apenas cessar o conflito entre os porquês dessas práticas, de cumprir acriticamente normas e prescrições enquanto estas não puderem ser transgredidas com criatividade, já que não se pode passar por cima da deontologia, que tem um caráter político do trabalho e do cuidado em Enfermagem.

O que isso sugere é que são dois os domínios da práxis ética, uma social e não especializada, sem teorias filosóficas, pelo menos reconhecidas, outra sistemática, com teorias explícitas. Mas esses dois domínios se influenciam mutuamente e se entrecruzam na realidade do dia-a-dia, pois guardam relações que determinam uma conexão de mão dupla entre 1) a projeção da teoria filosófica da práxis sistemática sobre a práxis ética da sociedade e 2) o modo concreto de pensar e de agir individual ou coletivo. Entretanto, parece haver na práxis ética social uma hegemonia refinada da consciência coletiva, influenciada ou não por essas teorias (MacIntyre, 2001; Smith, 1999).

O desafio é que a razão parece não ter competência necessária e suficiente para decidir e explicar o sentido do agir humano (Oliva, 2000). Considerando que os profissionais de Enfermagem recorrem a valores próprios (Casterlé e cols., 2008), a julgamentos de colegas ou outras pessoas (Ulrich e cols., 2010) e aos interesses das pessoas internadas para resolver problemas éticos, será que esses modelos poderiam ajudar a responder de forma satisfatória a questão sobre como devem ser as condutas éticas dos profissionais de Enfermagem com as pessoas soropositivos para HIV nas suas práticas diárias? Como devem agir em relação aos outros e a si mesmos diante de problemas éticos da profissão e da saúde-doença?

2.1.4 Em busca de uma resposta: contribuições para a ciência do cuidado

Com a disseminação do HIV no final da década de 1980, passou a se requerer a formulação de princípios e valores de conduta além dos já arraigados pelas filosofias grega e romana, e por

filósofos modernos, entre os quais Kant (deontologismo) e Mill (utilitarismo). Dito isso, os desafios colocados aos profissionais de Enfermagem no cuidado a pessoas com HIV/Aids são ampliados por questões éticas específicas desse completo quadro clínico e social e também pela relação pessoa internada-cuidador, que emergem com o Iluminismo que supervalorizou as necessidades individuais de autonomia, privacidade/sigilo e confidencialidade, por exemplo.

Nesse contexto, a ética aplicada, que constitui o corpo do campo reconhecido como Bioética, de reflexão sistemática sobre a conduta humana, em particular na área das ciências da vida e do cuidado, ressurgiu nas últimas quatro décadas como possibilidade para buscar (não necessariamente encontrar) respostas a novas demandas e questionamentos diante de situações tanto de doença quanto da assistência à saúde com tecnologias (leves e duras) e desafios novos (Costa, Garrafa, Oselka, 1998).

Mendes (2009), ao questionar se haverá eticidade se não houver qualidade nas ações de Enfermagem, afirma que as ações dos profissionais de Enfermagem não poderão ser amorais, quaisquer que sejam, pois, embora uma implique necessariamente a outra, a qualidade não é algo dado e nem automático, é uma construção feita no *agir*. E acrescenta que “Encontrar o significado de um cuidar de qualidade, quando esta qualidade se refere à saúde das pessoas, não é tarefa fácil” (p.168). Precisamos buscar a eficiência das ações de Enfermagem, mas para não se criar um muro entre a ética e a eficiência, ou subordinar a ética à técnica, essa busca deve resguardar a capacidade de autogoverno de cada agente moral, sem se limitar ao principialismo e a um campo obcecado por salvar vidas a qualquer preço.

Os elementos que contribuem para uma verdadeira ética da vida englobam a empatia, a solidariedade e, entre outros, o respeito à dignidade humana, às liberdades e aos valores individuais, pois, sem dúvida, são componentes essenciais de uma assistência que não se mede apenas pela sua qualidade, embora esse seja um ingrediente fundamental (Mendes, 2009; Silva, 2002).

Como o respeito à autonomia da pessoa (dona do seu corpo, sujeito do cuidado e entidade

relacional, única, que é fronteira com o outro) não é o único motivo virtuoso da ação do profissional de Enfermagem, observando-se ainda que não existem “poderes ocultos” e nem superioridade no sujeito que suscita a ação (a pessoa doente) em relação ao sujeito que a pratica (o profissional), nenhum dos modelos que clamam por ser a fonte dos preceitos morais possui propriedade suficiente para oferecer prova irrefutável de sua supremacia, nem mesmo o principialismo, ainda mais o principialismo na perspectiva anglo-saxônica (Holm, 1995). Entretanto, qualquer modelo desejável e, acrescente-se, fundamentalmente contextualizado, só pode ser encontrado no produto da interação dialogada, aberta e plural dos julgamentos particulares *desinteressados* (no sentido de não tendenciosos, dado em Adam Smith) de sujeitos minimamente racionais (Oliva, 2000).

Embora não exista alternativa racional para se alcançar consenso sobre questões valorativas, frequentemente a faculdade da razão, aliada à experiência em sua concreta expressão social, tem ajudado a decidir, talvez não entre o certo e o errado absolutos, mas entre o bem e o mal naquele contexto. Não é por acaso que na prática atual, pessoas desprovidas dessa faculdade (pessoas em coma profundo, com déficit cognitivo acentuado, com doença mental grave) não exercem o direito de decisão. E de fato, qualquer agente racional está comprometido com a moralidade exclusivamente em virtude da sua racionalidade, dentro da dualidade liberdade-responsabilidade. Disso não se segue que se possa sempre chegar a um acordo moral pelo método racional ou que se possa estabelecer estritamente princípios de uma moralidade racional universais, atemporais e descontextualizados, mas é fundamental aliar a razão à emoção, pois o homem além de ser produto de seu *pensar* (Penso logo existo!) é ao mesmo tempo uma infinidade de possibilidades em aberto (subjetividade). E, por conseguinte, do seu *fazer* resultado daquele *pensar*. Portanto, daquela máxima se poderia dizer: julgar um homem não é apenas julgar suas ações, mas também seus pensamentos e vice-versa.

Nas sociedades pluralistas, em que as pessoas se relacionam como em um encontro de estranhos (Engelhardt Jr., 2008), é fato que cada um busca a satisfação de seus próprios interesses, diferentemente de comunidades mais homogêneas em que o interesse individual não se distancia do da coletividade. Nesses cenários pluralistas e pacíficos, a ação do

profissional de Enfermagem não pode ser um mero contrato para a realização de técnicas e prescrições hospitalares e nem a efetivação de preceitos morais unilaterais. A ação deve ser um pacto livremente negociado para a efetivação, naquele contexto, dos interesses e satisfação de ambas as partes, dado que a satisfação das necessidades reais das pessoas separa-se da simples observância de princípios morais que, vez por outra, não guardam consenso. E se a questão não for objeto de deliberação, de nada adiantaria apelar a princípios morais para resolver problemas dessa ordem, pois se o conflito existe é porque, no mínimo, concorrem concepções morais rivais e, um consenso, *ips litteris*, será quase sempre lesivo para valores fundamentais de uma das partes. Isso, contudo, não deve ser confundido com um estímulo deliberado à rejeição da moralidade (MacIntyre, 2001; Lipovetsky, 1994).

Daí se segue igualmente que tratar um ao outro na relação pessoa doente-cuidador como um *fim* deve consistir em oferecer ao outro o que se crê serem “boas razões para agir de um modo e não de outro, mas deixando que o outro avalie essas razões” (MacIntyre, 2001, p.52). Também pode se concluir disso que o bem não deve ser perseguido em nome apenas do bem, primeiro porque atestaria uma incapacidade analítica do ser humano; segundo porque o bem se tornaria seu próprio fim e sua própria motivação, reduzindo o ser humano a mero meio de se alcançar tal bem, já que a prática ou a busca do bem não está além do homem, ou seja, o homem não foi feito “senão para si mesmo; e na medida em que transcende a biologia e alcança sentido simbólico, foi feito por si mesmo” (Savater, 2000, p.129).

De um lado admite-se que as ações devem ocorrer com recurso a critérios dos envolvidos na assistência, para os quais a adequação é julgada pelo próprio ente pensante, mas em que o outro também os julgue, sem interferência, como sendo bons critérios. O problema que se levanta, entretanto, é o da convivência entre o interesse de um e o do(s) outro(s). Para esclarecer a importância da necessidade do julgamento do outro, ressalte-se que é somente da ação moral *self-centred*, seu núcleo fundante e nenhum outro mais, que surgirão as obrigações morais recíprocas com o ser semelhante. Ou seja, é no querer do *eu*, precisamente porque não é do outro, que se encontra o fundamento moral para respeitar de forma autônoma e não heterônoma o querer alheio. É ideal que seja dessa forma para que o interesse próprio convirja

em direção do alheio (Oliva, 2000).

De acordo com Lipovetsky (1994), esse desafio é uma tentativa de fuga das consequências indesejáveis do individualismo, pois se o sujeito não for para si mesmo, nenhuma outra entidade o será, mas não deve sê-lo total e unicamente só para si, senão nada será (Savater, 2000). Isso constitui, portanto, uma “justaposição de um processo desorganizador e de um processo de reorganização ética que se estabelece a partir das próprias normas individualistas” (Lipovetsky, 1994, p.20) que oportunizam uma vinculação coletiva. Talvez com os sujeitos “vistos como seres independentes, racionais, administrando a si mesmos sua perspectiva moral” (MacIntyre, 2001, p.382), mas dialogando e interagindo em seus interesses (pois uma boa norma deve se ajustar aos critérios da sociedade para a qual foram estabelecidas) se possa superar uma tradição moral hegemônica em direção a uma pluralidade de valores sobre o que realmente é bom para os sujeitos e estabelecer um veredito que, embora não resolva em definitivo os problemas morais, pelo menos não os encerra com uma máxima pretensamente universal sobre a ordem moral vigente.

De outro lado, é inquestionável que as normas deontológicas (algumas vezes paternalistas e que desprezam a inspiração íntima de cada consciência, controlando à maneira de um panóptico o pensar e o agir humanos), em qualquer sociedade, não expressam nem representam a comunidade moral dos seus cidadãos. Pelo contrário, impõem regras institucionalizadas e politizadas a uma comunidade ou indivíduos antes caracterizados pelo pluralismo moral. O trabalho institucional tem sido marcado pelo autoritarismo moral e pretensão saber infalível sobre como deve o profissional fazer e pensar, de modo que a esterilização das condutas ético-morais nega categoricamente o fato de que cada ser humano é um *cosmos*. Por isso, ao cumprir esses modelos deontológicos por vezes cinge-se dos próprios princípios e também de perfilar na própria comunidade em que se está inserido, pois se sabe que a moralidade só pode ser a *moralidade de uma dada sociedade*. Caso contrário essa moralidade não existe precisamente porque é a ela que pertence e é dela que provém sua importância particular, de modo que as normas éticas encontram nas sanções sociais sua afirmação teórico-prática (MacIntyre, 2001; Oliva, 2000; Lipovetsky, 1994).

Smith (1999) sugere que os interesses de cada um devem ser considerados sem ignorar, porém, os do próximo, pois os meus são para mim tão importantes quanto os do próximo o são para ele. Como diz Kant (2003), não pode recair sobre um sujeito uma obrigação em relação ao outro maior que a que o outro nutre em relação ao sujeito. Hegel (2008) então afirma nesse mesmo sentido que cada ente deve fazer o que do outro exige. Mas, sem levar isso às últimas consequências, não há como provar a falsidade ou a veracidade de proposições ou juízos ético-morais de cada indivíduo ou coletividade. Isso quer dizer que não existem bases teóricas irrefutáveis que sustentem a preferência pelo egoísmo de uma maioria em detrimento do egoísmo individual ou vice-versa. Em outras palavras, Savater (2000) quer nos dizer que culpabiliza-se o narcisismo do vizinho porque não dá consideração ao nosso, exclusivamente do ponto de vista do nosso narcisismo.

A essência de todo o problema que aqui se coloca é a coexistência entre os interesses de um e os de outro(s). Diante desse conflito, poderia se questionar se a atual superafirmação da individualidade, sem comprometer nenhum interesse real de outrem, não seria uma tentativa de compensar o fato de se pertencer a uma coletividade moral. Será que devemos sacrificar o individual para dar lugar ao coletivo ou teríamos uma solução duradoura se hipervalorizássemos o coletivo para oferecer novas oportunidades de revalorização do indivíduo?

2.1.5 Por que buscar o *bem* de um e não de outro agir

É perigoso o pressuposto de que a realização individual passa pela vitória no confronto com os interesses de outrem ou do primado coletivo. No entanto, cada sujeito deve buscar um projeto particular de como *ser ai* no mundo, de como *ser com* o outro e de como *ser para* o presente e o futuro, para usar as expressões heidggerianas. Cada pessoa precisa encontrar por si mesma e compreender o significado do agir certo, dado que é impossível saber exatamente o de cada um e o de todos. Dessa forma, cada sujeito racional está condenado a buscar, no seu melhor modo, o sentido de sua existência e do seu agir. E uma vez que comece a surgir um confronto

entre os modos de agir prescritivos que são expressões das preferências subjetivas particulares ou da força da coletividade, há a necessidade de se recorrer à razão prática fundamentada para justificar a escolha de um e não de outro agir. Caso contrário, quando não há uma desobediência criativa das normas, corre-se o risco de cair na coisificação dos entes morais, ou seja, de deliberar ações em meio a um amontoado de fragmentos normativos, a exemplo do principlismo bioético (Holm, 1995), que não se fundam radicalmente numa teoria moral, não dão sentido ao agir humano e nem lugar à criatividade humana (Oliva, 2000).

Ponderou-se, no entanto, sobre a razão enquanto fruto da interação dialógica (*ser com*) entre sujeitos (este é o grande desafio: estabelecer formas de interação que resultem em estímulo máximo da coletividade para dar vazão a um agir humano que expresse as diversas individualidades) e não como algo que nasce e se encerra no sujeito singular, suprasumido (Hume, 1995). O agir demasiadamente humano há de ser, pois, aquele que pela sua ação não finda com a autonomia, a transcendência e a infinitude de qualquer agente ou paciente moral (Savater, 2000). Desse modo, escreve Hegel (2008, p.191) “é a *si mesmo* que [o agente] alcança através do movimento de seu agir”, de modo que o produto do seu agir é inquestionavelmente *si mesmo*. E essa não é nada menos que uma busca eterna, em aberto, é como perseguir o horizonte e nunca alcançá-lo, pois ele sempre se afasta quando nos aproximamos. Com isso quer-se também dizer que o *agir* no cuidado tem duplo sentido, pois é feito sobre *si mesmo*, mas também sobre o outro (Foucault, 2006).

Se não for desse modo, não haverá um *agir* ético e esse esforço seria inútil, dado que ambos se encontraram como estranhos, o que os torna opostos, de maneira que um lado é apenas o que *age* e o outro é apenas o *objeto* sobre o qual se age, isto é, um rosto sem face, coisificando o ser (Lévinas, 1997). Contudo, um *agir* ético nessa interação só será possível com o *reconhecimento* levinasiano do outro, ou seja, com a composição de um “*Eu* que é *Nós*, [e de um] *Nós* que é *Eu*” (Hegel, 2008, p.142) quando cada um se abstrair do puro *ser-para-si*, permitindo-se ser “ele para o outro, o outro para ele; [mas] cada um em si mesmo, mediante seu próprio agir, e de novo, mediante o agir do outro” (Hegel, 2008, p.145). Portanto, a ação de *cuidar*, qualquer que seja, será sempre um ato ético inquestionável desde que feito *com* a

pessoa com HIV e não *para* a pessoa com HIV. Portanto, outra razão não há para buscar um e não outro agir senão a realização de si mesmo, mas também do outro nessa mesma realização.

Fazer o bem, entendido como a consequência da ação moral embasada no conhecimento, se não for acompanhado pela autonomia incondicional de sua realização, não passará de uma busca obcecada por resultados. E a busca obsessiva por resultados guarda o perigo de se prestar à justificação de meios imorais, mesmo que seus fins sejam legitimamente éticos. A ação do profissional *deve* originar-se do seu *ser* íntimo e também do conhecimento do real, já que a posse de conhecimento sobre o real é condição para perceber o certo, sem interferências externas. E o *dever-ser* há de, então, se originar do *ser* (Oliva, 2000; Smith, 1999) e tornar toda a ação moral criteriosamente *auto-afirmativa* e realizadora das condutas ditadas pela sua consciência e do que *somos sendo* ou buscamos *ser*, em primeira instância. Disso se conclui que agir certo não é algo dado, deve ser, então, o agir de modo a perseguir incansavelmente a aprovação universal, em segunda instância, ainda que essa aprovação universal seja inatingível. Daí pode se entender também que o único imperativo categórico, não hipotético, ao qual universalmente devemos nos submeter é o *dever ser de si mesmo*.

A ética é atitudinal, é fruto de um exercício que nunca estará totalmente dado, mas sempre em processo. Quem pretende conhecer as ações morais não irá buscar nos compêndios de moral, mas deverá imitar as ações excelentes no lugar de simplesmente seguir prescrições de forma acrítica, pois, primeiro, as ações excelentes existem antes das normas, que apenas as proscvem; Segundo, as ações certas não se baseiam apenas no dever puro (deontologismo) ou no preceito virtuoso (virtuosismo) e quiçá no agir útil (utilitarismo), embora não se descartem como tais. Ademais, porque não há uma ética que imponha ao sujeito a renúncia ao que ele é, em prol de um objetivo alheio, superior ou transcendental, as ações morais são sim as que partem da *vontade* que é segundo o *ser* de cada um e sem admitir, entretanto, outro motivo ou deliberação além da do sujeito concreto, sendo ele o agente ou o paciente da ação (MacIntyre, 2001; Savater, 2000). São as que a comunidade que as suscita igualmente as aprova “quando o coração de cada espectador imparcial simpatizar inteiramente com elas” (Smith, 1999, p.34),

embora a aprovação não seja a única qualidade que a ação deve perseguir.

