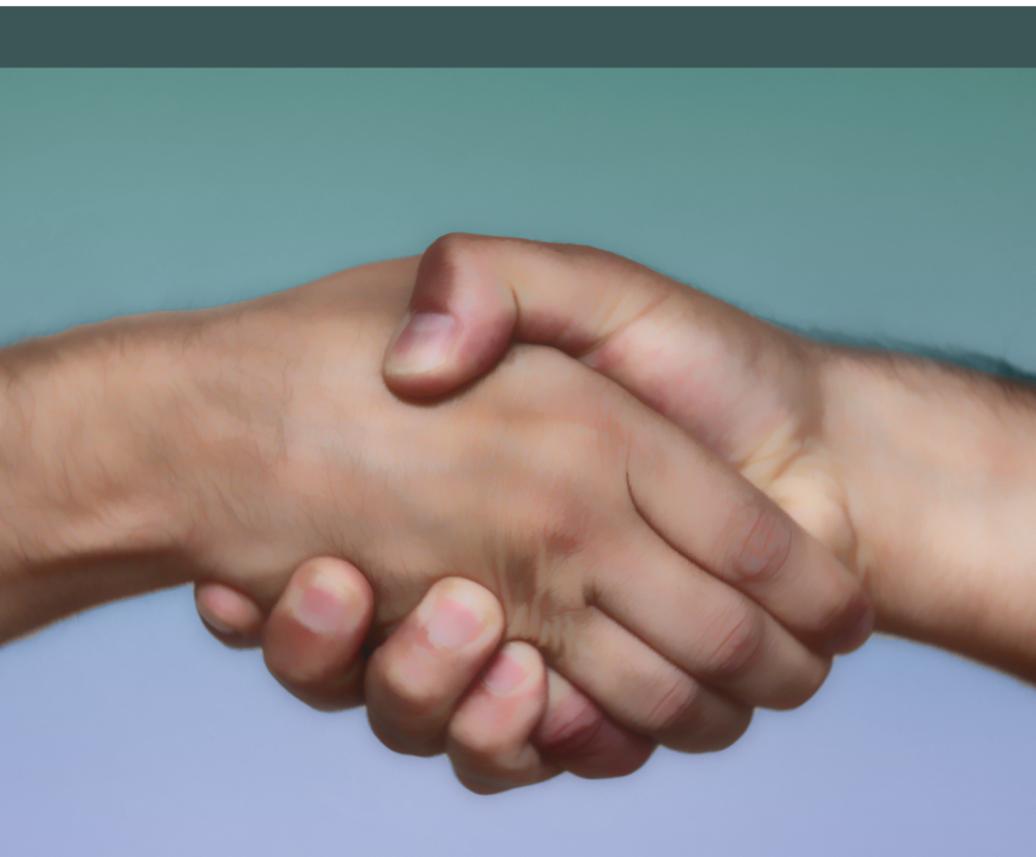


RELAÇÕES E CONFLITOS ÉTICOS NA PRÁTICA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Déborah Pimentel



Conselho Federal de Medicina

RELAÇÕES E CONFLITOS ÉTICOS NA PRÁTICA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Déborah Pimentel

Brasília, 2017

Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros

Copyright© 2017 – Déborah Pimentel

Conselho Federal de Medicina

SGAS 915 – Lote 72

CEP: 70390-150 – Brasília/DF – Brasil

Fone: 55(61) 3445-5900

Fax: 55 (61) 3346-0231

www.portalmédico.org.br – *E-mail:* cfm@portalmédico.org.br

Supervisão editorial:

Paulo Henrique de Souza

Copidesque e revisão:

Tikinet

Projeto gráfico:

Quality Gráfica e Editora

Tiragem:

1.000 Exemplares

Catálogo na fonte: Eliane Maria de Medeiros e Silva – CRB 1ª Região/1678

Pimentel, Déborah.

Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros. / Déborah Pimentel. - Brasília: CFM, 2017.

388 p.

ISBN 978-85-87077-41-7

1. Exercício da medicina – conflitos éticos. 2. Exercício da enfermagem – conflitos éticos. I. Título.

CDD 610.696

Sumário

ACHADOS E DESAFIOS NA ÉTICA DAS RELAÇÕES	9
APRESENTAÇÃO	13
PREFÁCIO	17
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Conceitos de ética	30
1.2 Habilidades de comunicação	32
1.3 Relevância e motivação para a pesquisa	33
2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	39
2.1 Panorama atual: ética e erros	39
2.2 Conflitos éticos nas relações entre profissionais.....	42
2.3 Conflitos éticos nas relações entre profissionais e pacientes.....	66
2.4 Conflitos de interesse que interferem na relação com os pacientes	120
2.5 Considerações sobre a literatura.....	182
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	185
3.1 Os questionários	185
3.2 Os grupos focais.....	186
4 COMENTANDO ACHADOS E DESAFIOS	339
REFERÊNCIAS	355
SOBRE A AUTORA	387

ACHADOS E DESAFIOS NA ÉTICA DAS RELAÇÕES

Ao longo de alguns anos, tive o privilégio e o prazer de acompanhar a Prof. Dra. Déborah Pimentel em suas produções científicas de mestrado e doutorado. Não consistiu exatamente em uma orientação, mas em parceria. Ela sempre se mostrou competente, disciplinada, culta, inteligente e capaz de socializar o vasto conhecimento e experiência, de modo que esta parceria se refletiu no caminhar de um grupo – “Estudos teóricos, práticos, históricos e culturais em saúde” – e no estabelecimento de uma amizade que extrapola a academia e ganha terreno no crescimento pessoal de cada um de nós.

Sua obra, pautada no desejo de contribuir com a formação e a prática dos profissionais de saúde, especificamente no campo árido e controverso da ética das relações, revela os problemas, os conflitos e a percepção dos profissionais, apontando, inclusive, a partir dos sujeitos da pesquisa e de reflexões e conclusões lógicas, possíveis ações e condições para seu enfrentamento e melhoria.

A ética, por si mesma, é um tema que requer muito conhecimento e, quando objetiva a prática, exige principalmente coragem para tratar, pois busca o que está subjacente aos preceitos teóricos. A prática e seus conflitos situam-se no interdito, no negado, não fosse somente pelo sofrimento que causa, pelos tabus criados em torno das situações vividas, mas também pela impotência gerada pelo desconhecimento do como enfrentar essa prática, já que a teoria é, em si, literalmente “teórica”, fria e deontológica.

A autora considera as relações éticas entre profissionais e deles com pacientes e familiares como pilares para garantir a eficácia e o sucesso do tratamento, bem como para reduzir possíveis erros. E já inicia colocando sob a égide da ética o alcance dos principais objetivos dos cuidados em saúde: a eficácia, a segurança e as relações entre os sujeitos desses cuidados.

Parte dos achados de sua pesquisa de mestrado, na qual buscou conhecer a saúde mental dos profissionais de saúde, destacou como um dos problemas centrais a “fragmentação das relações pessoais que minam o trabalho de equipe, trazendo conflitos de toda ordem, inclusive os éticos”.

Como professora de disciplinas que abordam a ética em duas universidades em Sergipe e como profissional e estudiosa da saúde mental, nesta pesquisa fez uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional no espaço de cinco anos.

A partir de um questionário aplicado, selecionou os principais aspectos abordados pelos respondentes e compôs grupos focais com médicos e enfermeiros, separadamente, nos quais identificou e discutiu as categorias de análise centrais abordadas por eles: os conflitos éticos vivenciados na prática profissional, seja com os pacientes, com os profissionais entre si, seja da mesma ou de outra categoria profissional e conflitos com os gestores e instituições empregatícias; questões relacionadas ao ensino da ética na formação profissional; conflitos de interesse em relação a instituições de saúde ou à indústria de medicamentos ou insumos; problemas ligados à escolha da profissão ou da especialidade, abordados especificamente pelos médicos; condições favoráveis ou desfavoráveis ao enfrentamento dos conflitos.

Ganhou especial destaque nas discussões o tratamento diferenciado de pacientes a depender de sua vinculação ao sistema público ou particular, o abandono de plantões ou a negação de assistência, a sobrecarga e as más condições de trabalho e os conflitos de interesse.

Não me cabe aqui tirar do leitor o prazer da descoberta, pois a obra é muito mais rica do que se pode dizer em curto espaço.

Gostaria, entretanto, de salientar o valor de uma pesquisa qualitativa em temas desta ordem, uma vez que as tradicionais técnicas de análise, utilizando-se dos recursos estatísticos, hegemônicos na

academia, não seriam capazes de mostrar a riqueza dos achados, muito menos dar a perceber sua ancoragem e objetivação.

Nesta, considera-se que a representação de um indivíduo insere-se na representação de um grupo social do qual faz parte, dado que cada indivíduo estrutura seus esquemas mentais a partir de aspectos individuais, sociais, culturais e históricos nos quais se ancora. Segundo a teoria das representações sociais, sistematizada por Moscovici, quando um indivíduo objetiva uma representação, um conceito, uma percepção ou uma opinião, ele o faz enquanto sujeito e enquanto membro de seus grupos de pertença, por imagens ou por silêncios eloquentes, tais como assentimento de cabeça, risos com suas mais diversas nuances, entre outras formas de linguagem não verbal, sendo que, na presente pesquisa, somente as expressões verbais foram registradas e apenas quantificadas para mostrar a expressividade de certos núcleos de sentido.

O que a autora tinha como pressuposto e o que apresenta em seus resultados e discussão é que os sistemas culturais nos quais esses sujeitos se inserem nem sempre lhes permitem responder aos seus objetivos profissionais e pessoais, levando-os a conflitos, inclusive éticos, que trazem como consequência a baixa qualidade do cuidado e o sofrimento mental.

Moraes, em sua obra *Filosofia da cultura*, referindo-se a esses sistemas culturais, discorre sobre o sistema adaptativo, tendo o indivíduo a necessidade de coincidir com seu mundo, mas também incidir sobre ele; sobre o sistema associativo, onde esse sujeito precisa, mais do que coexistir, conviver, criar laços; e sobre o sistema ideológico, onde há a necessidade de exprimir-se, veiculando, em termos de razão e emoção, sua capacidade criadora.

O leitor, a partir desta obra, chegará às suas conclusões de como estão esses indivíduos, nós, profissionais da saúde e outros, em relação às nossas necessidades e às dos outros, parceiros ou clientes, dentro dos sistemas culturais nos quais vivemos, desafiando a ética e qualquer outra dimensão humana a que nos proponhamos analisar.

APRESENTAÇÃO

Os estudos concernentes à saúde mental dos profissionais da saúde têm crescido bastante nas últimas décadas no mundo e no Brasil, haja vista a importância social da saúde como um dos direitos humanos assegurados nas constituições dos países de regime político democrático. A Constituição Federal da República do Brasil, assentada em raízes humanísticas, assegura ao cidadão o dever do Estado de lhe prestar atendimento amplo e de boa qualidade por intermédio de profissionais qualificados, aplicando conhecimentos técnicos sustentados por valores éticos.

Nesse sentido, várias pesquisas têm sido desenvolvidas no âmbito dos profissionais que cuidam da saúde da população, dada a grande responsabilidade de seu trabalho em recuperar e manter as condições salutaras que permitam aos cidadãos boa qualidade de vida. Em razão dessa singular atividade humana, é certo também que, na maioria das vezes, esses profissionais, que têm como fundamento ético o bem e o zelo pelos pacientes, são submetidos a vários fatores que direta ou indiretamente interferem nos resultados de seus trabalhos e nos vínculos relacionais de trabalho que mantêm entre eles.

No contexto social do mundo atual, o surgimento e os avanços da tecnologia contemporânea, com o advento das especializações e supraespecializações profissionais, as dificuldades da comunicação interprofissional, as interferências e interposição dos planos de saúde, as dimensões sociorrelacionais dos vínculos contratuais do trabalho, a excessiva carga de trabalho (trazendo em consequência muitos agravos à saúde física e mental dos profissionais de saúde) são importantes fatores a que são submetidos os profissionais de saúde que interferem na eficácia e eficiência de suas atividades profissionais. Nesse quadro, também é certo que surgem conflitos entre os profissionais em razão das interfaces de suas práticas de trabalho.

Como nos situamos como membros de grupos, quando, no dizer de Bruner, a complementariedade é a base do funcionamento social? Como nos comportamos em relação às necessidades dos que a nós confiam suas necessidades de saúde?

Eis o cenário que a mera teoria não apresenta, mas que é apresentado, com todas as cores, nos sujeitos desta pesquisa, e que tão bem analisa a professora Déborah Pimentel.

Como docentes e formadores, como membros de grupos de decisão ou de outras instâncias de poder, incube-nos analisar de que maneira estamos contribuindo para incrementar uma formação que priorize a ética, a complementariedade, as condições de vida e trabalho, as relações sociais, a responsabilidade.

Cada leitor se situa dentro de uma ou mais partes desse cenário.

E a autora nos brinda com as possibilidades de conhecimento e análise de tal realidade: eis nosso presente; e com as possibilidades de reflexão e tomada de decisão sobre o que fazer diante dos fatos: eis nosso desafio.

Prof. Dra. Maria Jésia Vieira
Universidade Federal de Sergipe

É em tal contexto social que a doutora Déborah Pimentel, médica e psicanalista, professora da disciplina de Medicina Legal e Deontologia da Universidade Federal de Sergipe e professora de Habilidades de Comunicação da Universidade Tiradentes, doutora em Ciências da Saúde, vem desenvolvendo seu trabalho, no âmbito do conhecimento das relações interprofissionais, tendo publicado artigos científicos, textos para jornais e revistas em geral, sendo excelente exemplo de sua dedicação ao complexo tema o livro publicado em 2005, *O sonho do jaleco branco: saúde mental dos profissionais de saúde*. De personalidade inquieta e perquiridora, em razão de sua produtiva atividade profissional, tem se constituído uma das novas expressões da intelectualidade sergipana.

Convidado a escrever a apresentação deste livro, o faço com muita satisfação e apreço. Trata-se de excelente contribuição ao melhor conhecimento, pelo seu ineditismo, das questões relativas ao tema. Com percuciente análise dos dados colhidos em exaustivo trabalho, procura elucidar vários aspectos dos conflitos existentes entre os profissionais de saúde. Tendo como pano de fundo a ética desses profissionais, põe na pauta do dia a visão inédita sobre os conflitos coletivos vivenciados por eles, ainda mais considerando que o prestígio e o respeito de que gozavam no passado estão se modificando radicalmente.

No mesmo diapasão analítico, busca iluminar o mundo em que se exercitam esses trabalhadores, ao chamar a atenção dos gestores para a necessidade de apoio institucional para que a dignidade de seu trabalho possa ser exercida sem as amarras que ainda persistem, uma vez que as autoridades não se deram conta da necessidade de melhor atender esses profissionais.

Ao escrever este livro, a autora nos brinda com uma excursão ao mundo dos conflitos existentes entre os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, e dos médicos entre si, tendo como referência fundamental o cuidado e o zelo com o paciente. Assim, faz análise profunda desses aspectos nos capítulos que tratam do panorama atual dos erros éticos, dos conflitos nas relações

entre profissionais, e entre eles e os pacientes, da relação entre médicos, entre médicos e enfermeiros, sem se esquecer do relacionamento deles com os familiares, além de se debruçar sobre a ética na saúde pública, a relação da indústria e da publicidade com a medicina, o substrato da legislação em vigor, os eventos científicos, o envolvimento dos estudantes. Sem dúvida, consiste em excelente contribuição ao entendimento e reflexão de tão complexo campo da atividade humana, acrescentando mais um contributo de real valor à produção literária científica, dirigido especialmente para os profissionais de saúde e em especial aos gestores e aos conselhos das profissões analisadas.

Espero que outros trabalhos na mesma linha de pesquisa da antropologia social possam ser produzidos e que permitam aprimorar a formação e o exercício ético dos médicos, enfermeiros e profissionais de saúde em geral. Tenho certeza de que este livro, escrito em texto escorreito e acessível, dirigido em especial ao mundo acadêmico, permite também ao leitor não especializado no tema melhor entendimento da complexidade do assunto ao lhe dar instrumentos para refletir sobre aspectos ainda desconhecidos do relacionamento existente entre profissionais, pacientes e instituições de saúde.

Prof. Henrique Batista e Silva

Secretário-geral do Conselho Federal de Medicina

PREFÁCIO

Lembro-me perfeitamente do dia em que Déborah Pimentel fez a defesa pública de sua tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. A leitura prévia da tese impressionara-me sobremaneira; o estudo sobre a ética das relações entre médicos e enfermeiros e os conflitos por eles vividos no cotidiano de suas práticas profissionais, tema extremamente árido, é tratado ali com tão esmerada competência, que me fez sugerir a publicação da tese em forma de livro. Sinto-me duplamente recompensado; primeiro, por ter dividido com os demais membros da banca o privilégio de ter participado do momento mais significativo da qualificação acadêmica de Déborah e, segundo, por ter sido distinguido com a honra de prefaciar o livro que está destinado a ser importante referencial na área da ética comunicativa.

Atribui-se a Sócrates a afirmação que uma vida não examinada não merece ser vivida. Separado de Sócrates por 1.500 anos, Émile Durkheim, fundador da moderna sociologia, prelecionou que a vida social estrutura e gera significados para a existência humana. Os fatos sociais são determinantes para favorecer a harmonia social, sendo erigidos pela soma das consciências individuais de todos os membros da comunidade. Em síntese, uma vida somente terá sentido se submetida à detida reflexão sobre os autênticos vínculos e compromissos comunitários que foram estabelecidos ao longo da existência de cada um de seus componentes. Apresentação mais poética do mesmo tema encontramos nos versos do poema *Meditação 17*, de John Donne:

*Nenhum homem é uma ilha isolada em si mesmo;
todo homem é um pedaço do continente, uma parte da terra firme;
a morte de qualquer homem me diminui,
porque sou parte do gênero humano,
e por isso não me perguntes por quem os sinos dobram;
eles dobram por ti.*

A pesquisa de Déborah expõe o cenário caótico e litigioso imperante no âmbito da assistência médica. O fato é conhecido por todos que militam na área; entretanto, não sabíamos o quão profundo e dramático se apresenta. As evidências colhidas das entrevistas dos profissionais, sujeitos da pesquisa, suscitam duas questões, a nosso ver essenciais, quais sejam: como qualificar profissionais para além do território das habilidades técnicas e forjar cidadãos solidários e cooperativos, e como favorecer o desenvolvimento de uma comunidade de amigos e não de estranhos morais? Se considerarmos os ensinamentos de Sócrates, Durkheim e John Donne apenas como belas expressões do pensamento humano, faz-se imperioso reconhecer que urge implementar as diretrizes enunciadas pela UNESCO para a formação universitária no século XXI, expressas por meio de quatro pilares: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a **ser** e aprender a **viver junto**. Os dados trazidos à tona pelo presente estudo demonstram que, embora estejamos formando profissionais com adequados conhecimentos teóricos e dotados de grandes habilidades técnicas, quase nada conseguimos no sentido de prepará-los para viver numa sociedade complexa como a contemporânea e, acima de tudo, não os estamos preparando para cultivar em suas vidas pessoais o valor da solidariedade, o que os condena à condição de reféns do mesquinho território do individualismo inconsequente. Os resultados da pesquisa evidenciam o enorme despreparo de enfermeiros e médicos nas dimensões do ser e do viver juntos. Apenas a título de exemplo, elencaremos algumas graves distorções de comportamento, como a situação de enfermeiros e médicos com inúmeros empregos que abandonam os plantões antes da chegada dos colegas que deverão substituí-los; profissionais que sistematicamente desrespeitam os pacientes e subestimam o trabalho de seus companheiros de equipe; médicos e enfermeiros que desconsideram as normas dos respectivos códigos de ética; médicos que aceitam acordos de trabalho em condições de evidentes conflitos de interesses; ou, ainda, enfermeiros que convivem com colegas de profissão que superestimam a autopromoção pessoal e descumprem acordos previamente estabelecidos por sua própria categoria. Assim comportam-se os profissionais de saúde, incapazes de reconhecer que somente o exercício interdisciplinar

cooperativo poderá garantir ambiente de trabalho saudável. Resulta desses desajustes o precário atendimento prestado aos pacientes que buscam por assistência, o que acaba por transformar uma relação que deveria ser amistosa entre profissionais de saúde e pacientes em ambiente de litígio, como se fossem estranhos morais. Impossível, diante de tal realidade perversa, esperar que prospere uma ordem solidária, circunstância essa que, somada às insatisfatórias condições de trabalho presentes nas unidades públicas de saúde, faz da existência desses profissionais algo parecido com o inferno de Dante.

Profissionais de saúde e pacientes, fisicamente tão próximos e afetivamente tão distantes, sequer se olham ou se tocam – em verdade, sequer se respeitam. Pratica-se, desse modo, o mais iníquo modelo de assistência cega e surda. Surda porque o paciente, não acolhido como sujeito, perde a condição de interlocutor autônomo. Cega porque, limitada a compreender a doença apenas como variáveis anatomopatológicas e bioquímicas, não reconhece o ser humano como realidade biopsicossocial e espiritual. O século XX tornou real o mais extraordinário desenvolvimento da tecnologia biomédica, ao mesmo tempo que reduziu a credibilidade atribuída aos profissionais de saúde. Os pacientes confiam na medicina tecnológica e desconfiam do médico, consideram como inteiramente verossímeis as informações fornecidas pelos equipamentos e subestimam as avaliações clínicas do profissional. Na mesma proporção em que cresce em importância o fascínio pela biotecnologia, decresce o prestígio do médico enquanto profissional dotado de conhecimentos suficientes para estabelecer juízos diagnósticos. Médico e paciente pouco se olham, ambos fascinados e cativos dos sofisticados aparatos de semiologia armada. Junte-se a isso a intervenção de empresas de medicina de grupo ávidas por lucros, instituições de ensino guiadas exclusivamente por interesses financeiros, e teremos como resultado o caos que atualmente impera na assistência médica do país, fato muito bem evidenciado nesta obra. Aparelho formador precário, profissionais mal remunerados, uso abusivo e inadequado de exames subsidiários constituem os ingredientes desse indigesto banquete que é oferecido à população.

Como resgatar a verdadeira *philia* hipocrática numa sociedade que subestima o valor do ser humano e privilegia o lucro a qualquer custo? Lain Entralgo propõe três princípios fundamentais para reaproximar profissional de saúde e paciente numa relação respeitosa e cooperativa – **princípio da máxima capacidade técnica**: o profissional precisa ter esmerada formação profissional que o habilite a utilizar com sensatez todo instrumental técnico que a ciência lhe oferece; **princípio da obra bem feita**: o profissional deverá utilizar sua capacidade intelectual e conhecimento técnico tendo como guia moral o bem do paciente; e **princípio da autenticidade do bem**: em situações de conflito moral, deve o profissional atender preferencialmente o autêntico interesse do paciente.

O ato médico é descrito por Schraiber como “colóquio singular”, espécie de dueto que não comporta no silêncio do consultório senão dois personagens, o médico e o paciente. Trata-se de encontro contido no espaço e no tempo, que tem início em relato de sofrimento pessoal do enfermo, continua com a entrevista, seguida do exame físico e completa-se com o momento de despedida amparada em esperança realista. Percebe-se uma unidade de tempo, lugar e ação. Poucas profissões gozam do privilégio de poder compartilhar e cuidar do sofrimento humano como aquelas que se dedicam à área da saúde. O ato médico, portanto, não pode jamais ser realizado a partir de atitudes de desrespeito, pois o paciente é um fim em si mesmo e portador de dignidade, como nos ensinou Kant.

O ser humano é descrito pelo teólogo Leonardo Boff como sagrado, sujeito de história pessoal e principal protagonista na construção da sociedade humana e capaz de conviver e dialogar com os mistérios do mundo, pergunta pelo último sentido da vida e comunga com o outro reconhecendo nele a imagem do Criador. Entretanto, na percepção do cientista político norte-americano Peter Drucker, não mais existiria salvação para a sociedade moderna, por ela não contar com recursos institucionais sólidos que possam garantir um mínimo de convivência comunitária saudável. A responsabilidade pela segurança pública, pela saúde e educação foi terceirizada por decisão do Estado. Por outro lado, cresce na comunidade humana

a superestimação do indivíduo como única unidade de medida, e todos os meios de comunicação social alardeiam com irritante insistência a mensagem que as únicas normas de comportamento pessoal a serem perseguidas devem ser a de consumir sempre mais e mais tudo o que o mercado oferecer e de aproveitar ao máximo as cartas que cada um dispõe para usá-las como trunfo, com a finalidade de impor suas vontades pessoais aos demais participantes do tabuleiro do jogo social. Esse, lamentavelmente, parece ser o roteiro que a sociedade atual escolheu percorrer, o do individualismo acrítico, dos estranhos morais, do “salve-se quem puder”, o que acaba por redundar em perturbadora anomia ética, circunstância tão bem identificada no estudo de Déborah.

Alguns autores, entre eles Zygmunt Bauman, consideram que o respeito a valores tradicionais como amizade, afeto e responsabilidade perderam consistência na pós-modernidade, assumindo importância o cultivo do individualismo, do hedonismo, do consumismo, o que deu origem a um modelo de comportamento que guarda sintonia com a velocidade das mudanças econômicas, tecnológicas e culturais que caracterizam a sociedade contemporânea marcada pela impermanência e a incerteza. A esse novo mal-estar civilizatório Bauman atribui o nome de “sociedade líquida”.

Como membros de tal comunidade, profissionais de saúde e paciente passam igualmente a sofrer do mal do distanciamento interpessoal, o que nos permite entender, pelo menos em parte, a atual condição de estranhos morais, tão eloquentemente expresso nos dados colhidos pelo presente estudo. Outra conclusão igualmente importante do trabalho conduzido por Déborah pode ser extraída do conteúdo das entrevistas dos profissionais médicos ao referirem-se à insuficiente carga horária destinada ao ensino da ética na graduação, ainda caracterizado por visão marcadamente deontológica, o que é insuficiente à adequada formação para que os profissionais estejam habilitados para o enfrentamento de conflitos morais presentes em suas ações cotidianas. Durante o período de formação acadêmica, os profissionais de saúde aprendem a realizar diagnóstico e tratamento de inúmeras doenças

ameaçadoras da vida; entretanto não basta saber efetuar diagnóstico de inúmeras moléstias, das mais simples às mais complexas, nem mesmo aprender com riqueza de detalhes todos os sintomas e sinais das doenças e de suas possíveis alternativas terapêuticas, sem que se saiba reconhecer o ser humano biográfico que padece das enfermidades. Quem são essas pessoas, seus valores morais, espirituais e sociais? Em *O nascimento da clínica*, Michel Foucault descreve com precisão que o doente é a doença que adquire traços singulares, dada com sombra e relevo, modulações, matizes, profundidade, e que a tarefa do profissional de saúde ao descrever a enfermidade deverá ser a de organizar cuidadosamente todas as diferentes dimensões do adoecimento daquela pessoa. Não basta, portanto, saber o tratamento de doenças; é preciso saber tratar de seres biopsicossociais e espirituais que padecem de qualquer enfermidade.

Desafortunadamente, a consulta médica realizada hoje aponta para a frustrante realidade que pode ser resumida nas seguintes etapas: atender o paciente em tempo bastante limitado, prescrever qualquer droga para controlar o sintoma principal e desfazer-se o mais rapidamente possível desse incômodo e mal pago compromisso. Frente às dificuldades já apontadas, fica evidente o prejuízo imposto à arte de bem cuidar, motivo que oferece sentido à medicina. A questão essencial que o estudo do ser humano histórico traz diz respeito à complexidade de sua vida e destino, individual ou social. Ao longo de vinte séculos, a humanidade parece não ter se dado conta do valor intrínseco da pessoa. Quando em 1783 Kant expressou sua convicção da racionalidade humana como saída do estado de menoridade moral, fato que decorreria da incapacidade de fazer uso de seu próprio juízo sem a intermediação de outrem, inaugurou nova proposta de humanidade. Passados dois séculos, assistimos o ideal kantiano da plena autonomia da pessoa humana ser reduzido ao que se convencionou chamar de ética da realização pessoal. Emmanuel Lèvinas propõe a conduta de transcender-se para o outro, numa relação interpessoal que denomina *alteridade*, nova alternativa para superar o universo utópico kantiano, que privilegiaria **o aqui e o agora** da vida humana, unindo transcendência

e cotidiano, razão e prática. A relação com o outro seria, segundo o filósofo, efetivada no *face a face* e o sentimento de alteridade não mais gerado pela forma ou natureza dos seres, mas revelado pela epifania do rosto do outro. A missão de cada pessoa não seria simplesmente **ser**, mas **ser para**. O modelo **um-para-outro** quebraria a hegemonia do “eu isolado”, buscando a construção de uma sociedade humanizada pela fraternidade. A questão que permanece sem resposta e atravessa séculos de história da humanidade, contudo, é se este ser ideal concebido por Lèvinas poderá subsistir numa sociedade crescentemente cognitivista, materialista, competitiva e individualista.

Por outro lado, pela primeira vez na história o ser humano é instado a elaborar soluções razoáveis e prudentes diante de complexos problemas morais. Surge, portanto, a urgência de erigir novos marcos para uma ética de responsabilidade solidária, o que os modelos éticos fundados no sujeito isolado mostraram-se incapazes de fazê-la. Assim sendo, a busca de respostas aos desafios da modernidade haverá de passar não só pela reestruturação do aparelho formador, mas, particularmente, pela escolha de uma metodologia de ensino de ética compatível com os novos questionamentos apresentados pela sociedade, o que necessariamente incluirá a integração de diferentes disciplinas acadêmicas que permitam reconhecer o ser humano em sua complexa realidade biográfica. Diante das circunstâncias, assume importância o roteiro proposto pelo processo deliberativo inspirado na ética comunicativa de Jurgen Habermas. Segundo meu ponto de vista, aqui reside a maior contribuição do estudo conduzido por Déborah ao mostrar a importância de implantar esse novo processo dialógico no exercício das profissões da área da saúde. Em bioética clínica, a deliberação oferece plataforma segura para que profissionais de saúde adotem decisões mais razoáveis e prudentes diante de conflitos morais complexos que se encontram presentes em suas práticas cotidianas. Importante, para tanto, recordar o ensinamento de Van Rensselaer Potter, ao considerar a bioética como “uma ponte para o futuro” ao mesmo tempo em que nos pede que a pensemos como nova ética da ciência, que combine humildade, responsabilidade e competência em

perspectiva interdisciplinar, intercultural e que potencialize o verdadeiro sentido de humanidade.

Guiados por esse mantra potteriano, pela ética discursiva habermaseana e pelo modelo de tomada de decisão clínica formulado por Diego Gracia, podemos contar com um instrumento de ética aplicada à solução de conflitos morais conforme as seguintes etapas: a) **esfera da objetividade científica**: espera-se que os profissionais de saúde, sendo conhecedores dos dados clínicos referentes ao diagnóstico, ao prognóstico e às possíveis alternativas terapêuticas da doença que afeta o paciente, lhe expliquem devidamente todas as possíveis condutas a serem adotadas. Obviamente, essa etapa, tanto quanto as seguintes, não terá amparo ético se conduzida com assimetria dialógica ou valendo-se de qualquer tipo de coação; b) **esfera dos valores e identificação dos possíveis conflitos morais existentes**: nessa fase, diferentemente da anterior, profissionais e pacientes debruçam-se sobre valores subjetivos pessoais, o que exige condução cuidadosa do processo deliberativo, sendo vedado para os protagonistas qualquer tipo de tentativa de subestimar valores ou convicções do outro. Impõe-se, portanto, diálogo respeitoso, por mais distantes que sejam os valores morais defendidos por cada um dos interlocutores; c) **esfera das tomadas de decisões**: essa etapa decisiva constitui o momento em que profissionais de saúde e paciente, após longa deliberação sobre os dados objetivos oferecidos pela medicina baseada em evidências e considerando os valores morais explicitados por todos, procurem encontrar a alternativa de conduta clínica mais razoável e prudente possível. Para os que consideram que o exercício da medicina possa ser conduzido baseando-se simplesmente nos dados oriundos do conhecimento científico, cabe enfatizar que numa sociedade plural o protagonismo para a tomada de decisões privilegiará sempre a vontade do paciente como ser autônomo, cabendo aos profissionais de saúde a tarefa de esclarecê-lo e auxiliá-lo na busca de soluções que mais sejam compatíveis com o universo de valores e crenças pessoais livremente expressos por ele.

Para encerrar este breve e despretensioso comentário sobre a obra de Déborah Pimentel, resta apenas a singela tarefa de cumprimentar o leitor pelo privilégio de ter em mãos um livro que lhe proporcionará leitura agradável sobre tema árido e complexo como o da ética das relações interpessoais entre profissionais de saúde e paciente.

Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira

*Coordenador do Curso de Medicina
da Pontifícia Universidade Católica do
Paraná (PUCPR)/Campus Londrina
Editor da Revista Bioética do Conselho
Federal de Medicina*

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

As relações éticas entre profissionais de saúde e seus pacientes, familiares e comunidade e ainda inter pares, são um forte pilar para garantir não só a eficácia da adesão e sucesso dos tratamentos de saúde, como também reduzir impacto nas situações de erros, principalmente médicos, e fazer profilaxia de denúncias nos conselhos de classe e até na Justiça comum.

A medicina, arte milenar, sempre esteve calcada em duas vertentes éticas: relação médico-paciente e sigilo profissional. O médico era aquele que efetivamente se debruçava sobre seu paciente e tinha dele total confiança; aquele que salva e cura algumas vezes, mas consola, ou consolava, sempre (ASSAD, 1993).

O mesmo autor refere-se à doença como promotora de humilhações, depressão e angústia, e comenta que um médico capaz de respeitar a vulnerabilidade e a fragilidade de seu paciente é admirado e respeitado. Entretanto, no século XX, com o advento da tecnologia, a rapidez das comunicações, as superespecializações e a intermediação das seguradoras e planos de saúde, começaram a surgir as dificuldades nas relações médico-paciente (ASSAD, 1993).

A tecnologia e suas importantes conquistas e avanços favorecem, às vezes, as consultas mais curtas, e afastam o médico da cabeça de seu paciente. As mãos profissionais que antes tocavam e examinavam foram substituídas pela frieza cibernética. As superespecializações que impedem que o paciente seja visto como uma unidade dificultam os laços entre ele e o médico. Temos a tomografia no lugar da anamnese, a ultrassonografia em vez da palpação e percussão, o eletrocardiograma substituindo a ausculta. Os exames complementares passaram a ser os principais elementos da assistência médica, e a dimensão científico-tecnológica, seu valor

ético de maior destaque (ASSAD, 1993; NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2004; SIQUEIRA, 2008a).