Para situar melhor essa questão, talvez seja desnecessário afirmar que a beneficência soa como uma ação sempre voluntária e, por isso, não pode ser obtida na base da obrigação, nem mesmo moral. Observe que não ser beneficente, deixa de dar lugar a um bem que a ação produziria, mas não produz um mal claramente definido que guarde relação de causa e efeito com a ausência da ação beneficente, pois se algum mal surgir, sua causa é anterior à ausência de ação beneficente (sem entrar no mérito da questão causal). Então, agir certo não deveria ser unicamente não fazer o mal? Pois, se considerarmos a não-maleficência (não fazer o mal) como um princípio atrelado ao da beneficência (fazer o bem), entendendo que não fazer o mal já é em si mesmo fazer o bem, pode se colocar que há uma obrigação ou dever legitimamente garantido, até mesmo pela força, para respeitarmos os cânones da primeira, mas não para cumprirmos os imperativos da segunda (Smith, 1999). Contudo, a obrigação estabelecida pelos códigos deontológicos expressa precisamente o contrário da intenção de beneficência, de modo que o antiético, em primeira instância, não é o não fazer o bem, mas o obrigar à sua realização. Logo, deve-se buscar discernir da melhor maneira possível o que é objeto de obrigação e, subsequentemente, de punição se não perseguido e o que é apenas recomendável/desejável, mas livre de punição se não observado.

Com isso, quer-se aqui defender que a discussão sobre um modelo alternativo para a ética nas práticas assistenciais em Enfermagem, sem, contudo, enxergar na Bioética a poção milagrosa para todos os males, requer pelo menos três requisitos interessantes:

- a) **rever e re-contextualizar alguns princípios ético-morais:** construção renovada de princípios a partir das contribuições críticas de diferentes saberes, inclusive populares, para a superação não só do pensamento acadêmico filosófico arcaico hoje hegemônico, mas também da reduzida criticidade do pensamento contemporâneo;
- b) **desconstruir o sujeito histórico:** incorporar novos referenciais interpretativos, novas formas de análise para a concepção de um sujeito renovado, acima de tudo dialogal além de livre e autônomo;

- c) **fortalecer a emancipação:** potencializar a capacidade crítico-analítica com renovação dos paradigmas de ação, numa perspectiva verdadeiramente emancipadora para usuários e funcionários dos serviços de saúde que supere as ações meramente tecnicistas e assistencialistas da saúde.

Se o senso do que é certo ou errado é distinto da construção da noção do que é útil, mas ambas têm origem no íntimo do agente moral, acreditamos que a noção das obrigações morais não deve ser imposta de fora para dentro (negação da heteronomia do dever), mas deve nascer do interior do sujeito diante da sua realidade humana e passar a ser objeto de explicação racional, com base em uma teoria moral plausível para o seu meio social. Embora individualizada, baseada na razão, não se trata de uma moral individualizante, de uma moral que nega sua existência na forma universal, pois ela mesma se fundamenta nas exigências que advêm do fato de o homem viver em coletividade (o particular que se forma e se insere no universal).

O que igualmente está em causa é a determinação social da responsabilidade moral humana (dos deveres do homem em relação a *si* próprio e vendo o outro como figura diversa de si mesmo) em que o mérito moral das ações suscitadas por uma ética realista e inteligente passa a residir no seu *querer* ao praticar determinadas ações.

Isso é importante quando se observa que as noções filosóficas do que é certo e justo fazer quase se renderam ao controle instrumental do mundo observável e não são mais formuladas em termos de certo ou errado, moral ou imoral, mas em termos de útil ou desnecessário, adequado ou inadequado, aceito ou reprovado. Para essa concepção instrumentalizada da moral, as teorias éticas válidas são aquelas que se propõem a ser “ficções uteis” ou altamente rentáveis como se se tratasse de uma negociação em bolsa de valores (Lipovetsky, 1994). Por conseguinte, a busca do certo e do errado foi substituída pelo encontro do que é útil, rentável e aceito numa interação dialógica mesmo entre estranhos morais.

Por fim, acreditando que não existe um *certo* e um *justo* únicos, a ideia de que alcançado o

certo e o justo, o resto é errado e injusto e de que o que não for do interesse coletivo é individualismo egoísta torna-se falaciosa. E não é possível e nem é aconselhável procurar um veredicto único no universo de certos e de justos, pois além de ser perigoso para a ética prática, há sem dúvida em todos os juízos minimamente racionais uma ética que é válida, o que abre caminho, isso sim, para o pluralismo moral que só enriqueceria a visão da *coisa-em-sí*. No fim das contas, o que coroa a ação moral não pode ser nada menos que o *self-centred*, pois o indivíduo é o único alicerce sobre o qual se pode erguer uma moral, útil ou não.

2.1.6 Considerações preliminares

Não se caminhou, nesta reflexão, em busca de uma solução para as questões éticas da profissão Enfermagem na relação com as pessoas infectadas por HIV. Mas também não se buscou apenas uma luz para as questões da ética prática que digam o que é bom e justo fazer. O que se fez foi uma reflexão que nos permite agora afirmar uma ética da vida, isto é, uma *bio-ética dialética* (que contrapõe e dialoga valores éticos para construir outros) que não funcione apenas como ponte para o alcance dos fins últimos das técnicas intervencionistas do cuidado, mas que contribua realmente para o vínculo, na vida real e não imaginária, da ética com a técnica, propiciando a vivência das situações de saúde e de doença a partir do *fazer* e do *não-fazer* aceitáveis na interação pessoa enferma – cuidador – tecnologias para o cuidado, tanto em seus meios quanto em seus fins. Desta feita, mesmo que não compreendidos, acreditamos que apresentar outras formas de questionar a realidade é passo importante no processo de construção de uma nova práxis ética na saúde.

Atrelado a isso, defendemos que caso se pretenda um “saneamento moral” das ações dos profissionais, capaz de oportunizar uma era diferente de práticas de Enfermagem em relação às pessoas com HIV/Aids, a abordagem da ética deve superar o quanto antes as intencionalidades pedagógicas das universidades e os interesses do mercado de trabalho e das ordens profissionais, muito voltados à prevenção de ações passíveis de punição judicial ou social, e focar nos interesses (aquilo que está entre os homens e que os une ou os separa, na perspectiva de Spinoza) e valores da vida real *em sociedade* que possam causar uma

revolução na esfera da consciência individual, embora seja inalcançável à mente humana apropriar-se da *coisa-em-si*, ainda mais da *coisa-em-si* na dimensão ético-moral.

O que muito se tem notado é que as universidades não privilegiam uma abertura para a discussão crítica e epistemológica das questões éticas práticas pertinentes à assistência às pessoas com HIV/Aids, primando pelo ensino das normas deontológicas de cada classe profissional. O modelo de ensino da ética deve estar vinculado por completo à realidade dos usuários e dos serviços de saúde, à realidade social das pessoas que vivem com HIV/Aids e, mais ainda, à realidade tecnológica para diagnóstico e terapia hoje disponíveis. Portanto, o ensino da deontologia não poderá oferecer subsídios para explicar o agir moral se não superar a ação restrita ao objetivo de alcance de resultados intervencionistas.

Defendemos ainda que o ensino da ética não deve se reter a uma ética chamada profissional, mas valorizar uma ética da vida, da realidade social e cultural das comunidades específicas, primordialmente numa ética do cuidado. Deve se voltar a uma *bio-ética* comprometida com o global das relações interpessoais, uma ética contextualizada e não fora de questão, embasada em filosofias ultrapassadas e irreconhecíveis num cenário tão diferente dos pontos de vista das enfermidades, da cultura e da tecnologia hospitalar.

Dito isso, os currículos de ensino de ética deveriam superar a mera multidisciplinaridade e a pretensa interdisciplinaridade para alcançarem uma dimensionalidade que possibilite uma verdadeira metadisciplinaridade, oferecendo aos futuros profissionais de Enfermagem subsídios não para a tomada de decisões corretas nos moldes deontologistas, mas para oportunizar ao outro o diálogo e a negociação de interesses e fins por vezes conflitantes nos mais variados contextos de cuidado, de forma autônoma, crítica, dialogal e emancipadora.

Por fim, é fato que o problema da ética se coloca, e talvez eternamente, porque as sociedades são constituídas por diferentes individualidades, por diversas culturas, por múltiplos valores e pela dificuldade de se dar expressão objetiva à singularidade no encontro com o outro. Por isso culpabiliza-se o indivíduo pelas consequências da individualização porque deixa de ser visto

como ser com fim em si mesmo, como ser inviolável nos seus interesses em detrimento de nada. Entretanto, o caminho em direção à saída está não no investimento para a superação dessas diferenças, mas sim no *reconhecimento* levinasiano e no respeito pelas diferenças impostas pela própria Natureza Humana como instrumentos que dão sentido à existência e ao agir humanos *um* em relação ao outro.

Referências

1. BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.5, p.546-51, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>
2. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
3. CASTERLÉ, B.D et al. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.6, n.63, p.540-549, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808574>>. Acesso em: 21 maio 2012. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x
4. COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Apresentando a Bioética. In: COSTA, S.I.F., OSELKA, G., GARRAFA, V. (Org.) **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.15-18.
5. ENGELHARDT Jr., H.T. **Fundamentos da bioética**. 3ª Ed. São Paulo: Loyola, 2008.
6. ESPOSITO, R. **Bios: biopolítica e filosofia**. Lisboa: Edições 70, 2010.
7. FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
8. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Graal: Rio de Janeiro, 1990.
9. HEGEL, G.W.F. **Fenomenologia do espírito**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco, 2008.
10. HOLM, S. Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics. **Journal of medical ethics**, n.21, p.332-338, 1995. Disponível em: <<http://jme.bmj.com/>> Acesso em: 15 ago. 2011. doi: 10.1136/jme.21.6.332
11. HUME, D. **Uma investigação sobre os princípios da moral**. Campinas: Ed. Unicamp, 1995.
12. KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. São Paulo: Martin Claret, 2003.
13. LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Edições 70, 2000.
14. LÉVINAS, E. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1997.

15. LIPOVETSKY, G. **O crepúsculo do dever**: a ética indolor dos novos tempos democráticos. Lisboa: Dom Quixote, 1994.
16. MACINTYRE, A. **Depois da virtude**: um estudo em teoria moral. São Paulo: EDUSC, 2001.
17. MENDES, G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de Enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, v.18, n.1, p.165-169, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
18. MONTEIRO, M.A.A. et al. Ethical dilemmas experienced by nurses presented in nursing publications. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.16, n.6, p.1054-1059, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19229412>>. Acesso em: 21 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600019>
19. OLIVA, A. **A solidão da cidadania**. São Paulo: SENAC, 2000.
20. ROMYN, M.D. The relational narrative: implications for nurse practice and education. **Nurs. Philos.**, v.4, p.149-54, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14498955>>. Acesso em: 21 maio 2012. doi: 10.1046/j.1466-769X.2003.00134.x
21. SADE, R.M. HIV/AIDS as an Epidemic: Ethical issues at the 20Th Anniversary. **Health care Annalysis**, n.10, p.1-4, 2002. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/n09na04k06yqc083/>>. Acesso em: 16 maio 2012.
22. SANTIAGO, M.M.A.; PALÁCIOS, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59, n.3, p.349-53, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300018>. Acesso em: 07 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300018>
23. SAVATER, F. **Ética como amor-próprio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
24. SILVA, M.J.P. Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas. **Rev. Paul. Enferm.**, v.21, n.1, p.5-11, 2002. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0100-

8889&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100012>

25. SMITH, A. **Teoria dos sentimentos morais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
26. ULRICH, C.M. et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, v.66, n.11, p.2510-2519, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735502>>. Acesso em: 11 jun. 2012. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções de problemas éticos nos processos de assistência e ensino-aprendizagem no Manejo Clínico de HIV/Aids em Enfermagem.

3.2 Objetivos Específicos

1. Pesquisar as percepções de questões éticas nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem em Enfermagem pelos cuidadores de pessoas internadas com HIV/Aids;
2. Verificar as percepções de questões éticas nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem em Enfermagem envolvendo pessoas com HIV/Aids pelos participantes do Estágio Supervisionado Hospitalar em Manejo Clínico de HIV/Aids;
3. Examinar as percepções de questões éticas nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids pelos preceptores do Estágio Supervisionado Hospitalar em Manejo Clínico de HIV/Aids.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERCEPÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS PELOS CUIDADORES DE PESSOAS COM HIV/Aids: ANÁLISE BASEADA NO PRINCIPALISMO[†]

4.1.1 Considerações iniciais

Problemas éticos nos serviços de saúde ocorrem frequentemente^{1,2}. Muito além do desafio de solucioná-los, percebê-los, no entanto, não tem sido uma tarefa fácil e frequente para os profissionais de saúde. Os problemas éticos ocorrem tanto nos processos de assistência quanto de ensino-aprendizagem. Na assistência e no ensino-aprendizagem envolvendo pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), os problemas éticos se tornam mais presentes pelas características da síndrome que ainda é muito pré-conceituada e estigmatizante tanto dentro dos serviços de saúde quanto fora deles³.

Com o intuito de avaliar a percepção dos cuidadores e dos preceptores que participam do processo de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids, este estudo tomou como base os referenciais da bioética principialista: respeito pela autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, sem, contudo, se restringir a esses quatro cânones na medida em que engloba outras dimensões do cuidado, como por exemplo, a humanização, o cuidado centrado na pessoa e não na doença e a necessidade de uma ética dialógica do cuidado.

A autonomia, uma noção que nos últimos tempos e pelo menos nas sociedades ocidentais tem sido cada vez mais reivindicada, contempla a ideia de que as pessoas devem ter suas vontades respeitadas, desde que estejam minimamente informados para fazerem escolhas que a respeito de sua saúde e, igualmente, em posse de plenas capacidades, do ponto de vista psíquico, para tomarem decisões e responsabilizarem-se pelos desdobramentos dessas decisões⁴.

O princípio da justiça, em especial na sua concepção mais contemporânea, atinente a mais de uma pessoa, ou seja, diz respeito à comunidade, mesmo que seja de duas pessoas apenas, é um dos mais antigos princípios morais que condicionam a vida em sociedade. Esse princípio, na sua forma tradicional, refere-se à igualdade moral ou isonomia perante as leis aplicadas a todas as pessoas, sendo, portanto, um cânone moral e também constitucional. Entretanto, na pós-modernidade, a concepção de justiça apresenta diferentes desdobramentos, algumas

[†] Esta seção é uma versão do manuscrito elaborado de acordo com as normas da revista *Ciência & Saúde Coletiva* e submetido em 28 de novembro de 2012.

vezes pouco convergentes, embora se fundem numa mesma raiz filosófica, como são os casos da concepção tradicional de justiça, da noção meritocrática de justiça e da concepção de equidade como justiça na forma como é dada em John Rawls⁵.

O princípio da beneficência, etimologicamente, *bene-facere*, reconhecido desde os escritos hipocráticos, e nos dias atuais frequentemente associado ao utilitarismo de John Stuart Mill, recomenda a busca e a realização incessante do bem para o maior número de indivíduos⁶. Entretanto, com o aperfeiçoamento das concepções filosóficas, tanto de *bem* quanto de *indivíduo* enquanto conceitos (o primeiro enquanto objeto de questionamento em toda a história da filosofia e o segundo enquanto entidade supervalorizada desde o iluminismo), o princípio da beneficência passou a ter uma de suas faces criticada e por vezes repudiada, precisamente pela inexistência de um consenso ao mesmo tempo universal sobre o que é *bem* para os indivíduos, por um lado, e em virtude de uma supervalorização da autonomia individual, por outro^{7,8}. Em consequência dessa relativização do *bem* emergiu uma necessidade de o promotor do bem, promover não o bem na sua concepção (visão tradicional/hipocrática), mas o bem na óptica do receptor da ação (visão pós-moderna/crítica).

Dentre as definições de autonomia apresentadas por Soren Holm, destaca-se a de que um indivíduo somente é moralmente autônomo se, e somente se, sua autoridade ou a origem de seus princípios morais for a *expressão de sua própria vontade*⁹. A ascendência da autonomia, com a superação da tradição hipocrática de beneficência, fez com que as práticas, tanto dos Estados quanto dos profissionais de saúde, que privilegiam a beneficência em detrimento da autonomia individual ou coletiva fossem consideradas paternalistas, em determinadas condições.

Apesar de esse ser um termo com certa conotação pejorativa em alguns dos meandros que o utilizam, é a expressão mais difundida para se referir àqueles, indivíduos ou entidades governamentais, que reivindicam o conhecimento do que é bom para o outro. Guardadas as devidas exceções, o paternalismo, portanto, há de ser a ação que privilegia o *fazer o bem* ao outro sem considerar tanto a sua autonomia quanto a sua definição de *bem* em relação a tal ação.

Já a concepção de não-maleficência, *primun non nocere*, etimologicamente, também reconhecida desde o juramento hipocrático de há mais de dois milênios⁹, embora possua questões de importância, parece que não apresenta, pelo menos nas discussões atuais, questionamentos de grande abrangência no campo da assistência à saúde, apesar de estar em pauta ainda, por exemplo, a realização de eutanásia e de suicídio assistido. Isso quer dizer que a depender de outros valores, em geral religiosos, e 1) guardadas as devidas considerações, 2) excluídas as possibilidades de banalização e de direcionamento ou intencionalidade dessas práticas, 3) considerando o fato de que nenhum dos quatro princípios é absoluto e 4) pesada a

gravidade da doença e as condições de vida da pessoa, pode se afirmar que estas não seriam, grosso modo, questões com grandes desdobramentos teóricos, pelo menos em algumas sociedades ocidentais contemporâneas onde predomina uma cultura de respeito à autonomia do sujeito sobre o qual incidirá a eutanásia ou o suicídio assistido.

No entanto, todos esses princípios, ressalte-se, *princípios* (ou referências de acordo com algumas preferências conceituais), juntos ou separados não devem ser aplicados aos moldes de *lista de checagem* e muito menos rigorosamente observados sem que uma teoria moral os justifique, ou seja, sem que por trás da sua obediência exista uma teoria moral que os fundamente¹⁰ dentro da comunidade em que se aplicam.

Com base no que foi dito até aqui, este estudo pretendeu responder ao seguinte questionamento: técnicos de Enfermagem, estagiários de graduação em Enfermagem e enfermeiros, enquanto cuidadores, percebem problemas éticos nos processos de cuidado à pessoa com HIV/Aids? E de que forma, se é que os percebem?

4.1.2 Métodos

4.1.2.1 Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza qualitativa e se baseia na fundamentação teórica da percepção dos sujeitos^{11,12}. Uma vez que pretende fazer uma apresentação e análise das percepções de sujeitos sobre aspectos da vida cotidiana do cuidado à saúde, pode-se classificá-lo como exploratório-descritivo.

4.1.2.2 Local e sujeitos de estudo

Os dados do estudo foram coletados em um Hospital Universitário (HU) público. Optou-se por esse hospital porque foi nessa instituição que durante o Estágio Hospitalar Supervisionado em Manejo Clínico de Enfermagem a pessoas com HIV/Aids, realizado no primeiro semestre de 2009, o autor levantou os questionamentos que motivaram esta pesquisa.

O estudo foi realizado com cuidadores de Enfermagem lotados na clínica A (técnicos de Enfermagem, estagiários de graduação em Enfermagem e enfermeiros/preceptores) durante os meses de julho e agosto de 2012. A escolha dos sujeitos da pesquisa deveu-se ao fato de fazerem parte da população cujas percepções sobre as questões éticas são mais instrutivas para a análise¹², no lugar de simplesmente obter e interpretar a percepção de outros sujeitos não inseridos profundamente no contexto de cuidado e de ensino-aprendizagem de Enfermagem em HIV/Aids.

A identificação dos sujeitos foi feita utilizando um código com duas letras maiúsculas CE (de Cuidador de Enfermagem), uma letra minúscula (m ou f) e um número de dois dígitos referentes a algumas características dos entrevistados. Quando existiram entrevistados com as mesmas características, os códigos de identificação foram diferenciados pelas letras do alfabeto A e B.

Participaram do estudo doze (12) cuidadores de ambos os sexos envolvidos diretamente nos processos de Enfermagem, cuidado e ensino-aprendizagem, com pessoas soropositivas para HIV e internadas nos quartos específicos para essa condição clínica. Dois eram estagiários do curso de graduação em Enfermagem do 8º período do antigo currículo; três eram técnicos de Enfermagem; sete eram enfermeiros, dos quais quatro com pós-graduação (especialização). Todos estavam envolvidos no cuidado à pessoa com HIV/Aids há mais de 30 dias no setor. A idade mínima dos entrevistados foi 23 anos e a máxima foi 55 anos.

4.1.2.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados em entrevistas individuais semi-estruturadas com os cuidadores em dias aleatórios e nos três turnos de funcionamento da unidade (matutino, vespertino e noturno) de modo a diversificar os participantes e as percepções. A entrevista é uma estratégia de coleta de dados em pesquisa social proposta ao sujeito de pesquisa em que as perguntas são colocadas oralmente pelo pesquisador¹³. As respostas podiam ser dadas oralmente ou por escrito. Dois entrevistados não concordaram em gravar a entrevista individual, tendo respondido por escrito aos questionamentos do roteiro, uma vez que essa alternativa foi contemplada no planejamento do estudo e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os entrevistados foram abordados em dias aleatórios na ala A do hospital, durante os meses de julho e agosto de 2012.

As entrevistas individuais semi-estruturadas tiveram uma duração mínima de 12 minutos e máxima de 19 minutos. Foram realizadas com o auxílio de um roteiro elaborado pelo pesquisador, contendo perguntas voltadas para os objetivos do estudo. As entrevistas foram gravadas por um celular utilizando a opção *gravador de áudio* no *menu* Multimídia. Posteriormente foram transcritas para um microcomputador e conferidas com as falas para garantir a fidedignidade de conteúdo.

Foi utilizado o mesmo roteiro de entrevista para técnicos de Enfermagem, estagiários de graduação em Enfermagem e enfermeiros por se conceber que estavam em lugar simbólico e de representação/percepção tanto “profissional” quanto político-social semelhante, na medida em que se apresentavam como cuidadores. No caso dos estagiários, embora ainda não tivessem o título profissional, estavam inseridos no processo de aprender a cuidar *cuidando* já com uma experiência, pois eram todos do último semestre de graduação em Enfermagem,

podendo promover o cuidado com mais destreza, confiança e autonomia, inclusive em relação à supervisão do preceptor.

A quantidade de participantes foi definida de acordo com a saturação dos dados do grupo – amostragem teórica; ou seja, a decisão de interromper as entrevistas, embasada num *fishing* dos dados já coletados, foi tomada quando se notou que os entrevistados não mais forneciam elementos novos para a análise que se pretendia¹². Para essa decisão também se avaliou em que medida novas entrevistas seriam promissoras para fornecer novos *insights* que fossem relevantes ao desenvolvimento da teoria em estudo.

4.1.2.4 Procedimentos técnicos de análise de dados

A análise de conteúdo, de acordo com Berelson, consiste numa técnica para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de uma mensagem¹³. Essa concepção, segundo Richardson e cols.¹³ foi posteriormente reformulada por outros estudiosos da metodologia de pesquisa. Bardin¹¹ definiu a análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas analíticas das mensagens que, de forma sistemática e objetiva, tem por finalidade obter indicadores que possibilitem obter conhecimentos relacionados com o escopo de produção dessas mensagens, ou seja, transmitir um significado de um emissor a um receptor.

Neste estudo, as entrevistas foram tratadas de acordo com a técnica de análise temática do conteúdo proposta por Bardin¹¹, utilizando o *tema* como unidade de significação, ou seja, como base de análise. O *tema* é um enunciado sobre determinado assunto que se destaca de um texto analisado segundo critérios relativos a uma teoria que serve de direção analítica. De acordo com a autora, realizar a análise temática consiste em encontrar no texto os núcleos semânticos que, na comunicação efetuada, podem remeter a significados isolados ou não do objeto da pesquisa. Portanto, o tema enquanto unidade de recorte e registro obedeceu a um critério semântico.

Na primeira etapa foi feita uma *pré-análise* que permitiu organizar e sistematizar as ideias contidas nas mensagens. Foi feita a escolha do material que fornecesse os dados necessários. Posteriormente fez-se uma *descrição analítica* das ideias contidas nas mensagens de forma rigorosa e subsequente extração dos momentos mais importantes. Por fim foi feita a *interpretação* dos achados mais relevantes com base nas teorias que servem de marco explicativo e interpretativo dessas ideias¹¹.

Para garantir a objetividade do estudo, a análise foi feita de maneira a minimizar o efeito pesquisador (viés do observador), fazendo uma leitura e interpretação impessoal das falas. Como a taxonomia possui importância crucial em toda atividade científica, foram delimitadas categorias prévias que guardam relação com os objetivos traçados e subcategorias que

emergiram da divisão dos componentes das mensagens em cada categoria. A (sub)categorização consiste em um processo de classificação dos temas identificados nos depoimentos segundo características semânticas comuns^{11,12}. A categoria *Princípioalismo* foi definida a priori e as categorias *Percepção de questões éticas* e *Fatores que dificultam a ética do cuidado* emergiram da análise das falas.

Neste estudo, a categorização obedeceu ao processo por “caixas”, em que o sistema de categorias é dado *a priori* e os temas vão sendo ‘encaixados’ à medida que surgem nas falas, tendo sido, no entanto, observada a exclusão mútua. Já a subcategorização seguiu o procedimento por “acervo”, no qual o sistema de subcategorias não é fornecido, mas resulta da classificação *a posteriori* dos temas em uma *rede* de relações semânticas^{11,12}. Para esses fins foi sistematizada uma matriz de categorização contendo a delimitação da categoria, a diferenciação da subcategoria e a dimensão da subcategoria (quando houve) bem como os indicadores ou unidades de sentido na percepção de cada participante.

Dito isso, é importante observar o seguinte: considerando que o estudo pretendeu levantar as percepções (quaisquer que fossem) dos participantes sobre questões éticas envolvidas nos processos de cuidado de Enfermagem à pessoa com HIV/Aids, e ponderando que não existe consenso geral nas percepções dos participantes deste e *quicá* de qualquer estudo qualitativo, dado se tratar de dimensões subjetivas individuais, serão apresentadas nos resultados todas as visões dos participantes, mesmo quando divergentes, isto é, serão apresentados os pontos de contradição e de consenso. Dessa forma, numa perspectiva mais justiceira, deu-se vez e voz a múltiplas percepções sobre um mesmo objeto de estudo.

4.1.2.5 Aspectos éticos

O estudo teve início após anuência da instituição envolvida e depois da aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Processo nº. 3134/2011. Em observação à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cada participante assinou livremente e de próprio punho um Termo de Consentimento após esclarecimento. Os resultados da pesquisa foram encaminhados à Coordenação de Enfermagem e ao responsável pelo setor, aos quais caberá divulgá-los e discuti-los entre os colegas do setor e da instituição como um todo.

4.1.3 Resultados e Discussão

Foram traçadas três categorias, a primeira correspondente ao *Princípioalismo* apresentado pela primeira vez por Tom L. Beauchamp e James F. Childress na primeira edição de *Principles of Biomedical Ethics*, a segunda referente à *Percepção de questões éticas* e a terceira relativa aos *Fatores que dificultam a ética do cuidado*.

A seguir são apresentados os resultados das entrevistas com os cuidadores levando em consideração os princípios da bioética principialista: Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência, que emergiram como subcategorias do Principialismo. Dentro de cada categoria faz-se uma ilustração dos indicadores de sentido referentes ao princípio, porém com delimitação dentro de uma subcategoria. Quando se fez necessário, foi delimitada *a posteriori* uma dimensão da subcategoria, como pode se notar no esquema abaixo. Nesta seção será feita apenas a análise da primeira categoria – Principialismo, as demais serão discutidas na seção seguinte.

MATRIZ DE CATEGORIZAÇÃO

CATEGORIAS ANALÍTICAS (<i>a priori</i> , por “caixas”)	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS (<i>a posteriori</i> , por “acervo”)	DIMENSÃO DA SUBCATEGORIA
1. PRINCIPIALISMO	A) Respeito à autonomia	<i>i) Participação das decisões sobre procedimentos e tratamentos</i>
		<i>ii) Expressão da própria vontade</i>
	B) Justiça	<i>i) Igualdade e desigualdade de tratamento</i>
		<i>ii) Humanização e desumanização do cuidado de Enfermagem</i>
		<i>iii) Quartos específicos para pessoas com HIV/Aids</i>
		<i>iv) Confidencialidade, sigilo, privacidade e acesso aos prontuários</i>
C) Beneficência e não maleficência	<i>i) Exercício da beneficência e da não maleficência</i>	
2. PERCEPÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS	<i>A) No processo de cuidado envolvendo a pessoa com HIV/Aids</i>	
	<i>B) No processo de ensino-aprendizagem envolvendo a pessoa com HIV/Aids</i>	
3. FATORES QUE DIFICULTAM A ÉTICA DO CUIDADO	<i>A) Aspectos institucionais: estrutura e condições de trabalho</i>	<i>i) Estrutura física e outros recursos</i>
		<i>ii) Sobrecarga e outros recursos</i>
	<i>B) Aspectos relativos à instituição e aos cuidadores</i>	<i>i) Falta de capacitação e orientação</i>
	<i>C) Aspectos relativos apenas aos cuidadores</i>	<i>i) Medos, insegurança e preconceitos</i>

Em suma, os resultados são apresentados com inserção numa sequência de *Categoria*, *Subcategoria* e *Dimensão da subcategoria*. Nesse âmbito é feita a discussão dos sentidos das mensagens dos entrevistados baseada no referencial teórico apresentado acima.

1 PRINCIPALISMO

Considerar o *sujeito*, o privilegiado na oposição sujeito-objeto, como fundamento do cuidado em Enfermagem requer uma reflexão inadiável sobre o caráter ético das ações dos profissionais que abraçam essa carreira. A arte de cuidar em Enfermagem deve ser vista como a arte de ver a nós mesmos fragilizados. Mas será que a despeito da qualidade do cuidado oferecido a pessoas com HIV/Aids, a forma de proceder tanto na assistência quanto no processo de ensino-aprendizagem envolvendo essas pessoas há de ser sempre ética?

Partindo de que o *cuidado* é um reino de eticidade e que o ato de cuidar é fruto da *consciência-de-si*, esta entendida como lei suprema interior em sua pura universalidade, uma vez que a *ação* moral não é outra coisa senão a efetivação da própria consciência¹⁴, pode-se afirmar que as individualidades que se encontram no processo de cuidar possuem caráter ético, pois cada uma se apresenta mais como afirmação do outro[‡] do que como anulação. Diante disso alguém diria que é fácil agir de-acordo-com-o-dever, pois o dever é apenas “o *agir* moral como agir”¹⁴. Isso é certo até dado ponto, mas o difícil mesmo é interagir de modo a afirmar o outro, a respeitar sua autonomia, isto é, a *co(n)viver* com o outro profunda e autonomamente. De acordo com esse pensamento, agir moralmente não é apenas estar *ciente* do cumprimento só do *dever puro* e não de qualquer *outra coisa*, o agir moral supera qualquer saber que se sabe a si mesmo¹⁴ de sorte que o respeito pela autonomia do outro, em todas as suas dimensões, está além do cuidar tecnicista das ações de Enfermagem.

Nesta categoria, que versa sobre o principalismo bioético, foram delimitadas *a posteriori* três subcategorias que são apresentadas e analisadas abaixo.

A) Respeito à autonomia

Cabe notar que diferentes estudos têm relatado a violação de princípios éticos tanto pela qualidade do cuidado prestado quanto pela relação humana estabelecida entre a pessoa que utiliza os serviços de saúde e o cuidador, frequentemente expressa pela não observância de direitos individuais nos serviços de saúde^{15,16,17}.

Para Mendes¹⁸, entretanto, no que diz respeito ao cuidar, mesmo que não haja qualidade nas ações de Enfermagem, sempre serão éticas, quaisquer que sejam, pois, embora uma implique necessariamente a outra, tal qualidade não é algo dado ou automático, é uma construção feita no *agir*. A partir disso, podemos questionar até que ponto as práticas de Enfermagem não entram em conflito, embora *éticas em si*, com os princípios da bioética principalista, como a

[‡] Cf. Buber em *Eu e tu*, o *Outro* é aquele que sempre está presente, que sempre está lá, que estava anteriormente e que lá permanecerá após a partida do *Eu* (HADDOCK-LOBO, 2006).

autonomia da pessoa enferma, que pode ser exercida pela participação do sujeito nas decisões sobre procedimentos e tratamentos que constitui uma dimensão da subcategoria em análise.

i) Participação das decisões sobre procedimentos e tratamentos

No esquema sistematizado abaixo nota-se que a participação das pessoas infectadas por HIV na tomada de decisões sobre procedimentos e tratamentos a respeito de sua saúde é marcada por percepções sobre a autodeterminação do sujeito em relação a procedimentos hospitalares.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
i) Participação das decisões sobre procedimentos e tratamentos	<p>Poucos participam dessa tomada de decisão (CEf34)</p> <p>Assim quem geralmente toma essa tomada é o médico, entendeu? (CEf34)</p> <p>não tá tendo nenhuma participação né? eles são quase é levados mesmo pelas decisões médicas, não tem muita participação (CEm28)</p> <p>Não tem, eles não participam. É meio que “nós vamos fazer isto!” e é feito, não tem muito que discutir (CEm28B)</p> <p>normalmente é meio que hierarquizado, o infectologista fala e é daquele jeito que vai ocorrer (CEm28B)</p> <p>questão de tratamento ela é definida e cumpra-se né? cumpra-se! (CEm28B)</p> <p>Eu não realizo nenhum procedimento que não seja de livre e espontânea vontade do paciente quando lúcido e capaz de responder por si ou quando tenha um responsável presente (CEm23)</p>

Os indicadores de sentido apresentados pelos cuidadores mostram a percepção sobre a participação das pessoas internadas das decisões sobre procedimentos e tratamentos. O que se pode interpretar das colocações predominantes nas falas dos cuidadores entrevistados é que a participação das pessoas doentes nas decisões sobre tratamento e procedimentos é limitada, uma vez que “*eles são quase é levados mesmo pelas decisões médicas*” (CEm28) e o tratamento “*É meio que “nós vamos fazer isto!” e é feito, não tem muito que discutir*” (CEm28B).

Ulrich e cols.¹⁹ relataram, dentre outros problemas éticos enfrentadas pelos profissionais de Enfermagem, a defesa dos direitos das pessoas doentes e o respeito pela sua autonomia como os mais frequentes. Outras vezes, a obediência às normas institucionais compromete o empoderamento e o direito de participação da pessoa doente na tomada de decisões relacionadas à sua vida, na manifestação de suas crenças, desejos e valores. Essa omissão torna essas pessoas literalmente *pacientes* no processo de cuidado.

Respeitar a autonomia do outro consiste, primeiro, em ouvir o que o outro tem a dizer, e depois, em negociar posições e escolhas para dirimir potenciais problemas. A comunicação possibilita que o profissional reconheça não só as necessidades biológicas das pessoas enfermas, mas também seus desejos e perspectivas mais subjetivas. De um lado, respeitar a autonomia é acima de tudo reconhecer a subjetividade do outro a partir da de si mesmo, e assim a ética torna-se *ética dos existentes* de Lévinas e não mais uma ética do conceito²⁰. Por outro, desrespeitar a autonomia da pessoa enferma há de corresponder à invasão de sua individualidade, de sua autonomia mesmo quando esta não foi expressa, ferindo sua dignidade²¹.

Disso se segue que somente o fato de não oferecer espaço para a manifestação do outro pode constituir um desrespeito à sua subjetividade/singularidade. De modo que devidamente avaliado, o que se percebe no cenário de cuidado à pessoa com HIV é um desfavorecimento do outro que consiste na não observância do princípio bioético da autonomia e seus correlatos, como por exemplo, o consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos de Enfermagem. Desse ponto de vista, não haverá consentimento livre se não houver esclarecimento e muito menos esclarecimento se não houver participação minimamente ativa da pessoa nos processos de esclarecimento e de consentimento/decisão.

ii) Expressão da própria vontade

O exercício da autonomia individual não passa apenas pela participação na tomada de decisões, como foi abordado na dimensão da subcategoria anterior, mas requer, acima de tudo, a imposição da própria vontade nesse processo de tomada de decisões, pois esse processo pode ser marcado por manipulações, chamadas, do ponto de vista ético, de coerção ou pressão moral^{22,23}. O esquema a seguir mostra os fragmentos das falas que evidenciam as percepções dos sujeitos sobre a expressão da própria vontade da pessoa doente no processo de tomada de decisão sobre sua saúde.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
ii) Expressão da própria vontade	<p>Acontece que eles recusam muitas vezes o tratamento (CEf34)</p> <p>quando o paciente recusa uma medicação, assim nós acabamos respeitando, mas vem depois o psicólogo conversar sobre a necessidade daquilo (CEf55)</p> <p>Fazer um procedimento contrariando, assim convencendo, mas você percebe que o profissional convence ele que tem que fazer, mas você vê que ele não tá satisfeito. Acaba forçando a barra (CEm31)</p> <p>O paciente ele se recusou a realizar o procedimento (CEm23)</p>

Entre os indicadores de sentido apresentados no esquema acima, apesar de se destacar a expressão da própria vontade por parte das pessoas internadas com HIV/Aids, na percepção

dos cuidadores, uma vez que essas pessoas “*recusam muitas vezes o tratamento*” (CEf34), o que é uma forma de expressar a própria vontade, os profissionais de saúde podem coagir a pessoa a aceitar determinadas orientações ou procedimentos.