Não se podem ignorar as dimensões científico-tecnológica e socio-relacional dos trabalhos dos médicos e dos enfermeiros vinculadas aos aspectos culturais, que implicam mudanças importantes na organização deles e que transformaram o modo com o qual o cuidado é produzido (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2004).

Outro aspecto relevante é a interposição institucional que, muitas vezes, impede que o paciente conheça seu médico e com ele estabeleça um vínculo, com consultas rápidas nas quais o médico desconhece até o nome de seu paciente, ou, apesar de examiná-lo, não é o profissional responsável diretamente por ele (ASSAD, 1993).

Tal dinâmica, em que vence o afastamento do profissional de saúde de seus pacientes, também acontece na enfermagem, uma vez que os enfermeiros ficam mais atentos às questões burocráticas e administrativas do que às assistenciais, quase sempre delegadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem, não sustentando, portanto, qualquer vínculo com os pacientes (HADLEY et al., 2007).

O insucesso do médico nos dias atuais é alvo da indústria do erro médico, na qual ele é denunciado e muitas vezes julgado pela opinião pública, que antecipa as condenações sem ater-se ao mérito da questão, em razão de um espetáculo midiático, em que a imprensa, os pacientes e o Ministério Público tornam-se algozes (ORTEGA; GARCÍA; ZÁRATE, 2008).

As iatrogenias, comuns à prática médica e à de enfermagem, podem ser mais bem enfrentadas quando há relação de aproximação, respeito e confiança entre profissionais e seus pacientes (ASSAD, 1993). Neste sentido, a ética ocupa-se basicamente das relações humanas e de seus juízos de valor (FARHA, 1993).

No cotidiano, as tensões no trabalho médico e no da enfermagem acontecem entre a objetividade da ciência, quase que matemática,

e a singularidade de cada paciente. Das equipes são exigidas iniciativa e criatividade em suas intervenções; os valores das ações terapêuticas e assistenciais são avaliados com base nos cuidados que as equipes devem oferecer sem se distanciar da ética, redimensionando os aspectos sociorrelacionais. É inadmissível, do ponto de vista ético, que os pacientes não recebam um serviço de excelência máxima devido às dificuldades administrativas de um hospital ou serviço, ou que a dignidade das relações interpares fique comprometida (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2004).

Outro ponto nevrálgico diz respeito às emergências, nas quais técnica e ética devem andar *pari passu* em situações que exigem atuação imediata. Nestes locais, pesquisadores afirmam que o trabalho é árduo e estressante, sem que os profissionais tenham alimentação ou repouso adequados. Da equipe é exigido cuidar, com o máximo de zelo e presteza, de vários pacientes ao mesmo tempo, em situações de condições de trabalho precárias. Muitas vezes, vê-se diante de conflitos éticos que aumentam com a injustiça social, verificando-se que o atendimento pode variar de acordo com o tipo de doença, o trauma, o *status* social do paciente e suas condições econômicas (OLIVEIRA, 2008; SOBANIA, 1993).

O trabalho em equipe multidisciplinar, necessário quando se trata de saúde, é um grande desafio, pois requer humildade dos participantes, tolerância, respeito, companheirismo e solidariedade. Contudo profissionais de saúde rivalizam e disputam poder dentro das instituições, prejudicando o próprio exercício profissional, além de comprometerem seus objetivos, que só serão atingidos coletivamente (D'ASSUMPÇÃO, 2003).

Para que as relações sejam satisfatórias é preciso que as pessoas se disponibilizem internamente para isso, o que depende dos processos emocionais subjacentes ao comportamento humano, das motivações relacionadas ao ambiente onde o trabalho é desenvolvido, das estruturas psicológicas destes atores, sentimentos e condições de tratamentos (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003).

1.1 Conceitos de ética

Para que se entenda o sentido do que vem a ser *relações éticas*, objeto maiordeste estudo, necessário se faz conceituar o que é ética e o que a antecede, a moral. Moral vem do latim, *morus*, que significa usos e costumes. Para Piaget (1935), a essência de toda a moralidade se traduz no respeito que o indivíduo sente pelo sistema de regras, definido como moral.

Segundo Abbagnano, em seu *Dicionário de Filosofia* (1970), moral é o mesmo que ética ou, ainda, é o objeto da ética, a conduta enquanto dirigida ou disciplinada por normas, o conjunto dos *morus*. A ética é compreendida no campo da ação, consagrada por normas, costumes, modo de viver e transmitida de pais a filhos, em razão de um sistema social que estabelece como convenção legal e moral aquilo que pode e o que não é permitido, de maneira que se preservem os espaços sociais conquistados.

O cerne da questão da ética está na reflexão sobre o conflito entre os indivíduos, não referente ao interesse pessoal, mas ao coletivo. As reações dos sujeitos diante de fatos ou situações geram sentimentos de culpa, remorso, prazer ou desprazer, raiva, empatia, solidariedade, confiança, desespero ou rebeldia. Estes sentimentos naturais levam os indivíduos a expressar juízos, analisar, avaliar, julgar, tomar decisões, por causa de um senso e consciência moral, que é universal (MARCOS, 1999).

A ciência é o cenário dos fatos e da objetividade existente fora dos indivíduos e a ética é o campo da subjetividade dos sujeitos e dos valores (desejos, atitudes, esperanças e preferências). O campo ético é estruturado pelos valores para a conquista do bem: “Do sentimento à intenção, da decisão à ação, a consciência moral emerge balizada nos valores concernentes ao bem e à busca da felicidade” (MARCOS, 1999, p. 84).

A consciência e a responsabilidade são pressupostos da ação ética e a vontade é a força de decisão do sujeito moral, livre das paixões e

que não pode ser coagida pelo desejo do outro. A filósofa Marilena Chaui (1995) aponta condições mínimas básicas para a existência de um sujeito ético, quais sejam: ser consciente de si e dos outros; ser livre, sem constrangimentos sobre sua autonomia e deliberações; responsável pelas suas decisões e ações como causa e consequência sobre si mesmo e sobre os outros; ser capaz de harmonizar, por vontade própria, desejos e sentimentos, impulsos, tendências e preconceitos com suas escolhas e ações conscientes.

A ação ética é aquela que torna o sujeito inseparável de sua práxis e consequências. Isto remete à noção de consciência moral, ou seja, o sujeito ético é aquele que sabe o que faz, o que o motivou e responde pelo seu desejo e ação (CHAUÍ, 1995).

O estudo da moral e da ética implicados nos avanços da medicina, nas novas descobertas científicas, nas pesquisas com fármacos e na engenharia genética, leva à construção de um novo conceito, o da ética da vida, ou simplesmente bioética. Esta concepção surgiu para regulamentar estudos e pesquisas com o objetivo de manter a dignidade humana ao tempo em que atende as demandas das ciências na atualidade (ENGEL, 2004; LEOPOLD, 1989; POTTER, 1970).

Potter tinha como primeira proposta para a bioética, em 1970, a preocupação com a interação do problema ambiental com as questões de saúde. Em 1998, evoluiu seu conceito e apontou uma combinação que potencializa o sentido de humanidade trazido por esta nova ciência ética: a competência intercultural e interdisciplinar, a responsabilidade e a humildade (POTTER, 1998). Comte-Sponville (1977) lança mão de postulados de Jean Paul Sartre, que apregoa que “todos somos responsáveis por todos” e os de Dostoiévsky, quando afirma que “somos todos responsáveis por tudo, diante de todos”. Com estas premissas ele cunhou sua definição de bioética a partir da ideia de que ela “não é uma parte da Biologia; é uma parte da Ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do homem para com outro homem, e de todos para com a humanidade” (COMTE-SPONVILLE, 1977, p.61).

2. Modelo engenheiro: aquele em que o médico é mero executor, pois todas as decisões são tomadas pelo paciente.
3. Modelo colegial: aquele em que os poderes do médico e do paciente se revelam compartilhados e iguais.
4. Modelo contratualista, aquele que se baseia em um compromisso firmado, lado a lado: o médico preserva a autoridade derivada de seu saber, ao passo que o paciente participa ativamente das decisões de acordo com seu estilo de vida e valores éticos e morais.

Os pacientes, ainda que não tenham a ilusão sobre o envolvimento dos profissionais de saúde com seu sofrimento, exigem destes o interesse genuíno. Não obstante, médicos e enfermeiros defendem-se do sofrimento e da morte e se distanciam cada vez mais de seus pacientes, para evitar sua própria dor e seus limites (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2004).

A terceirização da mão de obra dos profissionais de saúde e, paradoxalmente, o progresso científico fazem que os serviços de saúde tornem-se desumanizados, com assistência médica tecnicamente eficaz, porém sem afeto. A frieza dos atendimentos empurra os pacientes para as práticas alternativas, às vezes ineficazes e que põem em risco suas vidas (SIQUEIRA, 2008a).

A medicalização da vida remete ao código moral e à bioética; as implicações desta última na conduta dos profissionais de saúde podem ter repercussões na dignidade das pessoas. O mau relacionamento entre pares também compromete a qualidade dos serviços prestados (HADLEY et al, 2007).

1.3 Relevância e motivação para a pesquisa

Neste início do século XXI, percebe-se que o prestígio social e o respeito de que os profissionais de saúde gozavam anteriormente

Quanto à deontologia, diz respeito aos valores morais associados a um sistema de controle de determinado conteúdo ético na área profissional que dá um caráter prescritivo. Os códigos deontológicos são instrumentos normativos de deveres e condutas, e sua lógica leva a uma avaliação e formulação de juízos sobre as ações no exercício profissional. As normas de conduta fazem-se presentes quer na vida pública, quer na privada, e deflagram conflitos de interesse coletivo ou individual, comprometendo as relações (FRANÇA, 2004).

Conclui-se, portanto, que *relações éticas* são aquelas desejáveis, harmônicas, estabelecidas a partir da verdade, do respeito e da confiança, dentro dos princípios morais e éticos, o mais próximo possível da retidão e em conformidade com o código deontológico.

1.2 Habilidades de comunicação

A palavra comunicação traduz, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999, p.517), “a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas”.

Quem procura um profissional de saúde, com expectativas, medos e dores, espera que este consiga mitigar seus males. A relação que se estabelece entre este profissional de saúde e seu paciente é baseada nas habilidades de comunicação do primeiro e, necessariamente, na confiança que ele inspira e, ainda, na compreensão do paciente de que o profissional tem limites e não faz milagres (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Sobre os modelos de relação médico-paciente, Veatch (1972) publicou artigo em que elenca os quatro encontráveis, quais sejam:

1. Modelo sacerdotal: aquele em que o médico se põe na condição paternalista, em posição de poder e autoridade plena sobre seu paciente, não ouve seus queixumes, dúvidas ou opiniões, não se envolve com este, que, por sua vez, se submete plenamente.

junto à comunidade estão desaparecendo. Parte disso diz respeito às relações precárias que existem hoje entre tais profissionais e pacientes e até mesmo entre aqueles, seus pares e equipe (ORTEGA; GARCÍA; ZÁRATE, 2008).

Pode-se inferir, inclusive, que os conflitos éticos são, entre outras, as possíveis causas dos atendimentos precários oferecidos nos serviços de saúde. A saúde passou a ser um bem de consumo, apenas mercadoria, e a doença, por sua vez, possibilidade de lucro. Nestas condições os serviços médicos e as próprias consultas configuram-se como meras unidades de produção, simbolizando a independência do ato técnico e seu isolamento como produção social (ROCHA, 2003).

As relações entre os sujeitos coadjuvantes da saúde são impostas pelo capitalismo em uma dimensão das relações de produção, principalmente com a saída do médico da condição de profissional liberal para a de assalariado, na qual este, muitas vezes, presta um serviço despersonalizado e marcado pela produção exigida. Entenda-se como assalariado não necessariamente apenas aquele que tem vínculo formal de emprego, mas também o que depende de convênios, cooperativas e planos de saúde que ditam as regras de atendimentos e interferem nos exames e procedimentos solicitados. A relação dos profissionais de saúde com seus pacientes se distancia e a maioria dos problemas da saúde está circunscrita à exploração econômica da atividade, fazendo que estes profissionais fiquem estressados e vejam seus pacientes e familiares como fontes de transtorno e aborrecimentos. Parte desta situação se dá em razão das altas expectativas dos pacientes sobre os profissionais, especialmente o médico, que, apesar de sua dedicação, sofre frustrações materiais e emocionais relacionadas às más condições de trabalho (FREITAS; OGUISSO; FERNANDES, 2010; PIMENTEL, 2005).

Pimentel (2005) apresentou o universo dos profissionais de saúde em Sergipe, alertando-os da necessidade do autoconhecimento e do reconhecimento dos perigos que o exercício profissional pode

promover para sua saúde mental. Entre os aspectos abordados pela autora, as relações éticas tiveram destaque, haja vista a fragmentação das relações pessoais que mina o trabalho da equipe, trazendo conflitos de toda ordem, inclusive ética.

A relação do profissional de saúde com o paciente mediada pela troca também se mostrou causa de problemas, considerando que, quando essa é insatisfatória, surgem as denúncias. Na mesma pesquisa, 3% dos profissionais de saúde revelaram que já sofreram denúncias em seus respectivos Conselhos Regionais, chamando a atenção também o percentual de respostas em branco (5%) a esta questão, o que pode sugerir a

possibilidade de um número de denúncias maior que o admitido. Entre as razões apontadas estavam: inveja de colegas de caráter duvidoso; concorrência desleal; demissão de colegas; discussão em pronto-atendimento; negligência com risco de morte e sindicância devido a óbito.

O aprendizado das práticas de saúde aponta, na maioria das vezes, apenas para as atitudes necessárias ao estabelecimento das técnicas propedêuticas. A empatia genuína, entretanto, não se ensina na academia, e, segundo Angerami-Camon (2002), trata-se de um sentimento que precisa ser resgatado nas práticas de saúde, principalmente pela importância da humanização dos serviços.

Pimentel (2005) propõe que as tarefas assistenciais sejam mais humanizadas e que os profissionais de saúde valorizem mais os aspectos interpessoais e escutem melhor seus pacientes; que, além dos conhecimentos e habilidades técnicas ligados às especialidades que exercem, busquem aprender como melhor interagir com os pacientes e suas equipes; que desenvolvam a capacidade de perceber as motivações das atitudes do doente; e que reconheçam neles mesmos os efeitos que tais comportamentos lhes promovem, tais como angústia, raiva e impotência ou ainda suas respectivas defesas diante da dor e sofrimento do outro, conforme também refere Nogueira-Martins (2002).

Diante das reflexões colocadas e dos resultados de sua pesquisa de 2005, em que aventa a necessidade de mais estudos, Pimentel orientou duas monografias sobre o ensino da ética nos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (BEZERRA, 2008; OLIVEIRA, 2008). Na ocasião, os alunos de ambas as graduações apontaram que o ensino da ética deveria ser mais precoce – segundo eles, quanto mais cedo tiverem contato com os conteúdos éticos, melhor será o entendimento destes conceitos e mais fácil será sua aplicação, especialmente quando chegarem às atividades práticas, e, ainda, possibilitará instrumentalização mais adequada, no sentido de dar-lhes mais discernimento crítico e reconhecimento dos melhores modelos éticos identificados em seus professores.

Ambos os estudos apontam conflitos éticos vivenciados no próprio hospital-escola, tais como: desrespeito dos professores para com pacientes, negligência, desentendimentos entre as categorias profissionais. Mostram também que recebem pouca ajuda de seus educadores no que diz respeito ao enfrentamento dos conflitos (OLIVEIRA, 2008).

Os estudantes de enfermagem referem também como conflito a solicitação médica de administração de medicamentos sem a prescrição no prontuário e a postura intransigente dos médicos diante de sugestões por parte da equipe de enfermagem (BEZERRA, 2008). Os de medicina indicam, ainda, arrogância, mau humor e maus tratos de alguns de seus professores para com os pacientes e para com os próprios alunos, desrespeitando, inclusive, a individualidade e autonomia do paciente; discussão clínica diante dos pacientes, revelando-se indiferentes ao seu sofrimento; críticas aos colegas profissionais, ao passo que são omissos e não reconhecem seus próprios erros (OLIVEIRA, 2008).

Preocupante é que, para superar inseguranças no trato com o paciente, promovidas pelo processo de aprendizado e falta de experiência, os alunos dependem da ajuda destes professores e de seus exemplos, uma vez que é durante a formação acadêmica que se

deve inculcar nos graduandos os recursos necessários para lidar com a dimensão humana na relação terapêutica. É nesse contexto que se destaca a importância das relações éticas dos profissionais de saúde com seus pacientes, seus pares e demais membros de equipe. Os conflitos éticos desencadeados pelas relações interpessoais não podem mais ser ignorados; a ética deve ser abordada com seriedade para que os profissionais de saúde reduzam seu sofrimento e promovam a reflexão sobre preceitos e valores, sustentados pelos códigos éticos e morais, sobre as práticas de saúde (PIMENTEL; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Sabe-se que uma melhor habilidade de comunicação entre profissionais, pacientes e interpares aumenta a qualidade dos serviços, levando inclusive a maior adesão ao tratamento, em razão de laço mais estreito com os profissionais, incrementando a capacidade resolutive e com menos sintomas psicossomáticos (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Em contrapartida, no que diz respeito aos profissionais, a melhora *das relações éticas* com seus pacientes, colegas da mesma categoria e dentro da equipe resulta em melhores condições de trabalho, refletindo-se sobre seu bem-estar, satisfação no trabalho e saúde física e mental, o que recoloca a dimensão sociorrelacional no cerne da humanização das práticas de saúde, como reflexão ética acerca da formação dos profissionais de saúde e sua prática (SCHLAIRET, 2009).

Ao se lançar mão de uma revisão sistemática da literatura para a construção desta tese, percebeu-se que, apesar de se localizar centenas de trabalhos sobre relações e conflitos éticos específicos vivenciados por médicos e enfermeiros, estes eram muito parciais e pouco abrangentes, ou seja, havia uma lacuna do conhecimento, no que reside o valor e o cunho inédito deste trabalho: uma visão panorâmica, descritiva e geral dos conflitos vivenciados nas relações estabelecidas por tais profissionais, dando-lhes voz para que relatem, eles mesmos, suas experiências, em investigação de caráter qualitativo, usando entrevistas em profundidade (grupos focais).

Acredita-se que um trabalho de campo desta natureza pode servir de subsídios para as escolas de graduação, que poderão atentar sobre as disciplinas que melhor abordem as questões que envolvem deontologia, humanidades e habilidades de comunicação; e para os gestores, favorecendo, pelo conhecimento, preparação mais adequada de recursos humanos e treinamentos específicos, com foco nos prováveis conflitos destes e entre estes profissionais.

Assim, o presente trabalho teve como objetivos conhecer, a partir da perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros, os conflitos que envolvem as relações éticas na prática profissional e conhecer as contribuições do estudo da ética na graduação em relação ao enfrentamento dos conflitos e à manutenção das relações éticas na prática profissional.

Para tanto, foi feita revisão sistemática da literatura nas principais bases de dados, abrangendo um período de oito anos, com 515 estudos selecionados criteriosamente entre os 2.401 encontrados.

A pesquisa de campo constou de um questionário e seis grupos focais, mais adiante mencionados.

Capítulo 2

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Meu saber é limitado, mas o combinarei com os conhecimentos e opiniões de outros homens inteligentes, inspirados no sentido ético e provenientes de várias disciplinas, para ordenar minhas convicções e ações.

Van Rensselaer Potter

2.1 Panorama atual: ética e erros

Valores éticos devem ser harmônicos, coerentes, sistemáticos e confiáveis. Porém conflitos éticos são inevitáveis. Considerando que ética é o estudo do dever moral e da obrigação, do certo e do errado, e inclui valores e princípios, quando se refere à saúde geralmente está relacionada às responsabilidades dos profissionais quanto aos pacientes, mas também aos outros profissionais (CLARK; COTT; DRINKA, 2007; KATSUHARA, 2005).

Relações éticas no contexto que se pretende abordar nesta tese significam aquelas que são estabelecidas de forma harmônica, sem conflitos, entre os profissionais ou entre estes e os pacientes. Do mesmo modo, podem-se considerar relações éticas aquelas que se firmam diante de impasses e de diferenças, ou seja, quando os profissionais são capazes de enfrentá-los de forma madura e equilibrada, usando suas competências e habilidades clínicas e comunicacionais. Tais relações serão consideradas ideais desde que haja respeito às funções e papéis dos colegas e, ainda, principalmente à autonomia dos pacientes, com o máximo de rigor ético, responsabilidade, domínio técnico e sem conflitos de interesses na prática assistencial (AGLEDAHL; FØRDE; WIFSTAD, 2010; ALHALEL-GABAY, 2008; BATISTA, 2011; CASTERLÉ et al., 2008; COHEN, 2007; FREITAS; OGUISSO, 2008; KITSIS, 2011).

Atualmente o profissional de saúde não é mais considerado um amigo pelo paciente ou sequer é respeitado em sua posição. Os pacientes buscam um profissional que seja capaz de entendê-lo, respeitá-lo e que, ao mesmo tempo, ofereça serviço completo, rápido, efetivo e de baixo custo (ORTEGA; GARCÍA; ZÁRATE, 2008). Em contrapartida, o único resultado que o profissional pode oferecer é seu genuíno esforço e empenho com o máximo de diligência, perícia, conhecimento, prudência e zelo na execução de suas tarefas diagnósticas e terapêuticas (ARROYO, 2008).

Ser um profissional de saúde ético implica ter respeito à dignidade e à condição humana, enraizadas nas condições socioeconômicas e culturais de seus pacientes, e ter bom senso em relação aos direitos e privilégios. Ser médico ou enfermeiro é dar-se conta de que existem limites que exigirão uma conduta altruísta, pedir ajuda ou assumir que não possui habilidades suficientes para determinado procedimento e não se sentir humilhado por isso, pois não se trata de falha ou incapacidade profissional, mas de uma forma exemplar de conduta em prol do sucesso terapêutico de seu paciente (ARROYO, 2008).

O conflito ético é onipresente nos ambientes ambulatoriais e hospitalares e pode ser resumido em cinco grandes categorias: dizer a verdade, respeitar os desejos dos pacientes, evitar danos, avaliar os limites médicos e identificar e alertar algum comportamento impróprio de colegas de profissão (KEMP et al., 2008).

Por outro lado, os pacientes mudaram, não são passivos e são pouco tolerantes aos erros, inquestionavelmente inerentes à condição humana. Os erros médicos são factíveis, portanto, ao exercício da medicina, prática desafiadora, cheia de surpresas e sem garantias. O médico não pode fazer promessas nem assegurar sucesso na cura de seus pacientes, e os erros significam, às vezes, apenas o uso de conceitos equivocados, falsos juízos que levam a uma escolha infeliz de um método diagnóstico ou terapêutico em detrimento de outro, trazendo repercussões às vezes desastrosas (BELL; MOORMAN; DELBANCO, 2010; CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Erro médico não necessariamente significa falta de conhecimento, mas pode ser consequência das condições de trabalho: carga horária excessiva, problemas na interação com outras pessoas e falta de treinamento com os membros da equipe. Para que se obtenha a segurança do paciente são necessárias estratégias médicas e de gestão para lidar com atos inseguros. No entanto práticas seguras de saúde devem ser garantidas a todos os pacientes, mesmo tendo em vista problemas como disponibilidade e acessibilidade de recursos (INFANTE, 2006; KALDJIAN et al., 2006).

Muitos erros podem ser percebidos e analisados como frutos da má gestão da instituição de saúde ou do mau relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, da falta de condições adequadas ao trabalho, da imperícia, imprudência e negligência, ou ainda da má comunicação e pelo mau relacionamento entre os profissionais de uma mesma equipe. Quaisquer que sejam as circunstâncias e consequências, os erros devem ser comunicados aos pacientes como dever moral e ético (KALDJIAN et al., 2006).

A divulgação de erro médico deve ser vista como um meio para se melhorar a qualidade do atendimento e garantir mais segurança aos pacientes. Entretanto vários fatores, que variam por grau de complexidade, contribuem para o “silêncio” por parte dos profissionais (KALDJIAN et al., 2006; ORTEGA; GARCÍA; ZARETE, 2008).

A competição e o perfeccionismo são apontados como as principais barreiras de comportamento que dificultam a divulgação dos erros médicos, mas há também as incertezas acerca do que seria ou não um erro e como proceder na comunicação. Os profissionais ainda revelam o sentimento de impotência e o medo das consequências da divulgação com receio de não poder melhorar o atendimento. Assim, medos e ansiedades constituem-se nas consequências negativas da divulgação dos erros (KALDJIAN et al., 2006; ORTEGA; GARCÍA; ZARETE, 2008). Na mesma medida, 57% relatam quão difícil é criticar uma conduta profissional e ética do colega (FØRDE; AASLAND, 2008).

Em pesquisa com radiologistas, 89% dos entrevistados afirmaram que tiveram experiência com erros próprios (22%), alheios (14%) ou ambos (64%). Todos declararam que o erro próprio deve ser comunicado ao médico assistente (92%) ou ao paciente (8%). Eles sabem que se comunicarem o erro ao paciente há possibilidade concreta de que seja cobrada sua responsabilidade civil. Já com relação ao erro alheio, 96% pensam que deve ser comunicado ao radiologista que o cometeu (78%) ou ao médico assistente (22%), 4% advogam o sigilo e nenhum profissional considera a possibilidade de comunicar esses erros ao próprio paciente (ORTEGA; GARCÍA; ZARETE, 2008).

Um estudo acerca dos erros propôs a criação de controles para que sejam evitados e a fim de conter efeitos adversos; sugere que o trabalho em equipe seja baseado na comunicação interprofissional, colaboração e coordenação. O autor aventa ainda que os profissionais procurem assistência técnica quando necessário e aceitem as regras da instituição, bem como os conhecimentos e as competências dos colegas. Outras questões relevantes para a segurança dos pacientes são a liderança, especificação de tarefas e colaboração da equipe (INFANTE, 2006).

2.2 Conflitos éticos nas relações entre profissionais

Equipe e liderança

Apesar do reconhecimento da importância da ética para que os cuidados de saúde sejam prestados de maneira correta, há pouca discussão na literatura a respeito da interação ética entre os prestadores de cuidados na área da saúde (CLARK; COTT; DRINKA, 2007). A atenção à relevância das relações profissionais no rendimento no campo de trabalho é uma inovação surgida após a chamada revolução técnico-científica e abriu caminho para uma nova forma de se considerar as relações profissionais como premissa básica para a oferta de serviços de qualidade (SANDRICK, 2010).

Não se pode negar a importância do reconhecimento das diferentes perspectivas das múltiplas profissões que trabalham nas equipes de saúde e a base ética para a educação e o trabalho interprofissional que estimula as equipes para que desenvolvam o discurso ou a reflexão acerca dos valores morais compartilhados (AGLEDAHL; FØRDE; WIFSTAD, 2010; CLARK; COTT; DRINKA, 2007). O trabalho em equipe deve ser baseado em um modelo interdisciplinar e em uma abordagem sistêmica, destinada a diversos alvos: a pessoa, a equipe, a tarefa, o local de trabalho e o sistema de saúde como um todo (INFANTE, 2006).

A formação de grupos e a interdisciplinaridade na realização de tarefas no campo da saúde favorecem o cuidado humano, e o enfermeiro é o único profissional que na graduação recebe orientações para ser um coordenador de grupos, além de desenvolver simultaneamente ações gerenciais, assistenciais e de pesquisa (MUNARI et al., 2005).

Esta capacidade reconhecida inclusive pelas outras categorias é desenvolvida na formação acadêmica, em razão de seu constante treinamento para ouvir e cuidar coletivamente dos pacientes. A melhoria da qualidade dos serviços de saúde acontece quando os profissionais trabalham em equipe, favorecendo o aumento da autoconfiança e o aprendizado conjunto, minimizando e enfrentando conflitos pela organização de todos em torno de um único objetivo (FORD et al., 2008).

As equipes devem ser estimuladas a seguir regras estabelecidas e respeitar as lideranças e hierarquias. Uma liderança capaz de escutar os profissionais na expressão de seus desejos e necessidades para melhor desenvolver seus serviços e aumentar a produtividade é também capaz de evitar conflitos. O enfermeiro líder tem a responsabilidade e o dever de tomar decisões na prática de enfermagem que envolvem a investigação, o saber e a educação, devendo contar com bom planejamento. Todavia o papel de liderança dos enfermeiros os expõe mais aos conflitos com pacientes e com os outros profissionais, uma vez que o ato de decidir nem sempre

compactua com todas as ideias e opiniões existentes. Os conflitos podem surgir de forma destrutiva por pessoas que desejam seu cargo ou por desejo de destituir o poder do líder, o que requer um controle das relações profissionais para que se preserve o respeito dos outros (MILTON, 2009).

A violência horizontal e lateral sofrida por enfermeiros é capaz de minar o respeito, a confiança e a autoestima no ambiente de trabalho, manifestando-se sob a forma de xingamentos, críticas a colegas, omissão de informações. O bom líder se antecipa a estes conflitos, identificando os pontos críticos e preservando sua equipe (MILTON, 2009).

Enfermeiros advogados

Os enfermeiros muitas vezes entendem também que um de seus papéis é a advocacia dos pacientes, defendendo-os dos danos causados pela doença e pelo ambiente. Um enfermeiro mediador facilita as relações entre os cuidadores e os pacientes, papel que requer formação e habilidades específicas e conhecimento do código de ética (SCHLAIRET, 2009). A enfermagem usa os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça para resolver os dilemas que surgem. As diversas situações do cuidado que ocorrem cada vez mais exigem inovações na tomada de decisões em uma ética preventiva (SCHLAIRET, 2009).

Nem todos os conflitos em uma prestação de serviços em saúde são dilemas éticos. Alguns se dão por falta de comunicação adequada com o paciente ou com o colega, atrelados a falta, a incompreensão ou imprecisão de informações. Um processo de mediação para a resolução de conflitos pode ser mais eficaz do que uma consulta a um comitê de ética da instituição, que deve ser multidisciplinar, contemplando médicos, enfermeiros e assistentes sociais (SCHLAIRET, 2009).

A advocacia e a capacidade de mediar conflitos podem promover melhor assistência ao paciente, trazendo reconhecimento profissional e aumento da satisfação no trabalho. Outrossim, em

contrapartida, tal postura traz riscos de conflitos, confrontos, angústias, raiva e frustrações, pois, muitas vezes, os enfermeiros, para serem advogados de seus pacientes, rompem os limites da relação com os médicos (CONNOR; KELLY, 2005; LANG, 2008; SCHLAIRET, 2009).

Angústia moral

Alguns dos fatores para que haja um ambiente favorável a condutas éticas são: os atributos individuais que trazem consigo, a moral e os princípios inerentes à pessoa; a estrutura organizacional com suas normas e dinâmicas bem estabelecidas; e a expectativa da sociedade, que cobra posições retas, atitudes socialmente dignas e aceitas, e pune infratores (ULRICH; SOEKEN, 2005).

Os princípios éticos são fonte de orientação de condutas e justificativas para nossas ações. Por seu caráter norteador, o Código de Ética fornece autonomia na tomada de decisões, conferindo aos profissionais de saúde, confiança e responsabilidade. Um estudo revelou, entretanto, que, quando há algum dilema ético, os enfermeiros têm dificuldade de tomar suas decisões baseadas no Código, que é uma garantia da qualidade dos serviços a serem prestados (CASTERLÉ et al., 2008), e preferem, por vezes, adotar atitudes drásticas para resolver a situação, ou seja, assumem um modelo ético próprio. Isso implica duas alternativas: ou os enfermeiros estão sendo incapazes de aplicar o Código em suas práticas, ou este não atende à realidade de seu trabalho. Há ainda uma terceira compreensão: poucos enfermeiros conhecem o conteúdo de seu Código de ética (ESTERHUIZEN, 2006; ULRICH; SOEKEN, 2005).

Os enfermeiros, em suas práticas, não sabem lidar com problemas éticos por não saberem separar os valores pessoais dos profissionais, o que é somado à grande carga de trabalho, ao pouco tempo para a realização das tarefas, às limitações financeiras e ao estresse pessoal (CASTERLÉ et al., 2008).

Cada vez mais os enfermeiros passam menos tempo e têm pouco contato direto com os pacientes, motivo de preocupação e

angústia. Encarregam-se das funções burocráticas e delegam para auxiliares e ou cuidadores a tarefa de lidar pessoalmente com os doentes. Estudos realizados em Bangladesh revelam que o tempo de contato direto dos enfermeiros com os pacientes chega a 5,3%, enquanto que com os assuntos burocráticos atinge 32,4% e com conversas pelos corredores, longe das enfermarias, é de 50,1%. Tais dados constataam o distanciamento dos enfermeiros quanto ao desempenho de sua real função de cuidador (HADLEY et al., 2007).

Enfermeiros pesquisados revelaram que o problema ético mais frequente são os conflitos no relacionamento com médicos ou outros profissionais e que a questão mais perturbadora é lidar com colegas incompetentes que os impedem de realizar seu trabalho em condições ideais, gerando desconforto e sofrimento (JENKINS et al., 2006).

É da alçada de tal profissional garantir assistência isenta de prejuízos eventuais ao paciente e é direito deste ter segurança de que receberá informações sobre eventuais riscos, benefícios e os custos das intervenções e serviços prestados. Quando os enfermeiros não conseguem cumprir com suas obrigações enfrentam uma angústia de ordem moral. Sentimentos pessoais e profissionais misturaram-se, impedindo muitas vezes que a tomada de decisões éticas (LANG, 2008).

Relação entre médicos

Quanto à comunicação entre médicos, a melhor forma de se tratar um colega médico é aplicar aquilo de que gostaria para si. Na década de 1950, por exemplo, atender um estudante de medicina, um enfermeiro, um colega médico ou seu familiar era um prestígio, e nos cursos de medicina havia aulas de etiqueta médica, que se confundia com ética médica. As coisas mudaram – os contatos são superficiais ou inexistentes e nem sempre há uma relação de confiança (KAMIEN, 2005).

Para cumprir sua função, os médicos precisam adquirir várias habilidades não técnicas como parte de sua formação, o que inclui

trabalho em equipe, liderança, tomada de decisão e coordenação. Infelizmente, tais práticas não são aprendidas na graduação, mas no dia a dia profissional (UNDRE et al., 2007).

Em determinada pesquisa, em vários cenários, foram descobertas falhas na comunicação entre médicos, geralmente entre cirurgiões e anestesistas durante a avaliação pré-operatória. É notória então, a necessidade da comunicação e de habilidades interpessoais, visto que para o bom atendimento é fundamental tanto a interação médico-paciente como o trabalho em equipe (UNDRE et al., 2007).