Isso é sugerido nos depoimentos segundo os quais “*quando o paciente recusa uma medicação, assim nós acabamos respeitando, mas vem depois o psicólogo conversar sobre a necessidade daquilo*” (CEf55) e nessa conversa o profissional acaba por “*Fazer um procedimento contrariando, assim convencendo, mas você percebe que o profissional convence ele que tem que fazer, mas você vê que ele não tá satisfeito. Acaba forçando a barra.*” (CEm31).

Diante disso, o que se nota é que no cotidiano das pessoas internadas com HIV/Aids pode ocorrer um sujeitar-se às determinações da equipe de saúde por diversos motivos, entre eles a falta de conhecimento dessas pessoas sobre seus direitos e a posição do profissional de detentor de saber não só científico (o que já confere certo poder, *anatomopolítica do corpo*, na perspectiva foucaultiana), mas também daquilo que é bom para a pessoa com HIV/Aids, numa perspectiva paternalista, subestimando a vontade expressa da pessoa doente e também sua capacidade de fazer julgamentos e escolhas sobre sua saúde. Essa relação assimétrica e de poderes entre o profissional e a pessoa internada por HIV é uma questão social e culturalmente definida, de acordo com Engelhardt Jr.²⁴, e que dificulta a humanização e a assistência de forma ética às pessoas internadas com HIV/Aids.

A orientação que a equipe de Enfermagem fornece antes de realizar qualquer procedimento deve se destinar a ‘empoderar’ as pessoas hospitalizadas para que estas possam tomar decisões sobre sua saúde de forma autônoma, livre e consciente, favorecendo o exercício da cidadania. Entretanto, pode acontecer de os profissionais fornecerem orientações com o intuito de convencer a pessoa internada a aceitar as normas do profissional ou da instituição, sem, contudo, deixar que avaliem essas razões ou pelo menos oferecer-lhe o que se crê serem boas razões para agir de um modo e não de outro.

Disso se delinea que promover o bem não deve ser feito em nome apenas do bem na visão do agente moral, pois o bem se tornaria seu próprio fim e sua própria motivação, e além de ser um ato paternalista, reduziria o ser humano a mero meio de se alcançar tal bem (intervencionismo), negando o fato de que o homem, “na medida em que transcende a biologia e alcança sentido simbólico” foi feito por si e para si mesmo²⁵, em outras palavras, é fim em si mesmo.

Nesse âmbito ainda, o desrespeito à autonomia da pessoa com HIV/Aids, pois por vezes a “*questão de tratamento ela é definida e cumpra-se né? cumpra-se!*” (CEm28B), pode representar a possibilidade de exercício de uma violência implícita sobre a vida que se lhe encontra submetida no cuidado. Isso constituiria, portanto, uma forma sutil, mas poderosa de exercer poder sobre os corpos fragilizados²⁶.

O que se pode dizer da análise desta categoria é que tanto o princípio da autodeterminação e seus desdobramentos, como o consentimento esclarecido (no uso mais comum em português da tradução de *informed consent* e não da forma tradicional constante do Código de Nuremberg *voluntary consent*), quanto a promoção de espaço para a expressão da vontade individual podem ser feridos na assistência à saúde da pessoa internada com HIV/Aids. Nesse cenário, a pessoa hospitalizada acaba por ser reduzida ao nível de uma “criança” e, por conseguinte, tratada como alguém sem capacidade e sem responsabilidade para expressar suas vontades e tomar decisões.

B) Justiça

A ideia de justiça apresenta na contemporaneidade desdobramentos filosóficos distintos, como é o caso da justiça como equidade, formulada pelo filósofo estadunidense John Rawls na sua obra intitulada *Uma teoria da justiça*⁵. No âmbito da subcategoria *Justiça*, emergiram duas dimensões da subcategoria que são apresentadas a seguir com análise de conteúdo embasada nas distintas noções de justiça.

i) Igualdade e desigualdade de tratamento

Dentro da concepção tradicional e em particular da concepção contemporânea de justiça, tanto o tratamento igualitário quanto o desigualitário das pessoas de uma sociedade podem ser justificados moralmente. A seguir são apresentadas percepções de justiça no que diz respeito ao tratamento às pessoas com HIV/Aids em um hospital universitário público.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
i) Igualdade e desigualdade de tratamento	<p>é da mesma forma com os outros que não possuem a doença (CEf34)</p> <p>Como qualquer outro paciente, o paciente é sempre paciente independente da patologia (CEf34B)</p> <p>A prática aqui é comum, como se fosse qualquer outro tipo de paciente, não tem distinção só porque são portadores de HIV (CEm28)</p> <p>teve situação de ter vaga na clínica médica e eles não autorizar o portador de HIV ir pra vaga da clínica médica (CEm31)</p> <p>Ah, fica sem querer fazer o serviço devido a procedimentos de pacientes que têm o problema [HIV], eles evitam um pouco de tá mexendo com esse paciente (CEf34)</p> <p>quando o profissional atende um paciente desse requer uma atenção redobrada, um cuidado dobrado (CEm23)</p> <p>Eles procuram não trabalhar muito com o paciente em questão do soropositivo, eles trabalham mais nas clínicas, pelo menos é o que eu noto, assim nos meus plantões (CEf34)</p> <p>Recomendações 1001, ter cuidado dobrado [com esses pacientes] (CEf34B)</p>

Embora os cuidadores tenham a percepção de que o tratamento dispensado "*é comum, como se fosse qualquer outro tipo de paciente*" (CEm28), as percepções mostram predominantemente que os entrevistados também percebem um tratamento desigual às pessoas com HIV/Aids, pois se afirmou que além da adoção de "*Recomendações 1001*" (CEf34B) os cuidadores "*evitam um pouco de tá mexendo com esse paciente*" e diferentemente do modo de tratamento dispensado a outras pessoas não HIV+, eles também "*procuram não trabalhar muito com o paciente em questão do soropositivo, eles trabalham mais nas clínicas*" (CEf34). Isso sugere, portanto, um tratamento não igualitário oferecido às pessoas com HIV/Aids quando não são tratados como se tratam outras pessoas internadas, talvez por preconceito, e do mesmo modo quando se redobra a atenção no cuidado, provavelmente pelo medo de contágio.

Reis e cols.³ referiram que 9,0% dos profissionais de saúde entrevistados em um *survey* declaram não ter admitido pessoas por serem soropositivos para HIV. Ainda no mesmo estudo, 43,0% dos entrevistados disseram ter visto colegas recusarem a internação de pessoas com HIV/Aids. Esse cenário é preocupante por revelar a discriminação que ocorre nos serviços de saúde com as pessoas que têm HIV/Aids. Neste estudo, um entrevistado declarou que "*teve situação de ter vaga na clínica médica e eles não autorizar o portador de HIV ir pra vaga da clínica médica*" (CEm31), o que pode apoiar a constatação de tratamento desigual apresentada nos estudos quantitativos.

Na ação do cuidador, quando esta é da consciência-de-si e, por conseguinte, *seu* agir, não

existe nenhum arbítrio nem mesmo um dilema, uma vez que para definir a ação foi abandonada a análise das leis e das paixões¹⁴. Mas a assistência com ética e humanização aconselha à individualização do cuidado, como é preconizado, inclusive, pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS)²⁷, de modo que diferentemente do que afirmou um entrevistado ao dizer “*tenho favorecido de forma igualitária*” (CEm23), tratar com justiça não é simplesmente tratar com igualdade, mas sim buscar a *equidade* segundo a noção filosófica de equidade como forma de alcance da justiça. Nesse contexto, se o cuidador encontra em *Um* e igualmente no outro apenas o objeto de seu *puro dever*, ou seja, o objeto do seu cuidado, então se dá aqui o dilema entre a paixão e o dever, pois como a consciência ética conhece o *dever* como a *essência absoluta* e, por conseguinte, sabe o que fazer, a consciência está decidida apenas a *ser-em-sí*, tornando-se, dessa forma, um fazer não ético¹⁴.

ii) Humanização e desumanização do cuidado de Enfermagem

O tratamento humanizado é uma dimensão ética que se desdobra da noção de justiça, na medida em que o ser humano trata o outro ser humano como a si mesmo, com igualdade, com humanidade. Os dados apresentados a seguir descrevem as percepções de humanização no tratamento ofertado ao outro pelo cuidador.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
ii) Humanização ou desumanização do cuidado	<p>Mas em questão de conversa, de chegar, de pegar na mão, esse negócio existe, a gente tem esse tipo de tratamento igual os outros (CEf34)</p> <p>Se o paciente tá um pouco menos acessível hoje, pergunta pra ele, “Oh você quer ser avaliado agora? É melhor pra você daqui meia hora? Daqui uma hora? O que é melhor pra você?” (CEm23)</p> <p>Aqui dentro, nós deveríamos também sentir que é um ser humano que tá pra eu cuidar e outra coisa, esse ser humano doente ele tem muitas carências, ele tem revoltas e eu preciso saber lidar com isso (CEf55)</p> <p>Um profissional gritou lá do corredor “Oh num entra aí não, porque o paciente é soropositivo, tá no isolamento (...) muita gente ouviu inclusive o próprio paciente que ele ficou superchateado (CEf34)</p> <p>a questão ainda ética de fazer comentários desnecessários, eu não sei lá fora, mas sei daqui dentro (CEf55)</p> <p>essa questão do paciente com os outros aprendizes (..) se dois ou três deles pudessem vir conversar comigo eu me sentiria mais à vontade do que um grupo grande sem que eu tenha autorizado (CEf55)</p>

Os indicadores de sentido deixam ver que o tratamento humanizado é percebido de modo sutil na medida em que a humanização do cuidado “*requer a participação do paciente, traçar juntamente com ele aquilo que é real, que pra ele é possível de ser alcançado e dar ouvidos*” (CEm23). Essa noção de humanização guarda relação com a maneira como o cuidado é direcionado, planejado e executado. Mas a ética do cuidado deve estar além da inserção da

pessoa hospitalizada no processo de cuidado (promoção do autocuidado), superar o cuidar que faz *comentários desnecessários*, ouvir as necessidades e fragilidades, pois a pessoa internada é um ser ético com fim em si mesmo e que, fragilizado pela doença, está ali para ser cuidado. Nessa perspectiva, na qualidade de cuidadores, como disse um entrevistado, “*deveríamos também sentir que é um ser humano que tá pra eu cuidar e outra coisa, esse ser humano doente ele tem muitas carências, ele tem revoltas e eu preciso saber lidar com isso*” (CEf55). E diante da potencial exposição da pessoa com HIV/Aids aos estagiários, considerar a sugestão segundo a qual “*se dois ou três deles pudessem vir conversar comigo eu me sentiria mais à vontade do que um grupo grande sem que eu tenha autorizado*” (CEf55).

Costa e cols.²⁸ ao estudarem as expectativas das pessoas hospitalizadas com HIV/Aids em relação aos cuidados de Enfermagem, relataram que as pessoas internadas se queixaram da necessidade de assistência mais humanizada, que valorizasse a atenção individualizada, o contato verbal e a afetividade. O que sugere um depoimento como este “*mas o paciente ele sabe que aqui é um hospital escola, isso ele é ciente, porque aqui é um hospital universitário, então assim vários alunos, ele na hora que ele entra ele sabe, ele é explicado, que (...) muitas vezes os procedimentos dele poderão tá mais vezes porque tem alunos.* (CEf34)” é que as pessoas são atendidas de acordo com a conveniência do serviço e praticamente deixadas sem escolha, uma vez que este é o único serviço especializado na assistência a pessoas com HIV/Aids em toda a macrorregião.

Os depoimentos sistematizados mostram que o cuidado em Enfermagem apresenta nos cuidadores percepções divergentes e até no mesmo entrevistado, dependendo do aspecto do cuidado em análise. Para citar um exemplo, um mesmo entrevistado percebe como um processo humanizador o fato de “*poder sentar, conversar e ouvir, ouvir uma história, ouvir uma queixa*” (CEf55) das pessoas internadas com HIV/Aids, num processo de cuidado que utiliza tecnologia leve (subjetiva), mas, por outro lado, tem percepção contrária sobre a humanização da assistência em relação ao cuidar que requer o uso de tecnologia leve-dura (técnica), quando percebe que “*a coisa acaba que fica sendo meio mecânica, meio corrido, ali é assim assim assim e vou lá e faço aquilo meio que mecânico mesmo né? E isso perde.*” (CEf55).

Essas dimensões divergentes das percepções dos cuidadores são importantes para uma compreensão do processo de construção de uma ética do cuidar na medida em que a ética permeia diferentes dimensões, ou seja, é ao mesmo tempo uma ética profissional, inserida nas ações tecnicistas/intervencionistas em si, mas também é uma ética requerida na relação humana estabelecida no encontro com o outro. Dito dessa forma, nenhuma dessas éticas deve se apresentar como suprema ou subordinar a outra dimensão, pois a ética relacional é tão importante quanto a ética prescritiva, principalmente quando se trata da saúde e da vida das pessoas.

Tomando como ponto de partida analítico a PNH²⁷, a qual incorpora diversos aspectos éticos da relação entre entes, para cuidar de forma ética é fundamental ouvir e (re)conhecer o outro, (re)conhecer suas fragilidades e necessidades, mas também nossas próprias limitações e fraquezas. Por isso, na inter(rel)ação (relação/interação/inter-relação) dialógica do cuidado, enquanto aprendemos sobre o outro e com o outro a como agir, o outro se torna a origem e o fim do cuidado e da ética.

Das duas dimensões de subcategorias empíricas aqui destacadas notou-se nas percepções dos cuidadores que há tratamento desigual, porém que não significa equidade, se tomarmos essa noção de justiça como eticamente aceitável. O que se pode afirmar, por um lado, diante desse cenário é que, independentemente do diagnóstico, as pessoas devem ser tratadas com justiça, ou seja, sem discriminação de qualquer ordem. Por outro, que a equidade para o alcance da justiça deve ser perseguida com cautela para evitar a visualização de uma discriminação “positiva” baseada meramente no fato de essas pessoas terem HIV/Aids, em particular num contexto em que a Aids em si é um estado de sensibilização e fragilização das pessoas afetadas. Contudo, a individualização do cuidado é uma prerrogativa que, como se disse, não deve encontrar numa pessoa doente as outras pessoas doentes ou com o mesmo problema de saúde, pois cada pessoa é uma singularidade que precisa e merece ser tratada como tal.

E como também já foi dito, a lei da consciência-de-si enquanto norma universal entra em conflito com outros deveres ou paixões na medida em que estes forem seus opostos. Porém, mesmo que na perspectiva heideggeriana²⁹ a ética na relação com o outro não seja a questão primeira como é em Lévinas³⁰, a efetivação desse tipo de ação, ou seja, a finalidade do intervencionismo, por um lado, não encontrará outro *fim* senão o ético, pois a ação de cuidar é fruto de uma lei natural e é, por si, *essência* e *dever* no reino heideggeriano do *ser-com-o-outro*. Por outro lado, se o *agir* é a mais originária essência da consciência, o *não agir* no cuidado segundo a própria consciência se torna não ético, pois consiste em ocultar à consciência o que ela é em si e para si¹⁴.

iii) Quartos específicos para pessoas com HIV/Aids

Uma das questões mais interessantes na discussão ética sobre as pessoas infectadas por HIV é a segregação e estigmatização institucionais. A segregação de pessoas que contraíram HIV, por exemplo, chegou, em algumas sociedades, a ponto de ser criminalizada e em outras chegou a ser institucionalizada, como ocorre ainda na República Socialista de Cuba.

Os dados apresentados a seguir ilustram como os cuidadores percebem o tratamento dispensado pela instituição na forma de oferta de quartos específicos para a internação de pessoas com HIV/Aids, uma experiência que foi observada em outras instituições hospitalares pelo Brasil^{31,32}.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
iii) Quartos específicos para pessoas com HIV/Aids	<p>Eu penso que isso aí é uma forma de discriminar, né? Tinha o pai de um cliente nosso querendo saber por que é que ele [o filho] tava na ala do lado esquerdo que tinha pessoas com HIV (CEm31)</p> <p>Eu acho assim que esses quartos específicos, eu creio que isso é vamos dizer assim não é eticamente (...) mas aí é o que eu falo que precisa de uma discussão, precisa de um debate, precisa de um referencial teórico bom pra a gente discutir isso daí (CEm28B)</p> <p>eu acho que por ser um hospital escola, por se declarar tão humano, como o HU é declarado, como um hospital que é referência de humanização na região, no Estado, eu acho que deveria sim não ter leito exclusivo para esses pacientes, não ter quarto exclusivo para esses pacientes. Eu acho que isso é antiético sim (CEm28B)</p> <p>a gente sabe que não tem que ter isolamento de quarto de paciente com HIV que ele pode tá no mesmo quarto de outras pessoas (CEm28B)</p> <p>eu penso que é uma forma de programar a assistência, de planejamento, organização do serviço (CEm23)</p> <p>ai eu vejo um ponto positivo do hospital ter essa separação (...) Não sei quem entra se vê isso como uma discriminação, mas eu não vejo (CEf55)</p> <p>como conviver e trabalhar essa questão com dois pacientes com dois perfis numa mesma enfermaria? (CEm23)</p> <p>é um ou outro que tem esse conhecimento [de que são quartos só para HIV] e é muito difícil a gente ver alguém questionar alguma coisa, das pessoas que visitam, eles não questionam isso e nem põem isso como um entrave, um problema (CEm28A)</p>

Os indicadores de sentido delinham um cenário em que a existência de quartos separados para as pessoas com HIV/Aids é percebida tanto como “*uma forma de discriminar*” (CEm31) quanto como de organização do processo de trabalho, ou seja, como “*uma forma de programar a assistência, de planejamento, organização do serviço*” (CEm23). Mas até onde o fato de existirem quartos específicos para pessoas com diagnóstico de HIV/Aids pode ser questionado do ponto de vista ético dentro da noção de justiça em que o tratamento às pessoas deve ser justo e igualitário, sem critérios de “equidade” baseados simplesmente na doença, ainda mais na Aids que é muito estigmatizada.

Reis e cols.³ relataram em um estudo realizado em 111 unidades sanitárias de quatro Estados da Nigéria que 59,0% dos profissionais de saúde entrevistados concordaram que pessoas diagnosticadas com HIV/Aids devem ficar em local separado. Nesse estudo, 17,0% afirmaram que tomam como medida de segurança separar a pessoa HIV+ das demais pessoas internadas, enquanto 7,0% declararam que tratam a pessoa com HIV/Aids como qualquer outra pessoa doente.