O seguro de saúde australiano também trouxe modificações nas relações entre os médicos que não se sentem obrigados a agradecer ao atendimento prestado pelo colega. Os estudantes são cobrados nas consultas com seus professores, ferindo os ensinamentos hipocráticos e criando uma nova forma de funcionar pautada na desconsideração e desrespeito entre colegas, inclusive favorecendo o julgamento de colegas baseados em normas próprias (KAMIEN, 2005).

Relação entre médicos e enfermeiros

Existem evidências importantes na literatura que revelam que uma boa relação entre profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, favorece o desempenho e se reflete na condução terapêutica e no processo de cura de seus pacientes. A relação médico-enfermeiro é determinante na qualidade do atendimento na área de saúde, onde a comunicação, a colaboração e a receptividade (respeito, interesse e confiança) entre esses profissionais são essenciais para um bom atendimento (ELPERN; SILVER, 2006).

Profissionais de saúde podem trabalhar juntos de forma cooperativa, com perspectivas que tragam benefícios mútuos. Quando firmam o entendimento recíproco, podem melhorar os índices de satisfação do paciente no que tange aos serviços de saúde, elevar as taxas de adesão à prescrição e desta forma obter mais sucesso nos tratamentos (COUNTS; MAYOLO, 2007).

Médicos e enfermeiros ainda não perceberam a importância do trabalho em equipe no atendimento ao paciente. Os primeiros muitas vezes sentem-se superiores aos enfermeiros e subestimam a insatisfação destes. Enquanto isso, estes revelam-se com dificuldades em falar sobre os problemas e não conseguem administrar de forma adequada a resolução dos conflitos, acabando por executar decisões clínicas de modo inadequado (ELPERN; SILVER, 2006).

Há entre ambos dificuldade no relacionamento interprofissional, devido à falta de habilidade e pouca confiança entre eles. Autores demonstraram que em certos ambientes da área de saúde, a exemplo da UTI, o trabalho envolve o espaço físico, o cognitivo e o emocional, e a satisfação nesses locais está associada à realização profissional e à qualidade no atendimento (ELPERN; SILVER, 2006). Se as relações entre médicos e enfermeiros e o relacionamento moral entre eles forem estimulados, pode-se contribuir para melhorar o ambiente de prática, a satisfação profissional e, principalmente, a evolução positiva do paciente (ELPERN; SILVER, 2006).

Por outro lado, há de se considerar outras questões para um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo. Autores revelaram em estudo que enfermeiros superestimaram sua capacidade técnica, porém se superam nas habilidades não técnicas. Nos temas liderança e decisão, foram menos ágeis do que em relação às técnicas de comunicação, habilidades de se trabalhar em equipe e vigilância. Já os médicos demonstraram menos técnica que os enfermeiros quanto à comunicação, ao trabalho em equipe e à vigilância. No quesito liderança, médicos, em especial os cirurgiões e anestesistas, mostraram menos habilidades que os enfermeiros, o que revela o quanto são difíceis as questões conflituosas que surgem em centros cirúrgicos, onde os médicos lideram, sem habilidade, as equipes. No que diz respeito à tomada de decisão não houve diferenças significativas de desempenho entre médicos e enfermeiros (UNDRE et al., 2007).

Para manter a ética no trabalho, quer entre profissionais, quer com pacientes, são essenciais, entre outras habilidades, o conhecimento técnico, experiências, responsabilidade e segurança.

No entanto, quando o profissional não é motivado a ter boas relações, a situação muda. Muitos enfermeiros sentem-se submissos aos médicos, o que significa falta de autoconfiança. A estrutura precária do ambiente de trabalho, a falta de confiança e de experiência dos enfermeiros, bem como a ausência de orientação, segurança e diálogo são questões totalmente desfavoráveis para manter a ética no ambiente de trabalho (ESTERHUIZEN, 2006).

Por anos, o trabalho dos enfermeiros esteve atrelado ao dos médicos, pois dependia da autorização destes. Hoje os enfermeiros têm autonomia em diversos aspectos e podem executar alguns trabalhos sem a obrigatoriedade da autorização ou da presença médica. É sua função, entretanto, discutir sobre os limites legais de sua atuação, as contribuições que trazem para os sistemas de saúde e seu papel para o aumento da qualidade de vida do paciente. O trabalho requer boa interação entre médicos e enfermeiros e, destarte, os esforços são complementares, ao invés de cultivar a concorrência (COUNTS; MAYOLO, 2007).

A falta de comunicação verbal adequada e de boa interação entre médicos e enfermeiros pode se tornar extremamente problemática quando se assume que muitos erros ocorrem quando o médico não se comunica adequadamente com sua equipe, quando não ouve as queixas de seu paciente, quando não permite que o paciente tenha autonomia ou quando o deixa à margem de seu prognóstico (SANDRICK, 2010).

Em estudo realizado por Baggs (2007), para 48% dos enfermeiros os médicos retêm informações sobre o prognóstico dos pacientes, enquanto apenas 10% dos médicos têm a mesma percepção. Quanto à má comunicação 75% dos enfermeiros pesquisados afirmam ser constante entre médicos e enfermeiros, enquanto os médicos não percebem essa dificuldade.

Comportamentos abusivos por conflitos de relacionamentos podem, em última instância, ocasionar erros de comunicação, que, por sua vez, podem favorecer a ocorrência de erros médicos,

prejudicando a qualidade do atendimento, levando a prejuízo direto no tratamento do paciente ou aumentando os custos hospitalares (SANDRICK, 2010). Conflitos interpessoais no exercício profissional e seu mau gerenciamento são apontados como fontes de estresse capazes de desencadear rotatividade, absenteísmo e adoecimentos nas equipes de trabalho, favorecendo o *burnout* e os erros (ROGERS; LINGARD, 2006).

Discute-se a natureza do que vem a ser um conflito dentro das equipes de saúde, se consiste em conflito de tarefa, de relacionamento ou de ambos.

Quando se trata de conflitos entre médicos e enfermeiros as causas são múltiplas: tempo, recursos, papéis, segurança, esterilização e situações de controle (ROGERS; LINGARD, 2006). Todas estas razões fazem interface com as questões éticas, motivação principal desta tese, e permanecem ao longo de várias gerações e passam pelas questões morais e éticas e podem partir de ações ativas ou passivas, da infraestrutura dos serviços e ou de sua organização e relações de poder (DUARTE; LAUTERT, 2006).

Dentro de instituições de saúde, onde o médico é o líder da equipe, não sabe se posicionar como tal e tampouco sabe administrar conflitos por não ter recebido treinamento para isso, ele se transforma, algumas vezes, no agente de desequilíbrio das relações. (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2004).

Nessas circunstâncias, entram as questões de gênero e de uma cultura machista, em que predominam os homens médicos e as mulheres enfermeiras. Aqueles exercem seu papel, segundo relatos, de forma tirana, abusiva, com ofensas verbais, palavras de conotação sexual, agressão física e ataque ao patrimônio do hospital (SANDRICK, 2010). Fatos assim acontecem diariamente dentro de quase todos os hospitais do mundo inteiro. Mais grave ainda é constatar que são negligenciados pelos administradores hospitalares, pois os agredidos não reagem, por temer retaliação e perda de emprego, e os médicos não são punidos por seus desvios de conduta (SANDRICK, 2010).

Estudos revelam o quanto os enfermeiros presenciam ou sofrem o *bullying* cometido por médicos, ou ainda assistem a atos de iatrogenia, mas se encontram impotentes em denunciar por se sentirem hierarquicamente inferiores. As iatrogenias são sempre ocorrências éticas quando promovem prejuízos de ordem física ou moral (FREITAS; OGUISSO, 2007).

O outro lado da moeda é que os médicos acusados de má conduta, quer com pacientes, quer com colegas, em especial enfermeiros, são aqueles que sofrem de estresse ocupacional e exteriorizam suas angústias maltratando os colegas e subordinados (SANDRICK, 2010).

Os médicos pelo difícil relacionamento que mantem com colegas e enfermeiros, desenvolvem baixa tolerância à crítica sobre a conduta profissional e ética, se sentem ameaçados e temem ser apontados por deslizes éticos, ser percebidos como incompetentes e perder autoridade profissional (FØRDE; AASLAND, 2008).

Esses profissionais passam a desenvolver um sofrimento moral defensivo a críticas e queixas, muitas vezes incompatível e distante da realidade, revelando assim que a qualidade na saúde não é apenas uma questão técnica e científica, mas também de atitudes dos profissionais e de sua capacidade de identificar e gerenciar conflitos (FØRDE; AASLAND, 2008).

Os conflitos entre estas duas categorias passam também pelas propostas e políticas de saúde adotadas pela instituição onde trabalham. Outro dado relevante citado por Rogers e Lingard (2006) é o fenômeno do etnocentrismo que diz respeito ao sentimento de superioridade que um grupo pode ter em relação a outro, com discussões infrutíferas e uso de linguagem agressiva, ofensiva e pejorativa.

A infraestrutura é apontada como a grande vilã nas relações entre médicos e enfermeiros, por estar aquém da grande demanda, associada ao desrespeito e ao erro da equipe. Exemplos comuns são as situações em que os enfermeiros se sentem pressionados

pelos médicos para conseguir leitos vazios em unidade de saúde superlotada. Os conflitos interpessoais decorrentes de interesses diferentes, descompromisso, falta de planos adequados, verbas insuficientes, são estopins fáceis para os desentendimentos (DUARTE; LAUTERT, 2006).

Enfermeiros apontam a falta de equipamentos, de infraestrutura e materiais nos hospitais e centro cirúrgicos, por falta de planos adequados e verbas insuficientes. Citam também os interesses distintos dos profissionais de saúde, o descompromisso e despreparo emocional deles e ainda a falta de cuidados de segurança exigidos em procedimentos cirúrgicos. Também relatam que o centro cirúrgico é o local mais propício para a omissão e erro médicos, por tratar-se de um local onde os fatos podem ser ocultados e a vontade do paciente nem sempre é respeitada (DUARTE; LAUTERT, 2006).

Pacientes são ignorados nos processos de decisão e diálogos dos médicos e os enfermeiros admitem que recorrem a uma ética utilitária. São os profissionais que decidem qual o paciente será beneficiado com o leito, com materiais ou equipamentos, quando o que se dispõe é insuficiente frente à demanda, sem se considerar a necessidade real do paciente no que diz respeito ao seu contexto social, econômico e cultural (DUARTE; LAUTERT, 2006).

Nos serviços privados há outro elemento envolvido, o capitalismo, na medida em que há interesse de se aumentar a produtividade mesmo sem a infraestrutura adequada para suprir as necessidades (DUARTE; LAUTERT, 2006).

Planos de saúde, cooperativas e seguradoras são fontes de preocupação, estresse e novos conflitos. Com os recursos da modernidade, o paciente troca de médico ou de instituição fácil e livremente; para fidelizar o paciente é necessário que ele esteja satisfeito com os cuidados em saúde. Torna-se interessante para os médicos trabalhar conjuntamente com os enfermeiros, visto que pesquisas mostram que estes têm mais habilidades que aqueles em comunicação, aconselhamento e entrevistas. São os enfermeiros quem recebem os

maiores *scores* nas pesquisas de satisfação do paciente, em razão de suas habilidades interpessoais e convencimento a adesão ao tratamento (COUNTS; MAYOLO, 2007; FORD et al., 2008).

Alguns acreditam que os médicos se beneficiam por estar em posição técnica, política e economicamente mais privilegiada, e, por conseguinte, serem mais rentáveis para o hospital, para as seguradoras e os planos de saúde. Atitudes assim trazem consequências não só para os profissionais de saúde envolvidos, mas para o paciente que fica instalado dentro deste campo de batalha. É preciso estimular a compreensão de que se trata de uma equipe (SANDRICK, 2010).

Quando os conflitos persistem há uma redução de produtividade e de satisfação de todos que assumem comportamentos em decorrência desta falta de sintonia dentro da equipe, quais sejam: negatividade, irritabilidade, desconfiança, ressentimento, estresse, distração, insônia, exaustão emocional, perda de compromisso e doença física (ROGERS; LINGARD, 2006).

Propostas para melhorar as relações entre os profissionais

Considerando que os erros ou são consequência de má gestão da comunicação ou são promotores de conflitos nos relacionamentos dentro da equipe, pode-se pensar nas múltiplas formas que os profissionais podem reagir aos conflitos. Dentre as diferentes variáveis, isoladas ou conjuntamente, temos: a resolução do problema que busca entender a causa do desacordo para melhor gerenciá-lo; o compromisso no qual o indivíduo ou ambas as partes envolvidas deixam alguma ideia de lado para gerir o conflito; o ato de evitar o conflito; a acomodação, em que os interesses de uma parte serão abandonados para resolver os problemas; e a competição (ROGERS; LINGARD, 2006).

A comunicação exerce papel fundamental, e sua eficácia e adequação determinam a competência das cinco respostas aos conflitos descritas. Médicos precisam melhorar a qualidade comunicacional

para fomentar suas relações com outras classes existentes nos cuidados de saúde, em especial os enfermeiros, e facilitar a gestão dos problemas (PEREIRA; AZEVEDO, 2005; ROGERS; LINGARD, 2006).

Por outro lado os conflitos podem ser resolvidos por mediação, ou seja, uma pessoa fora dos problemas buscará soluções e as apresentará às partes envolvidas, que poderão ou não aceitar e até negociar meios termos. Para Rogers e Lingard (2006) esta opção funciona, pois envolve um momento em que as partes envolvidas ouvem as argumentações da outra, tentam entender e expressam opiniões.

Agir com ética exige que o profissional integre suas perspectivas e julgamentos com os desejos do paciente para chegar a um curso de ações que superem suas opiniões e que sejam clinicamente apropriadas (WEISS, 2006).

É preciso que haja um exercício para que os profissionais se respeitem, se ouçam e percebam as diferenças de opiniões e ideias como pré-requisitos para melhorar a competência das comunicações, condição básica diante de um conflito, e que desenvolvam possibilidades de trabalho cooperativo (COUNTS; MAYOLO, 2007; KEMP et al., 2008; ROGERS; LINGARD, 2006).

Estudos revelam, infelizmente, que os médicos são as principais fontes primárias de comportamento abusivo; daí torna-se fundamental buscar soluções a partir da fiscalização e do estabelecimento de normas a serem seguidas pelos profissionais do hospital e formas inequívocas de punição aos que cometerem má conduta. O hospital por outro lado deve agir de forma coerente e justa e tomar como modelo as melhores condutas e estimulá-las para que sejam generalizadas (SANDRICK, 2010).

Autores trazem recomendações para que nas residências médicas haja cursos com instruções sobre ética, a despeito do tema fazer parte da grade curricular da graduação. Na realidade o que se percebe é que a contribuição da formação acadêmica nas relações éticas na prática profissional é mínima, pois foi relegada a uma

posição secundária nas escolas de enfermagem e de medicina e ensinada apenas nos primeiros anos de curso ou de prática médica, ao invés de ser durante toda a graduação e também na residência, período em que os enfermeiros e os médicos enfrentam novos impasses, evitando que lidem com o cotidiano do exercício profissional completamente despreparados e sem capacidade de resolver e gerenciar conflitos, uma vez que há real dificuldade de se colocar em prática o que foi aprendido sobre ética em saúde durante a graduação frente a situações eticamente desafiadoras (KEMP et al., 2008; KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011; ROGERS; LINGARD, 2006; WEISS, 2006).

Os temas sugeridos nas residências e na educação continuada são: autonomia do paciente, princípio da beneficência e o da não maleficência; a alocação de recursos de saúde; o profissionalismo; o valor da vida; o avanço da medicina científica; a confidencialidade; o abuso; a negligência; e os limites da relação médico-paciente (COUNTS; MAYOLO, 2007; KEMP et al., 2008). Assuntos como fim da vida, reprodução humana, clonagem e o uso de células-tronco fetais devem também ser estimulados como focos de discussão, diante dos avanços tecnocientíficos conquistados (BOSCH-BARRERA, 2011; GOLD, 2010).

Médicos precisam melhorar a comunicação, controlar suas emoções em momentos de confronto, não acreditar que são superiores aos enfermeiros, otimizar as relações ao ouvir as diferentes opiniões e fazer que as outras pessoas se sintam colaboradoras na resolução dos conflitos, o que significa ser bom negociador, selecionar a melhor resposta, priorizar o bom desempenho e a boa relação com a equipe (ROGERS; LINGARD, 2006). Para isso, estudiosos sugerem que a grade curricular dos cursos de saúde inclua discussões sobre a negociação de posições, principalmente de médicos e enfermeiros, as informações sobre as possibilidades de trabalhos conjuntos e os limites de atuação de cada um (COUNTS; MAYOLO, 2007).

Se os médicos tiverem mais zelo e mais habilidade de comunicação, ela se tornará instrumento eficaz e favorecerá decisões coletivas

mais acertadas que priorizem o bem-estar da equipe e, portanto, o respeitoso cuidado do paciente nas mais variadas situações do contexto diagnóstico ou terapêutico. Pode-se amenizar o sofrimento de pacientes, os quais necessitam de atenção, empatia e zelo dos médicos, com presença empática, sensível e humana. Muitas vezes basta oferecer-se como alento e linimento para a alma e a presença do médico por si só já será terapêutica (ANDRIJEVIĆ-MATOVAC, 2010).

Os erros médicos devem ser vistos dentro de uma perspectiva institucional. Para reduzi-los é indispensável que sejam enfrentados, reportados, analisados e discutidos. É desejável ainda que se trabalhe para preveni-los, por meio do uso da medicina baseada em evidências e criação de programas de educação continuada (MENA, 2008).

Outra fórmula importante é explicar à população que os médicos não são onipotentes e que, em determinados momentos, os erros podem ocorrer no processo saúde-doença. Os médicos reagem muitas vezes evitando tal discussão, porém isso levará à crença de que o problema não existe e, por conseguinte, a sua não resolução, podendo trazer danos para o paciente, a equipe e o desempenho dos cuidados (ORTEGA; GARCÍA; ZÁRATE, 2008).

Por outro lado, se os enfermeiros investirem também nas questões éticas terão mais confiança nas resoluções dos conflitos e maior capacidade de executar tarefas com maior autonomia nas tomadas de decisões, muitas vezes capitais para o paciente (ULRICH; SOEKEN, 2005).

Estudiosos são categóricos em afirmar que muitos cursos de enfermagem incorporam o ensino da ética em seus currículos baseando-se em teoria abstrata, descolada da realidade e da prática. É preciso, portanto, romper com modelos arcaicos de ensino e fomentar que os profissionais busquem os comitês de ética e os Conselhos (JENKINS et al., 2006).

Durante a formação acadêmica dos enfermeiros, deve haver a oferta de disciplinas que favoreçam a melhor compreensão, organização e coordenação dos grupos e, com isso, facilitem os relacionamentos entre os indivíduos que compõem os grupos. Ser coordenador de grupo requer habilidades interativas com pacientes e profissionais, e para tanto faz-se necessário conhecer as necessidades e a cultura dos sujeitos e minimizar os conflitos por mau relacionamento (MUNARI et al., 2005).

Bons projetos curriculares garantem o desenvolvimento de competências e habilidades autônomas para tratar o paciente de forma inovadora e holística. Em pesquisa de Munari et al. (2005) foram identificadas 42 instituições de ensino de enfermagem no Brasil que tratam o assunto grupo em sua grade curricular; dentre estas, 22 concordaram em participar da pesquisa. Os resultados apontaram que apenas dez ministram o ensino da temática de grupo inserida em uma determinada disciplina de seu currículo, sete tratam o tema como disciplina específica, três abordam como conteúdo inespecífico de outras disciplinas e duas, apenas como recurso metodológico para a realização de dinâmicas de grupo.

A temática de grupo na pesquisa citada é abordada pelas instituições com o nome vinculado aos temas de outras disciplinas, como Saúde mental e Psiquiatria (71% das escolas), Dinâmica de grupo (23% das escolas), Saúde comunitária e saúde do escolar (3% das escolas) e Administração em Enfermagem (3% das escolas) (MUNARI et al., 2005).

Outrossim, a maioria das instituições (52%) oferece tais disciplinas como obrigatórias entre o 1º e o 3º anos, enquanto outras (38%) o fazem entre o 4º e 5º ano. Em 5% das instituições são ministradas ao longo de todo o curso e em outras 5% das escolas são oferecidas como matéria optativa (MUNARI et al., 2005).

A carga horária disponibilizada variou entre 25 e 290 horas. Nenhum dos objetivos foi comum a todas as escolas; essa constatação reafirma a necessidade de haver diretrizes orientadoras para o

ensino da temática de grupo na formação acadêmica do enfermeiro, a fim de prepará-lo para o trabalho de coordenador (MUNARI et al., 2005).

A prática avançada de enfermagem surge como necessidade das exigências de saúde e requer políticas nacionais de educação para aperfeiçoar os enfermeiros em suas práticas clínicas, minimizando seus conflitos éticos. Na Irlanda há estímulo do governo aos cursos de pós-graduação nas áreas de saúde, em particular com a prática avançada da enfermagem em políticas nacionais de educação para aprimoramento profissional (FURLONG; SMITH, 2005).

Existem propostas de tutorias formais, como a do governo da Austrália, que oferece uma atenção especial aos enfermeiros para que exerçam seu trabalho, cuidando da comunidade com excelência máxima. Neste caso há seleção prévia de tutores e orientandos, devendo apresentar objetivos, justificativas, resultados e avaliações. A função do tutor é prestar apoio, encorajar, buscar saída para os conflitos do cotidiano e estimular planejamento da carreira do profissional, valorizando a contribuição do enfermeiro nas práticas de saúde (GIBSON; HEARTFIELD, 2005).

Neste trabalho de tutoria foram percebidas, entre outros fatores identificados como limitantes dos cuidados dos enfermeiros, falta de treinamento adequado, falta de padronização nos atendimentos e a preocupação constante dos médicos em relação às informações prestadas pelos enfermeiros aos pacientes. Percebeu-se não só a indefinição dos enfermeiros acerca de seus próprios papéis como a consequente falta de compreensão dos médicos sobre a prática da enfermagem (GIBSON; HEARTFIELD, 2005).

Para que haja bom trabalho em equipe, os profissionais de saúde precisam compreender não somente sua função, mas também a de seus colegas, importante para que haja melhor contribuição no gerenciamento de conflitos e, com isso, responsabilidade compartilhada nas decisões da equipe e ainda a de cada membro em proteger seu grupo (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

No ambiente de trabalho existem muitas divergências que precisam ser vencidas para melhorar a eficácia do atendimento. Autores elaboraram um esquema para a compreensão das dimensões éticas do trabalho em equipe interprofissional, que inclui três elementos: os princípios morais que sugerem diretrizes de como deve ser o comportamento ético dos profissionais de saúde; estruturas formais e informais que englobam formas estabelecidas de conhecimentos e padrões de comportamento dentro de uma organização; e os processos relacionados com aspectos da prática ética dos cuidados de saúde, principalmente no que tange às habilidades de comunicação. Além disso, as dimensões éticas podem ser analisadas em três diferentes níveis: o indivíduo, a equipe e a organização (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Médicos e enfermeiros são indivíduos, mas também profissionais; portanto, devem seguir normas e princípios, obrigações morais e éticas, tais como conhecer a si mesmo e aos seus limites como base para o respeito mútuo com a equipe de saúde, entender a prática de outras profissões e dominar os conhecimentos básicos e habilidades necessárias para a eficácia do trabalho em equipe. Por outro lado, na atuação em grupo cria-se uma expectativa a ser alcançada por todos, o que pode gerar conflitos, contornáveis, porém, se houver o respeito, a verdade, a beneficência e a justiça (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Códigos de ética são estabelecidos nas diferentes categorias para facilitar a promoção das responsabilidades a serem cumpridas e garantir a autonomia, a beneficência e a equidade, quer na distribuição de recursos, quer na tomada de decisões (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Por outro lado, as organizações precisam se comprometer a partir de um processo de liderança que promova comunicação interativa entre os membros das equipes e que estimule os profissionais a trabalhar com rigor ético e compaixão. Devem tratar seus funcionários com respeito, utilizar recursos de forma correta, distribuindo-os de forma que o trabalho se torne eficaz, e ainda promover boa

relação entre equipe e paciente, além de outros princípios. Conhecer os pontos de vista do paciente e aceitar seus próprios limites são também premissas básicas de um trabalho em equipe para que se realize com rigor os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (CLARK; COTT; DRINKA, 2007).

Médicos e enfermeiros destacaram a necessidade de um quadro de orientação e apoio para os enfermeiros. A tutoria pode ser o espaço que favorece o desenvolvimento pessoal, promove planejamento profissional e oportunidade para compartilhar ideias, problemas e gerenciar conflitos de forma mais satisfatória. Apesar de não citado no estudo os autores recomendam este apoio aos médicos também (GIBSON; HEARTFIELD, 2005).

Os Comitês de Ética e até mesmo os Conselhos podem ser outra fonte de apoio e atuar não exclusivamente para punir, como supõe o pensamento corrente, mas também prescrever soluções calçadas em discussões que promovem interações entre as partes envolvidas em um conflito. Entretanto esses conselheiros precisam ter experiências e conhecer a realidade para compreender melhor as situações, condições básicas para se promover diálogos eficazes, que gerem aprendizado e desdobrados, possivelmente, em intervenções necessárias (ABMA et al., 2008).

Aos profissionais de saúde cabe aprender com os próprios erros e construir relação saudável com seus pacientes, informando-lhes dos erros quando ocorrerem e mantendo dentro da equipe um sentimento de corpo, com comunicação franca, aberta e respeitosa, exercitando a tolerância e a aceitação das diferenças de papéis e ideias e opiniões em prol do bem-estar dos pacientes (BERLIN, 2009).

Estudiosos relatam que a educação continuada é uma prática que vem sendo utilizada em vários países com o intuito de manter a eficiência dos e promover melhoria nos cuidados ao paciente. Contudo, apesar do desenvolvimento de habilidades clínicas e da busca do conhecimento ser incentivado, o aspecto ético tem sido

negligenciado nesse processo, o que resulta num contrassenso, haja vista que as habilidades éticas são também passíveis de mudanças com o surgimento de novas tecnologias, com a evolução nas experiências de trabalho e com os desafios em se transpor o conhecimento teórico para casos da prática (GUILLEMIN; McDOUGALL; GILLAM, 2009).

A Universidade Linkoping, na Suécia, tem reservado dez semanas da grade curricular para a Educação Interprofissional (EIP) no programa educacional para os diversos profissionais em formação na área de saúde, como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas etc. (FARESJÖ et al., 2007).

A EIP foi dividida em três etapas e apresenta como abordagem pedagógica a aprendizagem baseada em problemas (PBL). A primeira etapa corresponde a um curso obrigatório de oito semanas com o tema *Saúde, Ética e Aprendizagem: parte I*, com a participação de todos os novos alunos do programa de ciências da saúde. A segunda etapa ocorre após cerca de dois anos e meio e dura duas semanas, com o tema sexologia, sendo frequentado por alunos pertencentes a diferentes programas. O motivo da escolha temática se dá pelo fato de incluir vários aspectos da ética, da saúde e da aprendizagem. Esta fase tem como objetivo aumentar a competência interprofissional por meio do fortalecimento da “identidade profissional do aluno” (FARESJÖ et al., 2007, p.574) por meio da reflexão e interação com outras disciplinas. A terceira parte corresponde, em muitos dos programas, a uma prática de duas semanas numa enfermaria e busca alcançar, na prática clínica, as competências de colaboração interprofissional. Nessa etapa “os alunos formam equipes interprofissionais e apresentam a responsabilidade de cuidar de pacientes reais, sob supervisão” (FARESJÖ et al., 2007, p.574).

O estudo de FARESJÖ et al. (2007) teve como objetivo verificar se a educação interprofissional no currículo médico pode trazer vantagens para os estudantes de medicina ou se pode comprometer as habilidades médicas tradicionais. Revelou que os médicos formados na Universidade Linkoping e que tiveram a EIP e o PBL demonstraram

maior confiança nas competências e habilidades interprofissionais do que os graduados em outras faculdades suecas. Por outro lado, observou-se que, com relação à confiança dos estudantes nas competências para o tratamento de pacientes agudamente enfermos, não houve diferenças consideráveis entre os cursos.

As atitudes interprofissionais positivas, expressas pela capacidade de cooperação com outros profissionais, têm grande importância na prática e na ação. Cursos definidos no currículo e a prática de treinamento dos estudantes nas enfermarias podem participar proficuamente na obtenção de competência interprofissional por parte dos estudantes. O PBL centrado no aluno parece ter considerável eficácia (FARESJÖ et al., 2007).

A pedagogia problematizadora que faz o aluno sair da condição de agente passivo no processo ensino-aprendizagem oportuniza aos estudantes melhor desenvolvimento do senso crítico, reflexivo, criativo, sensível e ético, necessário para o enfrentamento de novos desafios e com consciência mais aguçada sobre suas obrigações, possibilidades e responsabilidades (SOUZA et al., 2007).

Uma educação ética eficaz dos profissionais é a melhor forma de prevenir ou corrigir eventuais conflitos de ordem moral. O objetivo é conhecer o próprio código de ética profissional, desenvolver aptidões para identificar os valores pessoais e saber tomar decisões baseadas em princípios éticos. Aqueles que forem capazes de decidir de forma inequivocamente ética diminuirão sua angústia moral e o sentimento de impotência diante de alguns pacientes.

Verifica-se a necessidade de implantação de estudos éticos na educação continuada, com o objetivo de desenvolver consciência ética nos profissionais, que pode ser trabalhada pelo uso da abordagem da narrativa pessoal, pela qual contam suas histórias, apontando seus conflitos, em uma troca de experiências com o grupo, que cresce pelo processo de identificação e reflexão (GUILLEMIN; McDOUGALL; GILLAM, 2009).

Há um despertar de consciência sobre a importância das relações entre profissionais de saúde dentro da equipe, pois até pouco tempo atrás a educação voltada para a ética dava ênfase exclusivamente à relação médico-paciente (REIHELD, 2006).

Médicos declaram que existe enorme deficiência na educação médica, que não discute alguns temas específicos ao próprio ambiente de aprendizagem e às interações entre os médicos residentes. Há outras interações que podem interferir na assistência ao paciente, assim como no bem-estar da organização, daí a oportunidade para que seja iniciada uma educação médica sobre o impacto das interações com o pessoal administrativo e a enfermagem (REIHELD, 2006).

Apesar do mito de que médicos e enfermeiros não se entendem, estudo de 1985 feito por Prescott Bowen mostrou que 70% dos médicos e 69% dos enfermeiros apresentaram relacionamento predominantemente positivo, porém a maioria dos desentendimentos expostos estava associada ao cuidado do paciente (REIHELD, 2006).

Quando há redução da competitividade e da concorrência entre médicos residentes, médicos assistentes e enfermeiros, os pacientes são menos suscetíveis a morrer e apresentam maior probabilidade de sair da Unidade de Terapia Intensiva para áreas de cuidados menos intensivos, haja vista a equipe, no que tange ao nível de colaboração existente entre esses profissionais, apontar a importância das relações entre médicos e enfermeiros no cuidado com o paciente e buscar solução para o paciente, que é um problema comum. A relação médico-enfermeiro, mais próxima nas clínicas e hospitais, afeta os resultados nos cuidados dos pacientes e se reflete também no vínculo e assiduidade do enfermeiro no que tange à organização (REIHELD, 2006).

O Colorado Permanent Medical Group instituiu um projeto que aborda a formação voltada para relações construtivas entre médicos e a equipe de enfermagem com o objetivo de tanto estimular a redução do absenteísmo de enfermeiros quanto criar nova

perspectiva de trabalho conjunto entre médicos e enfermeiros para que percebam que, quando trabalham juntos, podem oferecer ao paciente melhor assistência (REIHELD, 2006).

Os médicos precisam compreender a importância do corporativismo no sistema de saúde, para serem aceitos e para que se integrem de forma adequada nos relacionamentos que se estabelecem nas clínicas com pacientes e equipe não médica. Esta compreensão e a colegialidade devem ser ensinadas e aprendidas, para que possam cumprir melhor suas obrigações, mantendo relações mais saudáveis nas organizações (REIHELD, 2006).

A consciência ética é uma forma de ser, caracterizada por uma série de fatores como: ter sensibilidade diante de conflitos éticos; reconhecer o significado e a importância deles; identificar qual a questão ética em discussão; refletir e capturar os diferentes pontos de vista e as limitações do momento; e ter coragem de lidar com crenças e potencial de crítica. É essa consciência que permite a transposição dos conceitos aprendidos na teoria para a devida aplicação na prática, constituindo a autorreflexão (GUILLEMIN; MCDUGALL; GILLAM, 2009).

Na Irlanda, em 2001, foi criado o Conselho Nacional de Enfermagem, que regulamenta, aperfeiçoa e orienta a prática da enfermagem, preconizando a autonomia, a liderança clínica do profissional, a especialização médica e a pesquisa, como elementos norteadores de uma boa prática de enfermagem. Além disso, os enfermeiros devem dominar competências como as ético-políticas, a colaboração, o ensino, o treinamento, as habilidades e os cuidados de enfermagem holísticos e individualizados (FURLONG; SMITH, 2005).

Doravante, os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros exigirão melhor capacidade de julgamento e decisão com maior competência educacional e prática. Para tal objetivo se requer programas curriculares inovadores com conteúdos especializados dentro de um contexto interdisciplinar. Os currículos avançados propõem aos estudantes habilidades e conhecimento, importantes para melhor

enfrentamento dos problemas e desafios da prática (FURLONG; SMITH, 2005).

As pesquisas na prática avançada de enfermagem abrem espaços para se redefinir seu perfil mediante a consulta, colaboração e comunicação entre os enfermeiros, a equipe multiprofissional e entre eles e os pacientes, criando-se modelos de cuidados colaborativos que podem ser desenvolvidos nos hospitais e nas comunidades. Para tal os enfermeiros enfrentam o desafio de garantir que as necessidades dos pacientes sejam plenamente atendidas, assim como a relação custo-eficácia dos cuidados prestados, assegurando ainda estratégias de proteção e promoção da saúde e reduzindo riscos com as práticas autônomas (FURLONG; SMITH, 2005).

Há a proposição, a partir de estudos de Baggs (2007), da criação de um processo de comunicação estruturada, de atenção ao sofrimento moral e no qual os profissionais passem a reconhecer as diferenças de papéis de cada um. Ainda é sugerida a utilização de prontuários integrados, a programação de reuniões interdisciplinares, passagem conjunta e/ou integrada no leito dos pacientes, criação de políticas de apoio, liderança conjunta na UTI e orientação interprofissional dos novos prestadores de serviços. Com as medidas tomadas, o autor ressalta que nenhum profissional individualmente foi capaz de trazer essa melhora nos resultados alcançados na UTI, mas conjuntamente, provando a importância da colaboração dos prestadores de serviço em saúde.

Pacientes precisam de profissionais comprometidos com a ética, elegantes, sensíveis, humanos e conscientes de que sua atitude perante o doente faz parte do processo terapêutico. Devem entender muito mais que fisiologia, patologia, farmácia e cuidados em geral – é necessário também o conhecimento sobre relações interpessoais, para que possam desempenhar seus papéis da melhor forma. O desafio fundamental para os profissionais de saúde é criar uma cultura de discussão acerca do tema ética sem medo e sem sofrimento moral (LARKIN et al., 2009).

2.3 Conflitos éticos nas relações entre profissionais e pacientes

Relações entre enfermeiros e pacientes

Os conflitos éticos surgem quando há dificuldade de se estabelecer uma relação humanística com o paciente, sendo esta entendida como assistência individualizada e pautada no respeito mútuo entre as duas partes. A ética relacional ganhou espaço nas discussões da bioética, e alguns autores afirmam que o respeito mútuo, a interação, incorporação e criação de um ambiente propício são importantes para desenvolver uma relação ética livre e harmoniosa (MARCELLUS, 2004).

A enfermagem ganha força como profissão distinta e independente da medicina no desenvolvimento de suas ações, o que reflete nos cuidados prestados ao paciente, que até então eram restritos ao biológico. A autonomia permite que a assistência aborde também os aspectos psicossociais do paciente para ajudar no processo de reabilitação (RAYA, 2004).

A assistência em saúde implica desenvolver sentimentos de afeição, respeito, empatia, entre outros, associados à capacidade do profissional de enfermagem em desenvolver uma postura de flexibilidade e singularidade no cuidado prestado, fundamentais para favorecer relacionamento harmônico e terapêutico com o paciente (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

O enfermeiro, de acordo com sua experiência e valores pessoais, poderá estabelecer uma relação adequada e ética com os pacientes, a partir de uma interlocução entre a teoria e a prática, favorecendo, assim, um cuidado humanístico. As teorias humanísticas aplicadas à enfermagem afirmam, portanto, que, para haver comunicação positiva entre enfermeiros e pacientes, se faz necessário organicidade entre a teoria e a prática enquanto fatores complementares, e aventam que só depois que o enfermeiro vivencia a prática e

adquire uma experiência é que a teoria poderá ser refletida e analisada (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Deve-se lembrar de que a comunicação é uma necessidade básica que torna o sujeito um ser social (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Tratar com idosos, por exemplo, representa um desafio na prática de enfermagem. Apesar de ser gratificante trabalhar com pessoas mais velhas, isso exige do enfermeiro e dos serviços em geral, além de um planejamento e ambientes adequados, a melhor assistência possível, a fim de garantir conforto. Esses elementos, entretanto, não bastam, pois, se não houver respeito à autonomia do paciente e muita habilidade de comunicação, surgem conflitos nas relações, que inviabilizam o trabalho. Para tal, a enfermagem gerontológica requer líderes criativos, decididos e empenhados, além de uma equipe eficaz (FORD *et all.*, 2008).

Os enfermeiros analisados relataram que o contato com os familiares dos idosos é prejudicado pelo comportamento com que deparam, e muitos se distanciam, evitando conversar e/ou responder às perguntas de forma breve. Tal afastamento impede decisões necessárias e, ao mesmo tempo, é fonte de conflitos e desentendimentos com a enfermagem. Por outro lado, esses enfermeiros têm a percepção de que a distância da família dos idosos é promovida pela falta de tempo (fator mais citado), pressão imposta por eles, atenção voltada ao tratamento médico, dentre outras. Demonstraram, ainda, ter intenção em interagir com os parentes, porém a falta de conhecimento sobre o contexto social dificulta tal processo (LINDHARDT; HALLBERG; POULSEN, 2008).

Por outro lado, os enfermeiros agem de forma incorreta quando suprimem um cuidado ao paciente, idoso ou não, para aparentemente agradá-lo. Nesse sentido, o cuidar é primordial e deve ser seguido fielmente mesmo que seja preciso contrariar as vontades do paciente e desde que os responsáveis comunguem da necessidade do cuidado. Tal fato ganha exceção quando este cuidado

pode violar preceitos culturais do paciente, como as transfusões de sangue em Testemunhas de Jeová, caso em que o tratamento deve ser analisado (MCCABE, 2007).

Tratando-se de pacientes graves ou terminais, a comunicação torna-se peça chave na boa convivência e relação, envolvendo as formas verbais e não verbais, entre profissionais, pacientes e a família. Na tentativa de evitar posteriores sofrimentos, os profissionais se defendem e acabam se mantendo frios e distantes dos pacientes, buscando, desta forma, não presenciar o processo da morte de forma afetiva e provocando com sua ausência, ainda que inconscientemente, uma dor maior em seu paciente moribundo, mobilizando reações negativas que interferem nas relações com ele e com familiares que percebem o distanciamento e a pseudo-indiferença (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Os enfermeiros devem entender que a comunicação não é apenas um meio de perceber os sinais vitais ou as condições de saúde de seus pacientes, mas também de captar seus anseios e satisfazer suas necessidades. A dificuldade de comunicação é colocada, neste momento, como uma falha percebida desde a graduação, uma vez que os profissionais não têm, naquele período, o embasamento e a vivência necessários para auxiliar na prática futura, além de não receberem o apoio psicológico imprescindível (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

A família do paciente terminal passa a ser um elo pelo qual os profissionais têm a oportunidade de conhecer mais sobre o paciente. Nesse processo os familiares acabam agindo como se fossem enfermeiros, querendo inclusive atuar tecnicamente. É função do profissional definir os papéis de cada um: à família cabe apoiar e ao enfermeiro, cuidar (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Uma vez que nas relações interpessoais o estado emocional e o físico das partes são capazes de influenciar a comunicação, supõe-se que no ato de cuidar o bem-estar dos enfermeiros, associado à vontade, à satisfação, à vocação e até mesmo à intuição,

poderá influenciar a forma como ele se comunica e se relaciona com o paciente. A eficácia dos cuidados de enfermagem quando oferecidos em uma perspectiva de assistência individualizada e humana só se estabelece se há uma relação autêntica, ou seja, quando o enfermeiro se coloca à disposição do paciente com sensibilidade para perceber suas necessidades (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

A relação entre o enfermeiro e o paciente envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e morais do paciente, ser ativo que sente e sofre, relacionados às condições de vida e ao desequilíbrio de sua saúde (RAYA, 2004). Os pacientes, por estarem cansados e com morbidade física, tornam-se mais vulneráveis. Os sentimentos de impotência podem, entretanto, ser amenizados com apoio, cuidado e conforto do hospital e da equipe de saúde, especialmente os enfermeiros, ao tratá-los com mais sensibilidade, oferecendo disponibilidade para ouvir e informando, quando possível, sobre o que está acontecendo, o que os ajuda a diminuir as incertezas e controlar as ansiedades (GISKE; GJENGEDAL; AIRTINIAN, 2009).

O enfermeiro deve, portanto, ser capaz de desenvolver uma relação próxima com o paciente na condição de cuidador, de companheiro e até mesmo de confidente, gerenciar o tratamento e proporcionar conforto, tranquilidade e escuta desde que valorize os sentimentos e as preocupações da pessoa doente e da respectiva família. A relação terapêutica entre enfermeiro e paciente requer respeito, necessário para preservar a intimidade e a identidade da pessoa sob cuidados. Dessa forma, é estabelecido um relacionamento ético que possibilita autonomia profissional para atender com dignidade as necessidades básicas dos usuários do serviço de saúde. Com isso suscita-se que as ações de enfermagem devem sempre permitir que o paciente tenha autonomia para ajudar e participar de forma direta em seu próprio processo de reabilitação (RAYA, 2004).

Não se pode afirmar que todos os conflitos em uma prestação de cuidados devem ser considerados dilemas éticos. A maioria é

proveniente do desentendimento na comunicação com o paciente, principalmente atrelado à falta, incompreensão ou imprecisão das informações (SCHLAIRET, 2009).

No trabalho assistencial, uma boa comunicação entre o enfermeiro e o paciente é capaz de conduzir a uma satisfatória relação terapêutica onde o enfermeiro deve reconhecer o paciente como um sujeito singular e com sentimentos, expectativas e capacidades (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

É nesse contexto que se desenvolve a assistência humanizada, quando o profissional reconhece o sofrimento do outro, tenta falar a linguagem do paciente e se coloca em seu lugar, o que influencia no modo como serão feitos os cuidados: única possibilidade para se garantir assistência integral e humanizada aos seus pacientes, com respeito a sua dignidade (ARAÚJO et al., 2010; FREITAS; OGUISSO; MERIGHI, 2006a).

Gênero e a relação com os pacientes

Ainda é revestida de preconceitos a escolha da enfermagem como profissão para mulheres. As enfermeiras são vistas, em alguns países, como mulheres desqualificadas e desvalorizadas, que exercem funções que a sociedade considera incompatíveis com o casamento e que dificultam encontrar homens que desafiem a própria família e a sociedade para aceitá-las como esposas. A negação social dessas profissionais em Bangladesh, segundo Hadley et al. (2007), se dá principalmente pelo fato de elas trabalharem à noite, horário considerado socialmente como inadequado e promíscuo, uma vez que se suspeita que haja relação sexual entre enfermeiras e os médicos do plantão noturno. Tais preconceitos, conforme o autor, geram conflitos entre seu real papel profissional, motivação de sua escolha profissional e suas necessidades pessoais. São dilemas éticos que envolvem a relação deste profissional com os pacientes e seus familiares e com repercussões, algumas vezes, na vida pessoal.

Os princípios da Bioética

Mesmo antes de se falar em princípios da bioética, já se reconhecia que as ações de cuidados prestados aos pacientes estavam atreladas aos dilemas éticos vividos pelos profissionais de saúde. Argumentava-se sempre, portanto, que a tomada de decisões é influenciada por vários fatores, quais sejam (SCHLUTER et al., 2008):

- a) clima ético – uma vez que favorece que se discuta e resolva complicações éticas a partir de práticas organizacionais, influenciando atitudes e comportamentos;
- b) sensibilidade ética – enfermeiros devem desenvolver capacidade de reconhecer não só a comunicação verbal como também a não verbal, compreendidas em gestos, atitudes e expressões, como formas de seus pacientes demonstrarem sentimentos e sensibilidade ética em observar esses fatos e promover os cuidados necessários, respeitando a cultura, a sexualidade, a religião, a educação e a idade dos usuários, que influenciam para a tomada de decisões éticas cabíveis;
- c) aflição moral – expressada pelos enfermeiros quando tomam decisões que não geram resolutividade de problemas devido a vários obstáculos, como políticas públicas, escassez de profissionais capacitados e pouco tempo para a execução ou, ainda, valores legais;
- d) angústia reativa – quando os enfermeiros não agem de acordo com seus próprios sentimentos e desejos;
- e) resíduo moral – é o prolongamento do sofrimento moral quando o profissional sabe da necessidade de realizar um procedimento e não o faz. Tal sentimento pode interferir tanto na prática profissional como também na vida pessoal desses enfermeiros;
- f) fardo moral – quando o enfermeiro não consegue realizar os cuidados corretos, principalmente quando há recusa por parte do paciente.

Os princípios da Bioética, quando aplicados na prática dos enfermeiros em situações e sentimentos conflitantes como os anteriormente citados, permitem a reflexão das atitudes a serem tomadas. A tomada de decisões em situações complexas deve estar pautada na dignidade, no respeito e no diálogo com os envolvidos a fim de preservar os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (MARCELLUS, 2004; SCHLAIRET, 2009).

O enfermeiro tem o dever de respeitar a vontade do paciente dando-lhe também autonomia para decidir se aceita ou não o tratamento e a intervenção da enfermagem (GISKE; GJENGEDAL; AIRTINIAN, 2009; HADDAD; ZOBOLI, 2010; TWEDDLE, 2009).

Autonomia, por conseguinte, é o equivalente a respeito e reconhecimento aos valores, às emoções, aos sentimentos, às crenças e às decisões dos pacientes. Também implica criar oportunidades para que os clientes preservem seus direitos, e esse processo só é concretizado se enfermeiros estiverem engajados no papel que sua profissão exige.

O bom desempenho e o engajamento significam atenção para com os pacientes, princípio muito bem destacado por Florence Nightingale no campo da assistência em enfermagem. Em suma, respeito exige três fases: reconhecimento, preservação e engajamento, indispensáveis no âmbito profissional (GALLAGHER, 2007).

O enfermeiro tem obrigação de obter consentimento informado do paciente antes de realizar qualquer tipo de intervenção. Diante de princípios éticos o paciente tem o direito de ter sua autonomia respeitada e pode dar ou recusar o consentimento para qualquer tratamento (TWEDDLE, 2009).

Hoje em dia os pacientes são muito mais conscientes de seus direitos em saúde, embora não saibam exigí-los, e os enfermeiros, por conseguinte, são os guardiões desses direitos, desejos e necessidades, atuando como defensores e advogados, principalmente quando aqueles são vulneráveis e não têm autonomia. A advocacia

em enfermagem, portanto, foi baseada na assistência à garantia do direito dos pacientes à autodeterminação, em prol da humanização dos atendidos. A ênfase está em ajudar os doentes a compreender o que querem e precisam fazer. Porém esta abordagem foi criticada porque muitos doentes são incapazes de expressar seus desejos (CONNOR; KELLY, 2005).

Quando o profissional presta cuidados a uma pessoa incapaz de dar autorização para o tratamento, torna-se muito difícil para o enfermeiro tomar decisões. Avaliar se o paciente é capaz ou não de consentir com uma terapêutica é responsabilidade de quem prestará seus cuidados, e, neste caso, considera-se o quadro mental do indivíduo (LINDHARDT; HALLBERG; POULSEN, 2008; TWEDDLE, 2009).

A tomada de decisão feita para pessoas incapazes foi regulamentada pelo *The Mental Capacity Act 2005*. O avaliador deve fazer uma análise de acordo com os critérios legais estabelecidos e considerar o interesse do paciente no tratamento, assim como os desejos, os sentimentos, a história e a cultura da pessoa. É considerado capaz o sujeito de compreender o que lhe é dito, mesmo que as informações sejam retidas por um curto período de tempo, e a intervenção deve ser consentida por outra pessoa responsável pelo paciente, como um companheiro, filho, advogado ou procurador (TWEDDLE, 2009).

Diante disso, o enfermeiro tem como função estabelecer um diálogo com os familiares a fim de conhecer e obter informações que podem ajudar nos cuidados. É importante observar o contexto social do paciente para definir melhor quais serão os cuidados e tratamentos hospitalares e, principalmente, qual será o plano após a alta, de acordo com suas necessidades e condições. Dessa forma, é importante que os enfermeiros garantam a adesão e envolvimento dos familiares nos cuidados. (LINDHARDT; HALLBERG; POULSEN, 2008).

A interação de enfermeiros com pacientes nem sempre se dá de forma satisfatória. Os profissionais sentem-se, algumas vezes, sob pressão quando existe um familiar do paciente próximo, e muitas

vezes a colaboração depende do comportamento dos familiares e de como foi feito o contato inicial. Autores afirmam perceber em seus estudos que há pouca participação dos familiares nos cuidados hospitalares, sendo mais efetiva no momento de planejar a alta (LINDHARDT; HALLBERG; POULSEN, 2008).

O princípio da beneficência dá ao enfermeiro a responsabilidade de promover ações que promovam a saúde e o bem-estar do paciente e minimizem ou previnam dor, sofrimento e morte. Em casos de idosos avaliados como incapazes de tomar decisões, muitos enfermeiros administram secretamente o medicamento adequado como melhor maneira de evitar o sofrimento ou deterioração do paciente, entretanto, de acordo com o Código de Ética do Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM, 2010) e a Lei dos Direitos Humanos de 1998, é vedada a administração secreta de medicamentos a um adulto incapaz, salvo se essa decisão efetivamente se constituir em necessidade terapêutica e se tiver o apoio dos membros da equipe multiprofissional e da família ou dos cuidadores legais. Mesmo com autorização dos pacientes, familiares e equipe multidisciplinar, o enfermeiro precisa ter conhecimentos farmacológicos para compreender os potenciais riscos legais e consequências da administração de medicamentos a fim de assegurar sua eficácia terapêutica e evitar danos ou morte (TWEDDLE, 2009).

Outro aspecto importante é a postura ética de enfermeiros ao lidar com pessoas de diferentes culturas, anseios e preconceitos. De acordo com a teoria do utilitarismo, agir de forma ética quer dizer estar em consonância com o bem-estar dos pacientes e, para tanto, os enfermeiros devem saber priorizar o atendimento para aquele que mais precisa, respeitando o princípio bioético de justiça (HANSSSEN; ALPERS, 2010).

Diferenças de tratamento e atendimento recebidos de acordo com a posição étnica e racial nos cuidados de saúde promovem conflitos nas relações com pacientes e familiares e, algumas vezes, com a equipe também, pois, ocasionalmente, as decisões são tomadas de acordo com o senso comum, ou seja, conforme o que cada um

acha sobre o que sejam valores pessoais, preconceitos e moralidade (HANSSSEN; ALPERS, 2010).

Autores definem competência cultural como um conjunto de habilidades e comportamentos que dão ao enfermeiro capacidade para trabalhar de forma satisfatória e eficaz, reconhecendo o contexto cultural e os valores de seu paciente e familiares inseridos em uma comunidade. O respeito e o direito ao tratamento e atendimento dos pacientes, independentemente de crença ou cultura, são eticamente garantidos (WAITE; CALAMARO, 2010).

É importante salientar que cada comunidade agrega valores diferentes ao que possa ser aceitável como moral ou não. A moralidade está atrelada ao respeito e não à forma em que se desenvolvem as relações (HANSSSEN; ALPERS, 2010; WAITE; CALAMARO, 2010).

De acordo com a teoria utilitarista, a melhor opção é pesar pelo benefício comunitário e fazer escolhas que sejam benéficas para a maior quantidade de pacientes possível. Enfermeiros, entretanto, são em algumas circunstâncias preconceituosos também; 66% deles afirmaram, em estudo com grupo focal, que buscam atender a demanda dos pacientes e das famílias de minoria étnica; 41% afirmam que sempre tentam atender, dentro do possível, essas necessidades; e 20% dos entrevistados que não afirmaram nem negaram a questão justificam que atendem a demanda quando têm tempo, porém, quando muito ocupados com excesso de afazeres, não conseguem dar conta de todos os pacientes (HANSSSEN; ALPERS, 2010).

Foi detectado, ainda, que quando há uma capacitação/ensino acerca do respeito e da valorização das diversas culturas, há uma melhora importante nas disparidades nestes setores. Percebe-se, entretanto, despreparo dos professores, que não enfatizam tanto quanto necessário o tema diversidade cultural, racial e étnica (WAITE; CALAMARO, 2010).

Outrossim, algumas faculdades já oferecem como disciplina obrigatória cursos relacionados com a cultura, outras optam por colocar de

forma eletiva. É possível observar também que a maioria é oferecida por antropólogos, e não por outros profissionais da saúde ou pelos próprios enfermeiros. Isso impede, de certa forma, que haja uma inter-relação entre a cultura e a profissão, uma vez que há dissociação no modo em que são ministradas (WAITE; CALAMARO, 2010).

Quando se refere à saúde mental, a situação se torna um pouco mais complexa, dado que este transtorno pode ser causado por crises ligadas à discriminação e/ou racismo, gerando crises de identidade, isolamento social etc. O despreparo dos enfermeiros e dos demais profissionais de saúde pode dificultar a percepção da origem dos problemas desses pacientes, sendo por vezes diagnosticado como um problema individual. Para evitá-los, é necessário que o enfermeiro tenha em mente algumas questões para tomá-las como relevantes, por exemplo, saber identificar se há diferenças entre suas crenças e as do paciente, e, caso existam, que as respeite; quais são suas críticas e preconceitos com relação à crença do paciente; se esse preconceito pode influenciar sua capacidade de ouvir e auxiliar na solução de problemas e anseios do atendido (WAITE; CALAMARO, 2010).

Enfermeiros profissionais devem ajudar o paciente tanto a evoluir para a cura como a ter uma morte digna nos casos em que a saúde já não é mais possível, uma vez que a sensação de bem-estar atingida pelo conforto psicológico, emocional e espiritual, protegendo sua privacidade, deve ser estabelecida em todos os tipos de tratamento (MCCABE, 2007).

Enfermagem e a família dos pacientes

Autores mostram que cerca de 20% das mortes nos Estados Unidos ocorrem nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), e a maioria dos que dão entrada nestas unidades não tem contato prévio com os profissionais da área e não dispõe de meios para demonstrar seu interesse, ficando excluídos da participação do tratamento e da tomada de decisões. Por outro lado, a cultura que impera em uma UTI é a de salvar a vida do paciente a qualquer custo, independentemente do sofrimento a que este será submetido, ou mesmo do desejo dele.

A morte não tem sido vista como um curso natural da vida, mas um erro da medicina moderna. Assim, medidas como os cuidados paliativos estão sendo deixadas de lado (BOYLE; MILLER; FORBES, 2005).

Os familiares apontam que a comunicação sobre a situação real do paciente na UTI e seu prognóstico são necessidades básicas para a família. A integralidade das informações, a ausência de contradições entre elas, o conhecimento das funções prestadas por cada integrante da equipe, entre outros fatores, apontam para maior satisfação dos familiares quanto ao atendimento prestado. Outro ponto importante e que favorece a relação entre médicos e familiares é o tempo dispensado por aqueles na comunicação com estes (BOYLE; MILLER; FORBES, 2005).

A UTI, por atender pacientes em estado crítico, torna-se um ambiente de estresse não só para os pacientes, mas também para os que os rodeiam, como os profissionais da saúde da unidade e os próprios familiares, favorecendo conflitos nas relações, nas quais o desejável era o equilíbrio. Nesses momentos, se a comunicação for falha, as desconfianças aumentam, bem como a falta de entendimento, as frustrações e as incertezas da família (BOYLE; MILLER; FORBES, 2005; RUEDELL et al., 2010).

Estudiosos apontam os fatores que interferem no relacionamento interpessoal entre profissionais de enfermagem e a família na UTI (RUEDELL et al., 2010):

- falta de tempo dos profissionais de enfermagem para assistir a família;
- medo do envolvimento emocional do profissional de enfermagem com a família. Observou-se que a enfermagem quando não se encontra preparada para enfrentar a morte, procurando afastar-se do paciente e da família. O relacionamento excessivo ou o não envolvimento podem ser prejudiciais na relação profissional de enfermagem-paciente-família;
- comportamento impessoal do enfermeiro no trato com a família;

- família percebida como intrusa na unidade de internação, principalmente quando questiona procedimentos, prognósticos, dentre outras atividades realizadas pelos profissionais, e isso pode provocar desconforto e irritabilidade nos enfermeiros;
- linguagem inadequada utilizada pelos profissionais na abordagem dos membros da família, o que implica, na maioria das vezes, interpretações errôneas.

No mesmo estudo, Ruedell et al. (2010), mostram os elementos que influenciam a família ao interagir com os profissionais de enfermagem em uma UTI:

- tensão, angústia, tristeza, insegurança e medo de perder o familiar perante a ameaça de morte, e, ainda, apreensão, em caso de dificuldades financeiras;
- falta de confiança da família na equipe de enfermagem;
- ambiente físico desfavorável;
- familiares rejeitam ou negam as informações recebidas e sentem dificuldades em aceitar as normas da instituição, como os horários diferenciados de visitas. Tal situação leva os familiares a manifestarem indignação com os profissionais de enfermagem, já que esta categoria é a que promove maior vínculo.

Há um novo conceito de trabalho em UTI, o do cuidado centrado na família, foco da atenção dos médicos e dos enfermeiros, principalmente nos casos em que o paciente não tem mais condições de tomar decisões, delegando previamente aos membros de sua família esta tarefa (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Enfermeiros e pesquisadores

Quando o profissional, enfermeiro ou médico, é responsável pela assistência e, ao mesmo tempo, é um pesquisador, pode enfrentar

alguns dilemas éticos na relação com o paciente, haja vista seu conflito de interesses. Uma maneira de minimizar os efeitos é basear sua pesquisa em princípios primários do código de ética brasileiro que incluam assistência segura, competente e ética, cujo objetivo seja a saúde e o bem-estar do paciente; que dê a ele a autonomia de escolha; que não fira sua dignidade; que a responsabilidade profissional e a qualidade do ambiente sejam mantidas na prática (ARRAF; COX; OBERLE, 2004).

Uma pesquisa qualitativa, portanto, pode ser feita, por exemplo, com entrevistas com os pacientes, ou por meio da observação, desde que sejam explicados os instrumentos, dado o direito de escolha de estes sujeitos participarem ou não, garantindo-lhes confidencialidade e anonimato, e que sejam maximizados os benefícios e minimizados os riscos possíveis, principalmente se são feitas com pacientes em estado terminal (ARRAF; COX; OBERLE, 2004; MINAYO, 2006).

Em tais circunstâncias é possível que o paciente sinta fadiga durante a entrevista. O enfermeiro pesquisador deve ter sensibilidade para reconhecer esse momento e cessar a investigação, administrando os medicamentos analgésicos ou sedativos necessários, além de sempre avaliar os riscos e benefícios da investigação, atentando primariamente à saúde e ao bem-estar do paciente, bases de uma assistência ética e segura (ARRAF; COX; OBERLE, 2004).

O pesquisador deve manter-se imparcial ao prestar seus atendimentos, fazendo-os de forma equitativa com todos os pacientes. Deve ficar atento e analisar bem os critérios concretos de inclusão ou exclusão dos participantes a serem entrevistados, a fim de não excluir nenhum paciente da possibilidade de obter benefícios, respeitando o princípio da justiça. Outro aspecto importante é que enfermeiros pesquisadores têm a obrigação de serem responsáveis em seus cuidados, uma vez que pesquisas geram benefícios financeiros para as instituições, que podem coagir os pacientes a participar dos estudos como forma de angariar fundos (ARRAF; COX; OBERLE, 2004).

Enfermeiros mediadores

Os enfermeiros normalmente são os mais procurados pelos pacientes para ajudá-los em situações de conflitos, uma vez que são os profissionais com maior contato com os pacientes. Porém muitos não se sentem preparados para ajudar a resolver conflitos, mesmo com a existência do código de ética, e é nesse contexto que surge a necessidade de preparar os enfermeiros como mediadores na tomada de decisões e auxílio para solucionar conflitos (SCHLAIRET, 2009).

Os Serviços de Consulta Ética (ECS) aos quais Schlairet (2009) se refere são para ajudar os indivíduos a tomar decisões, resolver conflitos ou incertezas resultantes dos cuidados prestados. Podem ajudar a solucionar questões conflitantes que surgem no âmbito da saúde, seja no início ou fim da vida, situação de transplantes, reanimação etc. Para tanto, é chamada a atenção para o papel do enfermeiro como mediador nesses processos, identificando os pacientes envolvidos e os ajudando na tomada de decisões (SCHLAIRET, 2009).

Ética na saúde pública

Não obstante a enfermagem ter evoluído junto com a tecnologia, o estudo continuado de técnicas proporciona também a evolução do cuidado, que deve sempre ser somado ao cuidar humanitário. Porém a busca pela inovação em formar, cada vez mais, profissionais capacitados e hábeis a fazer o melhor em suas funções na pesquisa técnica da cura do paciente, tem deixado de lado a preocupação em ver o paciente de forma humanitária. Com isso, o Ministério da Saúde no Brasil instituiu a Política Nacional de Humanização, a fim de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada (MARQUES; SOUZA, 2010).

Observa-se, entretanto, falhas no atendimento da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), serviço público de saúde brasileiro, principalmente no que diz respeito à falta de comunicação e de respeito com os pacientes, que geram dificuldades no relacionamento

que os enfermeiros estabelecem com pacientes e familiares. Tal vínculo de relacionamento comunicativo é essencial para a efetividade e qualidade da assistência prestada. A humanização associada à visão dos sujeitos como seres singulares e distintos deve constituir atitudes éticas rotineiras nos processos do cuidar, pois sua ausência compromete os resultados e sua presença, ao contrário, favorece a ajuda que os enfermeiros prestam aos pacientes e a comunidade em geral (HADDAD; ZOBOLI, 2010; HOSSNE; ZAHER, 2007).

Acompanhamento de casos de abusos de crianças

O abuso de crianças é, algumas vezes, negligenciado em razão dos tabus sociais e dos mecanismos de defesa psicológica dos envolvidos, pais ou responsáveis e crianças, que impedem a identificação das agressões (TINGBERG; BREDDLÖV; YGGE, 2008).

O Estado responsabiliza o enfermeiro de saúde pública pelo dever legal de proteger as crianças suspeitas de sofrer abuso em suas casas. O objetivo do acompanhamento domiciliar é dar apoio às famílias e simultaneamente fiscalizar os riscos e as agressões sofridas pelas crianças (MARCELLUS, 2004). Aos enfermeiros, portanto, é dada a tarefa de lidar com tal situação, preparando-se emocionalmente para enfrentar fatos traumáticos que envolvem afetos que passam pela indignação, revolta, raiva e conflitos violentos dos pais, familiares, médicos e colegas das crianças. O objetivo é manter o ambiente de trabalho em um clima de tranquilidade, calma e segurança, em especial nos casos em que o pai da criança é suspeito de ter cometido o abuso (TINGBERG; BREDDLÖV; YGGE, 2008).

Pesquisa realizada por estes autores, por meio de entrevistas com onze enfermeiros que participaram de algum atendimento a crianças vítimas de abuso sexual, revelou importantes categorias que foram analisadas, quais sejam:

- a ambivalência emocional quando se sentem enganados nas declarações dos pais, que, muitas vezes, omitem ou mentem sobre fato de não terem percebido antes o início dos abusos;

- a manutenção de um comportamento profissional a despeito da raiva que sentem, principalmente se os pais são os agressores;
- a necessidade de intervenções terapêuticas para as crianças e os pais;
- a necessidade de treinamentos para melhor identificar os abusos, especialmente perante pais que aparentam ser extremamente carinhosos;
- a consciência da importância de registrar em relatório a descrição dos abusos, o que não é feito por falta de esclarecimento sobre os protocolos;
- a importância de levar os pais a uma reflexão sobre as consequências físicas e psicológicas que as crianças podem ter com esse tipo de abuso, orientar e acompanhar de perto essas famílias.

Por outro lado, muitas famílias não veem a vigilância como um ato de ajuda ou apoio e sentem-se ameaçadas e punidas com as intervenções. Sabe-se que os pais precisam obter a confiança do profissional para estabelecer um diálogo e discutir seus problemas familiares e de saúde. Além disso, necessitam de cuidados interdisciplinares por viverem um problema de cunho social (MARCELLUS, 2004).

Por conseguinte, para os enfermeiros de saúde pública não é tão simples preservar as questões éticas quando se faz necessário estabelecer vínculo relacional, e se sentem desconfortáveis moralmente ao estabelecer relação ética de confiança com famílias consideradas problemáticas ou de risco e que necessitam de vigilância nas práticas educativas desenvolvidas (MARCELLUS, 2004).

O relacionamento dos enfermeiros com os pais de famílias em risco é beneficiado quando existe o respeito e a autocompreensão mútuos, que ajudam os pais a manter a autoestima e desenvolver confiança no profissional enfermeiro em uma situação atrapalhada pelo medo de sofrer repressão por parte do Estado (MARCELLUS, 2004).

É possível obter a confiança das famílias em que uma criança pode estar em risco pelo desenvolvimento da autorreflexão, respeito, equilíbrio e sensibilidade dos enfermeiros ao lidar com os pais. Além disso, deve-se levar em consideração a individualidade e o contexto social das famílias ao realizar visitas planejadas, que devem priorizar a ética relacional (MARCELLUS, 2004).

Relações sexuais

É pelo corpo que o indivíduo expressa seus valores, suas emoções e se relaciona com os outros. A exposição do corpo do paciente traz consigo uma série de questões éticas e bioéticas, bem como revela, algumas vezes, um atendimento desumanizado (COLARES; NAKAMURA, 2008).

Ao relacionar o corpo do cliente ao trabalho da Enfermagem é fácil observar que eles estão totalmente atrelados. Em todas as unidades dos hospitais, a exposição do corpo parece ser algo inevitável, seja nas enfermarias, no centro cirúrgico, nas UTI, dentre outras. O cuidado vai se tornando cada vez mais técnico, visando somente a eficácia do atendimento, deixando a desejar a humanização (COLARES; NAKAMURA, 2008).

É notória a importância de um cuidado mais humanizado, que busque respeito e confiança a fim de garantir qualidade na assistência. Não há dúvidas que manipular o corpo despido de um paciente promove reflexões sobre as relações de poder entre os profissionais de saúde e seus pacientes e os dilemas éticos podem ser solucionados quando os profissionais mudam seu modo de tratar/ver o cliente. Todavia isto requer uma autocrítica associada ao autoconhecimento, tão desafiadores nos dias de hoje (COLARES; NAKAMURA, 2008).

Em um ambiente de trabalho a neutralidade, a imparcialidade e a honestidade ao desenvolver funções trabalhistas são necessárias, com o objetivo de atender a todos de maneira igualitária e sem conflitos de interesses pessoais, quer afetivos e sexuais, quer financeiros (ASHER, 2005).

É considerado antiético o fato de um enfermeiro ter relação sexual com pacientes ou ex-pacientes, e tem crescido o número de profissionais que têm inquéritos judiciais e até o registro caçado por essa conduta considerada inadequada. Países como o Brasil, Reino Unido e Nova Zelândia apresentam em seus Conselhos de Enfermagem e Medicina a não aceitação de relacionamento sexual entre profissionais e clientes ao entender esta questão como um conflito de interesses (ASHER, 2005; CFM, 2010; COFEN, 2008). A United Kingdom Central Council for Nursing (UKCC) também defende que o enfermeiro não deve se envolver em relacionamento íntimo e sexual com os clientes. A vulnerabilidade pode partir tanto por parte do enfermeiro como dos pacientes, uma vez que o trabalho se desenvolve, por vezes, com contato íntimo. Cabe às entidades investigar as atitudes do profissional, que deve estar consciente do risco ético ao promover um conflito expondo um relacionamento sexual com seus pacientes. A melhor conduta, caso o enfermeiro seja assediado pelo paciente, é não se envolver e procurar a ajuda de outro profissional a fim de evitar a intervenção do Conselho de Enfermagem (ASHER, 2005).

Relações entre médicos, pacientes e respectivos familiares

Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte.

Cicely Saunders

A relação médico-paciente está submetida a uma ordem diferente, qual seja, aquela caracterizada por uma linguagem técnica específica, permeada por prescrições, recursos farmacêuticos e tecnológicos, honorários e, essencialmente, por um saber médico-científico, cujo objetivo é assegurar a ordem e a higidez do paciente, tarefa nem sempre alcançada com êxito (GEOVANINI, 2011).