Neste estudo, predominaram percepções de que a existência de quartos separados para pessoas com HIV/Aids não pode ser vista como uma prática eticamente justificada. Um caminho a se seguir diante dessa questão ética seria a sugestão apresentada por um dos

entrevistados ao colocar que esse problema “*precisa de uma discussão, precisa de um debate, precisa de um referencial teórico bom pra a gente discutir isso daí*” (CEm28B), isto se considerarmos que a ética de uma sociedade ou qualquer ética não está posta, mas é construída nos encontros entre entes, isso significa, parafraseando Haddock-Lobo²⁰, que a ética *não existe*, a ética *acontece*, ou seja, tal como o próprio Ser, a ética também é enquanto *processo*.

Diante dessas percepções divergentes, e como foi observado, a noção secular de justiça legisla que os indivíduos devem ser tratados por igual, se considerarmos que o tratamento igualitário é o dispensado pelo Estado, pois é dessa forma que se coloca essa noção na visão do direito, e o Estado aqui é a instituição hospitalar pública. Diante disso, pode se entender que tratar distintamente as pessoas simplesmente com base na doença que apresentam, considerada a gravidade e a necessidade de isolamento como precaução, é uma ação que vai de encontro com o princípio de justiça.

iv) Confidencialidade, sigilo, privacidade e acesso aos prontuários

Outro valor da bioética que se vincula ao princípio de justiça, entendida aqui como a máxima de a cada um o que é seu, é a inviolabilidade da confidencialidade, do sigilo e da privacidade de cada sujeito num cenário democrático de direito, guardadas a devidas ressalvas.

O cuidado humanizado, que requer confidencialidade e sigilo das informações pessoais e também privacidade do corpo, foi percebido de diferentes maneiras pelos participantes deste estudo. No esquema abaixo estão as percepções desses cuidadores sobre o respeito a esses referenciais nos processos de cuidar em Enfermagem, em especial em um cenário típico de um hospital escola.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
iv) Confidencialidade, sigilo, privacidade e acesso aos prontuários de pessoas internadas com HIV/Aids	<p>uma [pessoa] que eu disse pra você não quer que a família fique sabendo, a gente vai respeitar isso (CEf55)</p> <p>É complicado, mas a gente segue, a gente não deixa transparecer nada, quanto a isso a gente guarda sigilo (CEf34)</p> <p>O que eu falei antes é invasão de privacidade que eu achei, muito e sempre (CEf55)</p> <p>Ele não soube chegar perto do paciente e falar, gritou no corredor onde que muita gente ouviu (CEf34)</p> <p>o que é mais notório aqui é a questão aqui da preservação da identidade e diagnóstico do paciente HIV positivo (CEm23)</p> <p>por não ter esse cuidado com esses prontuários, aí eu volto na questão da estrutura física, qualquer pessoa, às vezes até mesmo um estagiário que não esteja realizando suas atividades no setor, ele pode estar em outro setor, em outra clínica, em outra unidade, ele tem esse acesso aos prontuários daqui deste setor onde estão esses pacientes com HIV (CEm28B)</p>

Os depoimentos acima fornecem uma ideia sobre como são os mecanismos de preservação da identidade, da confidencialidade e do sigilo sobre as pessoas com HIV/Aids, em particular no ambiente de um hospital universitário. Apesar de se declarar a percepção de preservação da individualidade de cada pessoa soropositiva para HIV quando o cuidador diz que “*É complicado, mas a gente segue, a gente não deixa transparecer nada, quanto a isso a gente guarda sigilo*” (CEf34), não deixa de estar patente também nas percepções dos entrevistados o fato de que “*qualquer pessoa, às vezes até mesmo um estagiário que não esteja realizando suas atividades no setor, ele pode estar em outro setor, em outra clínica, em outra unidade, ele tem esse acesso aos prontuários daqui deste setor onde estão esses pacientes com HIV.*” (CEm28B).

O que se evidencia, destarte, desses indicadores de sentido acima sistematizados é que há uma fragilidade no setor ou na instituição como um todo em relação à preservação das informações pessoais, algumas vezes pela “*questão da estrutura física*”, como disse um entrevistado, do setor que não facilita a segurança dos prontuários dessas pessoas, mas outras vezes em virtude das atitudes do próprio cuidador que, como se afirmou, em determinada situação vivenciada na clínica, o cuidador não soube “*chegar perto do paciente e falar, gritou no corredor onde que muita gente ouviu inclusive o próprio paciente*” (CEf34).

Dado isso, há uma necessidade não apenas de reorganização do processo de trabalho, mas sim de reavaliação e comprometimento dos envolvidos no cuidado, na gestão e organização para restringir a quebra de sigilo e a exposição dos prontuários das pessoas com HIV/Aids, como forma de promoção da justiça, da humanização e do respeito à individualidade na sua

íntegra.

C) Beneficência e não maleficência

Nos últimos tempos a relação entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços de saúde foi marcada por dois *deveres* fundamentais, a beneficência e a não maleficência. Esse par de deveres, de *fazer o bem* e de *não fazer o mal*, determinou e justificou no passado e ainda determina e justifica no presente o exercício do paternalismo dos profissionais de saúde, em particular o paternalismo médico e de Enfermagem⁴.

Entretanto, de algum tempo a esta parte, com a afirmação dos direitos dos usuários dos serviços de saúde, em particular o direito inviolável de autodeterminação, a boa consciência do cuidador sabe que tem de decidir e optar entre deveres, porquanto nenhum deles é absoluto, no sentido de ter precedência sistemática sobre os demais. Nesse novo contexto, porém, quando é preciso agir e pensa-se na ação do profissional primordialmente como uma ação ética, a beneficência, um princípio ético *prima facie*, em sua pura convicção do dever¹⁴, ainda é supervalorizada em detrimento da autonomia da pessoa internada quando esta não aceita o que lhe é proposto pelos cuidadores que o atendem.

A seguir são analisados em dimensões de subcategorias os depoimentos dos cuidadores sobre suas percepções relativas ao exercício da beneficência e da não maleficência à pessoa com HIV/Aids. Por se encontrarem muito relacionados, e expressarem sentidos complementares, na medida em que, tomados *ipsis litteris*, o *faça o bem* pode derivar do *não faça o mal* e vice-versa, os referenciais de beneficência e de não maleficência foram aqui agrupados na mesma subcategoria.

i) *Exercício da beneficência e da não maleficência*

Os resultados das entrevistas apresentados a seguir tendem a elucidar como os cuidadores das pessoas com HIV/Aids percebem, do ponto de vista da bioética principialista, as ações de beneficência e de não maleficência promovidas pelos profissionais de saúde, em particular aquelas direcionadas às pessoas internados na Ala A do hospital com diagnóstico de HIV/Aids.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
i) Exercício da Beneficência e da não maleficência	<p>Então assim é uma coisa mais forçada o tratamento deles. Eles fazem de tudo aqui pra o paciente sair bem, mesmo não querendo, entendeu? (CEf34)</p> <p>you want to live we will give you all the resources to live, but you will accept it, if you don't want you can sign your discharge and go home (CEf55)</p> <p>He has conscience? If he is at a level of conscience to decide for himself, but I have already seen it being infringed here as well, right? "no, but we will do it!" (CEm31) Bom, a princípio acredito eu que eles [profissionais] ficam um pouco frustrados [quando o paciente recusa], porque você vai fazer um procedimento com o intuito de estar promovendo o bem (CEm23)</p> <p>even the patient is conscious, wandering, knows, then it's like putting the probe, that you stay in bed to be able to receive appropriate assistance (CEf34)</p>

Em relação aos depoimentos apresentados, os cuidadores relataram quase de forma genérica que o tratamento das pessoas internadas com HIV/Aids segue uma perspectiva paternalista, dado que os cuidadores, não somente os da equipe de Enfermagem, “fazem de tudo aqui pra o paciente sair bem, mesmo não querendo” (CEf34).

No contexto de cuidado, a recusa da pessoa ao tratamento ou procedimento que lhe é proposto (exercício absoluto da *autonomia individual*) pode deixar os cuidadores frustrados, o que faz com que estes, talvez movidos pela boa intenção de melhorar as condições de saúde da pessoa doente, forcem ou obriguem moralmente a pessoa internada quando, no lugar de negociar o procedimento condicionam que “se você quer viver nós vamos te dar todos os recursos pra você viver, mas você vai aceitar isso, se você não quiser você pode assinar sua alta e vai embora” (CEf55). O que se nota é que nessas situações, o cuidador pode recorrer a mecanismos (convencimento, coação, como vimos na subcategoria *Expressão da própria vontade*) para concretizar o que julga ser o bem e o melhor para a pessoa doente – exercício absoluto do dever de *fazer o bem* que se torna, guardadas as devidas considerações, uma prática paternalista e até mesmo uma violência contra a integridade moral e física das pessoas internadas com HIV/Aids.

Diante disso, a impraticabilidade, em determinadas situações, do *dever de respeitar a autonomia individual* e do *dever de fazer o bem*, este entendido na sua forma tradicional e de fazer o bem acima de qualquer coisa, gera um conflito ético na boa-consciência, a qual precisa de fundamentação teórico-filosófica, muitas vezes não disponível, para decidir entre esses deveres. Essas questões éticas são enfrentadas no cotidiano do cuidado em Enfermagem às pessoas com HIV/Aids, e o cuidador, consciente ou inconscientemente, pode acabar por exercer o paternalismo pelo *intervencionismo*, neste caso, denominado brando ou suave (*soft paternalism*), o qual não necessariamente viola a autonomia da pessoa, quando esta não

expressou previamente vontade em contrário, por um lado.

Mas, por outro lado, o paternalismo pesado ou duro (*hard paternalism*) pode ser exercido na forma de promoção da beneficência – fazer o bem (pelo *intervir*) e também da não maleficência – não fazer o mal (pelo *não-intervir*) quando a pessoa tiver manifestado vontade em contrário, por exemplo, se tiver pedido suspensão do tratamento ou solicitado alta hospitalar.

Disso se segue que perseguir o bem não deve ser feito apenas em nome do bem. Tratar o outro na relação pessoa enferma-cuidador como *fim* deve consistir em oferecer ao outro as razões de por que agir desta e não de outra maneira, e igualmente permitir que o outro avalie essas razões – razão como fruto da interação dialógica³³, uma vez que o produto das ações do agente moral é inquestionavelmente *si mesmo*¹⁴. Portanto, o agir demasiadamente humano há de ser aquele que pela sua ação não anula a autonomia, a transcendência e a infinitude de qualquer agente ou paciente da ação de cuidar²⁵.

O que se pode dizer de tudo isso é que se o cuidado, na perspectiva existencial heideggeriana, é uma forma de *estar-no-mundo*, portanto de inter(rel)ação com o outro, a aceitação dessa forma de ser do outro e dessa inter(rel)ação com o outro no mundo há de ser sempre um agir ético. Do ponto de vista de Leonardo Boff³⁴, que projeta o existencial em duas formas, *trabalho* e *cuidado*, neste caso o trabalho realizado e o cuidado prestado pelos cuidadores de Enfermagem constituem modos de *existir eticamente*. Essas perspectivas de uma ética do cuidado de Enfermagem, pelo trabalho e pelo cuidado, corroboram com a ideia de Mendes¹⁸ já apresentada, na medida em que a despeito de o cuidado estar permeado de imperfeições, não deixa de ser ético, qualquer que seja.

4.1.4 Considerações preliminares

O conteúdo dos depoimentos pode não retratar fielmente as percepções de questões éticas pelos cuidadores devido ao viés de subjetividade e do lugar social, político e histórico reais de onde cada sujeito participante percebe e expressa a realidade. Apesar dessas limitações, foi possível apreender percepções de questões éticas por parte dos cuidadores, o que permite afirmar o alcance dos objetivos do estudo.

Constatou-se com base nas percepções dos cuidadores que a interação dialógica com o sujeito do cuidado não tem possibilitado o seu empoderamento para a tomada de decisões autônomas sobre sua saúde, privilegiando-se, conseqüentemente, o paternalismo movido pela busca incondicional do *fazer o bem* e do *não fazer o mal*, dados muitas vezes na concepção do agente moral. Dessa forma, as percepções dos cuidadores sugerem que os referenciais da bioética principialista, quais sejam: respeito à autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, são preenchidos com limitações no cuidado à pessoa com HIV/Aids, uma vez que

tem se infringido a autonomia pessoal, o sigilo, a confidencialidade das informações e a privacidade da pessoa e privilegiando-se, por vezes, o paternalismo médico e de Enfermagem.

Na promoção da participação da pessoa internada com HIV/Aids no processo de tomada de decisões e de consentimento há uma tendência de os esclarecimentos dados à pessoa com HIV/Aids servirem, frequentemente, a meros propósitos de cumprimento e adequação às rotinas institucionais e ao exercício da beneficência, pelo convencimento ou coação. Desse modo, fazer o bem, entendido como a consequência da ação moral embasada no *reconhecimento* do bem do outro, se não for acompanhado pela autonomia incondicional de sua realização, não passará de uma busca obcecada por resultados (intervencionismo), que guarda o perigo de se prestar ao uso de meios não éticos, mesmo que seus fins o sejam.

A qualidade da assistência naquele serviço de saúde sugere um despreparo ético dos profissionais de modo a garantir uma assistência humanizada e dentro de padrões ético-morais de uma sociedade democrática, livre e sobretudo plurimoral. Inspirados aqui pelo pensamento de Lévinas sobre a ética relacional, podemos dizer que a ética do cuidado à pessoa com HIV/Aids e da saúde das pessoas em geral deve se aproximar cada vez mais da necessidade de *reconhecimento da humanidade do outro ser humano*, pois nenhuma ética, aparentemente, pode ser iniciada sem a *presença* (não simplesmente física) do outro.

Conclui-se que a análise de conteúdo das entrevistas deste estudo sugere que a eticidade dos processos tanto pode guardar relação com a qualidade do cuidado prestado às pessoas com HIV/Aids quanto com a relação humana pessoa enferma-cuidador estabelecida no processo de cuidar.

Diante disso, acreditamos que é necessária uma ética gestada e gerada *no encontro*, para (re)construir-se um espaço que legitime o outro[§] em sua humanidade na inter(rel)ação que envolve os processos de cuidado em HIV/Aids. Dado que na perspectiva levinasiana, a ética não é dada previamente, ela é processo, ou seja, acontece na interação com o outro, defende-se que enquanto o profissional de Enfermagem se ater simplesmente ao cumprimento de normas profissionais e institucionais preestabelecidas, não estará sendo verdadeiramente ético, dado que a ética não existe previamente, ela só se constrói no encontro, na interação do cuidado com o outro.

Enfim, esperamos que este trabalho tenha contribuído para a construção de diferentes concepções da ética do cuidar em Enfermagem do ponto de vista ético da inter(rel)ação pessoa enferma-cuidador e não apenas na tradicional preocupação com as técnicas de cura. Recomenda-se que estudos posteriores com procedimentos de observação privilegiem a

[§] É fundamental não conferir a esse outro a face da doença, pois, para Lévinas, o outro é um rosto sem face, que não se pode conhecer, nem sua condição sorológica, o que seria impensável para as especificidades que o cuidado à saúde requer.

confrontação de depoimentos com os achados das práticas dos cuidadores no seu dia-a-dia de trabalho e de cuidado, além de imergir nas percepções das pessoas internadas com HIV/Aids, uma vez que neste estudo as percepções desse segmento não foram avaliadas.

Referências

1. Monteiro MAA, Barbosa RCM, Barroso MGT, Vieira NFC, Pinheiro AKB. Ethical dilemmas experienced by nurses presented in nursing publications. *Rev Latino-am Enf* [periódico na internet] 2008 [acessado 2012 Jul 14];16(6):1054-1059. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19229412>
2. Santiago MMA, Palácios M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. *Rev bras Enf* 2006; 59(3):349-353.
3. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele C, Iacopino V. Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Med* [serial in the internet] 2005 [cited 2011 Aug 15];2(8):743-752. Available at: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0020246>
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
5. Rawls J. *Uma teoria da justiça*. 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
6. Mill JS. *O Utilitarismo*. São Paulo: Iluminuras; 2000.
7. Maclean A. *Autonomy, informed consent and medical law: a relational challenge*. New York: Cambridge University Press; 2009.
8. Dworkin G. *The theory and practice of autonomy*. New York: Cambridge University Press; 1988.
9. Almeida JLT. *Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlista da Relação Médico-Paciente* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz; 1999.
10. Clouser D, Gert B. A critique of principlism. *J Med Phil* [serial on the internet] 1990 [cited 2011 May 8];15:219-236. Available at: <http://jmp.oxfordjournals.org/content/15/2/219.full.pdf+html>
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5^a ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Flick U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Richardson RJ, Peres JAS. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3^a ed. São Paulo: Atlas; 1999.

14. Hegel GWF. *Fenomenologia do espírito*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco; 2008.
15. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev bras educ med* 2008; 32(3):301-308.
16. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(1):23-28.
17. Rego S. *A Formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
18. Mendes G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto contexto - enferm* [periódico na internet] 2009 [acesso 2012 Jul 14];18(1):165-169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>
19. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Advanced Nursing* [serial in the internet] 2010 [cited 2012 Jun 11]; 66(11):2510-2519. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x/pdf>
20. Haddock-Lobo R. *Da existência ao infinito: ensaios sobre Emmanuel Lévinas*. Rio de Janeiro: PUCRio; São Paulo: Loyola; 2006.
21. Papulim JSL, Sawada N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enf* 2002; 10(3):433-438.
22. Widdershoven G, Berghmans R. Coercion and pressure in psychiatry: lessons from Ulysses. *J Med Ethics* [serial in the internet] 2007 [cited 2012 Jun 11];33:560-563. Available at: <http://jme.bmj.com/content/33/10/560.full.pdf#page=1&view=FitH>
23. Tannsjo, T. The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *J. Med. Ethics* [serial in the internet] 2004 [cited 2012 Jun 11];30:430-434. Available at: <http://jme.bmj.com/content/30/5/430.full.pdf+html>
24. Engelhardt Jr. HT. *Fundamentos da bioética*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2008.
25. Savater F. *Ética como amor-próprio*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
26. Esposito R. *Bios: biopolítica e filosofia*. Lisboa: Edições 70; 2010.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política

- Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
28. Costa JP, Silva LMS, Silva MRF, Miranda KCL. Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. *Rev bras enferm* 2006; 59(2):172-176.
 29. HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*, Parte I e II. 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
 30. CRITCHLEY, S. Introdução a Emmanuel Lévinas. In: Haddock-Lobo, R. *Da existência ao infinito: ensaios sobre Emmanuel Lévinas*. Rio de Janeiro: PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2006, p13-20.
 31. CAMPOMIZZI, J.B. *Fatores Clínicos e Sociais relacionados com o tempo de hospitalização de pacientes com Tuberculose na Enfermaria de Tisiopneumologia do Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte, no ano de 2008* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, 2009.
 32. Finckler DM. *O impacto da Aids na organização do trabalho de uma unidade hospitalar: a complexidade, a centralização e a formalização* [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
 33. Macintyre A. *Depois da virtude: um estudo em teoria moral*. São Paulo: EDUSC; 2001.
 34. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

4.2 PERCEPÇÕES DE QUESTÕES ÉTICAS E DE FATORES QUE DIFICULTAM A ÉTICA DO CUIDADO A PESSOAS COM HIV/Aids

A seguir continuamos a apresentar os resultados da pesquisa empírica que não compuseram o artigo II, da seção anterior. Dessa forma, depois de feita nas seções anteriores uma análise das percepções dos cuidadores sobre questões éticas relativas aos referenciais do principialismo (categoria 1), no caso *Autonomia, Justiça, Beneficência e Não maleficência*, faz-se a seguir a análise das percepções de outras questões éticas nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem em Enfermagem (categoria 2). Ainda nesta parte apresentam-se as percepções dos cuidadores sobre fatores que dificultam a ética do cuidado a pessoas com HIV/Aids (categoria 3).

2) PERCEPÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS

Perceber problemas éticos nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids constitui uma astúcia. Ademais, se perceber ou identificar os problemas éticos já não constitui tarefa trivial quanto possa parecer, resolvê-los é, sem dúvida, um desafio ainda maior.

A percepção de questões éticas foi delineada em duas subcategorias, uma referente ao processo de cuidado e outra ao processo de ensino-aprendizagem, as quais são analisadas a seguir.

A) No processo de cuidado envolvendo pessoas com HIV/Aids

No cuidado à saúde das pessoas, os problemas éticos se fazem presentes o tempo todo. Entretanto, percebê-los e solucioná-los ou ao menos negociá-los é outra questão que merece uma avaliação cuidadosa. No esquema abaixo estão os indicadores de sentido que revelam as percepções éticas dos cuidadores em relação ao processo de cuidar em Enfermagem envolvendo pessoas com HIV/Aids.

Subcategoria	Indicadores de sentido
	<p>O paciente ele recusa o procedimento, eu devo ou não fazer? Então são algumas perguntas que a gente se faz e que mais se debatem em si sobre a nossa assistência. (CEm23)</p> <p>se a gente fosse abrir um debate né? até quando pesar, quem pesa mais, o princípio da beneficência ou o princípio da autonomia? (CEm23)</p>
A) No processo de cuidado envolvendo pessoas com HIV/Aids	<p>Hoje em dia eu não consigo identificar mais não, por quê? porque já estou inserido no local de trabalho, que eu já tenho tempo que trabalho aqui e não teve nenhuma outra novidade acerca do cuidado que a gente tem que ter né? nesse cuidado ético (CEm28A)</p> <p>Eu ainda não tive essa oportunidade de perceber (CEm23)</p> <p>Bom, em questão do trabalho aqui que eu faço não vejo assim esse tipo assim de falta de um respeito não (CEf34)</p> <p>Como já tem algum tempo que eu trabalho aqui na clínica A, então já tenho certa experiência em trabalhar com os pacientes em HIV né? (...) e eu sinceramente não vejo problema ético nenhum né? (CEm31)</p>

Nas entrevistas com os cuidadores tanto se afirmou que não há percepção de problemas éticos no cuidado de Enfermagem à pessoa com HIV/Aids quanto se declarou que em virtude do tempo de serviço no setor já não se percebem mais problemas éticos na assistência. Por exemplo, alguns entrevistados afirmaram que por trabalharem há muito tempo na clínica já não percebem mais problemas éticos que provavelmente ocorrem na assistência.

Porém, outros cuidadores revelaram que percebem questões éticas envolvidas no cuidado, como por exemplo, o fato relatado por um entrevistado sobre colegas cuidadores que infringem a autonomia da pessoa e outro que relatou ter percebido problema ético relacionado a comentários desnecessários sobre a pessoa com HIV/Aids, além da percepção do dilema entre o dever de respeitar a autonomia de pessoa internada e o dever de fazer o bem, dado que “*se a gente fosse abrir um debate né? até quando pesar, quem pesa mais, o princípio da beneficência ou o princípio da autonomia?*” (CEm23).

Em estudo realizado em Barbados¹⁸, foi constatado que os respondentes que não viam importância no conhecimento da ética declararam que não reconheciam nenhum problema ético no processo de assistência às pessoas com HIV/Aids. Isso sugere que a falta de capacitação ou orientação em bioética ou ética profissional também pode interferir na sutileza para perceber problemas éticos nas rotinas de Enfermagem.

O que se nota é que os cuidadores percebem questões éticas em alguns aspectos e não os percebem em outros. Alguns depoimentos sugerem que o tempo de serviço no mesmo setor acomoda os profissionais que acabam por não ter sensibilidade para perceber problemas éticos no cuidar diário. Isso pode ser interpretado como sendo a porta de madeira de

Heidegger que a abrimos habitualmente, mas que só a percebemos de forma dolorosa como *existência* quando, fechada, batemos com a cabeça nela. Aqui também cabe a ideia levinasiana de que devemos aprender a *reconhecer* o que não podemos conhecer. Nesse contexto, a visão kantiana, que sustenta aquela concepção, defende, segundo Gilles Deleuze, que para conhecermos é preciso não apenas tomar uma representação das coisas, mas sair dessa representação para *reconhecer* uma outra¹⁹. O “sair dessa representação” é o que os cuidadores que se encontram acomodados no setor precisam fazer para que possam alcançar outro ponto de vista ético para perceberem as questões éticas que ocorrem no cotidiano do cuidado.

Ainda nesse âmbito, o comodismo intelectual e ético é uma questão presente nas sociedades altamente especializadas (de visão direcionada) onde o profissional se eterniza apenas em determinado tipo de cuidado (parte técnica) e o rodízio entre outros setores de cuidado é restrito. Portanto, falando das Leis básicas da filosofia da Arte, neste caso da Arte de Cuidar, destaca-se que é necessário evoluir não apenas intelectualmente, mas também em sensibilidade, espiritualmente, o que coincide com o que Carvalho²⁰ chama de desmaterialização ascendente. Isso sustenta igualmente as críticas vigentes à tendência para a mecanização ou a robotização do cuidado.

No exercício de busca do *ser* originário, o agente cuidador e o sujeito do cuidado se inter-relacionam e interagem de modo a possibilitar que cada um se realize na busca do seu próprio *ser* em potencial, do seu *ser-ai*. Ou seja, é no encontro do cuidado que o homem pode *ser* o *que é em si mesmo*, de sorte que o cuidar do outro não se esgota na ação, muito menos técnica, sobre o ser imediato (ôntico), mas se manifesta em outras dimensões ontológicas tanto do agente cuidador quanto do sujeito cuidado²¹. Mas o caráter de trabalho que o cuidar em Enfermagem carrega, dado que exige a obediência a um conjunto de regras, técnicas, hierarquia e pressupostos não subjetivos, não deve romper com a noção fenomenológico-existencialista do cuidado, uma vez que o ser humano, além da dimensão física é também subjetividade, existência.

Apesar da falta de qualidade das ações de Enfermagem no encontro de cuidado em HIV/Aids (e o encontro com o outro é imediatamente minha responsabilidade por ele)²², esse encontro entre *entes*, no qual cada um é um conjunto de possibilidades para o outro, guarda sempre um caráter ético que é inerente ao ser humano, pois o *ser para o outro* é a substância *em-si-essente* distinta do Si. Dessa forma, o perfeito moral nunca é perfeito, porém, o que vale para a consciência moral é apenas o nível intermediário da perfeição; ou seja, o estado em que a moral é, pelo menos, um *progredir* em busca da perfeição²³.

Nisso ainda se pode acrescentar que embora o ser humano viva sem remédios, não vive sem cuidados, os quais são dispensados pelo outro. De outro modo poderíamos dizer que a ética

está presente em todo o cuidado humano porque o homem em si é um ser ético igualmente em *processo*. Essa é uma questão própria do ser ético *dialético* e *inacabado*, pois o Ser^{**} vive no mundo em busca do seu ser ontológico na relação com o outro ser.

Por falar em imperfeição ou no caráter inacabado do *ser-no-mundo*, resulta que o ser está numa caminhada eterna em busca de realização do seu próprio ser e, logo, se ilumina a dimensão da subcategoria seguinte em que essa busca é feita pelo processo de ensino-aprendizagem, no qual o uso da razão em busca do aperfeiçoamento do cuidado pode ser antagônico aos princípios bioéticos, não só do principialismo, e, conseqüentemente, ao cuidar com ética. Mas então vejamos a subcategoria seguinte.

B) No processo de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids

O mesmo que se colocou sobre o cuidado à saúde das pessoas em relação aos problemas éticos na dimensão de subcategoria acima também se coloca em relação ao processo de ensino-aprendizagem. No esquema a seguir estão os indicadores de sentido que revelam as percepções éticas dos cuidadores em relação ao processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem envolvendo pessoas com HIV/Aids.

^{**} “não mais propriamente a abstrusa questão do Ser, mas a questão mais concreta do ser *humano*. [Pois] Para Lévinas, o problema condicionado à filosofia primeira é a relação ética com o outro ser humano.” (HADDOCK-LOBO, 2006, p.17).

Subcategoria	Indicadores de sentido
<p>B) No processo de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids</p>	<p>A prática de ensino-aprendizagem aqui para esse paciente eu acho que ainda é falha demais, principalmente do ponto de vista da bioética (...) A gente vê todos atendendo né? os técnicos novos, os enfermeiros, médicos, atendem, mas eh, há uma falha ainda nessa questão de tá eh, tratando da bioética em relação a esses, da ética mesmo em relação a esses pacientes (CEm28A)</p> <p>isso aí eu já vejo problema, não vejo treinamento, eu não vejo nem sequer uma orientação melhor a não ser essa orientação que a gente dá no dia-a-dia do serviço para esses funcionários, esses estagiários isso eles não têm (CEm28A)</p> <p>percebo principalmente a questão de preservar a identidade do paciente [pelos estagiários](CEm23)</p> <p>Eu imagino que seja até cansativo para o próprio paciente, já que ele estará exposto a vários profissionais, categorias de profissionais e cada um vai querer saber o seu diagnóstico, ou seja, na identificação, na história prévia ele vai contar a mesma história [para os estagiários dos diferentes cursos] (CEm23)</p> <p>se eu pudesse selecionar né? um prévio entendimento, “Ah eu quero que dois ou três deles pudessem vir conversar comigo!” eu me sentiria mais à vontade do que um grupo grande de estagiários sem que eu tenha autorizado. (CEf55)</p> <p>eu ainda reforço umas das questões né? Daquilo que eu falei, da quantidade de estagiários ou duma falta de pré-seleção [pelo paciente] de quem poderá entrar na sua privacidade (CEf55)</p> <p>Que vem outro avaliar eu acredito que isso é falado, só que não há uma participação direta de ouvir, de conversar com os pacientes (CEf55)</p> <p>Bem eu não vejo problema e vai depender muito da questão de cada pessoa, porque o que é que acontece, os estagiários, profissionais que lidam aqui, eu quero crer que eles têm uma preparação ética pra trabalhar (CEm31)</p>

Das questões éticas percebidas pelos cuidadores no processo de ensino-aprendizagem destacam-se a preservação do sigilo/confidencialidade das informações das pessoas internadas com HIV/Aids pelos estagiários. Atrelado a isso foram percebidos problemas ligados à exposição dessas pessoas a diversos profissionais e, em especial, a vários estagiários quando se destaca que dos estagiários de várias categorias profissionais “*cada um vai querer saber o seu diagnóstico*” (CEm23) além de “*que seja até cansativo para o próprio paciente*” (CEm23) repetir sua história durante a anamnese ou entrevista de Enfermagem para os estagiários dos diversos cursos, como por exemplo, de Enfermagem, de medicina, de nutrição e de fisioterapia. Então, aqui está subjacente a questão ética do uso e da exposição das pessoas com HIV/Aids no processo de ensino-aprendizagem.

Ainda nesse âmbito da exposição da pessoa com HIV/Aids, o depoimento de um cuidador sugere, ao se colocar no lugar da pessoa enferma (empatia), que gostaria “*que dois ou três deles pudessem vir conversar comigo*”, dessa forma “*eu me sentiria mais à vontade do que um grupo grande de estagiários sem que eu tenha autorizado.*” (CEf55). Essa colocação suscita

questões interessantes sobre o respeito à privacidade, à autonomia e sobre a necessidade de consentimento da pessoa para participar do processo de ensino-aprendizagem, mesmo que esteja internado em um hospital escola. Pois, não deve ser regra que a pessoa consente previamente ao se internar num hospital escola, como foi discutido acima na dimensão de subcategoria *Humanização e desumanização do cuidado*. A pessoa pode se internar num hospital escola diante da falta de alternativa, o que em certa medida acontece com a maioria das pessoas com HIV/Aids atendidas na unidade em análise, pois, como se disse, é a única especializada em assistência de HIV/Aids em toda a macrorregião.

Por conseguinte, em relação ao processo de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV/Aids, notou-se praticamente que ainda é muito falha e não deve prescindir da ética do outro, do outro ser humano, no encontro, não necessariamente de cuidar, mas de aprender a cuidar cuidando. Portanto, a percepção desse processo, do ponto de vista ético revela a necessidade de mudanças na sua condução, para passar a considerar a individualidade do sujeito fragilizado, mesmo que este se encontre em um hospital escola, que parece pressupor consentimento prévio a ser utilizado como objeto ou meio de estudo acadêmico e/ou científico.

Na corrida para o aperfeiçoamento da existência e, por conseguinte, do trabalho e do cuidado, o homem faz uso da sua razão. Entretanto, usar a razão absoluta guarda o perigo de, a caminho da verdade, perder-se de vista o *ser humano* levinasiano. Daí a necessidade de os preceptores e estagiários na busca constante de construção de uma existência ética, na forma de trabalho e cuidado²⁴, saírem de sua própria referência estrutural e se colocarem não apenas no lugar do outro (empatia – *emoção* humeana), mas numa posição universal que caracterize a liberdade de invenção de si mesmo como sujeito autônomo e que estabelece suas próprias necessidades de cuidado e não as ditadas por um especialista. Nesse âmbito, tudo o que excede os limites do conhecimento teórico e tecnológico aplicado para cuidar das pessoas com HIV/Aids requer o *reconhecimento* levinasiano do ser humano para se configurar uma ética dos *existentes*²².

Por enfim, o que se destaca é o caráter inacabado desse *ser humano* de Lévinas, e por que não de toda a filosofia, de modo que a desarmonia entre a consciência-de-si e a efetividade prevalece e, por fim, se revela que não existe a consciência-de-si *moralmente perfeita*, embora a moral seja em si enquanto perfeita, pois o dever é a pureza *Em-si* pura, e inquestionavelmente a moral deve se adequar a esse *Puro*. Isso levou Hegel²³ a concluir que a primeira proposição aqui apresentada quer dizer que não existe o *moralmente efetivo*.

3) FATORES QUE DIFICULTAM A ÉTICA DO CUIDADO

As rotinas hospitalares e outros aspectos endógenos e exógenos aos cuidadores comprometem a ética do cuidado a pessoas com HIV/Aids. Embora se afirme com veemência

que a ética vem de dentro, ou seja, que é endógena ao sujeito moral, diversos aspectos exógenos comprometem a assistência de forma ética às pessoas soropositivos para HIV. Por exemplo, um estudo² concluiu, por um lado, que o profissional de Enfermagem entende que os referenciais da bioética norteiam as práticas cotidianas e possibilitam o respeito à autonomia da pessoa com HIV/Aids de forma mais apropriada, embora tenham também reconhecido, por outro, que o respeito aos princípios bioéticos pode ser comprometido pelas atividades e normas de rotina arraigadas nas instituições de saúde.

Os autores constataram que as rotinas do hospital atrapalham a aplicação dos princípios bioéticos no cuidado prestado pela equipe de Enfermagem em diferentes situações. Neste estudo, quanto ao que dificulta o cuidado de forma ética às pessoas com HIV/Aids destacaram-se aspectos institucionais e aspectos relativos aos cuidadores. Esses aspectos serão desdobrados a seguir em duas subcategorias e respectivas dimensões das subcategorias.

A) Aspectos institucionais: estrutura e condições de trabalho

i) Estrutura física e outros recursos

A seguir o esquema apresenta indicadores de sentido relativos à dimensão *Estrutura física e outros recursos* dentro da subcategoria *Aspectos institucionais: estrutura e organização do processo de trabalho*.

As dimensões das subcategorias foram delimitadas porque os indicadores de sentido sugeriram concepções diferentes que necessitavam de uma taxonomização à parte, dado que além de se basear na semântica dos temas, a categorização também considerou a exclusão mútua de sentidos.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
i) <i>Estrutura física e outros recursos</i>	Além da estrutura física que não colabora aqui no hospital (CEm28A)
	A questão estrutural, principalmente, atrapalha (CEm31)
	a estrutura física do setor ela dificulta um pouco, principalmente, eh, você que conhece né? a clínica A ela fica na entrada do hospital, então todo mundo que passa, não é todo mundo que é profissional de saúde (CEm28B)
	tem pessoas leigas que tão no hospital e passam na frente do quarto do paciente com HIV e outros falam "Oh aqui é o quarto dos pacientes com HIV, essa é a ala do HIV", então isso é muito ruim (CEm28B)
	Com certeza, aí questão organizacional é o lugar onde coloca as pessoas que têm HIV, então muitas vezes ficam muito expostas e como tem muito acompanhante perto né? não é tão privado o local (CEm31)

Dentre outras questões institucionais levantadas como recursos materiais e humanos e a falta de segurança dos prontuários, destacou-se a estrutura física e a localização da unidade, abordada no esquema acima.

Os depoimentos mostram que a estrutura física e a localização dos quartos específicos para pessoas infectadas por HIV dificultam o cuidado com ética à pessoa internada. A predominância dessa percepção nos depoimentos dos cuidadores sugere que a assistência com ética às pessoas hospitalizadas fica comprometida, o que deve requerer dos profissionais habilidades e criatividade para superar os obstáculos colocados pela própria estrutura da unidade, mas também constitui um aspecto do planejamento e de responsabilidade não apenas dos cuidadores, pois também da instituição a quem cabe tomar medidas para dirimir a exposição dessas pessoas doentes, dos seus prontuários e promover maior humanização do cuidado.