É nessa busca de resgate da saúde que médicos e pacientes se encontram, onde há, de um lado, a fragilidade do paciente e, do

outro, o saber médico e o discurso científico, relação desigual e de poder com um médico que nem sempre está tão seguro de seus recursos quanto gostaria ou quer aparentar e com um paciente que já traz na bagagem uma série de informações adquiridas na internet e disposto a interpelar e desafiar o profissional (GEOVANINI, 2011).

O exercício da medicina requer um relacionamento interpessoal específico em que são usados métodos para se estabelecer uma comunicação eficaz com o paciente. Tal relação necessita de vínculo, fé e confiança para que o médico possa exercer suas funções, buscando melhorar a qualidade de vida de seu paciente (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010).

Não há um modelo único de se estabelecer uma relação médico-paciente, dado que ela depende das características do paciente, de sua situação clínica e até da formação e personalidade do profissional. Não se trata de uma relação fixa e imutável tampouco, pois pode variar ao longo do tempo, a depender do momento vivido. A relação e a comunicação médico-paciente têm papel importante sobre a saúde mental e física do segundo, aumentando a confiança e a possibilidade de aliança terapêutica; entretanto qualquer problema faz que os pacientes procurem novos médicos ao tempo em que processam os primeiros. Portanto, uma importante mudança ocorrida foi a introdução de outro ator social na equação: o direito/a justiça. A prática médica se tornou defensiva e os médicos passaram a temer seus pacientes (BASCUÑÁN, 2005; CALVO QUIROZ, 2006).

Tem havido uma perda de respeito que traz um sentimento nostálgico do médico do que já foi o vínculo dele com o paciente no passado. Houve também modificação das expectativas, principalmente se for levada em conta a interferência da tecnologia, que faz que muitos acreditem que esta tem o poder de modificar a evolução natural do ser humano, criando, portanto, expectativas irreais que frustram os pacientes e os deixam desconfiados da perícia do médico (BASCUÑÁN, 2005).

Por outro lado, o médico também passou a dar mais crédito e mais atenção à tecnologia, ou seja, aos exames complementares, do que

à escuta do paciente e ao exame minucioso. O profissional acredita que a tecnologia veio para complementar a consulta em casos especiais, com o uso dos exames adequados feitos por profissionais competentes e cujos resultados são correlacionados com a clínica (CALVO QUIROZ, 2006).

A modernização da saúde por meio dos avanços tecnológicos e da introdução de novos agentes sociais tem contribuído para que a relação médico-paciente se torne impessoal. Uma das razões para isso é que os pacientes não buscam diretamente os médicos, mas seus intermediadores, os planos de saúde, agências de seguros, cooperativas e operadoras de cartões de descontos, o que dificulta o estabelecimento do diálogo entre médicos e pacientes por torná-la uma relação de mercado. Além disso, a visão mercantilista vê as pessoas ou os clientes em sua totalidade por uma média, e o paciente precisa ser individualizado (CALVO QUIROZ, 2006).

Melhor dizendo, a introdução de fatores econômicos, a tecnologia, a especialização da medicina, as mudanças no perfil dos pacientes e da sociedade, a presença do poder judiciário, além das expectativas e exigências dos pacientes, têm interferido na relação entre as partes, o que leva a um processo de despersonalização, desumanização e desconfiança, causando frustração, desencanto e insatisfação (BASCUNÁN, 2005).

Profissionalismo, humanismo e o cuidar

A maioria da população anseia por um atendimento do profissional de saúde que, além de exercer sua função, se preocupe com o bem-estar geral do paciente, ou seja, um médico que tenha duas características, o profissionalismo e o humanismo. Habilidade e conhecimento favorecem o profissionalismo, que é o meio pelo qual os médicos cumprem o contrato social da profissão médica com a sociedade, enquanto o humanismo é uma forma especial de ser e de agir a partir do desejo altruísta de servir com responsabilidade e compaixão. O humanismo, portanto, prevê a paixão que anima o verdadeiro e autêntico profissionalismo (COHEN, 2007).

Pode existir profissionalismo sem humanismo, ou seja, um médico muito qualificado tecnicamente, mas que não gosta da prática humanitária. Por outro lado, um médico adepto do humanismo, mas que não tem técnica e conhecimento suficientes para assegurar seu profissionalismo, por vezes perde a credibilidade e a confiança de seus pacientes, dado que não possui segurança no trabalho que realiza. Quando, por alguma razão, o médico falha no quesito humanidade, geralmente passa também a ser desacreditado pelo paciente. E a literatura afirma que os profissionais que evitam as práticas humanistas estão mais suscetíveis à antiética. Assim, para maior sucesso e reconhecimento é desejável a união de profissionalismo e humanismo, garantido boa relação médico-paciente e reduzindo os conflitos (COHEN, 2007).

A formação médica tem influência na prática humanista, e é necessário que as escolas médicas tornem-se também adeptas de uma cultura humanista, uma vez que permite a manutenção do ideal na vida profissional dos então estudantes (COHEN, 2007).

A medicina passa por um momento de crise, fruto do afastamento do que motivou seu surgimento, o cuidar, e que exige profundas mudanças e renovação. Cuidar vem do latim *cogitare* e significa pensar, dar atenção e levar em consideração; no entanto a prática moderna tem se afastado de sua missão essencial. A sociedade tem cobrado cada vez mais o retorno a esse modo humanista do procedimento médico. Apesar dos avanços da profissão, a medicina não pode ser encarada como ciência exclusivamente exata, nem mesmo biológica: tem que passar necessariamente pelas ciências humanas. (DANTAS FILHO; SÁ, 2009).

Vive-se um momento em que é desafiador, para um profissional de saúde, manter sua integridade e dignidade, o que só é possível quando se pauta seu compromisso com o paciente por meio de prática ética baseada na virtude. Autores descrevem as dez virtudes para os médicos de emergência; acredita-se, entretanto, que essas deveriam estar presentes também em situações de atendimento eletivo, quais sejam: prudência, coragem, temperança, justiça,

consideração positiva incondicional, caridade, compaixão, confidencialidade, vigilância e agilidade (LARKIN et al., 2009):

A prudência, segundo os autores citados, implica a capacidade de discernimento e sensatez e é desenvolvida com a prática e a experiência de decidir o que é de fato importante e de fundamentar uma tomada de decisão. Pacientes com comportamento violento, com doença transmissível, com halitose, entre outras características, desafiam os médicos, exigindo deles uma segunda virtude, a coragem. Esta é rotineiramente necessária para pôr de lado o medo e enfrentar situações desagradáveis ou desconfortáveis, resolver os desafios e lidar com situações de tensão e estresse.

Já a temperança, segundo Larkin et al. (2009), é a capacidade de racionalizar os conflitos e, com serenidade, equilíbrio e autocontrole, atender o paciente de forma objetiva e agir com determinação. Essa postura inspira a confiança dos pacientes e dos colegas de equipe. Quanto à justiça, faz-se necessária para garantir que as decisões médicas não sofram influências tendenciosas e sejam feitas com razão e honestidade e, assim, tratar todos os pacientes de forma igualitária e livre de preconceitos. Também é importante que se atenda o paciente com uma consideração positiva incondicional, ou seja, reconhecer que todos são pessoas dignas e valorosas e devem ser assistidas com cortesia, sinceridade e disposição, independentemente do nível social, do temperamento ou de que seja um transgressor da lei e da ordem (LARKIN et al., 2009).

A caridade ultrapassa os princípios da não maleficência e da beneficência e se caracteriza em oferecer um trabalho com alegria, disposto a fazer mais do que o mínimo para servir uma pessoa com necessidades. Já a compaixão é parte da competência profissional e talvez seja tão importante para a cura quanto a competência técnica – é um meio termo entre a indiferença e o envolvimento com o paciente.

Outras características citadas pelos autores são a confidencialidade, que implica gerar confiança no paciente, garantindo acesso a

informação, bom diagnóstico e maior adesão ao tratamento, assegurando o sigilo; o estado de alerta do médico que deve estar pronto diuturnamente para atender qualquer tipo de crise e em qualquer dia, caracterizando sua permanente vigília; a agilidade mental, física e pessoal, que significam ser hábil em momentos de tensão e ter a capacidade de se recuperar de desafios físicos e emocionais; e, ainda, maior flexibilidade e adaptabilidade, que permitem que o profissional saia destemido das dificuldades e infortúnios e que responda aos desafios imprevisíveis.

Então, se existem qualidades ideais que deveriam estar contidas no comportamento humano, favorecendo as relações éticas, promovendo o respeito pelo doente e uma assistência de alta qualidade e a confiança do paciente, são as descritas neste tópico. Só o esforço para alcançar tais ideais já é um objetivo grandioso, fundamental para a moral da comunidade médica (LARKIN et al., 2009).

O que se percebe, com frequência, no entanto, provavelmente por questões históricas e culturais reforçadas na prática profissional, é que os médicos, mantendo posturas que vão na contramão das virtudes, promovem a perda da relação médico-paciente pela arrogância e autoritarismo (TESSER, 2009).

Muitas vezes o paciente se dirige ao médico de forma dependente e vulnerável, com vistas a demonstrar suas necessidades. Amplificam e dramatizam seu sofrimento, o fracasso e a perda, levando aos médicos sua esperança de cura, a qual nem sempre é o fim desejado. Cria-se uma relação de poder e uma dependência médica paternalista, ponto assimétrico dessa interlocução, o que reforça a postura autoritária do profissional (BASCUÑÁN, 2005; FERNÁNDEZ, 2005a; GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010).

A medicina é uma ciência dotada de práticas e saberes e, como tal, possui seu lado destrutivo e dominador como todas as outras ciências. A oficialização dos médicos como únicos curadores legítimos, representantes da ciência e portadores da verdade, ajudou a consumir uma tradição de arrogância e egocentrismo por parte

desses especialistas. Assim, tal tipo de má prática pode ser herança cultural facilitada pelo *status* dado aos médicos e amplificada pelo hospital, que sempre foi uma instituição autoritária, em que o paciente delega o poder para os profissionais. Nos hospitais há a tendência para a fragmentação do cuidado por especialidades, e os vários anos de formação são fatores que acarretam em ações arrogantes e autoritárias em muitos dos profissionais (TESSER, 2009).

Capacidade de comunicação e transmissão de más notícias

A morte tem o poder de colocar todas as coisas nos seus devidos lugares. [...] Diante da morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras. E a gente se defronta então com a verdade, aquilo que realmente importa.

Rubem Alves

Para exercer bem a capacidade de comunicação, o médico deverá transmitir informações de modo adequada, devendo para isso ter boa linguagem, clara, específica, coerente e no tempo certo. A mensagem, por sua vez, deve ter um bom volume, ser bem organizada, esclarecedora e transmitida num tom e intensidade adequados, dando ênfase àquilo que se quer entendido pelo outro (GONZÁLEZ et al., 2005).

O médico para se comunicar deverá também colher informações de seu paciente e, para isso, será necessário que pergunte quando houver dúvidas, silencie no momento certo e dê *feedback*. Deverá, então, se posicionar adequadamente e manter um nível de atenção, ao mesmo tempo que desenvolver a capacidade de observar a linguagem não verbal, por meio dos movimentos do corpo, da organização espacial e temporal, dos sinais físicos e químicos e do sentido tátil. Por fim, deverá parafrasear, ou seja, repetir a informação, refletir e ser capaz de reproduzi-la para assegurar-se de que entendeu bem e está sendo entendido também (GONZÁLEZ et al., 2005).

Como benefícios do fornecimento adequado de informações ao paciente são citados: auxílio na tomada de decisões; significação da doença; verificação do acesso do paciente aos recursos; ajuda no trato com a doença; isenção de culpa do paciente e aquisição de sua confiança. Já quanto aos malefícios, são elencados: a sobrecarga de informações, que pode dificultar a participação do paciente na tomada de decisões e no entendimento da situação, principalmente, quando há carga emocional considerável, seja no paciente ou em seus familiares; a informação sobre improváveis efeitos colaterais que pode confundir o paciente e/ou impedi-lo de tratar de forma adequada; as explicações minuciosas de achados incidentais que podem atrapalhar na discussão de doenças graves ou na condução terapêutica (EPSTEIN; KORONES; QUILL, 2010).

Médicos, em sua prática, dificilmente escaparão de, em algum momento, terem a necessidade de dar más notícias, informações de qualquer natureza que são transmitidas ao paciente ou a seus familiares e que alteram suas perspectivas de futuro quer imediato, quer de médio ou longo prazo. Há que se considerar que más notícias são concernentes aos pacientes de forma individual dentro de seu contexto biopsicossocial. Dessa forma, embora esteja normalmente associada à transmissão de diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode estar relacionada a patologias ou síndromes menos dramáticas, mas que parecem traumáticas para um determinado paciente. Exemplo de situações difíceis é ter que informar a uma noiva a necessidade de um procedimento terapêutico inesperado que pode postergar a festa de seu casamento previamente agendado (LINO et al., 2011; GEOVANINI, 2011).

Pela falta de preparo adequado na maioria das escolas de medicina, os profissionais sentem-se inseguros em comunicar más notícias em sua rotina de trabalho e, quando o fazem, nem sempre é de forma satisfatória (DÍAZ, 2006; GEOVANINI, 2011; LINO et al., 2011).

Estudiosos ratificam e sugerem um roteiro básico que pode favorecer a comunicação com pacientes que precisam receber más notícias – trata-se do protocolo SPIKE, criação dos pesquisadores

Baile, Buckman, Lenzi, Guber, Beale e Kudelka, publicado em artigo intitulado “AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer”, na revista *Oncologist* no ano 2000 (BUCKMAN; BAILE, 2007; GEOVANINI, 2011; LINO et al., 2011). Este protocolo é direto, rápido e atende aos objetivos traçados para a comunicação em seis etapas que compõem a sigla SPIKES, quais sejam: preparação do ambiente e do momento favorável à comunicação da má notícia (*setting up*); a percepção que se deve ter do paciente e das informações que dele precisam ser colhidas (*perception*); a necessidade de se aguardar o convite do paciente para que o médico fale e se estabeleça um diálogo (*invitation*); a informação a ser transmitida (*knowledge*); a necessidade do médico expressar emoções (*emotion*); e, finalmente, a capacidade de sumarizar, de sorte que o paciente tenha efetivamente compreendido o que lhe foi comunicado e traçar com ele as estratégias terapêuticas adequadas ao caso (*strategy and summary*).

Há uma dificuldade dos profissionais de saúde na tomada de decisões sobre as condutas com pacientes terminais. A família traz consigo o pensamento de que enquanto há vida, há esperança, entretanto, na maioria das vezes, pouco há o que fazer. Cabe ao médico orientar a família e ao paciente caminhos/condutas mais realistas para o caso e não alimentar ideias de tratamentos fúteis, principalmente levando em conta que os recursos de saúde são escassos e o médico deve ter em vista a responsabilidade social (MARTINEZ, 2009).

É dever do médico iniciar esse processo de discussão sobre o final de vida, o que é esperado pela maioria dos pacientes em fase terminal e seus familiares. Ter boa comunicação ajuda a acalmar temores, minimiza a dor e o sofrimento dos pacientes, além de promover uma morte mais tranquila. Ao discutir o assunto, o profissional poderá atender a desejos simples e necessidades modestas, como passar os últimos momentos em casa e não serem submetidos a intervenções mais agressivas e tratamentos fúteis. Dessa forma, o médico pode minimizar os receios, fortalecer as relações familiares, reduzir o isolamento e minimizar os conflitos (LAGO; LOPES, 2005; MARTINEZ, 2009).

Há situações, porém, em que médicos e especialistas em ética concordam com a retenção de informações diretamente para o paciente: na falta de capacidade cognitiva do atendido deve haver um responsável por ele para receber as informações; nos casos de urgência médica, nos quais o fator tempo é importante para a vida do paciente; quando há a recusa do doente em receber as informações. No entanto, quando o paciente questiona sobre seu caso ou quando há discordância entre ele e seus familiares, é necessário repensar a retenção de informações (BYK, 2005; CFM, 2010; EPSTEIN; KORONES; QUILL, 2010). Os médicos devem, portanto, julgar individualmente se prestarão ou não certas informações, tomando por base não apenas a capacidade cognitiva do paciente, mas seu nível de entendimento, seus valores e seu desejo em receber as informações de forma detalhada (EPSTEIN; KORONES; QUILL, 2010; GOMES; SILVA; MOTA, 2008).

É sabido que o paciente não pode ser mero espectador. A valorização de suas opiniões, vontades, anseios, medos e perspectivas é extremamente relevante na relação médico-paciente e ganhou respaldo legal, a fim de garantir um modelo de saúde no qual o bem-estar do paciente seja algo supremo (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010; GOLD, 2010).

Quando em situações em que se exige do médico uma tomada de decisão, a comunicação será imperiosa e nesse momento não se pode negligenciar ou negar a autonomia do paciente e o termo de consentimento livre e esclarecido. Para isso há que se fornecer informações detalhadas (SILVA HERNÁNDEZ, 2005).

Entretanto o médico teme fazer algumas revelações ao paciente por medo de romper com o princípio hipocrático *primum non nocere* e infligir dor física ou moral ao seu paciente; por isso, minimiza a gravidade na comunicação da doença e de seus efeitos; o profissional tem a ilusão de que tudo tem cura e, portanto, sente medo do fracasso terapêutico e teme ser julgado pelo paciente como incompetente, ou pela justiça, caso haja denúncias contra ele, dada a judicialização da medicina; e há, ainda, o medo de expressar suas próprias emoções diante dos pacientes (DÍAZ, 2006).

Em algumas circunstâncias, o profissional percebe que, impedindo a autonomia do paciente, poderá promover a beneficência e a manutenção da saúde deste, ainda que saiba que o eticamente aceito é o cumprimento de todos os princípios. Por isso, é preciso seguir o protocolo e solicitar um termo de consentimento informado, em que o paciente terá a autonomia de decidir pela realização ou não de seu tratamento após receber as informações objetivas cedidas pelo médico (ARTAZA SAN; GÓMEZ MARTÍNEZ, 2005).

No Capítulo V do Código de Ética Médica, que trata da relação com pacientes e familiares, o artigo 31 veta ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de vida (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011; CFM, 2010). Sob seu julgamento, o médico deverá considerar que somente um fato moralmente relevante, em termos de beneficência ou não maleficência, terá força para justificar uma ação médica paternalista que ignora o direito de o paciente saber a verdade e, por conseguinte, ter autonomia, definindo os limites de seu tratamento. Assim, essa obrigação médica tem limites, que são os de ordem humanitária, ou seja, quando a revelação do diagnóstico trouxer interferências negativas na relação do paciente com a própria doença. Os profissionais são obrigados legal e eticamente – como parte do consentimento esclarecido – a informar adequadamente os pacientes sobre os riscos, os benefícios e as alternativas disponíveis de tratamento e, quando necessário, a existência dos cuidados paliativos (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011). Nada mais justo do que valorizar a opinião daquele cuja vida está sendo definida, o que constitui um direito da pessoa envolvida e um dever de quem lhe presta a assistência. A escolha do tratamento quando feita em comum acordo tende a trazer melhores resultados, maior satisfação, adesão ao tratamento e bem-estar aos pacientes (DELGADO et al., 2009; GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010).

O termo de consentimento livre e esclarecido, ou consentimento informado, como também é chamado, tem três princípios básicos: a informação (o paciente tem direito à informação precisa e real

sobre seu quadro e condições do tratamento), a voluntariedade (os pacientes são livres para fazer suas escolhas sem a interferência do profissional) e a compreensão (para a validação do consentimento é necessário que as informações não sejam somente passadas, mas compreendidas após explicações) (BYK, 2005; OLIVEIRA; PIMENTEL; VIEIRA, 2010). O médico deve ser objetivo com seus pacientes, facilitando, sempre que possível, o entendimento sobre a doença e o tratamento, evitando usar termos técnicos. É direito do paciente, por outro lado, conhecer sua doença e como se dá o procedimento do tratamento, todos os riscos e benefícios. (ARTAZA SAN; GÓMEZ MARTÍNEZ, 2005; VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Não se pode deixar de considerar que o adoecimento, a falta de informações e as incertezas sobre diagnósticos e prognósticos geram angústias. A maior delas, sem dúvida, é o medo da morte, uma vez que nós, humanos, temos consciência plena de que somos mortais. O paciente não busca com o médico apenas o tratamento de sua doença, mas também de suas angústias e medos (MUSSO; ENZ, 2006).

Uma das formas de se minimizar os medos do paciente é lhe dar as informações necessárias sobre a doença e o tratamento. Ao acolher o paciente e suas angústias, o médico cumpre seu dever como profissional, criando ambiente terapêutico favorável ao resgate do equilíbrio e da saúde. Isso é possível se o médico transmite ao paciente confiança, preocupação com seu estado de saúde e faz de seu trabalho uma arte, mais do que ciência (BONADONNA; URBAN, 2010; MUSSO; ENZ, 2006).

A comunicação está no cerne da abordagem e do ato médico, a qual deve ser consolidada e reforçada. Musso e Enz (2006) elencam os meios pelos quais os médicos podem melhorar sua comunicação e relação com os pacientes, reduzindo os conflitos e favorecendo a adesão ao tratamento:

- tratar o paciente com o respeito e a educação devidos;
- ser transparente nas informações prestadas aos pacientes e seus familiares;

- ouvir o paciente atenciosamente e não emitir juízo de valor;
- evitar cair em contradição;
- ter limites de tolerância;
- utilizar linguagem simples;
- prestar informações sobre a evolução e o prognóstico da doença;
- manter e promover a autoestima do paciente, valorizar seus questionamentos e suas afirmações;
- o paciente deve participar ativamente do tratamento, o que ajuda a aliviar suas aflições, além de o médico ganhar um aliado;
- deve-se lembrar ao paciente de que o médico não é um ser onipotente.

Algumas especialidades médicas são mais críticas que outras, porquanto o tipo de patologias que se propõem a tratar traz mais obstáculos que dificultam a comunicação médico-paciente. Na angiologia, por exemplo, em que a maioria dos pacientes é portadora de diabetes mellitus e 10% a 15% deles sofrem uma amputação durante suas vidas, as relações que se estabelecem entre médicos e pacientes, assim como com seus familiares, têm exigido, cada vez mais, ações e conhecimentos bioéticos. O paciente demanda que o médico tenha uma prática humanista, bom senso ético e que suas informações científicas e técnicas sejam precisas e atualizadas. No tratamento do diabetes, portanto, o paciente deve estar consciente sobre sua condição, uma vez que ele é a peça chave para o sucesso do tratamento. Comunicar ao paciente ou familiar sobre a necessidade de uma amputação é tarefa difícil, entretanto deve ser feita com a exigida habilidade de comunicação de más notícias, para a qual, se supõe, o médico foi treinado (ARTAZA SAN; GÓMEZ MARTÍNEZ, 2005).

Outros diagnósticos que mobilizam e tensionam a relação médico-paciente são as neoplasias, a aids, a esclerose múltipla, entre

várias (GUSMÁN; IRIART, 2009; LEUNG; ESPLÉN, 2010). Alguns ainda são considerados muito graves, mesmo diante da grande evolução das ciências e da medicina e permanecem com prognósticos sombrios e ameaçadores, tidos como sinônimo de morte e tornando-se motivos de tristeza, angústia e falta de esperança pelos pacientes portadores (LEUNG; ESPLÉN, 2010).

Autores citam três maneiras de comunicação do diagnóstico de câncer: a centrada na doença, a focada na emoção e a que enfatiza o paciente. Entretanto, apesar das várias formas de comunicação do diagnóstico de câncer a um paciente, o médico descobrirá que ainda não se sabe quanto de informação um paciente precisa (TARRICONE JUNIOR et al., 2010). Por exemplo, apesar do tratamento da aids ter evoluído, na hora dos resultados dos exames e do diagnóstico, enquanto para os médicos existe um resultado e uma possibilidade de tratamento, para os pacientes há uma revelação de uma vida interrompida, a existência da possibilidade de morte, preconceitos, tratamentos debilitantes etc. (GUSMÁN; IRIART, 2009).

Um estudo qualitativo revelou que o tempo de permanência dos pacientes na sala de espera era muito maior que o tempo que passavam dentro do consultório médico para receber seus resultados. Usuários referiram que o tempo de espera aumentava o nervosismo, a ansiedade pelo diagnóstico e a angústia pela incerteza do futuro (GUSMÁN; IRIART, 2009). Uma vez dentro do consultório, esperam encontrar um profissional com práticas humanísticas e que seja sensível ao seu sofrimento. Confiam, a princípio, em seu médico, querem saber o diagnóstico, ao qual têm direito de saber. A forma de abordar o paciente e lhe dar o diagnóstico é de responsabilidade do médico, e cabe a este, baseado no conhecimento que tem do paciente, escolher a forma e o momento, sempre oferecendo apoio e informações corretas (NASSAR JUNIOR et al., 2005).

Estudo de Nassar Junior et al. (2005) revela que o médico sente-se impotente quando depara com diagnósticos ainda incuráveis, e, muitas vezes, não sabe como transmitir a notícia ao paciente. Em contrapartida, pacientes com doenças graves, como os portadores

de câncer, revelam em estudos os aspectos que consideram relevantes e que devem ser incentivados na consulta. Foram relatados em todos eles a positividade e a esperança, o contato visual, a presença de familiar, a discussão de tratamento e prognóstico. Entretanto as preferências dos pacientes, de forma geral, não são unânimes (TARRICONE JUNIOR et al., 2010).

A esclerose múltipla é um desses diagnósticos difíceis por ser uma doença que resulta em uma série de sintomas motores e sensitivos, manifestados por incapacidade física e psicológica do paciente. Isso implica questões éticas, dentre elas: como e quando contar o diagnóstico, as consequências da doença e sua lida, a participação da família e o impacto do diagnóstico sobre ela, e os cuidados do paciente. Segundo pesquisa de Nassar Junior et al. (2005), a presença do familiar no momento de revelar um diagnóstico é de grande valia, haja vista o choque avassalador. Porém a presença de um terceiro na sala deve ser autorizada pelo paciente, levando em conta o direito à privacidade.

Por outro lado, na mesma pesquisa, os pacientes que disseram ter sido errado o modo como o diagnóstico foi contado, relataram que o mais incômodo foi a maneira fria como o médico o anunciou e, em seguida, a falta de explicações. Todavia a maioria dos profissionais disse ter explicado sobre o tratamento e suas complicações (NASSAR JUNIOR et al., 2005). Infere-se que há uma dificuldade na comunicação que não satisfaz ambas as partes. O avanço da medicina e os níveis de especialidades que comporta põem em questão a perda do caráter humano na relação médico-paciente. Isso levou a uma despersonalização do doente, fato observado na relação de autonomia de ambas as partes (GONZÁLEZ et al., 2005; NASSAR JUNIOR et al., 2005).

Os pacientes da pesquisa de Gusmán e Iriart (2009) queixaram-se de que, quando o resultado diagnóstico era positivo e que os exames de controle de rotina apresentavam melhora no quadro imunológico do paciente, no caso da aids, havia certo descaso, por parte dos médicos, em ler os prontuários assinados pelos colegas

ou na realização de exames físicos ou ainda na própria anamnese. Já quando o resultado do exame demonstrava uma recaída, os respondentes observaram maior preocupação médica, principalmente quanto à mudança ou à manutenção do tratamento.

Com a facilidade de diagnóstico e exames de controle, surgiu também um problema muito mais observado pelos pacientes do que pelos médicos: a rapidez e a objetividade das consultas. Afirmam que as consultas se tornaram muito mais voltadas para números e dados presentes nos resultados, e com isso deixou de existir anamnese mais substancial, na qual o atendido tinha a oportunidade de colocar suas frustrações, medos, questionamentos, assim como perceberam a ausência dos exames físicos. Neste contexto os médicos deixam de ser o referencial de confiança para seus pacientes. (GUSMÁN; IRIART, 2009).

Os médicos, por outro lado, reconhecem também uma diminuição na relação mais próxima com seus pacientes, mas percebem isso também como um ponto positivo, uma chance de não se envolverem tanto. Verificam também maior oportunidade de não tratarem a aids como uma doença que leva à morte, mas como enfermidade crônica que ainda não tem cura. Observa-se ainda na pesquisa em questão um distanciamento dos profissionais quanto à demonstração emocional dos pacientes. Alguns acreditam que não lhes cabe dar o suporte emocional que os atendidos precisam e esperam e acreditam que sua profissão se limita à anúnciação de informações técnicas. Muitos acabam encaminhando seus pacientes para outros profissionais da equipe e/ou acreditam ser atribuição de enfermeiros e psicólogos o apoio emocional tão requisitado (GUSMÁN; IRIART, 2009).

Diante deste quadro é necessário que revejam suas práticas diante dos resultados apresentados, principalmente quando se percebe perda da confiança dos pacientes. É importante ainda que o usuário seja um participante mais ativo em seu tratamento, tirando suas dúvidas, indagando sobre a utilização dos medicamentos e pedindo orientação quanto à transmissão da doença e à importância

da manutenção da regularidade no tratamento. Faz-se necessário, enfim, que os médicos se dediquem cada vez mais às práticas da assistência humanizada. (GUSMÁN; IRIART, 2009).

É constante a reclamação dos pacientes a respeito de comportamentos indevidos de médicos, o que demonstra desarmonia na relação entre ambos, com destaque para ações de intervencionismo, autoritarismo, arrogância, agressividade, pressa, desconfiança, tensão emocional, dentre outros (TESSER, 2009).

Os profissionais de saúde vivem em sua prática diária uma luta contra as doenças e a morte, o que gera nos médicos uma sensação de heroísmo. Hoje a sociedade cobra tratamentos e curas rápidas, como também o alívio de sintomas e sofrimentos, fatores que ajudam ainda mais a criar a visão de heroísmo simultânea à sensação de realização de uma missão impossível quando se objetiva a cura de doenças de difícil ou quase nenhum controle. Vale ressaltar que as especializações afastaram a visão mítica de curadores e foi substituída pela de técnicos que diagnosticam e tratam doenças específicas, o que minimiza o envolvimento com os portadores dessas doenças, gerando crise de relacionamento com os doentes e uma prática repleta de desconfiança mútua. Esses sentimentos provocam nos profissionais falta de limites e os levam muitas vezes a desenganar os pacientes que recebem como consolo a promessa de avanços tecnológicos e terapêuticos (TESSER, 2009).

Alguns buscam o alento ou a força na fé e na crença de um ser superior, enquanto outros se isolam em seu problema e acreditam não ter mais salvação, e não raro cria-se dilemas entre os pacientes e a posição distante dos médicos. Quando os profissionais não suprem a expectativa do doente, diante de seu problema, pode-se estar diante de um conflito ético. Diante desta possibilidade, a ética relacional aparece para tentar viabilizar a relação do médico com o paciente, com o objetivo de facilitar a comunicação entre ambos e permitir ao profissional que chegue ao seu ideal de tratamento por meio do diálogo. (LEUNG; ESPLÉN, 2010).

Sentimentos de angústia, tristeza e impotência podem levar o paciente a um grau de conflito existencial que tornará ainda mais agudo seu quadro. A maioria dos portadores de câncer relata ter o sentimento de ser um fardo para os outros, além da desesperança, desmoralização, depressão e ansiedade. Há também contradição entre o medo de morrer e o desejo de apressar sua morte para evitar dar trabalho aos demais ou causar ainda mais tristeza aos familiares e amigos. (LEUNG; ESPLÉN, 2010).

Médicos e pacientes terminais

A morte é um evento sem precedentes, pois nenhuma experiência prévia é capaz de dar informações ou conhecimento que facilitem seu enfrentamento. No inconsciente das pessoas, assentou Sigmund Freud em 1915 em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, não há registro possível para o significante “morte”. Ou seja, o ser humano está convencido de sua imortalidade, tornando-se assim difícil para o seu eu imaginar a própria morte. Daí os sentimentos manifestados pelo paciente, em especial a angústia e o medo de que a morte venha acompanhada de dor e sofrimento, e, às vezes, solidão (GEOVANINI, 2011).

Tratando-se da relação do médico com um paciente terminal, o objetivo central e tradicional da medicina, a cura, é deixado de lado, diante da inevitabilidade da morte, e promove dúvidas e inquietudes no paciente e no próprio médico. A comunicação não verbal se reveste de importância nessa relação assistencial (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010). Além da informação do problema e da manutenção do tratamento, independentemente do prognóstico do paciente, é importante que o médico mantenha a esperança do doente. Percebe-se melhor adaptação aos tratamentos e maior facilidade na relação e na manutenção do humor do paciente quando há esperança. Essas medidas, atreladas com a preocupação do bem-estar do enfermo, fazem parte de uma cadeia de tratamento denominada cuidados paliativos, utilizados na tentativa de uma boa morte para o doente. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), entre os objetivos do tratamento de um doente no

estado terminal estão: melhorar a qualidade de vida, aliviar a dor, dar apoio psicológico, considerar a morte como parte de um processo natural, entre outros (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010; LEUNG; ESPLÉN, 2010).

Entretanto nada poderá ser feito se médicos e toda a equipe multidisciplinar ignorarem as fases pelas quais os pacientes terminais passam. Essas fases foram descritas no clássico *A morte e o morrer*, da psiquiatra Elizabeth Kübler Ross, de 1998, e consistem em: choque, que demanda tempo de recuperação e é um momento em que o médico deve compreender e respeitar o silêncio que alguns pacientes fazem; negação daquela possibilidade, inclusive pelo sentimento onipotente de invulnerabilidade e imortalidade sustentado pelo progresso científico; raiva e revolta por aquilo estar acontecendo consigo, momento em que pode atribuir ao médico a responsabilidade por seu infortúnio e até eventualmente agredi-lo; barganha, geralmente de cunho religioso, fazendo promessas e sacrifícios em troca da cura; depressão, com grande sentimento de impotência e perda ao constatar a doença diante de hospitalização, procedimentos, cirurgias, o que impede que se negue ou esconda a enfermidade; e aceitação, momento em que não há raiva nem depressão, finalmente reconhecendo a inevitabilidade da morte. Nesse último estágio geralmente é a família que precisa de mais suporte. Com o conhecimento das fases, torna-se muito mais tranquilo para o profissional e para a equipe lidar e respeitar sentimentos e emoções do paciente (TARRICONE JUNIOR et al., 2010).

Quanto à relação com o paciente terminal, o médico necessita se esforçar para que a verdade e a esperança façam parte da interlocução. Essa deve ser permeada pelo respeito à intimidade e aos direitos do paciente, quais sejam, informação, participação da decisão médica e confidencialidade (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010).

Com a proximidade entre médico e paciente é necessário que os profissionais sejam capacitados para a melhor comunicação com seus pacientes em fim de vida com os respectivos familiares. Dois

são os componentes básicos desta relação médico-família: a informação fornecida pelo profissional, que deve dar aos familiares a segurança para que tomem as decisões; e a participação dos familiares como substitutos do paciente, que devem informar aos médicos os desejos do assistido, suas preferências e seus valores, atuando conjuntamente com os intensivistas nas tomadas de decisões (AZOULAY; SPRUNG, 2004; LEUNG; ESPLÉN, 2010).

A preparação para este tipo de diálogo é complexa, uma vez que envolve questões emocionais, de crença, de religiosidade e de bom uso da comunicação verbal e não verbal. Nas práticas clínicas vivenciadas ainda na graduação, a abordagem sobre a interação do profissional com o paciente tendo em vista a comunicação de morte é tida como desnecessária ou simplesmente evitada (LEUNG; ESPLÉN, 2010). Portanto, é necessário superar as dificuldades de comunicação desde a formação, pois fatores como a falta de conhecimento específico, a estrutura educacional fragilizada e a soberba intelectual tornam o enfrentamento ainda mais difícil (ANDRADE; ANDRADE, 2010; PIMENTEL; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

As informações dadas aos familiares de pacientes internados em UTI possuem valor significativo, atendem as necessidades dos familiares, melhoram a comunicação entre os familiares e a equipe, diminuem os conflitos entre eles, facilitam a transição dos cuidados para os cuidados paliativos, reduzem os cuidados desnecessários ou fúteis, capacitam os familiares na tomada de decisões e os ajudam no enfrentamento do estresse vivido. Além disso, também impactam na diminuição dos casos de contendas judiciais, a exemplo de processos por erros médicos (AZOULAY; SPRUNG, 2004).

Os familiares precisam compreender bem o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente para mensurar os riscos, ajustar suas esperanças à realidade e ter uma visão geral do quadro do atendido, sem querer apontar o médico como o responsável pelo desfecho, a morte. Uma das formas de se melhorar a compreensão da família é a entrega de folhetos informativos contendo dados sobre os cuidados paliativos oferecidos ao paciente, o ambiente da

UTI e os nomes dos membros da equipe. Os sintomas de estresse e depressão são frequentes em tais casos, e sua principal causa é a falta de uma comunicação efetiva. É fundamental que as discussões sobre o processo de cuidado centrado na família de pacientes terminais sejam realizadas bem antes da necessidade de se eleger um representante oficial do paciente, um responsável (AZOULAY; SPRUNG, 2004).

Trazer a família para perto enquanto se desenvolvem os cuidados paliativos impede a banalização das relações com os pacientes em fim de vida, principalmente frente a um notável temor dos médicos no que se refere ao envolvimento emocional. Alguns profissionais alegam, inclusive, não se envolver com os dramas dos pacientes na tentativa de estabelecer uma relação de respeito e manter a privacidade e dignidade dos enfermos. Entretanto estudos comprovam que a intensa participação dos profissionais de saúde com o quadro físico e emocional dos pacientes, principalmente em situações que abrangem conflitos éticos, pode promover exaustão emocional, estresse, esgotamento e queda na qualidade do atendimento prestado (LEUNG; ESPLÉN, 2010).

Os processos de tomada de decisões e cuidados paliativos exigem do médico, habilidades específicas, como o cuidado diferenciado, incluindo a compaixão e a confiança. O profissional deve ser capaz de se comunicar com a família e chegar a consensos, além de mostrar que a equipe da UTI está ali para oferecer o que há de melhor aos seus pacientes, principalmente em busca do alívio da dor e da ansiedade. Assim, a família participará do processo, se sentirá mais confortável, entenderá o que está sendo feito para o paciente, se certificará que o paciente está recebendo os cuidados devidos e que seus valores são respeitados (AZOULAY; SPRUNG, 2004).

Persuasão beneficente e direito de consciência

Os médicos têm enfrentado, eventualmente, um grande dilema perante as decisões dos pacientes sobre a conduta que devem tomar em relação à saúde deles. Entre os temas conflitantes

enquadram-se o aborto, a utilização de procedimentos médicos para aprimoramento físico e mental, a opinião sobre a retirada dos aparelhos em pacientes com morte encefálica (GOLD, 2010). Os profissionais procuram tomar suas decisões a partir de estudos, estatísticas, possibilidade de cura, de mortalidade, de números. Porém para os pacientes a decisão de não aderir a um tratamento sugerido envolve questões subjetivas, valores, intuições, medo ou falta de conhecimentos e informações sobre sua condição (SWINDELL; McGUIRE; HALPERN, 2010).

Antigamente os médicos tomavam todas as decisões possíveis sobre seus casos clínicos apoiados pelo modelo paternalista e pela ética, contudo a medicina paternalista é falha, porque anula o respeito à opinião do paciente. Com as mudanças no relacionamento entre as partes, a sociedade passou a ter uma visão diferente sobre a doença, sendo o momento da intervenção médica determinado pelo paciente e não mais pelo profissional. O médico de hoje é marcado pela perda de sua autonomia sobre o paciente e precisa ser orientado pelos novos códigos de ética e por práticas jurídicas (GOLD, 2010; SWINDELL; McGUIRE; HALPERN, 2010).

A relação médico-paciente contemporânea é marcada pela desconfiança de ambas as partes. Hoje é o paciente quem determina se fará ou não um tratamento, é sua família que decide se devem ser desligados os aparelhos em caso de morte encefálica, e a opinião do médico fica em segundo plano. O paciente assumiu a posição de cliente que exige a qualidade do atendimento; e o médico, a de prestador de serviços que precisa ter condutas cobertas pela justiça – sob a ameaça de receber punições legais (GOLD, 2010).

Apesar dos pontos negativos da medicina paternalista, é preciso que os novos médicos saibam que, às vezes, é importante praticá-la. Existem momentos em que o profissional precisa impor condutas aos pacientes – por exemplo, em casos de portadores bacilíferos de tuberculose que representam risco para a população. Assim, mesmo que não sejam adeptos da medicina não paternalista, precisam aprender sobre sua responsabilidade social, para que a

relação médico-paciente, e nem a comunidade, sejam prejudicadas (GOLD, 2010).

Atualmente, adota-se a teoria de liberdade de escolha e autonomia. O paciente é efetivamente livre e tem o direito de decidir qual a melhor conduta; também é fato, por outro lado, que a ética médica já entende a necessidade da influência na decisão de um paciente, pois isso não fere sua liberdade de escolha. A Psicologia Comportamental definiu que o médico pode influenciar nas decisões quando perceber o equívoco da escolha e explicar melhor o ponto de vista médico, mas não para garantir o que é melhor para sua consciência, seus valores, estudos ou crença (GOLD, 2010; SWINDELL; McGUIRE; HALPERN, 2010).

Swindell, Mcguire e Halpern (2010) trazem como exemplo o caso de uma decisão acerca da realização de mastectomia em razão de um câncer invasivo, o que reduziria a chance de metástase em 85%. A paciente vai decidir se acredita nos 85% ou nos 15% e resolver se autoriza ou não o procedimento; ela pode ter uma série de motivos subjetivos que ajudam a negar a conduta médica, tais como o medo de morrer durante o procedimento; perder o esposo, ter a aparência e, por consequência, a autoestima afetadas, não ser aceita no ambiente de trabalho e recusa social. São motivos justos, compreensíveis e que devem ser explicados com carinho, elegância e, acima de tudo, paciência. A paciente está muito envolvida pela ideia de ser mutilada e o médico deve relatar casos bem-sucedidos, mostrar vídeos e disponibilizar meios para que ela entenda a importância do procedimento.

A maneira com que os médicos devem colocar em prática esta persuasão beneficente é discutível. Quaisquer que sejam as formas envolvem a empatia, a compreensão dos motivos de cada um, a paciência, a delicadeza, a percepção do outro e o desejo de ser bom, de fazer o bem para alguém. Orientar, agir, ser responsável, não ser invasivo, falar a verdade, conversar, mostrar a técnica e os resultados são dispositivos que devem ser sempre usados pelos médicos. É muito importante que não sobre dúvidas para o paciente e que

ele compreenda tudo o que for necessário; entretanto, se, ainda assim, o paciente decidir tomar uma conduta errada, os profissionais devem respeitar a decisão final. Nestes casos, deve-se dar uma orientação geral sobre as consequências de tal escolha e mostrar, com honestidade, o que pode ocorrer com ele. Não precisa mentir ou fazer terrorismo, apenas garantir que a verdade seja explicada (SWINDELL; McGUIRE; HALPERN, 2010).

Direito de consciência e perspectivas futuras

De acordo com a ideia do profissionalismo moderno (não paternalista), os médicos, como prestadores de serviços, seriam obrigados a tomar condutas solicitadas por seus pacientes, no entanto, quando tais condutas vão de encontro com os ditames da consciência do médico, seria injusto que ele fosse obrigado a aceitá-las. Assim, os profissionais podem preservar os direitos de sua consciência, desde que isso não interfira nos de seu paciente, quem pode ser, por exemplo, encaminhado a outro médico, de postura neutra ou favorável à conduta proposta pelo atendido.

Pediatras e pais de crianças

O atendimento em pediatria reduz a participação do paciente a níveis mínimos e prioriza a atenção para os pais ou responsáveis, que avaliam a qualidade do atendimento baseado nessa interação. Entretanto sabe-se dos bons resultados terapêuticos quando há uma postura de inclusão da criança nesse processo, e atualmente há uma crescente percepção da necessidade de se fazer investimento na melhoria da interação comunicativa com a criança como elemento fundamental na assistência em saúde, dando a ela a possibilidade de criar um senso de responsabilidade sobre sua saúde e seu tratamento. Quanto maior a autonomia e a participação infantil no processo de decisão, maiores serão os ganhos em termos de confiança, colaboração e adesão terapêutica (KOHLSDORF; SEIDL, 2011).

O que dificulta essas abordagens é o fato de que, em geral, a formação dos profissionais em saúde não contempla a aquisição de

habilidades de comunicação no contexto pediátrico ou onco-hematológico pediátrico. Estas devem incluir suporte social e o amparo adequado às respostas emocionais tanto do cuidador quanto do pequeno paciente, tais como o medo, a ansiedade, a raiva, a culpabilização e as incertezas (KOHLSDORF; SEIDL, 2011).

Os pediatras precisam perceber que, mesmo os pais não sendo pacientes diretos, faz-se importante a preocupação com o bem-estar deles também, pois existem circunstâncias em que se deve levar em consideração a posição cultural, as crenças e o nível escolar de uma família, sob pena de o tratamento não ser administrado corretamente e a terapêutica falhar. Assim, a depender do aspecto cultural e social, ainda que se corra riscos de conflitos no relacionamento dos profissionais com a família, também é necessária a presença de um profissional de enfermagem na residência da família para auxiliar no tratamento domiciliar e evitar os erros e as desistências (TWISS, 2006).

Uma família deve ter autoridade para decidir o que é melhor para seus membros sem interferência de agentes externos, como médicos ou o Estado. Entretanto, quando não segue o estabelecido pelos direitos humanos – por exemplo, o direito da criança a um atendimento médico necessário –, precisa haver intervenção. Neste caso, o respeito à autonomia da família depende da atuação desta diante das situações (TWISS, 2006). A manutenção de boa relação entre médico, paciente e família é importantíssima, principalmente porque, em regra, são os pais e os familiares quem cuidam da criança. Com paciência e comprometimento, os profissionais conseguem instruí-los sobre métodos e procedimentos indispensáveis na recuperação dos pacientes (WOLFF; ROTER, 2010).

A equipe deve, ainda, buscar tratamento que, além de objetivar a cura, no sentido mais amplo da palavra, consiga também preencher os requisitos de bem-estar físico e psicológico da criança. Os médicos só devem intervir por meios processuais, sugerindo a remoção da criança ou coisa que o valha em casos estritamente necessários (TWISS, 2006).

Médicos e a comunicação com pacientes idosos

A assistência a um idoso exige atenção e cuidados mais complexos, uma vez que nem sempre ele espera tratamento ou cura, mas, por estar mais vulnerável, inclusive às doenças, sente-se sozinho e, por isso, espera que o profissional transmita cordialidade e gentileza em seu atendimento (GOMES; VIANNA, 2008; VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Dentre os obstáculos para uma boa relação médico-paciente idoso há a dificuldade do profissional em entender a linguagem que o idoso utiliza; o obstáculo da transmissão de informações; e a dificuldade do idoso em aderir ao tratamento. Ainda que as novas tecnologias permitam complementar as informações que não foram colhidas na comunicação entre médico-paciente a fim de solucionar esses problemas, sabe-se que insistir na boa comunicação permite compreender sintomas que dificilmente a tecnologia revelaria (GONZÁLEZ et al., 2005; VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

A comunicação nessas circunstâncias requer do médico uma avaliação biopsicossocial, com muita sensibilidade para se interessar e conhecer a realidade e a cultura daquele paciente, além de exigir escuta atenta e capaz de promover, conjuntamente, estratégias para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida. Quando o idoso não concorda com o diagnóstico e tratamento propostos, em razão de valores e crenças, dificilmente faz adesão ao tratamento. A fim de destruir a barreira linguística entre o médico e o paciente idoso, o profissional precisa selecionar as palavras adequadas e o melhor momento para informar o que for efetivamente necessário. Quanto ao paciente que é portador de doença crônica, em especial, deve ser estimulado a participar ativamente do tratamento e até dominar técnicas para aplicá-las sobre si mesmo, a fim de promover interação entre ambos. (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

O paciente idoso requer conforto e privacidade no atendimento. Os fatores que desfavorecem uma boa relação entre as partes estão relacionados à curta duração das consultas e a desestruturação

dos serviços de saúde. Assim, a questão da origem do paciente, se serviço público ou privado, também imprime diferenças na relação estabelecida entre o médico e o idoso. O profissional tende a ser mais cuidadoso com os “clientes particulares”, geralmente encaminhados por colegas, e procura atender tendo em vista a cultura daquele indivíduo (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

A presença de familiares traduz-se em um suporte, algumas vezes indispensável ao processo terapêutico, pois representa segurança para o idoso. O médico nem sempre tem habilidade de comunicação e de entender o alcance desta colaboração e, algumas vezes, assume posições autoritárias, quer com o paciente idoso, quer com a própria família (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

A satisfação do paciente está relacionada, algumas vezes, com a quantidade de informação que ele recebe, o que gera maior ou menor adesão ao tratamento. Isso implica que a forma correta de se contar o diagnóstico é central para determinar sua participação e seu consentimento ou não aos métodos terapêuticos (GOMES; VIANNA, 2008).

A comunicação tem uma função também reguladora, de sorte que o médico possa orientar os pacientes, guiando-os nas condutas que devem seguir. O profissional deverá saber estimular o paciente, encorajando-o a conversar sobre seu problema de saúde, a seguir as orientações, colocando-o em posição proativa no reestabelecimento de sua saúde. Deverá aprender a ter controle do cumprimento das orientações médicas, da evolução do tratamento, rever o nível de satisfação do paciente quanto ao processo e à atenção recebida (CALVO QUIROZ, 2006; GONZÁLEZ et al., 2005).

O que se observa é que alguns médicos não informam os diagnósticos aos seus pacientes idosos, por falta de habilidade de comunicação ou por negligência ou omissão, uma vez que a maioria desses pacientes é pouco questionadora. Muitas vezes o idoso desconhece seu direito em consentir ou vetar um procedimento médico, pelo fato de estar em posição vulnerável e de obediência, com sua

autonomia de certa forma negada (GOMES; VIANNA, 2008; VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Muitos apresentam crises de medo e fantasiam certas doenças, interpretando seus sintomas. Cabe ao médico, com escuta atenta, a capacidade de compreensão e de comunicação, a fim de ajudá-los a aliviar sentimentos de insegurança, a colaborar e participar ativamente do tratamento, afastando os medos e fantasmas que se avolumam, principalmente quando o diagnóstico e a terapia são desconhecidos e provocam ansiedade (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Considera-se, portanto, a comunicação muito importante para que o médico possa manter relação de empatia com o paciente. O profissional precisa ser compreensivo, seguro, imparcial, tolerante, saber escutar e demonstrar preocupação com os problemas dos pacientes, sejam eles pessoais, familiares ou sociais, ser carinhoso e respeitar a dignidade do paciente, ou seja, sua privacidade, pedir sempre permissão e atender as suas necessidades de informação (GONZÁLEZ et al., 2005). O exercício da empatia só pode ser realizado se os médicos não esquecerem o Juramento de Hipócrates, única maneira, em algumas circunstâncias, de se amenizar o sofrimento de pacientes que demandam atenção e zelo, e não apenas o cumprimento do papel técnico e burocrático do profissional (ANDRIJEVIĆ-MATOVAC, 2010).

Compreende-se, portanto, que as condições favoráveis para um médico manter boa comunicação e bom relacionamento com o paciente são: empatia, tolerância, humildade, reconhecer seus limites, reconhecer as diferenças, estar aberto a novas discussões, ser disponível, comunicativo, flexível, criativo, paciente e, especialmente, ser solidário. Com relação ao idoso, somam-se outros aspectos: atender na hora marcada ou com pouco tempo de espera, oferecer ambiente agradável e confortável que preserve a privacidade, chamá-lo pelo nome, escutá-lo e olhá-lo atentamente, utilizar linguagem compreensível e solicitar consentimento antes de realizar qualquer procedimento (GONZÁLEZ et al., 2005; VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Enfim, para o atendimento de pacientes idosos, o médico não pode perder de vista os fatores sociais, econômicos e familiares que podem interferir no emocional e, conseqüentemente, no processo saúde-doença. Resta, por conseguinte, assegurar maior humanização no cuidado prestado a esse tipo de paciente e bom suporte de uma equipe multiprofissional. (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Assédio sexual

Há uma tendência no ser humano de aproximação e de relacionamentos mais íntimos entre pessoas que sentem reciprocidade mútua, confiança e simpatia. Entretanto ao médico é vetado, de acordo com inúmeros códigos de ética, aproximação maior com um paciente, devendo evitar excessos e arroubos de demonstração afetiva, pois isso pode ser interpretado como um relacionamento inadequado e falta de respeito, ou ser efetivamente um facilitador para uma indesejável intimidade maior, inclusive sexual. O ideal é que o médico mantenha distância com o paciente e não o inclua em suas relações de amizade. Deve-se lembrar de que o paciente é um sujeito vulnerável, inclusive psicologicamente, e o médico passa a ser referência e autoridade, por conseguinte é mitificado e valorizado a ponto do paciente perder sua objetividade e sentir-se envolvido emocionalmente (GADIT, 2010)

Ao médico, é vedado aproveitar-se de situações decorrentes da relação com o paciente para obter vantagens, emocional, física e financeira ou de qualquer natureza (CFM, cap.V, art. 40, 2010), assim como é proibido desrespeitar o pudor de qualquer pessoa aos seus cuidados (CFM, cap. V, art. 38, 2010).

Existe uma série de sinais que o paciente oferece ao médico que devem ser alertas acerca de um interesse que vai além do profissional: consultas mais frequentes do que o necessário, muitos contatos telefônicos, e-mails, presentes, convites para atividades sociais, chamar o médico pelo primeiro nome. Em contrapartida, o paciente também fica mais atento quando percebe que os médicos, principalmente psiquiatras e ginecologistas, prolongam o

atendimento mais que o habitual, oferecem consultas extraordinárias, demonstram excesso de intimidade e violam os limites do espaço do paciente com aproximação física maior que a necessária, fazem concessões nos preços das consultas, entram em contato em horários inapropriados, concedem sedativos com potencial abusivo etc. (GADIT, 2010).

Quanto ao exame físico, apesar da existência de certo pudor por parte dos pacientes em se despir diante dos médicos, geralmente o fazem com certa naturalidade diante do respeito e, principalmente, da crença na responsabilidade do profissional (GONÇALVES, 2009). Sugere-se, em tais situações mais parcimônia, imparcialidade, impessoalidade e distanciamento. O ritual de despir o paciente respeitando seu pudor deve ser uma máxima deontológica a ser considerada. Recomenda-se, ainda, que sempre haja uma terceira pessoa presente, alguém da família ou algum auxiliar de enfermagem que garanta a proteção de ambos, médico e paciente, deixando este mais confiante (GADIT, 2010).

O assédio sexual pode ter várias formas: o médico assediando a paciente; a paciente assediando o médico; o paciente assediando a médica; a médica assediando o paciente, e o assédio homossexual. É importante ressaltar que quando a vítima é um paciente debilitado ou impotente diante da situação, isso se torna um agravante. Como as consultas e exames, na maioria das vezes, se restringem ao profissional e ao paciente, caso haja ocorrência de abuso ou tentativa de, fica difícil sua comprovação, daí a importância de uma terceira pessoa, que poderia servir de testemunha. (GONÇALVES, 2009).

Segundo a literatura, a região sudoeste do Brasil é a que possui maior índice de casos registrados de assédio sexual, com 78,2%. As especialidades mais envolvidas são: ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cirurgia plástica, clínica médica e psiquiatria. As ocorrências em rede privada chegam a 47%, enquanto 29,1% acontecem na pública. A taxa de condenação é de 87% (GONÇALVES, 2009).

Relação entre médicos e pacientes nas redes sociais

Novas tecnologias, como os sites de buscas, como o Google e, mais recentemente, as redes sociais, como o Facebook, ao tempo em que transformam a forma como os médicos se comunicam com o público, fomentando desafios e oportunidades, promovem novos dilemas éticos para os médicos em suas relações com os pacientes e a comunidade em geral, criando nas organizações médicas novas demandas de regulamentação (CHRETIEN; AZAR; KIND, 2011).

Em 2010, 89 milhões de adultos nos Estados Unidos usaram a rede social como recurso de busca de informações ligadas à saúde, de acordo com levantamento realizado pela Manhattan Research, empresa americana de pesquisas sobre o consumo de medicações. Os pacientes, quando chegam aos consultórios, já investigaram do pessoal ao profissional sobre o médico e já obtiveram informações prévias na internet sobre suas queixas, sinais e sintomas. Compreende-se que tais recursos alimentam o paciente com informações tanto acerca da credibilidade do profissional quanto da doença, que, pelo pouco tempo da consulta, não são oferecidas pelos médicos como deveriam (DEVI, 2011).

É questionável, entretanto, até que ponto é ético um médico pesquisar no Google sobre seu paciente. The Australian Psychological Society não veta nem regula a possibilidade das buscas que um psicoterapeuta possa fazer na internet para obter informações sobre os pacientes, que sejam efetivamente justificáveis e com o objetivo de protegê-los, como em casos de sinais de ideações suicidas que podem às vezes ser ratificadas por registros no Facebook (DEVI, 2011). Outro dilema ético que envolve os pacientes são as terapias via internet, por meio do Skype, por exemplo. No Brasil são proibidas (CFM, 2010), enquanto no Reino Unido (UK) não há consenso. The Canadian Counselling and Psychotherapy Association atualizou seu código de ética sobre confidencialidade e regulam o uso de e-mail e gravações eletrônicas (DEVI, 2011). Com tais questões surgindo, as organizações de saúde começaram a criar códigos de conduta para que os médicos possam administrar melhor as mídias digitais, a exemplo do recém-criado

código da American Medical Association (AMA, 2010) e do guia para médicos e estudantes de medicina, elaborado em iniciativa conjunta entre a Australian Medical Association Council of Doctors-in-Training, a New Zealand Medical Association Doctors-in-Training Council, a New Zealand Medical Students' Association e a Australian Medical (2010).

No Brasil ainda são incipientes as preocupações em torno da regulamentação do uso da internet, o que torna necessária uma autor-regulamentação de cada setor, inclusive médico, e não se conhece ainda denúncias a respeito. Enquanto isso, o American Counselling Association aponta que já recebeu sua primeira denúncia contra o uso inadequado do Facebook e declara que este é potencialmente perigoso, devendo, portanto, ser regulamentado de forma criteriosa. Já os médicos mais jovens acreditam que essas regras devem ser flexíveis, pois eles são de uma geração que cresceu com a internet e não pretendem abrir mão de seu uso. O presidente da World Medical Association (WMA), que representa 95 grupos médicos, advoga que médicos não devem participar de redes sociais na internet e afirma que seus 6 mil funcionários não têm permissão de usar as redes, justificando que em medicina a coisa mais importante é a confiança, que pode ser perdida ao se usar mal instrumento tão perigoso (DEVI, 2011).

Redes sociais podem ser utilizadas como instrumentos de *marketing* e propaganda, para divulgar temas que alcançam a população em geral; porém são mais usadas para permitir a publicação e compartilhamento com amigos, de simples mensagens, fotos e vídeos, que podem criar constrangimentos na medida em que expõem a vida privada dos médicos (DEVI, 2011).

Guias sobre o comportamento e a ética médica são assertivos quanto a não haver relacionamentos de amizade e afetivos entre médicos e pacientes, que podem confundir o profissional em sua capacidade de discernimento, julgamento e diagnóstico, zelando para que o paciente não tenha seus interesses nem autonomia prejudicados e, do outro lado, que a imagem e a credibilidade do médico não sejam postas à prova (GADIT, 2010).

Os médicos mais velhos consideram antiético e falta de profissionalismo aceitar tornar-se amigo dos pacientes nos sites de relacionamentos, enquanto os mais jovens têm menor senso de hierarquia e veem na internet uma porta aberta para oportunidades, não considerando problemático tal vínculo virtual, pois acreditam que essas questões não afetam o profissionalismo (DEVI, 2011; GADIT, 2010). Não há, entre estudiosos, consenso sobre o conceito de profissionalismo médico, entretanto concordam que se trata de uma postura correta que deve ser assumida para promover a confiança dos pacientes e da comunidade em geral (MACDONALD; SOHN; ELLIS, 2010; O'HANLON; SHANNON, 2011).

Autores defendem a manutenção de um comportamento adequado pelo médico, mesmo que este não fira diretamente a assistência individual. Nesse sentido, permitir acesso público a vídeos, fotos extravagantes e comentários impróprios postados em redes sociais, como Facebook e Twitter, blogs e Youtube, são vistos como ameaça ao conceito de profissionalismo, uma vez que podem danificar o sentimento de respeito que o paciente tem pelo médico e a confiança do público em tais profissionais (DEVI 2011; MACDONALD; SOHN; ELLIS, 2010; MORENO; FOST; CHRISTAKIS, 2008; O'HANLON; SHANNON, 2011). Redes sociais funcionam como um grande *outdoor* e suas postagens equivalem a um anúncio pessoal com dados fornecidos pelo próprio médico; por isso os conteúdos devem ser selecionados criteriosamente, sob pena de afetar negativamente a imagem pública acerca do profissional (O'HANLON; SHANNON, 2011).

O Twitter é uma ferramenta que funciona como microblogue, com texto de no máximo 140 caracteres. As informações ali divulgadas nem sempre referendam fontes e não são verificadas; podem, a depender do emissor – um médico, por exemplo –, ser consideradas verdades incontestes pelos seguidores daquele usuário e rapidamente espalhadas na rede de mais de 190 milhões de usuários (CHRETIEN; AZAR; KIND, 2011).

Foi realizada uma pesquisa para descobrir como os médicos usam o Twitter, se com um foco específico e se com profissionalismo.

Os dados que compõem o perfil desses médicos, que tinham entre 500 e 1.910.700 seguidores, foram coletados diretamente do perfil público das páginas de identificação feitas por eles mesmos durante o mês de maio de 2010 (CHRETIEN; AZAR; KIND, 2011). Os estudiosos analisaram e categorizaram 5.156 tuítes de 260 profissionais. Encontraram as seguintes categorias de várias naturezas que se superpunham: 49% sobre saúde ou relatos médicos; 21% de comunicações pessoais; 14% de retuítes; 58%, de qualquer natureza; 58% de *links*. Quando há identificação de que se trata de um médico no Twitter e as informações médicas são divididas com o público, existe um potencial de impacto positivo na saúde das pessoas (CHRETIEN; AZAR; KIND, 2011).

Posturas antiprofissionais foram percebidas, como violação da privacidade do paciente (0,7%) e conflitos de interesse (1% recomendava produtos ou serviços; 12% eram de autopromoção); 0,6% tinha conteúdo profano; 0,3% tinha material sexual explícito e 0,1%, afirmações discriminatórias. Apenas 1% dos tuítes era sobre formação/educação médica (CHRETIEN; AZAR; KIND, 2011).

Entre os 260 usuários analisados, 78,1% registraram o nome completo e 77,7% tinham fotografias no perfil; 92,3% traziam *link* para um website, para a própria clínica (16,9%) ou para seu blogue (47,7%).

MacDonald, Sohn e Ellis (2010), em outro estudo, analisaram o nível de acessibilidade pelo público a informações pessoais, de estudantes de medicina e residentes, disponíveis no Facebook. O estudo mostrou que quase dois terços dos graduandos na Universidade de Otago, Nova Zelândia, faziam uso do Facebook e não deixavam de ser usuários da rede depois de formados. Mais de um terço não restringia o acesso às suas informações pessoais, disponíveis a um público bem maior do que apenas os usuários da rede de Otago, sendo, portanto, consideradas públicas. Tais informações consistiam em: identificação de quem eram seus amigos e dos grupos aos quais eram associados; os pontos de vista religiosos e políticos; a orientação sexual; o *status* de relacionamento; o número de celular; o endereço de casa e do trabalho; e o uso de bebida alcoólica

(MACDONALD; SOHN; ELLIS, 2010). Além disso, muitas vezes disponibilizavam conteúdos não profissionais ou ofensivos em fotografias: de seus pacientes; do próprio médico fazendo gestos obscenos, travestindo-se ou mostrando nudez (DEVI, 2011; MACDONALD; SOHN; ELLIS, 2010).

Os autores acreditam que um único estudo sobre o potencial nocivo por uso abusivo das redes sociais para a imagem do estudante de medicina e do médico na Nova Zelândia é pouco para se tirar maiores conclusões. Admitem, inclusive, que o que dificulta o estudo são os diferentes perfis destes usuários: a cultura em que estão inseridos, a idade e o nível de instrução ao ingressarem no curso. No entanto defendem como vantagem o fato de terem coletado as informações postadas e disponíveis no Facebook desses médicos, em vez de precisarem buscar declarações por eles. Dado o exposto, alertam para a perda da credibilidade dos pacientes em médicos que fazem parte de grupos de humor depreciativo como o intitulado "Pervertidos unidos" ou que se exibem orgulhosamente embriagados (MACDONALD; SOHN; ELLIS, 2010).

Por fim, sugerem a educação e discussão sobre o humor depreciativo nas redes sociais e propõem a criação de normas regulamentadoras para os profissionais que usam a internet e as redes sociais, com o objetivo de coibir a postagem desse tipo de conteúdo, que, inadequados, devem ser denunciados pelos colegas, protegendo, com isso, a seriedade da profissão médica. Os autores recomendam que os estudantes, em especial, devem ficar atentos para que não tenham seu profissionalismo futuro comprometido pelas postagens inadequadas na internet, que criarão uma imagem do profissional que eles serão (DEVI, 2011; MACDONALD; SOHN; ELLIS, 2010; O'HANLON; SHANNON, 2011).

Assim, mais educação e informações são necessárias. O'Hanlon e Shannon (2011) introduziram no currículo de medicina na Irlanda um módulo sobre profissionalismo on-line na área de informática na saúde, que inclui ética, com estudos de casos, tendo por objetivo fazer os estudantes refletirem acerca de valores e de sua postura

nas redes sociais, tornando-se mais cuidadosos com as informações postadas.

Por outro lado, apesar de se reconhecer que o Facebook equivale, simbolicamente, a uma grande janela de uma casa escancarada para uma rua movimentada, estudiosos fizeram críticas à pesquisa de MacDonald, Sohn e Ellis (2010), com um argumento moral: não respeitaram os médicos do grupo a que eles próprios pertencem e em que participam no Facebook, coletando ali os dados de sua pesquisa, ainda que não tenham revelado dados pessoais. Os críticos alertam que há uma distinção entre o que é dado intencionalmente para tornar-se público e o que é privado, ainda que seja potencialmente visível e exposto (O'HANLON; SHANNON, 2011).

Em outro trabalho, pode-se constatar que a falta de consciência sobre os riscos e exposições fazem que os usuários se exponham nas redes sociais. Ficou demonstrado que após uma instituição alertar sobre tais questões e ensinar, em seguida, como configurar os critérios de privacidade no Facebook, houve redução de 80% de acesso público às contas daqueles usuários (CHRETIEN; GREYSEN; CHRETIEN; KIND, 2009). Informações pessoais e científicas estão disponíveis de tal forma na internet, que se perde o controle, o destino e o uso delas, podendo ser acessadas facilmente pelo Google (MOSTAGHIMI; CROTTY; LANDON, 2010; O'HANLON; SHANNON, 2011).

Sugere-se que o psicoterapeuta, que tem uma relação social necessariamente distante de seu paciente por força da técnica, e os médicos em geral pesquisem o próprio nome em sites de busca e vejam se as informações públicas que existem sobre eles os deixam confortáveis caso pacientes os pesquisem (DEVI, 2011). O'Hanlon e Shannon (2011) advertem que a prova incontestável de que nossos dados podem ser usados para qualquer fim e à nossa revelia foi a própria pesquisa realizada por MacDonald, Sohn e Ellis (2010) que utilizaram os dados de estudantes e médicos publicados na internet de forma inesperada consolidando dados e conhecimentos sobre seus gostos, hábitos e comportamentos.

Conclui-se, portanto, que as relações dos médicos com pacientes, familiares e comunidade podem ser alteradas e influenciadas, quer positiva, quer negativamente, de acordo com a postura profissional e ética com que os profissionais administram os conteúdos publicados nas redes sociais associados aos seus perfis forjados por eles próprios.

2.4 Conflitos de interesse que interferem na relação com os pacientes

O potencial de dano existe quando os prós e contras na escolha do dispositivo ou tratamento estão sujeitos a influências que não sejam do melhor interesse do paciente.

Camilleri; Cortese

Interesse é uma inclinação ou um propósito que liga as pessoas e/ou instituições às coisas. Os interesses são identificados como motivações na esfera pessoal e dizem respeito às inclinações, desejos e necessidades, para ganhar prestígio, dinheiro, poder, amor. Pode-se dizer que há conflitos de interesse quando os motivos aparentes, como o altruísmo, não são efetivamente a força propulsora que move os sujeitos nas tomadas de decisões, ou seja, escondem outras razões menos nobres, como o lucro (STEPKE, 2006).