Disso se pode afirmar que se a Política Nacional de Humanização preconiza o atendimento digno às pessoas enfermas, e levando em consideração que a dignidade é um valor humano fundamental, são necessários esforços para a superação desses desafios, uma vez que a limitação ética no cuidado à saúde das pessoas pode ferir esse valor fundamental. Acima disso, o ser humano é fim em si mesmo e nenhum outro valor pode se sobrepor ao valor do ser humano, dentro de uma ética dos existentes que valorize a pessoa, seu corpo, seus valores e desejos.

ii) Sobrecarga e outros recursos

Na perspectiva de busca do *seu* ser, de aperfeiçoamento da existência, o homem utiliza sua razão. O uso da razão absoluta, entretanto, pode levar o homem ao estágio *bruto* anti-humano, numa interpretação de Hegel²³. Obviamente, o perigo nesse aperfeiçoamento racional e tecnológico reside no fato de que o cuidador se arrisca a perder de vista o outro, o *ser humano* levinasiano durante a busca pela verdade metafísica²⁵, de modo que a objetividade cada vez mais imediata e a administração de tempo podem levar não só à fragmentação do outro, mas também mecanizar a ação do cuidado ou a não ver humanidade no sujeito do cuidado, como se poderá interpretar em alguns depoimentos que se seguirão.

Agora são apresentados e analisados os indicadores de sentido que, dentro da subcategoria *Aspectos institucionais: estrutura física e organização do processo de trabalho* aludem para as percepções relacionadas à dimensão *Sobrecarga e outros recursos* como fatores que dificultam o cuidado ético à pessoa HIV+.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
ii) <i>Sobrecarga e outros recursos</i>	<p>O que a gente vê nesse sentido é apenas o tempo, o tempo é curto, muitos pacientes né? para um profissional só, então ele acaba que não dá aquela atenção que deveria dar (CEm31)</p> <p>Assistência é o que a gente tem aqui, de recursos aqui, você sabe que falha muito, de recursos materiais, até humanos mesmo falha, mas nós fazemos o que nós podemos, dentro da nossa possibilidade (CEm28B)</p> <p>acaba não tendo esse contato tão tão estreito porque a gente o tempo é muito curto pra tá cuidando das tarefas (CEf55)</p> <p>acaba que fica sendo meio mecânica, meio corrido, ali é assim assim assim e vou lá e faço aquilo meio que mecânico mesmo né? (CEf55)</p>

Os dados mostram que o tempo disponível para a realização das tarefas é um elemento fundamental para oferecer um cuidado ético à pessoa com HIV/Aids. Essa ideia é reforçada pelo fato percebido pelos cuidadores, e muito presente na literatura, segundo a qual a sobrecarga de trabalho das equipes de Enfermagem compromete a qualidade da assistência, no sentido de que a quantidade de cuidadores disponível é pequena diante da demanda de pessoas internadas que requerem cuidados.

O ‘*nós fazemos o que nós podemos*’ retrata o perfil da relação entre outros no cuidado em saúde e sugere que essa relação se limita a oferecer ao outro, um simples *existente* que carece de necessidades meramente biológicas e materiais, nada além ‘*da nossa possibilidade*’. Mas o ser do homem não compreende apenas o *existir*, toda a vida é *encontro*. Portanto, o ser do homem é relação, é interação e abertura ao outro - alteridade, de modo que se visto apenas como um *vivente*, o homem é, então, um ser solitário como diria Oliva²⁶, pois com esse ser “*acaba não tendo esse contato tão tão estreito porque a gente o tempo é muito curto pra tá cuidando das tarefas*” (CEf55).

O que é necessário, portanto, diante do cenário insinuado por essas percepções é uma objetividade não imediatista e uma ética da emoção de Hume²⁷, pois a razão^{††} sozinha não tem, segundo Oliva²⁶, competência suficiente para decidir e nem para explicar o sentido do agir humano. Mas também diante disso pode se afirmar que a ética do *dever ser* não há de vir de outro lugar senão do próprio projeto do *ser* que há²⁸.

Ainda nesse contexto, outra questão que se coloca sobre a ética na assistência guarda relação com a obsessão por resultados, com a administração do tempo e o uso de tecnologias, tanto leves quanto duras, dedicadas a salvar vidas a qualquer preço. Busca-se cada vez mais a eficiência das ações de Enfermagem, o que cria um muro entre a ética e a eficiência técnica,

†† Falamos aqui da razão enquanto fruto da inter(rel)ação dialógica – *ser com*, e não da de um sujeito suprasumido – *ser para*.

subordinando a ética à técnica e ignorando a capacidade de autogoverno de cada sujeito moral²⁹. Nesse tipo de ética gestada no cuidado, o outro é apenas um rosto com face doente, que simplesmente passa pela clínica, sem que, além de sua doença, seus valores, crenças e desejos não fazem diferença.

B) Aspectos relativos à instituição e aos cuidadores

i) Falta de capacitação e orientação

No que diz respeito aos aspectos relativos tanto à instituição quanto aos cuidadores, os quais podem dificultar a assistência com ética à pessoa HIV+, foram delineadas duas dimensões dentro da subcategoria, uma referente a aspectos que abrangem os cuidadores e a instituição e outra com aspectos inerentes apenas aos cuidadores. A dimensão que diz respeito à falta de capacitação em aspectos da ética e da bioética é apresentada a seguir. Esses aspectos dizem respeito tanto à instituição quanto aos cuidadores uma vez que caberia à instituição oferecer capacitação periódica aos cuidadores e está nestes o dever de colocar o saber em prática no seu dia-a-dia de trabalho e cuidado.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
i) Falta de capacitação e orientação (bio)ética	Eu acho que o que dificulta é mesmo a gente não ter esse treinamento né? Ir mesmo pra sala de aula, chamar a equipe, pegar a equipe ir pra sala de aula e discutir, conversar. Eu acho que isso é o que mais dificulta (CEm28A)
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">de e em</div> <div> <p>você vê que ela não tava bem preparada, alguém deixou de explicar ela, explicar como é que deve proceder [em caso de familiar querer saber o diagnóstico do paciente] (CEm31)</p> <p>Não, não tem nenhum treinamento, não tem nada, não! (CEm28B)</p> </div> </div>
	Então eu não consigo identificar nenhum problema ético na assistência, mas se viesse alguém aqui pra esmiuçar né? tentar trabalhar mais isso aí, discutir, acho que poderia acontecer de achar algum problema que acontece (CEm28A)
	bioética ao paciente HIV positivo é diferente do paciente portador de câncer. Nesse caso essa particularidade por si só eu não tive essa, não foi trabalhado comigo. (CEm23)

Predominou nas percepções dos cuidadores a falta de capacitação em ética e bioética como sendo um dos fatores que dificultam a assistência com ética à pessoa com HIV/Aids. Isso pode ser comprovado nos depoimentos dos cuidadores entrevistados que disseram, de forma quase unânime, que “o que dificulta é mesmo a gente não ter esse treinamento. Ir mesmo pra sala de aula, chamar a equipe, pegar a equipe ir pra sala de aula e discutir, conversar. Eu acho que isso é o que mais dificulta” (CEm28A). Isso, por outro lado, deve também dificultar a própria percepção de problemas éticos, como se abordou na categoria *Percepção de questões éticas*.

Nessa óptica, um estudo¹⁸ constatou que profissionais que não dão importância ao conhecimento da ética declararam que não reconheciam nenhum problema ético no processo de assistência às pessoas infectadas. Assim, pode-se interpretar que a falta de capacitação ou sensibilização sobre conteúdos de ética e bioética na assistência à saúde das pessoas pode interferir na sutileza para perceber questões éticas no cuidar cotidiano da Enfermagem.

Disso se segue que a razão como fundamento do saber e do agir em Enfermagem, caráter hegemônico da ciência que vem predominando na Enfermagem enquanto ciência do cuidado, converge para a tendência de as escolas de Enfermagem priorizarem o ensino de técnicas de salvar vidas, da microbiologia, da fisiologia e da patologia, de teorias de administração e otimização de recursos com o desenvolvimento de uma taxonomia própria (razão absoluta)³⁰. Não que isso não exija uma ética, mas em benefício disso deixa-se para segundo plano o ensino da verdadeira ciência do *cuidar*, em sentido distinto de *curar*, e também da ética desse cuidar²⁴.

A falta de uma abordagem das questões éticas no processo de trabalho e de ensino em Enfermagem é amplamente denunciada pelos depoimentos dos profissionais de Enfermagem que participaram desta pesquisa. Por outro lado, os depoimentos também evidenciam a necessidade de capacitação permanente em serviço, indicando que a atualização permanente, uma proposta institucional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)³¹ que faz parte de uma política educacional do Sistema Único de Saúde (SUS) inclusive através da Universidade Aberta do SUS (Una-SUS), é fundamental para a prestação de um serviço de saúde não só de qualidade, mas também ética e democraticamente aceitável para a sociedade. Nessa perspectiva, requer-se por parte das instituições de ensino e de assistência uma abordagem mais frequente e ampla de questões éticas complexas tanto nos currículos de graduação dos cursos de Enfermagem quanto em programas de ensino permanente em serviço.

Estudo realizado em quatro áreas censitárias dos Estados Unidos da América concluiu que a abordagem das questões éticas nos programas educativos e o treinamento em Bioética influenciaram de forma significativa as condutas éticas dos profissionais de Enfermagem nas suas práticas cotidianas. De outra forma, constatou-se que aqueles profissionais que tiveram ensino de ética na graduação e educação continuada em serviço apresentaram maior ação moral³².

Dito isso, na falta de ações de capacitação permanente dos cuidadores que participaram deste estudo, pode-se alavancar que *“mas se viesse alguém aqui pra esmiuçar né? tentar trabalhar mais isso aí, discutir, acho que poderia acontecer de achar algum problema que acontece.”* (CEm28), portanto, legitimando essa visão e os achados de Grady e cols³², ações de capacitação em serviço poderiam render resultados positivos na percepção de problemas

éticos nas suas atividades cotidianas, o que, de outro modo, os permitiria atualizar e rever as motivações para agirem no cuidado de uma e não de outra forma.

C) Aspectos relativos apenas aos cuidadores

i) Medos, insegurança e preconceitos

Nesta subcategoria, diferentemente da anterior, são considerados os aspectos relativos apenas aos cuidadores. Dentro dessa subcategoria foi traçada uma dimensão que analisa os aspectos dos cuidadores percebidos pelos entrevistados como dificultadores do processo de cuidado.

Dimensão da subcategoria	Indicadores de sentido
i) <i>Medos, insegurança e preconceitos</i>	Também a questão dos técnicos, enfermeiros, eles quando chegam até ao serviço eles sempre vem aquele receio até mesmo, não sei se eu posso falar isso, mas um preconceito que gera um aspecto negativo em relação ao cuidado (CEm28A)
	Essas limitações que foram citadas elas acontecem mais por conta do diagnóstico que ele é um diagnóstico que ainda até hoje causa muito preconceito (CEm28A)
	assim eu vejo a insegurança dos meus colegas, assim a insegurança de fazer esse tipo de procedimento porque a gente tem muito medo de se contaminar, de ter algum tipo de revolta, os pacientes querer fazer algo, entendeu? Então assim é o que acontece aqui, a questão de insegurança quanto a procedimentos invasivos, questão de contaminação (CEf34)
	por mais que a doença da Aids seja hoje comum, porque não é uma novidade mais no nosso meio, mas a gente ainda tem os estereótipos sociais né? os preconceitos (CEm28B)
	é a questão do paciente ter uma doença incurável, entendeu? E de contágio, que é pior. Então assim eu acho que causa um pouco de insegurança nos profissionais o que atrapalha essa proximidade maior deles com o paciente (CEf34)
	acho que a cultura das pessoas dificulta muito (...) Eu acho que aqui na nossa região essa cultura ainda é uma cultura antiga, de que precisam ficar isolados, de que são perigosos (CEm28B)
	eu percebo na conduta de algumas pessoas, às vezes ficam com medo, às vezes quando sai do quarto a gente percebe no comportamento, na linguagem corporal o medo e às vezes quando sai do quarto fica falando baixinho com o outro (CEm31)

Os aspectos evidenciados guardam relação, por um lado, com o preconceito por parte de alguns dos cuidadores, porque se disse que *“por mais que a doença da Aids seja hoje comum, porque não é uma novidade mais no nosso meio, mas a gente ainda tem os estereótipos sociais né? os preconceitos”* (CEm28B). Mas, por outro, guarda relação com o medo e a insegurança na realização de procedimentos invasivos com as pessoas internadas pela *“questão do paciente ter uma doença incurável, entendeu? E de contágio, que é pior. Então*

assim eu acho que causa um pouco de insegurança nos profissionais o que atrapalha essa proximidade maior deles com o paciente” (CEf34).

Decifra-se desses indicadores de sentido diversos aspectos relacionados a questões individuais, culturais e da própria síndrome ainda marcada pelo estigma e pelo preconceito vindos tanto dos envolvidos no cuidado quanto da sociedade em geral. Diante disso, pode se argumentar que o preconceito e a estigmatização das pessoas com HIV/Aids é um dos maiores desafios das políticas sociais no sentido de promover a justiça e o bem-estar de pessoas socialmente estigmatizadas em virtude da sua situação sorológica para HIV.

Outro aspecto muito presente nas falas dos profissionais foi a insegurança em relação à possibilidade de contágio. Esse cenário, como se pode decifrar das falas, e concordando com Sade³³, gera faltas éticas no processo de cuidado e estabelece problemas éticos no âmbito da atenção à saúde. E a falta de “*proximidade maior deles*” bem como a “*cultura antiga*” segundo a qual “*precisam ficar isolados, de que são perigosos*” (CEm28B) podem se tornar formas de controle do indivíduo doente através do seu próprio corpo afetado, do seu biológico alterado na perspectiva foucaultiana do biopoder³⁴.

Diante desses desafios do sistema de saúde e, propriamente do cuidado à pessoa com HIV/Aids, a qual busca nos serviços de saúde um resguardo e não uma rejeição por parte de quem, ao contrário, deveria acolhê-la, o que se nota é uma limitação nas ações de organização do processo de trabalho para lidar com essas questões éticas, de modo que, como disse um cuidador, “*hoje não temos uma forma de resolver esses problemas assim não, algo formal, algo embasado cientificamente nós não temos, é meio que, como a gente costuma dizer, meio bombeiro, apaga os problemas, pegou fogo a gente apaga, de acordo com que o problema surge.*” (CEm28B).

Face a isso fazem-se necessárias ações que possibilitem remediar essas limitações e oferecer aos usuários dos serviços de saúde como um todo uma qualidade na assistência à saúde que além de considerar sua cidadania e seus direitos, positivos ou negativos, os aborde com uma ética não prévia, uma ética não meramente prescritiva, mas que se construa no encontro e na relação de cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo proposto neste trabalho, que foi analisar as percepções de questões éticas pelos cuidadores de Enfermagem nos processos de cuidado e de ensino-aprendizagem em Enfermagem à pessoa internada com HIV/Aids, foram feitas aproximações das percepções desses sujeitos enquanto atores do cuidado à pessoa com HIV/Aids.

É importante ressaltar que as percepções desses sujeitos se apresentam como produtos que reproduzem não apenas as subjetividades próprias de cada cuidador, mas mais importante ainda, uma dinâmica materializada de organização/produção de trabalho em Enfermagem inserida num contexto histórico, social, cultural e político específicos.

O trabalho evidenciou que os cuidadores de Enfermagem envolvidos no cuidado e no processo de ensino-aprendizagem com a pessoa internada com HIV/Aids percebem problemas éticos no seu fazer diário. Essas percepções indicam que, do ponto de vista ético, o cuidado é prestado com limitações tanto na observância do princípalismo bioético (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) quanto dos deveres prescritivos da deontologia profissional.

Interpreta-se ainda que a interação dialógica entre o cuidador e a pessoa internada com HIV/Aids não tem possibilitado o empoderamento dos envolvidos (cuidador e profissional) na relação de cuidado para a tomada de decisões autônomas sobre o cuidado e a saúde. Diante dessa fragilidade, o cuidado de Enfermagem privilegia, frequentemente, a ação paternalista; imposta, por um lado, pelas normas institucionais e por outro pelo profissional no seu estrito cumprimento do dever de fazer o bem e/ou de não fazer o mal. Dito isso, algumas formas de cuidado acabam por ferir os cânones do princípalismo e outras dimensões do cuidado e da relação profissional-pessoa internada, como a humanização, o cuidado centrado na pessoa doente e não na doença.

Acrescentamos que os esclarecimentos dados às pessoas internadas com HIV/Aids servem, frequentemente, a meros propósitos de cumprimento e adequação às rotinas institucionais e ao exercício da beneficência. Logo, fazer o bem, entendido como a consequência da ação moral embasada no *reconhecimento* do bem do outro, se não for acompanhado pela autonomia incondicional de sua realização, não passará de uma busca obcecada por resultados (intervencionismo), que guarda o perigo de se prestar ao uso de meios não éticos, mesmo que seus fins sejam.

A sobrecarga de trabalho, expressa no curto tempo para a execução de diversas tarefas, foi um indicador importante relacionado à qualidade e à eticidade do cuidado de Enfermagem à pessoa com HIV/Aids. Apesar dos procedimentos de biossegurança atualmente disponíveis, os cuidadores se sentem inseguros para realizar procedimentos invasivos com pessoas

soropositivas para HIV por medo de contágio, dado se tratar de uma infecção ainda sem cura. E, não obstante a Aids seja bastante comum no nosso meio, há reminiscências de preconceitos em relação às pessoas que vivem com HIV/Aids entre os cuidadores de Enfermagem, o que por sua vez dificulta a ética do cuidado.

A estrutura/localização da clínica, a insegurança dos prontuários das pessoas internadas e a alocação de pessoas com HIV/Aids em quartos específicos, além de representarem fatores que contribuem para a exposição dessas pessoas, são questões complexas que requerem uma discussão aprofundada e imparcial sobre o princípio da isonomia, da justiça, da privacidade/sigilo/confidencialidade e da igualdade de tratamento institucional.

Os cuidadores relataram que não realizam atualização periódica sobre as questões éticas do cuidado à pessoa com HIV/Aids. Entretanto, por se tratar de um hospital escola, e mesmo que não fosse, é fundamental manter ações periódicas de ensino em serviço e de problematização das questões vivenciadas no dia-a-dia do cuidado de forma não só a oferecer um cuidado ético e de qualidade à comunidade, mas de modo a petrificar uma cultura de aprendizagem permanente nos profissionais do hospital e nos estudantes que passam pela instituição. Daí se segue que a abordagem pormenorizada e recursiva da ética em HIV/Aids no serviço precisa fazer parte das metas com a institucionalização de Comitês de Ética Hospitalar (CEH) com funções deliberativa, consultiva e educativa e também do projeto político pedagógico do curso de graduação em Enfermagem da instituição.