Portanto, todas as vezes que se flagra divergências entre as atitudes dos profissionais de saúde e as instituições, e/ou ainda suas responsabilidades para com os pacientes e a sociedade, diz-se que existem conflitos de interesses. Geralmente envolvem práticas preocupantes que podem comprometer a confiança dos pacientes quanto aos profissionais, em especial os médicos e os centros de saúde (CAMILLERI; CORTESE, 2007; TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

As diversas relações profissionais devem ser objeto de exaustiva análise crítica, pois os crescentes conflitos de interesses têm sua base nos casos mal resolvidos dessas situações (ROTONDO, 2006). Assim, define-se tal conflito como tudo aquilo que pode influenciar

o julgamento de uma pessoa com relação ao seu objetivo futuro. Não surge somente no contexto da relação médico *versus* paciente, mas também com pesquisadores, instituições médicas e de ensino. O que se percebe é que em vários setores se estabelece, de alguma forma, algum tipo de vínculo desprovido de ética, quais sejam:

- 1) Escolha do medicamento que será usado pelo paciente, entre vários com a mesma eficácia. Em uma gama de medicamentos disponíveis seria prudente que a escolha fosse feita com base na melhor atuação farmacológica do medicamento naquele caso específico e no custo ao usuário. Mas, por vezes, o que se verifica são médicos prescrevendo medicamentos segundo seus interesses e facilidades oferecidas pela indústria responsável, quer sob a forma de *royalties*, quer beneficiando sua instituição e seus projetos de pesquisa, quer sob a forma de viagens para congressos e educação continuada (CAMILLERI; CORTESE, 2007);
- 2) Escolha de determinado tipo de intervenção em substituição a um tratamento conservador com a mesma eficácia (uso de *stent*, por exemplo) e as mesmas possibilidades de beneficiar o paciente, ou, ainda, a escolha de uma entre várias próteses similares, por exemplo, para uma cirurgia ortopédica. A escolha fica mais difícil se o cirurgião participou intelectualmente no desenvolvimento do artefato e se ganha *royalties* sobre o uso. Ou, o que é pior, se a instituição hospitalar e o próprio médico possuem acordos e recebem descontos ou propinas de um dos fabricantes. É imperioso lembrar que o uso de um ou outro procedimento, ou a escolha de uma ou outra prótese, deve sempre ser motivado pelas características individuais da patologia de cada paciente de *per si* e dos benefícios que ele terá, e nunca em nome dos ganhos pessoais do médico e/ou da sua instituição (CAMILLERI; CORTESE, 2007);
- 3) Outra prática de conflito de interesses muito comum é a que envolve as pesquisas em meio acadêmico, uma vez que, para a manutenção dos recursos alocados para este fim, por vezes é necessário buscar o auxílio de indústrias. Os representantes de medicamentos criam uma situação atrativa com a demonstração

de produtos, e essas situações podem levar a potenciais conflitos de interesses (CAMILLERI; CORTESE, 2007);

- 4) Diante de um capitalismo selvagem e da mercantilização na prestação de serviços médicos atuais, o dinheiro influencia o exercício da medicina e o conflito de interesse torna-se cada vez mais presente sempre que houver benefício pessoal em determinada questão que possa introduzir ou não um viés, afetando diretamente uma decisão ou um resultado.

O capitalismo tem sua importância em vários setores da sociedade, sendo o regime econômico mais adequado para a atualidade em praticamente todas as áreas da nossa vida, mas para outras, como a medicina, tem criado muitos conflitos de interesse, que reduzem a relação médico-paciente a mera negociação comercial, em que o médico vende seu conhecimento a um cliente interessado. "O capitalismo não é bom nem ruim, é uma máquina fantástica para uso do homem, e, portanto, é vulnerável a abusos egoístas" (MANTHOUS, 2009, p. 2); seu princípio fundamental leva os médicos a irem de encontro a seus próprios valores e aos valores da medicina ética. Portanto, seria mais digno aceitar o fato de que teremos que deixar de lado nossos interesses individuais e contribuir construtivamente para um novo e mais justo sistema.

Honorários

É possível que parte destes conflitos de interesses tenham origem no caráter e na ambição, mas também nos baixos salários de alguns médicos. A questão da renda é de suma importância inclusive no momento da escolha da profissão. Se os médicos não forem bem pagos é possível que haja menor busca pela profissão por parte dos estudantes. A renda influencia ainda na especialidade do médico, uma vez que é natural que se busque aquela que gere mais lucro para o profissional (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Este é um tema subjetivo, que promove interpretações diferentes dependendo do ângulo de análise. Os pacientes pensam, em geral,

que médicos ganham muito bem, chegando até a ser excessivo. Os profissionais, por sua vez, se dividem em opiniões que variam de acordo com a especialidade; os clínicos acham que os radiologistas e neurocirurgiões ganham melhor do que eles, já os neurocirurgiões creem que ganham pouco quando se leva em consideração o risco e a precisão da profissão (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

O fato de existir alguns médicos que ganham bem se justifica no argumento de que lidam com a vida, trabalham longas horas, passam muitos anos estudando e se aperfeiçoando etc. Com isso, outros profissionais das mais diversas áreas se sentem em desvantagem, uma vez que atravessam as mesmas barreiras e vicissitudes e não chegam a ganhar o salário mínimo oferecido pelo sindicato de sua categoria (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Chama a atenção a comparação entre o ganho de um médico e o de um enfermeiro, que possui como argumento que os médicos passam por um longo período de formação e podem ser obrigados a demonstrar nível mais alto de realização acadêmica. O fato é que a forma ou a razão pela qual uma especialidade médica ganha mais que outra depende de alguns fatores. Por exemplo, existem profissionais que desenvolvem trabalho baseado em tabelas de honorários, método questionável, uma vez que gera remuneração injusta quando comparadas com especialidades que possuem o mesmo peso de trabalho e responsabilidade. Outra desvantagem é que pode influenciar os profissionais a trabalharem somente motivados pela recompensa e não pela seriedade que a profissão exige (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Portanto, um sentimento que fica por vezes explícito entre as várias especialidades médicas é o de injustiça no que diz respeito às diferenças no valor dos honorários. Por exemplo, um radiologista em cinco minutos de análise de um laudo ganha mais do que um clínico da atenção primária em meia hora de atendimento. É fato que os especialistas que se sentem ofendidos com os valores que recebem se limitam a compará-los com os mesmos profissionais de especialidades diferentes, mas não com outras profissões (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

O médico precisa ser bem remunerado pelos serviços que presta, entretanto sua atitude e postura ética devem primar pela técnica, eficácia e elegância com critérios específicos, visando sempre o bem-estar do paciente nas tomadas de decisões que exigem exames e tratamentos (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005). Segundo pesquisa, o salário não é a única força mantenedora de um profissional em determinada área. Leva-se também em consideração o local de trabalho, as condições que são oferecidas para manutenção no local, as pessoas com quem terá de conviver e a especificidade do trabalho em si. Isto posto, é natural que determinada especialidade de baixa procura pelos profissionais ofereça salário melhor. Quando muitos profissionais buscam a mesma forma de trabalho, no mesmo local, competindo entre si, o salário para estas pessoas será reduzido, dada a configuração do sistema econômico vigente (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Segundo os próprios médicos, em sua profissão eles são os comandantes da situação, visto que um paciente leigo não é capaz de avaliar se sua cirurgia é mesmo necessária ou se o procedimento médico está adequado. Diante disso eles se autorregulam e tornam profissão uma necessidade indispensável. A relação médico-paciente, nesse caso, mal passa de uma transação comercial, em que o médico vende seus conhecimentos e cuidados de saúde e o paciente é um consumidor dos cuidados. Quando tal perspectiva impera, há preocupação com o que seria de fato a posição ideal desse profissional. Talvez pensar na manutenção da vida e na saúde do paciente seja o fator motivador para a execução do serviço de saúde; quando se perde isso de vista e passa-se a pensar unicamente no lucro, os médicos podem ameaçar a identidade moral da profissão (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Segundo o filósofo Sócrates, há dois tipos de médicos, aqueles que realizam a profissão motivados pela ganância da riqueza e os que se preocupam com a manutenção da vida de seus pacientes – para ele, os verdadeiros médicos são os segundos. Esse pensamento não nega aos profissionais o direito de serem recompensados pelo trabalho que realizam e de terem assim o reconhecimento pelo

serviço prestado, mas quando o dinheiro passa a ser o único motivador para a realização do serviço de saúde, configura-se aí um grave problema, uma vez que o foco da atenção à manutenção da vida e sua qualidade é perdido (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Há uma influência do dinheiro na sociedade como um todo. Vive-se um momento em que a sociedade privilegia valores que se distanciam do cuidado do ser humano, levando-nos a constatar que “a maneira como ganhamos o nosso dinheiro e como o gastamos definem os nossos valores” (KASSIRER, 2007, p.377). É esperado que um médico, na condição de prestador de serviços à saúde, tenha como primordial em seu atendimento os interesses e necessidades dos pacientes. Por vezes esse atendimento é feito com base em trocas de interesses ou incentivos que podem promover a perda de confiança do atendido ou de seu responsável. Em algumas circunstâncias, mesmo que não se configure o conflito de interesses, basta somente a eminência ou a intenção de praticá-lo para efetivar sua existência (TONELLI, 2007).

Cultura chinesa, honorários e conflitos

Como a cultura chinesa não permitia a prática médica com visão financeira (instituiu que o profissional da medicina fizesse seus atendimentos não pensando em fins lucrativos), acabou gerando uma onda de corrupção, tanto por parte dos médicos quanto por pacientes que desejavam melhor atendimento (FAN, 2006).

A República Popular da China tem um novo desafio de âmbito moral e cultural diante da saúde, qual seja, criar um entendimento em torno do profissionalismo médico. Há uma percepção de forte resistência por parte da China na aprovação da bioética ocidental, levando-se em conta a diferença de padrões culturais existentes na construção das normas. A China tenta também, com isso, resgatar seus recursos culturais. A bioética Européia se constituiu baseada em influências americanas, porém consegue ter traços próprios (FAN, 2006).

Confúcio foi um grande mestre e filósofo chinês que enfatizava a moralidade pessoal e governamental dando ênfase às relações sociais, a justiça e a sinceridade. Defendia a lei da virtude e a definia como similar à beneficência, não eliminando, por isso, a capacidade do virtuoso de acumular lucros. O indivíduo pode visar fins lucrativos sem, para isso, usar meios imorais. Confúcio aventava, ainda, que a busca do lucro estava relacionada aos desejos, mas que estes deviam ser buscados dentro da virtude; as pessoas são movidas pelo lucro, o que leva à produção de riquezas. Uma das obrigações do governo é promover o enriquecimento da população, e um governante que consegue atingir essa meta é tido como um sábio. Para isso, contudo, o pensamento de Confúcio não aceita a cobrança de altas taxas de impostos. Ele pensava que cada família devia ter direito à renda e saber o que fazer com ela, promovendo seu bem-estar. Defendia também que a pobreza gerada pela preguiça não devia ser tolerada – se uma pessoa vive em situação econômica abaixo da realidade do local onde ela vive, por exemplo, ela deve sentir vergonha (FAN, 2006).

Confúcio advogava a necessidade da divisão de trabalho; já a ideologia chinesa socialista não postulava dessa forma e, com isso, percebeu-se o reflexo entre os anos 1960 e 1970 com o movimento dos “médicos descalços”, que pretendia evitar a corrupção médica com camponeses que eram atendidos por essa classe. Com isso os médicos não podiam atuar só como médicos, mas também trabalhar na atividade rural, não recebendo qualquer remuneração na prática médica para serem aceitos na segunda profissão. Como esses ditos médicos por muitas vezes eram os próprios camponeses que recebiam um breve treinamento para cuidar de seus colegas, isso acabou gerando sérios problemas na saúde pública (FAN, 2006).

Em 1985, por determinação do Ministério da Saúde chinês, a prática de “médico descalço” foi proibida. Infelizmente, entretanto, o pensamento e a cultura chineses ainda impedem que os profissionais médicos, até hoje, recebam salário digno pelo trabalho que

prestam à saúde. Para aumentar sua renda, a prática de muitos hospitais, ou até de médicos que dispõem de meios, é a de preservar medicamentos ou a realização de exames de alta tecnologia, muitas vezes até desnecessários. Tais relações corruptas são fruto de políticas que impedem o crescimento do profissional de forma legal e virtuosa, tornando, dessa forma, obstruindo a confiança na relação com o paciente. Para Confúcio o único meio de impedir as práticas corruptas é dando aos profissionais a remuneração que merecem (FAN, 2006).

Os confucionistas acreditam que o médico deve manter um coração puro para o tratamento dos pacientes; isso, porém, gera conflito entre a busca da virtude e a do lucro. Um trabalho mal feito não deve ser recompensado da mesma forma que um bem feito – deve ser compatível ao seu grau de interesse e produção. Mesmo que a intenção inicial do médico não tenha sido a de ser recompensado, ele deve aceitar, para que isso encoraje outros a desenvolverem um bom trabalho (FAN, 2006).

Os confucionistas sempre viram a prática médica como uma forma de exercitar a virtude e a benevolência, incluindo, desta forma, a humanidade e a compaixão. O fato de manter seus corações puros torna o médico ávido pela busca de tratamentos para a cura de seus pacientes, e não de lucro, mas isso não tira do profissional o direito de ser bem recompensado pelo bom trabalho que presta. Quando um paciente precisa de seus serviços, mas não pode pagá-lo, o médico deve fazer o serviço da mesma maneira se houvesse condição econômica favorável (FAN, 2006).

O confucionismo defende que se deve treinar os médicos para tornar comum a prática da benevolência. Entende, ainda, que se a classe médica não é bem recompensada tende-se a aumentar os níveis de corrupção e a falta de confiança na relação médico-paciente, diminuindo, além disso, o número de interessados na carreira médica. Melhor é recompensar quem deve ser recompensado e viver nas bases éticas da profissão (FAN, 2006).

Conflitos e corrupção

Outros países vivem situações na área de saúde que preocupam as autoridades e carecem de reflexões. Nick Watson apresentou um retrato do estado sombrio do sistema de assistência à saúde na Polônia, que inclui corrupção, falta de reforma transparente, indisposição dos políticos para ajudar, baixos investimentos na saúde e falta de um sistema de seguros de saúde com financiamento apropriado (CZUPRYNIAK; LOBA, 2004).

O sistema de saúde da Polônia, como os de outros países da Europa central que foram dirigidos por governos dependentes da União Soviética, sofre de baixo financiamento. Os salários dos médicos são, portanto, espantosamente baixos (US\$ 530), sendo ainda mais baixos que o salário médio nacional (US\$ 630) e que o pagamento de seus colegas na Hungria (US\$ 580) e na República Tcheca (US\$ 1.275). Há muito o suborno tem sido considerado um problema nesses lugares. Na Europa ocidental, os salários dos médicos são dez vezes maiores que na Polônia, sendo que o custo de vida lá é somente duas vezes maior (CZUPRYNIAK; LOBA, 2004).

A má remuneração dos médicos (a das enfermeiras é ainda pior) é resultado da crença do antigo regime comunista de que os médicos iriam compensar seus baixos salários diretamente pelos bolsos de seus pacientes. Infelizmente, muitos funcionários do governo mantêm essa postura. O fato de os médicos poloneses serem mal remunerados não justifica a corrupção, mas é uma poderosa força propulsora para tal (CZUPRYNIAK; LOBA, 2004).

Sistema de saúde integrado

É mais comum o conflito de interesses relacionados com discordância entre os interesses pessoais e as questões profissionais, mas há casos que envolvem apenas as questões profissionais, principalmente quando se leva em consideração a família do paciente e o papel do médico diante da sociedade (TONELLI, 2007).

Com a formação de médicos destinados a práticas diferentes, facilitou-se a existência de conflitos de interesses relacionados a programas de reembolso. Isto acontece pela formação de clínicas ou até hospitais completos que possuem serviços diversos, como atendimento clínico, realização de exames, tratamento terapêutico etc. Tal prática leva a um aumento da utilização do ambiente, seja uma clínica ou um hospital, dado que se pode realizar, de forma prática, todos os procedimentos necessários em um só lugar. Com isso, os médicos ou proprietários das clínicas têm preferência e consequentemente maior lucro, quando comparados com os profissionais que não possuem interesse nesse tipo de prática (TONELLI, 2007).

Analisando outra forma de faturar o reembolso pelo Medicare, programa do governo americano que atende pessoas acima dos 65 anos, médicos decidiram pela criação de um condomínio que abrigaria várias especialidades médicas e consultórios para realização de exames; o grupo médico recebe taxa de administração para despesas com equipamentos, pessoal, aluguel e demais itens. Advogados e especialistas no assunto alegam que este processo está sendo cuidadosamente construído para evitar situações ilegais (ARMSTRONG, 2005).

As leis que são desenvolvidas para desestimular ou coibir tais práticas ainda possuem muitas lacunas, visto que há dificuldade em se definir o que realmente é antiético e o que é feito em benefício do paciente. Diante deste quadro de incertezas, alguns profissionais continuam realizando práticas antiéticas, não se utilizando do bom senso para evitar situações que visivelmente gerem benefício financeiro (TONELLI, 2007).

A criação de clínicas especializadas e profissionais médicos com atuações específicas levam a uma busca crescente por parte dos pacientes, tanto pela praticidade quanto pela agilidade no atendimento. Isso faz que, por vezes, prefiram pagar pelo atendimento a ter que esperar na rede pública ou por meio de um plano de saúde. Com isso, há um atendimento desejável e os médicos e donos das clínicas conseguem o lucro também visado. Tal estruturação do

sistema de correlacionar interesse clínico com interesse do paciente não é apenas eticamente aceitável, mas é preferível, uma vez que não gera conflito de interesse (TONELLI, 2007).

A visão sobre a medicina tem sido transformada nas últimas décadas em razão do profissionalismo que cresce de tal forma, que distancia o profissional médico de seu paciente. As relações entre governo, empresas e instituições com a medicina promovem modificação na relação pessoal entre as partes, dando lugar a uma interlocução mais profissional e impessoal, e, como tal, voltada para o lucro e com conseqüente responsabilidade sobre a qualidade do serviço prestado, que pode ser contestado quanto a questões técnicas e éticas. Tal perspectiva tem diminuído a imagem do médico como cuidador, dando lugar, aos olhos da sociedade, à de um profissional voltado para uma relação comercial. Até que ponto o médico deve colocar sua profissão como simples meio de obter lucro e o quanto isto fere a ética de sua profissão? (GLICKEL, 2009)

A medicina é cada vez mais discutida publicamente e analisada quanto a sua atuação na sociedade. O médico tem sido visto como um profissional que apenas vende seus serviços. Essa visão mais negativa abordada na mídia é discutida pela sociedade, que passa a questionar os valores envolvidos na prática da medicina. Tanto a mídia, que por vezes promove, pela escolha dos temas de reportagens, uma visão mais negativa da atuação médica, quanto a existência de profissionais que efetivamente atuam violando a ética em busca de lucro, são responsáveis por uma sociedade mais crítica ao papel do médico (GLICKEL, 2009).

Além dos profissionais, as instituições que governam e administram sistemas de saúde também devem estar envolvidas com a ética, pois suas ações envolvem os serviços prestados à sociedade e a maneira como o profissional médico poderá desempenhar seu trabalho. Se há um padrão ético de comportamento entre médicos e pacientes, as instituições, que adquirem caráter empresarial voltado para o lucro, também devem segui-lo (GLICKEL, 2009).

Muitos médicos americanos estão deixando de atender usuários do Medicaid, programa de saúde federal que dá assistência a pessoas e famílias com menor poder aquisitivo, além de pacientes do Medicare, que dá assistência a pessoas acima de 65 anos (MANTHOUS, 2009). Alegam que o governo está pagando muito pouco, esquecendo, segundo o autor, o quão gratificante é poder ajudar alguém e ver essa pessoa vivendo melhor, uma vez que o capitalismo não consegue dar valor a tal forma de gratificação como remuneração, que é por vezes muito esquecida no complexo médico-industrial.

Alguns médicos concordam com uma reforma do sistema de saúde, mas outros, inclusive a American Medical Association (AMA), não, alegando que um plano público americano teria que ser, necessariamente, tão grande, que as seguradoras privadas não teriam como competir. Expressam, dessa forma, a falta de humanização, não tendo a preocupação de garantir saúde com qualidade a uma grande parte necessitada da população, um evidente conflito de interesses que prejudica a saúde pública (MANTHOUS, 2009).

Há, portanto, um debate dentro dos Estados Unidos acerca da reforma no sistema de saúde do país. Médicos e membros do governo discutem o modelo de administração hospitalar existente no país e o que se poderia oferecer como propostas com a reforma, abordando em seus principais aspectos, com destaque para os custos hospitalares e para o modelo de sistema de saúde integrada. O embate relacionado à administração hospitalar por médicos, travado com políticos, é o primeiro ponto debatido na atualidade. Segundo membros do governo americano, o problema maior reside na administração hospitalar que visa ao lucro baseado no volume de atendimento por admissões realizadas pelas equipes médicas que encaminham pacientes para seus próprios hospitais, e também nos procedimentos realizados, segundo eles sem indicação. Os políticos afirmam que alguns profissionais são estimulados pelos seus superiores, também médicos, a agir em interesse próprio, em detrimento do seu paciente, para dar suporte financeiro à instituição na qual é empregado (BOVE, 2009).

Há, entretanto, vários exemplos de hospitais administrados por profissionais não médicos em que são fornecidos incentivos financeiros aos médicos para admitirem mais pacientes para o hospital. Os médicos estão tentando mudar a visão de lucro baseado no volume de atendimentos, para um reembolso baseado em melhor qualidade dos serviços e melhores resultados, enquanto os administradores sem formação médica focam seus lucros no volume de atendimento. Assim, há defensores que colocam sua opinião quanto à reforma, defendendo o médico como peça chave na direção dos hospitais (BOVE, 2009).

Existem atualmente na legislação dos Estados Unidos disposições que impedem os médicos de terem interesse administrativo nos hospitais. O American College of Cardiology se coloca contra essas proibições, por pensar que, se houver transparência completa quanto aos serviços prestados, assim como critérios bem estabelecidos e até mesmo protocolados para a realização de testes e terapias, seria possível prevenir conflitos de interesse (BOVE, 2009).

Em defesa da classe médica, enfatiza-se o direito à propriedade privada, conquista da democracia capitalista, e todos, independentemente da classe trabalhista à qual pertença, tem esse direito garantido sem ter que temer medidas governamentais ou mesmo atos hostis. A reforma implantada nos Estados Unidos preconiza a redução dos serviços especializados, dando maior enfoque ao modelo de atenção primária. Além disso, promove reajuste no valor pago por alguns exames e procedimentos, como o ecocardiograma e a ressonância nuclear, que passam a ter menores custos para o paciente. Com a reforma, os procedimentos realizados dentro do hospital já estarão incluídos no salário do médico que fizer parte da equipe, a qual deve estar disponível vinte e quatro horas por dia. Em tese, essas medidas reduziram os custos, entretanto muitos sistemas integrados de saúde com equipe médica disponível em tempo integral não têm custos tão baixos. Oficiais do governo mostraram rapidamente os resultados iniciais na redução de custos de três instituições funcionando com o sistema de saúde integrado, e a partir deles sugeriram que os médicos deveriam procurar trabalhar numa rede de serviços com esse

perfil. Em teoria, o salário pago aos médicos diminuiria o número de procedimentos e exames médicos, até mesmo porque o médico não iria receber à parte pelo exame, pois já estaria incluído no salário. Entretanto há que se considerar fatores como custo de vida, renda e condição socioeconômica, os quais provocam diferenças de custos nos vários sistemas de saúde integrados (BOVE, 2009).

Bove (2009) cita um exemplo de prática médica não voltada para os interesses dos administradores, no qual os médicos se mostram cientes de que nos últimos anos vem-se evitando práticas intervencionistas nos pacientes com doenças arteriais coronarianas crônicas. Isso proporcionou, em escala nacional, redução do volume dos cateterismos bem como das cirurgias de revascularização, com benefícios para a população. Portanto, não há necessidade de se estabelecer cotas para o número de intervenções realizadas nos hospitais, como pregam alguns administradores, aos quais os médicos empregados devem submeter-se.

Diante do contexto, caso a prática médica do especialista, como um cardiologista, se torne inviável por conta do baixo retorno financeiro com a redução dos custos dos procedimentos, o profissional irá procurar fazer parte das equipes médicas que compõem os sistemas de saúde integrada. Essa talvez seja a oportunidade de tornar o trabalho produtivo, o hospital bem sucedido, o atendimento melhor e a instituição rentável. Tudo isso pode ser mais facilmente alcançado se os médicos tiverem um papel ativo na gestão hospitalar, que é uma característica dos sistemas de saúde bem sucedidos. Bove traz uma reflexão e uma lição a se aprender: “Os resultados são acima da média nacional na maioria das medidas de qualidade quando os médicos estão envolvidos na direção do sistema de saúde”. Portanto, segundo ele, trazem mais benefícios à população do que administradores sem formação médica (BOVE, 2009, p. 1815).

Indicações de procedimentos e terceirização

Grave também é a existência de indicações, por vezes desnecessárias, de procedimentos médicos em busca de maior remuneração

no trabalho. Isso fere o código de ética e é alvo de notícias na mídia sensacionalista, que, para qualquer motivo, tem atualmente na medicina um objeto preferencial para suas publicações. A classe médica, contudo, tem a responsabilidade de evitar tais acontecimentos por meio do uso correto e ético de sua profissão e de não permitir a negatividade de sua imagem hoje banalizada e manchada (GLICKEL, 2009).

Outra prática denunciada diz respeito às consultas ou procedimentos médicos que já incluem no preço os exames complementares subsequentes, caracterizando o que se chama de venda casada, prática condenada pelas associações de defesa do consumidor. Essa modalidade de oferta consiste na cobrança de quantia determinada pelo médico para ser feito também um teste ou exame complementar. O usuário paga esta quantia acreditando que o próprio médico irá realizá-lo, mas na realidade ele envia as amostras do paciente (para biópsia, por exemplo) para um laboratório externo, que cobra valor muito inferior em relação ao que o médico havia cobrado. Com isso, a diferença no valor fica como lucro para o médico. Diante da forma quase inescrupulosa com que alguns médicos agem nas vendas casadas, a dermatopatologista Lisa Lerner sugere que o paciente converse abertamente com o médico, questionando-o sobre a real importância da realização do referido exame (ARMSTRONG, 2005).

O pior nessa prática é que, muitas vezes, nem há a necessidade do paciente realizar os exames. E quando o atendido possui plano de saúde, o médico chega a ser reembolsado pelo mesmo, recebendo o valor como se ele próprio fosse realizar os exames. Geralmente os planos de saúde não vetam esse tipo de prática, porque sequer sabem da existência dela. Algumas seguradoras, cientes da prática, só permitem o convênio com o profissional médico se o próprio for responsável pela realização dos exames. O código de ética da AMA diz que o médico não deve cobrar por uma prática realizada por terceiros. E acrescenta ainda que aquele que escolhe um laboratório barato para a realização de procedimentos com os pacientes somente com o interesse de lucrar com isso não está agindo na melhor intenção para a recuperação dos usuários (ARMSTRONG, 2005).

Percebe-se, enfim, que as relações tradicionais entre médicos e pacientes sofreram forte redefinição, provocada pela pressão socioeconômica sobre a medicina. Atualmente, as questões éticas médicas são discutidas publicamente com uma visão crítica sobre a imagem do médico e sua relação com empresas de medicina voltada para o lucro, o que tem transformado o relacionamento entre médico e paciente meramente profissional e comercial (GLICKEL, 2009).

Tempo de consulta

Outro aspecto importante é a tendência a uma diminuição no tempo das consultas médicas, movida também por uma pressão econômica na área da medicina, como forma de reduzir custos, o que diminui conseqüentemente a qualidade dos atendimentos e aumenta o número de pacientes atendidos em um dia de trabalho (KASSIRER, 2007; GLICKEL, 2009). Além de trazer prejuízo aos usuários, transforma a consulta em algo automatizado e mais próximo a um negócio comercial. Os médicos deveriam sempre avaliar o que realmente é melhor para o paciente e se é válido diminuir o tempo, deixando de exercer bem seu trabalho (GLICKEL, 2009).

Como todo ser humano, os médicos também têm variados graus de ambição, e alguns afirmam que atendem mais de dez pacientes por hora com a mesma qualidade que atenderiam dois em tempo idêntico. Alguns fazem da medicina um negócio, e não uma profissão; investem em exames e tiram vantagens de regulações insuficientes sobre exames desnecessários para terem lucros (MANTHOUS, 2009).

Sites de consulta na internet

Na era da informação, o acesso a todo tipo de dados é possível, inclusive os referentes à saúde. Como forma de compensar o pouco tempo oferecido na consulta, vários médicos adotaram a prática de recomendar sites aos pacientes, de forma a educá-los sobre determinada doença ou para que cooperem com o tratamento mais facilmente (USHER; SKINNER, 2010).

Cerca de seis milhões de americanos fazem pesquisa sobre saúde todos os dias. Como consequência da internet, informações sobre saúde são hoje onipresentes. Os usuários se dividem em três categorias (USHER; SKINNER, 2010):

- 1) mais de 70% pesquisam sobre a própria saúde;
- 2) mais de 50% pesquisam sobre doenças e seu tratamento;
- 3) mais de 80% pesquisam sobre drogas e seus efeitos.

Pesquisar sobre saúde só fica atrás da atividade de olhar *e-mails* e buscar informações sobre algum produto antes de comprar. Com isto, recomendações para sites de saúde têm virado prática aceitável e comum de informação de saúde, apreciada pelas indústrias farmacêuticas, que aproveitam para expor seus tentáculos silenciosamente (USHER; SKINNER, 2010).

Em pesquisa realizada na região da Gold Coast da Austrália, sete perguntas simples foram feitas, via *e-mail*, para 250 dos 410 clínicos lá existentes. Com o questionamento sobre a proporção de representantes farmacêuticos que oferecem vantagens para que recomendassem aos seus pacientes determinados sites de saúde patrocinados pelas empresas, entre os pesquisados 29% negaram qualquer influência, 44% declararam ter sofrido assédio por até 20% das empresas com que trabalhavam e 15% disseram ter sido assediados por até 40% das empresas. Quanto ao tipo de vantagem oferecida, 29% relataram ter recebido artigos de papelaria, 19% receberam descontos em medicamentos. Mulheres entre 31 e 40 anos e profissionais com menos de dez anos de experiência são os mais abordados pelos representantes de laboratórios para indicar os sites das empresas aos pacientes (USHER; SKINNER, 2010).

O que surpreende é que quando os pesquisados foram perguntados sobre a proporção de sites recomendados por eles aos seus pacientes que eram patrocinados por empresas farmacêuticas, a maioria respondeu que acreditava que nenhum o era. Os médicos se defendem ao dizer que os maiores motivos para a recomendação são:

informações relevantes, ausência de tempo para ver outras páginas e sensação de que o conteúdo do site foi profissionalmente revisado (USHER; SKINNER, 2010). Ou seja, as companhias farmacêuticas estão oferecendo vantagens aos médicos em troca de recomendação de sites e os médicos, ingenuamente, não percebem a manipulação.

Há ainda evidência de que as companhias estão tentando monopolizar os diferentes canais de disseminação da informação sobre a saúde. Tal trabalho pode ser usado para justificar a necessidade de desenvolvimento de estratégias futuras destinadas a criar uma forma eficaz de política de saúde (USHER; SKINNER, 2010).

Supervalorização dos sintomas para liberação de procedimentos

As obrigações de um profissional no que tange aos cuidados prestados aos seus pacientes dizem respeito aos princípios básicos da ética profissional e devem prevalecer sobre suas obrigações para com terceiros que financiem o tratamento.

Existem duas vertentes no que tange às indicações de exames diagnósticos, ora revelando a ambição de lucro dos profissionais que os solicitam em excesso, muitas vezes desnecessariamente, ora com indicações precisas, porém com acesso limitado, devido às restrições do plano de saúde do paciente, “obrigando” o médico a exagerar os sintomas para justificar o pedido e atender, por conseguinte, as necessidades do atendido. No primeiro caso fere os interesses do paciente e no segundo, os interesses de terceiros a favor do paciente, revelando em ambos postura antiética.

Também há de se comentar que os médicos se subordinaram aos planos de saúde com todas as consequências desastrosas que disso resultaram. Para conter gastos e manter o acesso ao cuidado, muitos pacientes têm sido atendidos por assistentes médicos e serviços de enfermagem, que vem recebendo pressões dos planos de saúde para redução de custos, com maiores limitações à qualidade do cuidado prestado. Assim, burlar as regras, exagerar a severidade da doença ou não oferecer serviços úteis são algumas das formas

que os profissionais usam para lidar com as restrições de cobertura (KASSIRER, 2007; ULRICH; SOEKEN, 2006).

Tal problema acontece no mundo inteiro e em especial nos Estados Unidos. Lá também se identifica essas questões éticas, em que enfermeiros e assistentes médicos deparam, na atenção primária aos pacientes e nos fatores econômicos, com elementos que influenciam seus conflitos éticos. O maior preditor de conflitos éticos em pesquisa realizada no país foi a crença de que é responsabilidade da enfermagem, em especial dos auxiliares e técnicos, advogar em favor do paciente, mesmo que isso signifique manipular o sistema. Assim, é necessário que se determine se a responsabilidade maior desses profissionais é com o paciente, o público, o plano de saúde ou a sociedade (ULRICH; SOEKEN, 2006).

Os resultados da pesquisa citada sugerem que o preparo em ética, o ambiente de atuação com equipes de apoio bem treinadas e a autonomia do profissional de saúde podem ser a combinação mais bem-sucedida para que haja o mínimo de conflitos éticos para aqueles que advogam seus pacientes. Mais questões relacionadas a problemas éticos são levantadas pela pesquisa, inclusive como se pode equilibrar justiça e beneficência na realização de um cuidado de qualidade e como o serviço de enfermagem e os médicos assistentes podem cumprir seu dever *prima facie* para com o paciente em um sistema de saúde controlado pelos planos (ULRICH; SOEKEN, 2006).

Para reduzir as atuais tensões na assistência à saúde, todos os profissionais deveriam empenhar-se em contribuir para o desenvolvimento de estratégias que reflitam valores e objetivos consoantes com uma prática ética. A Associação Médica Mundial estabelece em seu estatuto a premissa básica de que os médicos têm o dever ético de zelar pelos interesses de seus pacientes, independentemente de sexo, idade, religião ou nacionalidade. Define que os princípios da bioética defendidos pelos comitês de ética nas instituições servem para evitar os conflitos de interesses entre as diversas áreas de atuação profissional, instituindo as normas éticas a serem seguidas.

Há ainda obrigação moral da divulgação de circunstâncias que poderiam levar a um quadro de falta de ética e de se evitar os conflitos de interesses (ROTONDO, 2006). A primeira e melhor forma para tal é a formação pessoal e moral de cada indivíduo, pois os médicos, apesar do esforço para se tornarem bons profissionais, também são humanos e respondem a incentivos financeiros (KASSIRER, 2006; STEPKE, 2006).

Indústria

A despeito dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica (CFM, 2010) definirem no artigo II que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, é flagrante o número de denúncias, queixas, perguntas e reflexões acerca deste postulado na prática profissional diante dos conflitos de interesse que dificultam as relações entre médicos e pacientes.

É enorme a pressão sofrida pelo médico, advinda das empresas que oferecem novas tecnologias e novas formas de tratamento, roubando do profissional sua autonomia em relação às suas decisões e escolhas. Não há dúvidas de que o médico deve sempre optar por recursos que beneficiem o paciente e não será julgado por tentar oferecer o melhor tratamento contanto que, frente a tecnologias equivalentes, faça a opção pela que ofereça simultaneamente menor ônus para seu paciente e menor risco, sem se deixar seduzir por propinas e comissões que possam influenciar sua escolha.

Alguns conflitos de interesses aparecem nos contratos de trabalho ou nos programas de reembolso, entretanto os mais comumente detectados são os sistêmicos relacionados à prática da medicina clínica que envolvem relações financeiras com a indústria farmacêutica e de equipamentos (TONELLI, 2007). Há algumas décadas as relações entre médicos e a indústria, em especial a farmacêutica, vêm sendo alvo de muitas críticas, pelos próprios médicos e demais profissionais de saúde, pela própria indústria, pelos conselhos de classe, pelas sociedades de especialidade, pela mídia em geral e

pelos pacientes, por conseguinte. A indústria farmacêutica e de equipamentos e as grandes seguradoras estão ditando as novas regras, transformando as profissões da saúde em indústria médica (MANTHOUS, 2009).

Médicos fazem pedidos

Muitas pessoas colocam a responsabilidade desse abuso da indústria farmacêutica nas próprias indústrias, mas os médicos têm papel fundamental em tal contexto, pois sem eles essas indústrias não teriam poder e são eles que têm a caneta na mão para prescrever o que bem desejar. É comprovado por uma série de estudos que, após as reuniões com os propagandistas da indústria farmacêutica, os médicos se sentem estimulados a indicar determinadas medicações para o hospital em que trabalham e mudar suas prescrições (STEINBROOK, 2008).

Cirurgiões ortopédicos

Autores discorrem sobre acordos lucrativos entre cirurgiões ortopédicos e fabricantes de implantes de coluna vertebral nos EUA, que foram julgados e condenados a indenizações milionárias, levando a uma intensa propaganda negativa a respeito da comunidade médica. Segundo os autores, esse tipo de reportagem dá a impressão de que o relacionamento médico-indústria pode representar um risco à boa assistência do paciente (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007). Steinbrook (2008) cita que em 2007 os cinco maiores fabricantes de próteses de quadril e joelho revelaram que 51 médicos receberam mais de 1 milhão de dólares cada um, mas não explicaram as razões desse dinheiro, suscitando dúvidas se não haveria aí algum conflito de interesses em que a parte frágil e vulnerável é o paciente.

A American Academy of Orthopedic Surgery (AAOS) estabeleceu um guia para melhor lida dos cirurgiões ortopédicos com as indústrias de dispositivos médicos, evitando armadilhas e acordos lucrativos, o que leva, conseqüentemente, a um benefício dos pacientes, por eliminar qualquer enviesamento. A proposta respeita

a responsabilidade e a consciência do médico como supremas e mandatórias de resolução de conflitos de interesses em favor dos pacientes (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007).

Segundo Taylor (2006), alguns médicos e hospitais nos Estados Unidos estão sendo investigados pelos procuradores federais em função das negociações com os fabricantes de materiais ortopédicos e cardíacos, com a suspeita de possível pagamento de propinas aos médicos e às instituições de saúde.

O maior investimento da indústria é no médico

Pesquisa feita revelou que em média 94% dos médicos têm algum tipo de relacionamento com a indústria farmacêutica e que deles a maioria recebe amostras de drogas, uma parcela menor recebe convites para eventos e refeições e a minoria obtém outros tipos de benefícios financeiros (CAMPBELL et al., 2007). A maior parte do dinheiro gasto pela indústria farmacêutica é, portanto, direcionado aos médicos, seja por meio de panfletos, de folhetos, de propaganda de medicamentos ou até mesmo pelos representantes de remédios que, muitas vezes, os seduzem com presentes, diversão, alimentação, financiamentos diversos e educação que lhes são oferecidos gratuitamente (JOST, 2010; KASSIRER, 2006). Em 2004, nos Estados Unidos a indústria farmacêutica gastou US\$ 43 bilhões em *marketing*, o que equivale a aproximadamente 61 mil dólares para cada médico (JOST, 2010). Esse investimento alto é gasto basicamente com presentes, hospedagem, refeições e manutenção em congressos (JOST, 2010; MILLER, 2006).

O Código de Ética Médica, capítulo VIII, artigos 68 e 69 (CFM, 2010) deixa claro que a medicina não pode ser exercida com objetivos mercantilistas. O médico não pode receber vantagem de qualquer espécie como consequência de suas decisões. Não é permitido, por exemplo, que ele seja sócio ou proprietário de laboratório, farmácia ou indústria de equipamentos médicos. Também integra o rol de proibições o recebimento de benefícios como viagens, presentes e comissões, como forma de “agradecimento” para a indicação deste ou daquele produto ou procedimento.

Na raiz de tais restrições está a preocupação de evitar duas graves consequências provocadas pela influência econômica sobre a atividade médica. A primeira é o custo da medicina. Na maioria dos países, a inflação da área é superior aos índices da inflação geral, sobretudo por causa da incorporação sem critérios de novas tecnologias. É verdade que não se pode negar os benefícios que esses avanços trazem para a saúde das pessoas. O que se defende é seu uso de forma segura e racional. O outro efeito é ainda mais grave. Uma cirurgia evitável, a prescrição desnecessária de medicamentos ou o uso questionável de próteses e outros produtos ferem o código de ética e trazem sérios prejuízos ao paciente, sendo passíveis até de enquadramento como crime de responsabilidade no âmbito do código civil.

Considerando que a indústria farmacêutica necessita dessa relação com o médico, já que 80% das vendas advêm da prescrição médica (GRANDE, 2009), usa de todos os recursos de sedução e distribui facilidades entre os médicos, que vão desde trivialidades, como almofadas e canetas gravadas com os nomes de vários medicamentos, ao patrocínio de reuniões profissionais em que podem fazer propagandas de seus produtos, de amostras dos medicamentos, de viagens de luxo, honorários e grandes taxas de consultoria para líderes de opinião, promovendo palestras e entretenimento, como viagens a *resorts*, presentes caros, jantares, reembolso pelos custos associados às reuniões profissionais ou educação médica continuada, dentre outros (GUÐMUNDSSON, 2005; JOST, 2010; STEINBROOK, 2008).

Propaganda

Os países possuem regras diferentes com relação à propaganda de medicamentos. A Food and Drug Administration (FDA) é a grande responsável pela regulamentação da publicidade de medicamentos nos Estados Unidos e, de acordo com a legislação, o anúncio precisa conter um resumo dos efeitos colaterais, contraindicações e informações sobre a eficácia terapêutica. Também lá as propagandas na televisão e no rádio são obrigadas a oferecer aos

consumidores os sites ou linhas de telefone nos quais as informações completas estão disponíveis. No Canadá as empresas do setor podem anunciar a droga, mas não são autorizadas a citar a doença que aquele fármaco trata. Já na Austrália pode-se fazer campanha sobre determinada doença e sensibilizar a população para buscar ajuda médica, entretanto não é permitido fazer menção sobre os medicamentos. Outrossim, as regras de comercialização e propaganda diretamente ao médico são muito mais permissivas e regidas por princípios éticos estabelecidos por associações médicas e pela indústria farmacêutica (VAITHIANATHAN, 2006).

Vaithianathan (2006) argumenta sobre o conteúdo de certos anúncios, qualificando-os como propaganda enganosa, e lembra que a falta de informação não implica ausência de fatores de risco ou que todos os benefícios citados são alcançados. Discorre sobre pesquisa realizada na Nova Zelândia em que apenas 11% dos consumidores disseram que a publicidade da indústria de medicamentos é imparcial e efetivamente oferece informações completas e adequadas das indicações terapêuticas, do tratamento não medicamentoso e ainda cita as marcas concorrentes. Nessa mesma pesquisa, ficou evidente que os clientes são conscienciosos sobre a motivação do lucro daquelas empresas, e 72% dos respondentes disseram perceber que as empresas farmacêuticas investem mais em publicidade nos produtos que trazem mais lucros.

Nos Estados Unidos a National Consumers' League entrevistou 1.172 adultos sobre a propaganda de remédios, e 60% dos pesquisados disseram que as propagandas só ajudam as empresas farmacêuticas a venderem suas drogas, ou seja, a Liga concluiu que os pacientes sabem qual é a real motivação da publicidade. Vaithianathan (2006) então questiona a razão pela qual as empresas insistem em publicidade, uma vez que os consumidores têm opinião tão negativa em relação aos anúncios.

Um dos cerne da discussão e investigação econômica da propaganda de fármacos é saber se ela é de cunho informativo ou se

prima pela persuasão. As diferenças nas abordagens da publicidade feita para o consumidor ou para o médico é que este é teoricamente bem informado, enquanto aquele é facilmente manipulado pela propaganda enganosa (VAITHIANATHAN, 2006).

Por outro lado, proibir a publicidade diretamente ao consumidor pode não reduzir o consumo entre todos os setores da população igualmente, já que muitos pacientes têm acesso a fontes de informação farmacêutica, como a internet. Para o autor, a propaganda diretamente ao cliente é potencialmente mais enganosa do que a dirigida ao médico. Advoga ainda a necessidade que essa atividade seja transparente para os pacientes. Médicos devem revelar os benefícios na troca e cabe ao paciente julgar se esse comportamento é aceitável ou não (VAITHIANATHAN, 2006).

Imagem do médico

O CFM, no Brasil, no Código de Ética Médica (2010), assenta no Capítulo I, artigo IX, que a medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio. Sendo assim, médicos não podem usar sua imagem para vender produtos de qualquer natureza, pois estarão ferindo os interesses dos pacientes, que se deixarão influenciar pelas indicações do profissional, haja vista o poder de persuasão deste.

A empresa Unilever decidiu driblar as normas brasileiras e convidou médicos argentinos para comerciais que seriam divulgados no Brasil, onde fariam boa propaganda dos cosméticos da empresa, pois o Conselho de Medicina da Argentina não veta que médicos deem testemunho acerca de produtos. O Brasil, entretanto, por meio do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária, o CONAR, coerente com a legislação brasileira, proibiu em julho de 2011 a publicidade de um sabonete com depoimento de um médico argentino e de um xampu anticaspa com depoimento de uma dermatologista também da Argentina (BERGAMO, 2011).

Legislação

Não há país ou comunidade médica em que não haja códigos de conduta ética, entretanto não param de chegar ao domínio público escândalos envolvendo comodidades aos médicos, como patrocínios de viagens, feriados e outras atividades realizadas pela indústria farmacêutica, na tentativa de influenciar o comportamento destes profissionais frente aos seus produtos (NAGRAL; ROY, 2010). Já há muito tempo percebe-se a influência que tal indústria mantém sobre os médicos, e a prescrição de medicamentos passou a ser vista com desconfiança pelos pacientes, uma vez que já têm conhecimento quanto às práticas que envolvem alguns conflitos de interesses (AASLAND; FORDE, 2004; STANDRIDGE, 2006).

Perante os altos investimentos que a indústria faz em *marketing* surgiu a necessidade de que órgãos governamentais e instituições acadêmicas impeçam essas práticas, regulando as relações entre representantes farmacêuticos e médicos (MILLER, 2006). Não existem leis eficazes e abrangentes para a sua regulação; de um lado, a classe médica apresenta deficiência em sua autorregulação frente à interlocução com a indústria farmacêutica, não havendo uniformidade em sua atuação, e, do outro, a indústria apresenta falhas também na padronização das relações e na divulgação de dados referentes às suas atividades (ROBERTSON et al., 2009).

Modelo americano

Diante disso, é possível ver a intervenção do poder legislativo de alguns estados dos Estados Unidos, na tentativa de promover a transparência da interação entre médicos e indústrias, tornando obrigatória a prestação de contas dessas quanto aos seus investimentos (ROBERTSON et al., 2009). Com sede em Washington, a Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) representa no país as principais companhias farmacêuticas de pesquisa e biotecnologia dedicadas à criação de novos medicamentos, investindo cerca de US\$ 49,4 bilhões dos US\$ 67,4 bilhões totais alocados no setor em 2010 (PhRMA, 2011).

A PhRMA também preocupada com as relações entre médicos e a indústria, estabeleceu em 2002 novo Código de Conduta Ética, reafirmando que estas devem beneficiar unicamente os pacientes e melhorar a prática da medicina, incluindo e extinção das benesses financeiras (CAMPBELL et al., 2007). Determina que as companhias não devem oferecer presentes, entretenimento ou dinheiro para os médicos, salvo quando do interesse dos pacientes ou na prestação de serviços (CAMPBELL et al., 2007; FRYE, 2005; VAITHIANATHAN, 2006).

Na década de 1960, iniciou-se um debate sobre a melhor forma de regular a relação entre médico e indústria, mas somente em 1991 a Associação Médica Americana (AMA) fez um Código de Ética Médica em que contempla a questão e introduziu algumas recomendações sobre a ética do recebimento de brindes pelos médicos. Como exemplo, não se deve aceitar qualquer presente se este não puder ser revertido para o benefício do paciente (admitem-se aqueles de pouco valor, até 100 dólares, como livros, mas nunca dinheiro); viagens, refeições e despesas com hospedagem não devem ser aceitos, exceto os que envolvem custo razoável e se realizados dentro da jornada de trabalho; bolsas de estudos e outras assistências são permitidas, contanto que o aluno seja escolhido pelos acadêmicos responsáveis pela instituição de ensino envolvida etc. (GRANDE 2009; ROTONDO, 2006; STEINBROOK, 2008).

Como conclusão, chegou-se à ideia de que a tentativa de autorregulação é muito lenta para mostrar mudança real, basicamente por dois motivos: primeiro, muitos médicos não seguem o código de ética médica produzido pela AMA, e, segundo, pelo próprio código permitir recompensas no valor de 100 dólares, visto que tanto faz receber um grande presente ou um pequeno, o valor não importa, mas o efeito em quem recebe, ou seja, a ideia de reciprocidade e retribuição inconscientes (GRANDE, 2009; JOST, 2010; ROTONDO, 2006; STEINBROOK, 2008).

Há um pensamento paradoxal dos médicos acerca do assunto: esses se opõem à prática dos incentivos, mas estão convencidos de que

seu comportamento e crenças profissionais não são influenciados pela prática. Apesar de se sentirem invulneráveis às tentações de tais empresas, já há trabalhos comprovando que suas prescrições são extremamente influenciáveis por simples visitas de representantes e pelo recebimento de pequenos presentes (FRYE, 2005; NAGRAL; ROY, 2010), como se criasse uma espécie de rede de obrigações. É natural a reciprocidade social quando há relações de amizade associadas a esses presentes, e o beneficiado tende a retribuir apoiando os produtos apresentados (JOST, 2010; KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010). Tendo em vista a notável influência na relação entre a indústria farmacêutica e os médicos, torna-se necessária a adoção de medidas regulamentadoras que limitem essa troca de presentes ou que obriguem os profissionais a informar aos pacientes o recebimento desses brindes (KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010).

Entretanto muitos médicos veem isso como forma de afronta à integridade e à liberdade profissional e acham injusto restringir a troca de presentes. A medicina, contudo, deve ser vista de uma forma diferente no mundo dos negócios, e controlar essa estratégia de *marketing* seria, de fato, apropriado e importante (KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010). Para que um profissional reconheça se a relação que mantém com a indústria é ou não perniciosa e eticamente adequada, basta que responda a algumas perguntas, por exemplo: o que sentiria se seus pacientes e colegas viessem a tomar conhecimento do acordo que ele tem com a indústria, ou como se sentiria se tal acordo fosse divulgado na mídia, ou ainda como se sentiria se soubesse que seu próprio médico lhe prescreve medicamentos baseado em lucros e não no seu bem-estar enquanto paciente. Os profissionais da saúde precisam agir em conformidade com sua consciência, seus valores morais, as diretrizes e o código de ética, e devem saber lidar com a indústria farmacêutica (ALPERT, 2005; GUDMUNDSSON, 2005).

Por outro lado, como forma de se garantir mais transparência nos processos de envolvimento com os médicos, caminha-se para um ponto tal em que, dentro dos próximos anos, os fabricantes de medicamentos, dispositivos e suprimentos médicos que são pagos

pelos sistemas, seguradoras e planos de saúde serão obrigados a revelar publicamente muitos desses presentes e pagamentos feitos aos parceiros médicos, obrigando-os, por conseguinte, a fazer declarações públicas de conflitos de interesse, que podem envolver também auditorias e perícias médicas (GUÐMUNDSSON, 2005).

Durante o ano de 2007, cinco empresas que respondem por quase 95% do mercado total de próteses totais de quadril e joelho nos Estados Unidos – Biomet; DePuy, Smith e Nephew, Stryker e Zimmer – foram obrigadas a tornar públicos todos os pagamentos feitos aos médicos no país, entretanto percebeu-se, por meio de pesquisa dos dados divulgados na internet, que nem todos os gastos foram efetivamente declarados (OKIKE et al., 2009). Grassley (2008) fez críticas a três psiquiatras da Universidade de Harvard e de Massachusetts que não relataram as suas instituições uma renda extra por consultorias realizadas e que giravam em torno de quase 1 milhão de dólares cada uma, entre 2000 e 2007. Esse caso tem sido investigado pelo Senate Finance Committee e agora, possivelmente, deve estar causando constrangimentos aos médicos envolvidos (STEINBROOK, 2008)

A divulgação dos investimentos da indústria medicamentosa faz parte de uma discussão mais ampla sobre os conflitos de interesse financeiros que envolvem as relações entre médicos e indústria. Ou seja, políticas que cobram a divulgação dos gastos podem ser eficazes e evitar desconfiças de um lado, constrangimentos do outro e menos conflitos de interesse (OKIKE et al., 2009; STEINBROOK, 2008). Há uma proposta de lei que exige que todos os fabricantes de medicamentos e dispositivos divulguem publicamente os pagamentos a médicos; a ideia tem recebido apoio massivo (OKIKE et al., 2009; STEINBROOK, 2008).

O que se espera é que um médico/pesquisador eticamente posicionado deva trabalhar de forma a sempre oferecer o melhor para seus pacientes, dentro dos princípios da Bioética, quais sejam, beneficência/não maleficência, que suas prescrições sejam realizadas apenas baseadas em seus conhecimentos científicos sobre as drogas

indicadas; nunca se deixar influenciar pelos representantes, nem por colegas que mantenham relações antiéticas com a indústria. Por outro lado, cobra-se que os representantes eticamente posicionados sempre neguem qualquer tipo de favorecimento para os médicos, como brindes, presentes ou coisa que o valha. O que se constata, entretanto, é que se vive em um mundo de capitalismo selvagem que permeia as relações, sejam elas quais forem, e onde qualquer tipo de influência ou jogo de *marketing* realizado para a conquista e fidelização dos consumidores é socialmente aceitável (ALPERT, 2005).

Para se evitar situações assim, o estado de Massachusetts está estudando a possibilidade de proibir que fabricantes de medicamentos distribuam brindes para os médicos e exigem a informação pública de outros pagamentos. No Distrito de Columbia, Maine e no leste da Virginia, além de Minnesota e Vermont, as leis aplicam-se apenas à indústria farmacêutica, e só em Minnesota são divulgados os gastos da indústria em registros públicos. A lei de Vermont tem uma isenção geral para os pagamentos que são designados como “segredos comerciais”; pela falta de padronização dos relatórios não se tem um juízo crítico sobre a extensão dos conflitos de interesse (STEINBROOK, 2008).

Nos últimos anos, o Estado norte-americano vem propondo e adotando inúmeros estatutos para controlar a influência dos presentes das indústrias na prescrição médica. A regulação governamental pode ser uma boa e efetiva forma de controlar o comportamento profissional, no entanto as tentativas, apresentadas a seguir, foram frustradas (GRANDE, 2009):

- a) a declaração de pagamentos e presentes para médicos: tem margem apelativa, já que poderia ser burlada ou ainda usada pelos concorrentes para ganhar mercado, além de muito outros quesitos que colocam em pauta sua eficácia;
- b) a proibição de presentes para médicos: o Estado de Minnesota foi o único nos Estados Unidos que promulgou uma lei que proíbe as indústrias farmacêuticas a darem presentes aos médicos num valor superior a \$50/ano, salvo algumas exceções.

- c) a proibição de brindes;
- d) menos contato dos médicos com os representantes da indústria farmacêutica para diminuir a influência e o detalhamento nas prescrições;
- e) o limite na venda de dados sobre as prescrições médicas, já que as indústrias, de posse desses dados, podem tentar influenciar os médicos e usar de coerção para a prescrição sistemática do medicamento por determinado médico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também possui alguns critérios éticos para a promoção de medicamentos por representantes da indústria farmacêutica. Os representantes devem deixar à disposição de seus “clientes” (médicos, por exemplo) um cadastro que contém todas as informações necessárias sobre o produto sendo oferecido; os representantes não devem oferecer incentivos aos prescritores de medicamentos, nem estes, por sua vez, se candidatarem para receber qualquer tipo de benefício da indústria; os simpósios devem ser organizados por comissões científicas e não envolver a indústria farmacêutica na promoção dos eventos; quando um fabricante for o patrocinador de uma reunião, o patrocínio deve ser anunciado explicitamente, e devem ser evitados mimos e presentes como demonstração de hospitalidade, a menos que envolva o objetivo final do evento; o apoio aos profissionais em simpósios não pode objetivar a obrigação de anunciar qualquer medicamento (ROTONDO, 2006).

Quando se trata de presentes, tanto a Associação Médica Americana quanto a Associação de Fabricantes Farmacêuticos da América consideram admissível que os médicos recebam livros e outros itens que são principalmente de benefício para os pacientes (GRANDE, 2009; STEINBROOK, 2008). A questão ética é se esses brindes, sejam eles de grande valor ou não, podem influenciar o comportamento de quem os recebe (KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010).

As políticas para manutenção das relações variam de uma instituição para outra e a maioria não sabe como lidar com as questões

subjacentes. Na ausência de uma diretriz única e central, cada instituição cria as regras que lhe parecem mais viáveis e convenientes, consenso sobre as determinações que devem ser estabelecidas e seguidas (MILLER, 2006).

Modelo europeu

Para regular o *marketing* praticado pelas indústrias, foram criados códigos de conduta entre as associações mundiais e continentais das indústrias farmacêuticas, que variam de país para país. A European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) determina alguns padrões básicos à publicidade dessas empresas, permitindo, por exemplo, que paguem viagem e hospedagem para médicos em encontros de educação continuada e patrocinem eventos da área em geral, porém proíbem de pagar quaisquer gratificações aos profissionais caso prescrevam seus medicamentos (JOST, 2010). Por outro lado, esses códigos possuem a deficiência de serem vagos e abertos a interpretações individuais, além de não deixar muito explícito se haverá consequência caso violados.

O código de conduta da Association of the British Pharmaceutical Industry regulamenta a relação entre os médicos e a indústria no Reino Unido. Apesar de proibir pagamentos e presentes com valor superior a 6 libras, permite, no entanto, auxílio-viagem para profissionais em atividades educativas, sem a necessidade de divulgar a ação para os pacientes (JOST, 2010; VAITHIANATHAN, 2006).

Modelo australiano

Um modelo de divulgação, transparência e uniformização que tem chamado a atenção é o australiano, havendo um grupo representativo das indústrias farmacêuticas – o Medicines Australia – com um código de conduta que padroniza as relações éticas entre as partes, além da prescrição dos produtos entre os membros associados. Há também um comitê responsável por avaliar e julgar as reclamações referentes às atividades das empresas e um tribunal de concorrência

responsável em divulgar as obrigações atribuídas a elas. Todas estas informações começaram a ser divulgadas em julho de 2007 e são atualizadas semestralmente (ROBERTSON et al., 2009).

Apesar do pioneirismo australiano na padronização da divulgação de dados referentes às suas atividades, muitas informações eram suprimidas, principalmente aquelas referentes aos gastos com presentes e patrocínios fornecidos a médicos e outros profissionais da saúde, além dos gastos com eventos (MITCHELL, 2009; ROBERTSON et al., 2009). Diante disso, passou a ser exigido que as indústrias divulgassem os eventos promovidos, o objetivo e a duração dos conteúdos abordados, o número de pessoas e sua categoria profissional, os locais em que ocorriam bem como o custo de passagens aéreas, hospedagem, alimentação e bebidas, e, por fim, o custo total. A análise desses dados foi reveladora (ROBERTSON et al., 2009). Segundo o artigo, em um período de apenas seis meses ocorreram 14.649 eventos, equivalendo a um custo em torno de 1 milhão de dólares australianos por semana. Percebeu-se também que as indústrias chegavam a gastar mil dólares australianos por patrocínio para cada médico, anualmente. Gastos com bebidas, hospedagem, passagem aérea, alimentação chegaram a 17 milhões de dólares australianos. Especialidades como psiquiatria e oncologia foram mais favorecidas com esses patrocínios que as demais. Temas de interesse dessas indústrias também foram os mais abordados, como hipertensão, diabetes tipo 2, depressão, entre outros (ROBERTSON et al., 2009).

Os dados são de extrema importância, pois revelam a qualidade das relações entre profissionais de saúde, em especial os médicos, e as indústrias farmacêuticas. A partir deles, chega-se à conclusão de que, diante dos resultados, os médicos que prescrevem medicamentos mais caros têm maiores incentivos do que os próprios eventos patrocinados. Além disso, os estudantes que os frequentam criam a ideia de que é importante alimentar tais relações (ROBERTSON et al., 2009).

O que alguns autores questionam não é a necessidade da transparência, mas, caso ela exista em sua totalidade, como deve ser

feita e para quem deve ser revelada. Deve-se ser feita em termos amplos e detalhados ou simplesmente contabilizar gastos em dinheiro por médico? Ou, ainda, para quem devem ser mostrados tais dados, para o público, por meio da internet, para os conselhos universitários, para a classe médica ou para a classe farmacêutica? Enquanto os detalhes de como se deve proceder a divulgação de dados estão ainda para ser determinados, está evidente que se deve formalizar uma relação de integridade e transparência entre a profissão médica e a indústria farmacêutica o mais rápido possível (MITCHELL, 2009).

Modelo indiano

Muitos autores indianos têm discutido o impacto dessas relações no comportamento da classe médica nacional; a principal crítica é a ausência de limite de gastos previsto entre elas. Vale lembrar que as instituições ligadas à indústria farmacêutica têm suas próprias leis de *marketing* (BHATT, 2006).

Em 2009, o departamento do governo indiano responsável pelo setor saúde solicitou que as instituições da área desenvolvessem um código único de práticas de *marketing* farmacêutico, acreditando que isso poderia coibir abusos. A mídia, entretanto, divulga que apenas essa medida não seria capaz de restringir a persuasão da indústria sobre os médicos, sugerindo que as empresas revelassem os valores gastos ou os favores feitos aos referidos médicos (BHATT, 2006).

É importante lembrar que já consta no Código de Ética do Conselho Médico da Índia (MCI) as seguintes proibições para os médicos: receber quaisquer favores, quaisquer facilidades em viagens para si próprio e para a família envolvendo férias, conferências, seminários, *workshops* etc., e quaisquer pagamentos ou garantias financeiras sob pretextos individuais. Uma grande crítica ao Código é o fato de não estabelecer punições para quem violam tais regras. Em resposta a isso, o Conselho Médico sugeriu diversos graus de punição em forma de multas e até de suspensão do registro médico por mais

de um ano. Outro problema é que o Código não prevê ações contra as empresas por não ter jurisdição sobre elas, e por conta disso foi requisitado ao Ministério da Saúde da Índia que tome medidas cabíveis (BHATT, 2006).

Não se trata de uma simples questão moral ou ética, uma vez que os pacientes sofrem os reflexos, pagando inclusive mais caro pelas medicações prescritas. A adoção desta emenda no Código de Ética pode servir para o aumento da transparência e profissionalismo nas decisões que envolvem desde a saúde pública até a prescrição individual (NAGRAL; ROY, 2010).

O Código repudia desde práticas de suborno privado até os patrocínios de grandes *trials* clínicos realizados pelas empresas. Tal guia vem para denunciar diversas práticas duvidosas que se banalizaram. Soma-se a isso o pioneirismo de detalhar punições de acordo com as quantias envolvidas nos acordos (NAGRAL; ROY, 2010). Por outro lado, proibir totalmente qualquer financiamento da indústria às pesquisas poderia ser catastrófico, pois a Índia passa atualmente por um período de explosão de pesquisas e grandes *trials* clínicos, visto que a medicina baseada em evidência no país ainda dá seus primeiros passos. Destarte, uma ação do Conselho de Medicina da Índia poderia ser determinante, caso este seja mais incisivo em suas ações, indo além de pontuar os fatos e deixando de se restringir apenas ao âmbito teórico do problema (NAGRAL; ROY, 2010). O Código também enfatiza que a autonomia dos médicos e das instituições médicas não deve ser comprometida, assim como a relação médico-paciente. E ainda é proibido que o médico apoie qualquer droga ou produto publicamente (BHATT, 2006).

O que se tem percebido, portanto, é que os conflitos de interesses que os médicos enfrentam na relação com a indústria é um problema mundial, e a Índia não é exceção. Existem críticas ao Conselho de Medicina da Índia quanto à sua posição em questões éticas, à sua falta de credibilidade entre os profissionais e aos níveis de corrupção existentes. Simultaneamente, é ressaltado sua ousadia

em abordar, por meio de emenda, um assunto tão delicado quanto este, quebrando a conspiração do silêncio que rondava esta área na Índia (NAGRAL; ROY, 2010).

Modelo brasileiro

Em setembro de 2010 aconteceu em Belo Horizonte, no Brasil, o Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, totalmente financiado pela indústria farmacêutica, que pagou do papel timbrado, mimos aos principais convidados até o vinho do jantar do presidente. No meio da programação também aconteceu uma série de simpósios-satélites, com almoço grátis para os inscritos, com convidados estrangeiros que fizeram apresentações, a convite das indústrias, do que há de mais novo em drogas e equipamentos médicos, em uma oportunidade de atualização (PIMENTEL, 2010)

A Associação Médica Brasileira, que defende os patrocínios, alerta, entretanto, que os organizadores dos eventos tenham autonomia sobre a programação e que as informações sobre produtos sejam confiáveis, ou seja, isentas de conflitos de interesse. Por outro lado, sabe-se que muitas pesquisas, nas universidades brasileiras, só acontecem se tiver um financiamento, e a indústria, por interesse nos resultados, banca os altos orçamentos, recurso considerado lícito (PIMENTEL, 2010).

Para muitos estudiosos, porém, médicos atrelados à indústria farmacêutica e de equipamentos médico não têm isenção em avaliar resultados de pesquisas, pois podem, até inconscientemente, tornar-se tendenciosos perante o conflito de interesses, afinal são regiadamente pagos pela indústria. Alguns médicos sequer declaram esses conflitos na hora da publicação ou da apresentação em eventos, o que é mais grave ainda.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), no Brasil, discutem a possibilidade de separar eventos da indústria da programação científica dos congressos médicos, ação que, se concretizada, merecerá

elogios (PIMENTEL, 2010). Tem-se notícia também de que o CFM e a Interfarma estão revendo o código de conduta da indústria, em vigor há dois anos e que na prática não gerou muitas mudanças. Com tais medidas saudáveis, mais autonomia terão os médicos em suas prescrições e os beneficiados são os pacientes.

Comitês de Ética

Não é suficiente criar um código de ética regulamentando as relações entre médicos, pesquisadores e estudantes com a indústria, é preciso fiscalizar e julgar; para tal se faz necessário que os membros do comitê de ética sejam probos e isentos.

Qualquer pessoa tem motivações e interesses múltiplos e, em algum momento, é quase inevitável que essas questões se encontrem presentes. A identificação de um conflito não é matéria de juízo, salvo se fere o direito de alguém ou lhe põe em risco ou promove danos. Nessas circunstâncias os comitês de ética têm papel importante, porém não garantidor de justiça, neutralidade e confiabilidade, haja vista ser composto por pessoas também falíveis e corruptíveis (STEPKE, 2006).

Assim, o primeiro aspecto importante diz respeito à formação dos próprios comitês de ética. A American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) possui diretrizes bem definidas nas relações entre os farmacêuticos e a indústria farmacêutica. Os membros do comitê, por exemplo, solicitam a cada ano uma declaração de divulgação de possíveis conflitos de interesses, discutidos abertamente, e o membro ou funcionário que divulga o seu não é excluído do grupo (FRYE, 2005).

Para exemplificar essa influência do médico, Kassirer (2006) cita um episódio que ocorreu em 2005 quando o medicamento Vioxx, apesar de comprovada toxicidade cardiológica, teve permissão para voltar ao mercado, por causa de alguns membros do conselho que não declararam que tinham conflitos de interesses com a indústria que o produzia e ainda assim votaram.

A solução para esses conflitos corriqueiros na prática clínica são as orientações desenvolvidas sob a forma de protocolos, diretrizes e recomendações, ou interpretadas e esclarecidas quando suscitarem dúvidas, pelos comitês de ética das instituições, dando limites às escolhas clínicas, padronizando cuidados e introduzindo critérios de escolha de tratamentos baseados em evidência. Orientações desta ordem são de consenso e têm como objetivo manter dois dos princípios da Bioética, quais sejam, beneficência/não maleficência e justiça, que geram impactos positivos na prática clínica por meio de tomadas de decisão. Desses comitês não podem participar colegas que possuam conflitos de interesse que possam afetar os pacientes, expondo-os a risco clínico ou lhes onerando financeiramente, direta ou indiretamente, por terceiros ou seguradoras (CAMILLERI; CORTESE, 2007).

O American Medical Association (AMA) exige que qualquer possível candidato para nomeação do comitê, departamento ou escritório médico, declare, antecipadamente, se possui algum tipo de vínculo com a indústria farmacêutica. Solicita também que caso algum membro da equipe médica queira adicionar algum item ao formulário, algumas questões básicas devem ser respondidas antes, para explicar algum vínculo, seja ele qual for, com a indústria farmacêutica (FRYE, 2005).

Eficácia terapêutica ou lucro?

Os representantes da indústria farmacêutica são hábeis e bem treinados na arte da sedução e têm demonstrado que são capazes de qualquer coisa para aumentar o lucro sobre seus produtos, oferecendo somas em dinheiro e induzindo os médicos a procurarem novas formas de incrementar a venda. Quanto mais dinheiro a indústria gasta com promoção, mais consegue