Dito isso, consideramos que a qualidade da assistência naquele serviço de saúde insinua para um despreparo ético dos profissionais de modo a garantir uma assistência humanizada e dentro dos padrões ético-morais de uma sociedade moralmente plural. Inspirados aqui em Emmanuel Lévinas, recomendamos que a ética na assistência à saúde das pessoas se aproxime da necessidade de *reconhecimento da humanidade do outro ser humano*, pois nenhuma ética, aparentemente, pode acontecer sem a *presença* (não simplesmente física) do outro.

Diante disso tudo, propomos uma ética do cuidado que privilegie a diversidade de juízos morais e de situações de assistência à saúde das pessoas com HIV/Aids. Reconhecendo, porém, que a reflexão teórica, em particular a reflexão teórica sobre a ética nas relações entre outros humanos é um empreendimento em aberto e plural, o que propomos deve guardar um caráter de diversidade ética, podendo ser uma ética *relacional*, ou uma *ética da vida*, ou uma *ética dos humanos*, ou uma *ética dos existentes*, ou uma *ética do encontro* no qual *um* se abre infinitamente ao outro (o infinito) e por que não qualquer outra ética válida em que o cuidado em saúde seja apenas um meio e não um fim.

Ressaltamos ainda a importância de se avançar para além de uma ética estritamente principialista (ora limitada por apresentar referenciais que podem competir uns com os outros ora por não se adequar a situações particulares de grupos com morais e/ou culturas e crenças diferentes das anglosaxãs) para uma abordagem baseada numa ética do cuidado regulada por princípios humanistas e plurais, no qual se valorize o *encontro* entre outros, ou seja, do sujeito cuidador e do sujeito do cuidado, de maneira a se privilegiar a consciência singular das pessoas envolvidas e do contexto onde ocorre a produção do cuidado, de modo a instituir processos de cuidar mais emancipatórios. Portanto, os cuidados de Enfermagem devem passar a englobar o respeito a outras noções e dimensões do indivíduo, de grupo, da cultura, das crenças, das tecnologias disponíveis para a assistência à saúde e da realidade social em que o indivíduo se encontra inserido.

Para concluir, o cuidado não deve prescindir de uma ética do outro gestada e gerada *no encontro* para (re)construir um espaço que legitime o outro em sua humanidade na inter(rel)ação que envolve os processos de cuidado em HIV/Aids. Dado que na perspectiva levinasiana, a ética não está posta previamente, ela é enquanto processo, ou seja, acontece na interação com o outro, acreditamos que enquanto o profissional de Enfermagem se fixar no cumprimento de normas éticas profissionais e institucionais preestabelecidas, não estará sendo verdadeiramente ético, dado que a ética só se constrói na inter(rel)ação dialógica e aberta com o outro.

Este trabalho constitui sobretudo um esforço para refletirmos profundamente sobre a necessidade de uma práxis ética não necessariamente nova, mas diferente, acrescentando ao já publicado a perspectiva de que *a)* não existe uma ética prévia e sim éticas relacionais que se constroem nos encontros e que *b)* a ética na relação entre a pessoa com HIV/Aids e seu cuidador se dá como possibilidade de uma ética articulada sobre as diferenças e os interesses de cada *existente* moral, os quais passam a dar sentido e moralidade à ação de cuidar.

Por se tratar de um estudo qualitativo sujeito ao viés de subjetividade e do lugar histórico, político e social de onde cada sujeito percebe e expressa a realidade, embora todos os participantes tenham se posicionado como cuidadores, os depoimentos podem não retratar fielmente a realidade ética presente nos processos de cuidado na clínica do hospital. Ainda pelo fato de os cuidadores participantes serem de categorias diferentes e terem recebido formação diferente em bioética nas suas trajetórias de formação profissional.

Recomenda-se, assim, que estudos posteriores com procedimentos de observação privilegiem a confrontação dos depoimentos dos cuidadores com os achados das suas práticas no seu dia-a-dia de cuidado. Além disso, faz-se mister imergir nas percepções das pessoas com HIV/Aids, uma vez que neste estudo as suas percepções não foram avaliadas. Enfim, esperamos que este trabalho além de permitir levantar novos questionamentos, possa contribuir para a construção de diferentes concepções éticas do cuidar em Enfermagem do ponto de vista da inter(re)ação pessoa doente-cuidador e não apenas na tradicional preocupação com as técnicas de cura.

REFERÊNCIAS

1. SANTIAGO MMA, PALÁCIOS M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. *Rev. Bras. Enf.* [periódico na internet] 2006 [acessado em 2012 07 jun]; 59(3): 349-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a18v59n3.pdf>
2. BARBOSA IA, SILVA MJP. Cuidado humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev. Bras. Enf* [periódico na internet] 2007 [acessado em 2012 07 jun];60(5):546-51. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>
3. SILVA MJP. Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas. *Rev. Paul. Enferm.*, 2002; 21(1): 5-11.
4. SOUZA ML, SARTOR VVB, PRADO ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. *Texto Contexto Enf* [periódico na internet] 2005 [acessado em 2012 04 mar];14(1):75-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf>
5. COSTA VT, LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD. Autonomia versus Cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em Enfermagem. *Rev. Enf UERJ* [periódico na internet] 2007 [acessado em 2011 08 abr];15(1): 53-8. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a08.pdf>
6. MAZUR CS, LABRONICI L, WOLFF LDG. Ética e gerência no cuidado de Enfermagem. *Cogitare Enf* [periódico na internet] 2007 [acessado em 2011 08 abr]; 12(3): 371-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7776.pdf>
7. RODRIGUES Jr. A, CASTILHO EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* [periódico na internet] 2004 [acessado em 2011 03 abr];37: 312-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21185.pdf>
8. SALADA MLA, MARQUES SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad. S Púb* [periódico na internet] 2006 [acessado em 2011 03 abr]; 22(11): 2369-2378. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/11.pdf>
9. NEMES MIB e cols. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. S Púb* [periódico na internet] 2004 [acessado em 2012 07 jun];20(S2): S310-S321. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/24.pdf>
10. CASTANHEIRA ERL. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no Estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho. [tese]. São Paulo: Universidade

- de São Paulo, Faculdade de Medicina. 2002. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29042010-095820/pt-br.php>
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 12. TAQUETTE SR e cols. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev. Assoc. Med. Bras* [periódico na internet] 2005 [acessado em 2012 12 jun];51(1): 23-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a15v51n1.pdf>
 13. REGO S. A Formação ética dos médicos – saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. (Resenha) Sergio Rego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. [acesso em 2010 09 nov] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/34.pdf>
 14. GROSSEMAN S, STOLL C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev. bras. educ. med* [periódico na internet] 2008 [acessado em 2011 11 jun];32(3): 301-308. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a04.pdf>
 15. AMORIM AG, SOUZA ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciên & S Col* [periódico na internet] 2010 [acessado em 2012 04 de abr];15(3): 869-878, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a30.pdf>
 16. PRIMO WQSP, GARRAFA V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Rev. Assoc. Med. Brás* [periódico na internet] 2010 [acessado em 2012 04 abr];56(4): 397-402. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/10.pdf>
 17. ESPOSITO R. *Bios: biopolítica e filosofia*. Lisboa: Edições 70, 2010.
 18. HARIHARAN S e cols. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Medical Ethics* [serial in the internet] 2006 [accessed 2012 07 jun];7(7):1-9. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1524795/pdf/1472-6939-7-7.pdf>
 19. DELEUZE G. *A Filosofia Crítica de Kant*. Lisboa: Edições 70, 2012.
 20. CARVALHO V. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. *Rev. Esc. Enf USP* [periódico na internet] 2011 [acessado em 2012 07 jun];45(Esp. 2):797-802. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/28.pdf>
 21. HEIDEGGER M. *Ser e tempo*, Partes I e II. 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
 22. HADDOCK-LOBO R. *Da existência ao infinito: ensaios sobre Emmanuel Lévinas*. Rio de Janeiro: Ed. PUCRio. São Paulo: Loyola, 2006.

23. HEGEL GWF. *Fenomenologia do espírito*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2008.
24. BOFF L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
25. CRITCHLEY S. Introdução a Emmanuel Lévinas. In: Haddock-Lobo, R. *Da existência ao infinito: ensaios sobre Emmanuel Lévinas*. Rio de Janeiro: PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2006, p13-20.
26. OLIVA A. *A solidão da cidadania*. São Paulo: SENAC, 2000.
27. HUME D. *Uma investigação sobre os princípios da moral*. Campinas: Unicamp, 1995.
28. SAVATER F. *Ética como amor-próprio*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
29. MENDES G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de Enfermagem. *Texto Contexto Enf* [periódico na internet] 2009 [acessado em 2012 14 jun];18(1):165-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>
30. SANTOS RM. E cols. A enfermeira e a nudez do paciente. *Rev. Bras. Enf* [periódico na internet] 2010 [acessado em 2011 11 jun];63(6): 877-86. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/02.pdf>
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. vol. 9. Série B. 2009.
32. GRADY C e cols. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *Am. J. Bioethics* [serial in the internet] 2008 [accessed 2012 07 jun];8(4):4-11. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673806/pdf/nihms101279.pdf>
33. SADE RM. HIV/AIDS as an Epidemic: Ethical issues at the 20th Anniversary. *Health care Analysis* [serial in the internet] 2002 [accessed 2012 16 mai];10:1-4. Available at <http://www.springerlink.com/content/n09na04k06yqc083/>
34. FOUCAULT M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

APÊNDICES

Apêndice A

ROTEIRO PRELIMINAR DA MATRIZ DE CATEGORIZAÇÃO

CATEGORIAS (<i>a priori</i> , por “caixas”)	SUBCATEGORIAS (<i>a posteriori</i> , por “encaixe”)	DIMENSÕES DAS SUBCATEGORIAS (<i>a posteriori</i> , por “encaixe”)	CONTEÚDOS	QUESTÕES E INDICADORES TEMÁTICOS DE SENTIDO
1. PRINCIPIALISMO	A) Autonomia	As dimensões que surgirem em relação ao campo <i>autonomia</i>	Elementos sobre a autonomia individual	Todos que evidenciam elementos da autonomia do sujeito
	B) Justiça	As dimensões que surgirem na análise das entrevistas relacionadas ao princípio da <i>justiça</i>	Declarações de aspectos ligados à justiça	Todas que sugerirem aspectos relacionados ao princípio da justiça
	C) Beneficência e não maleficência	As dimensões que surgirem em relação ao exercício da <i>beneficência</i> e da não maleficência	Falas sobre percepções de exercício da beneficência e de maleficência – observando o paternalismo	Todas as falas que exemplificarem o princípio da beneficência e ou da não maleficência
2. PERCEPÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS	As subcategorias e as dimensões das subcategorias que surgirem a percepção de questões éticas nos processos de ensino-aprendizagem e de cuidado		Registros de percepção de questões éticas	Todas que apresentarem evidências de percepção de questões éticas
3. FATORES QUE DIFICULTAM A ÉTICA DO CUIDADO	As subcategorias e as dimensões das subcategorias que evidenciarem aspectos que dificultam o cuidado ético em Enfermagem		Elementos que comprometem a ética do cuidado à pessoa com HIV	Todos os indicadores de elementos que dificultam o cuidado ético

Apêndice B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I	
IDENTIFICAÇÃO	
Iniciais do nome: _____	
Idade _____	Gênero: _____
Código (a preencher pelo pesquisador): _____	
Tempo de formação: _____	
Tempo de serviço na unidade/setor (Ala A): _____	
Maior titulação: _____	
SE ESTAGIÁRIO	
Período: _____	
Tempo de estágio na unidade (Ala A): _____	
Já teve disciplina de Bioética? _____	

PARTE II	
QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA	
1. Como tem sido a sua prática de assistência com as pessoas com HIV?	
2. E como tem sido a sua prática de ensino-aprendizagem com essas pessoas do ponto de vista da bioética?	
3. Na qualidade de enfermeiro/estagiário, você identifica algum problema ético na assistência às pessoas com HIV?	
4. E no processo de ensino-aprendizagem envolvendo pessoas com HIV, você identifica algum problema ético?	
5. Há dificuldades na sua rotina que comprometem o atendimento com ética às pessoas com HIV?	
6. Você pode citar algum problema ético que tenha vivenciado ou sobre o qual tenha tido conhecimento aqui na unidade?	
7. Qual tem sido a participação das pessoas com HIV nas decisões sobre sua saúde/doença?	
8. Você vê alguma limitação imposta às pessoas com HIV pelos profissionais que os atendem?	
9. Como funciona eticamente a inserção de estagiários na intimidade das pessoas com HIV?	
10. Que abordagem (resolução) você faz com os estagiários e com as pessoas internadas com HIV sobre questões éticas ocorridas no processo de assistência e ensino-aprendizagem?	

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da pesquisa: **PERCEPÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS PELOS CUIDADORES NOS PROCESSOS DE ASSISTÊNCIA E DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM.**

Instituição promotora: Cátedra UNESCO de Bioética. Programa de Pós-Graduação em Bioética. UNIVESIDADE DE BRASILIA (UnB)

Patrocinador: NA

Pesquisador: Cremildo J. Baptista

Orientadora: Maria da Glória Lima

ATENÇÃO

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Este documento descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Verificar a percepção ou não de questões éticas pelos professores de Enfermagem, estagiários de Enfermagem e técnicos de Enfermagem durante a assistência e o ensino.

2- Metodologia/procedimentos

A pesquisa será realizada na Ala A com: 1) enfermeiros professores; 2) acadêmicos estagiários de Enfermagem e 3) técnicos de Enfermagem. Na entrevista, uma pessoa (pesquisador) vai fazer as perguntas para as pessoas que aceitarem participar desta pesquisa. As respostas serão gravadas em um gravador de som. O participante que não se sentir confortável para gravar a entrevista poderá participar por escrito.

3- Justificativa

A interação nos serviços de saúde levanta questões éticas que exigem uma reflexão cuidadosa tanto sobre o envolvimento de pessoas com HIV/Aids no processo de ensino-aprendizagem quanto sobre a qualidade do cuidado dispensado a essas pessoas. Nos hospitais com muitos estudantes, estagiários, equipe de cuidado e outros funcionários, torna-se um desafio saber como agir para não causar dano à pessoa com HIV/Aids durante os processos de cuidado e de ensino-aprendizagem. É provável que nesses casos ocorram problemas éticos. Assim a questão que se coloca é a seguinte:

será que os cuidadores das pessoas com HIV/Aids percebem algum problema ético durante os processos de cuidado e de ensino-aprendizagem envolvendo essas pessoas?

4- Benefícios

Não há benefícios diretos para os participantes deste estudo. Mas espera-se que os resultados direcionem práticas de assistência e ensino não só com as pessoas com HIV, mas com outras pessoas internadas.

5- Desconfortos e riscos

Não estão previstos desconfortos e nem riscos para os participantes deste estudo. Mas, caso algum participante não se sinta confortável para entrevista depois de aceitar participar, tem o direito ou de participar por escrito ou de abandonar a pesquisa a qualquer momento.

6- Danos

Não há danos previsíveis para os participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Caso os entrevistados não se sintam à vontade para dar entrevistas, se quiserem poderão participar por escrito.

8- Confidencialidade das informações

É totalmente garantida a confidencialidade, o sigilo e o anonimato a todos os participantes da pesquisa. Nenhuma identificação dos participantes será divulgada ou disponibilizada a outras pessoas.

9- Compensação/indenização

Não estão previstas compensações e nem indenizações, uma vez que não há previsíveis danos e nem riscos aos participantes.

10- Outras informações pertinentes

Lembre-se que você tem o direito de desistir desta pesquisa, se você quiser. Para isso é só contatar um dos pesquisadores.

11- Consentimento

Li e entendi as informações desta pesquisa. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas de forma satisfatória. Estou assinando voluntariamente este formulário, indicando minha autorização para participar desta pesquisa. Se depois eu decidir não participar mais, sei que tenho o direito de retirar este formulário. Receberei uma cópia assinada deste formulário.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome do coordenador	Assinatura do coordenador	Data

Contatos dos Pesquisadores responsáveis

Dra. Glória
E-mail: limamgbs@gmail.com

Cremildo
E-mail: cjbaptista@ufmg.br

ANEXO

Anexo A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  **Unimontes**
COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 03 de dezembro de 2011.

Processo Nº 3134

Título do projeto: Percepção de dilemas éticos pelos preceptores, acadêmicos e pacientes HIV positivos nos processos de assistência e ensino-aprendizagem em enfermagem.

Equipe técnica:

Maria Da Glória Lima
Cremildo João Baptista

Histórico:

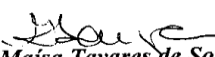
Objetivo Geral: Verificar a percepção de ocorrência ou não de situações eticamente conflituosas nos processos de assistência e ensino-aprendizagem no Manejo Clínico de HIV em Enfermagem. **Objetivos Específicos:** Averiguar a percepção ou não pelos preceptores do Estágio Supervisionado Hospitalar em Manejo Clínico de HIV de ocorrência de conflitos éticos nos processos de assistência e de ensino-aprendizagem envolvendo pacientes HIV; Verificar a percepção ou não pelos acadêmicos do Estágio Supervisionado Hospitalar em Manejo Clínico de HIV de ocorrência de conflitos éticos nos processos de assistência e de ensino-aprendizagem envolvendo pacientes HIV; Apurar a percepção ou não pelos pacientes HIV positivos envolvidos no Estágio Supervisionado Hospitalar em Manejo Clínico de HIV de ocorrência de conflitos éticos nos processos de assistência e de ensino-aprendizagem. Trata-se de um estudo qualitativo de cunho exploratório e descritivo. A pesquisa será realizada com três categorias de sujeitos: enfermeiros preceptores do Estágio Curricular Supervisionado em Manejo Clínico de HIV; acadêmicos de Enfermagem inseridos no Estágio Curricular Supervisionado em Manejo Clínico de HIV; pacientes HIV positivos envolvidos no Estágio Curricular Supervisionado em Manejo Clínico de HIV. Obter-se-á uma amostra representativa definida por saturação. O estudo será realizado nos quartos para pacientes HIV da Ala A do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUFC) em Montes Claros, Minas Gerais. Os dados serão coletados em entrevistas semi-estruturadas

Mérito:

A interação com os pacientes HIV traz perguntas que exigem uma reflexão ética e subjetiva no processo de ensino aprendizagem

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 3134, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto.


Prof.^a Maisa Tavares de Souza Leite

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes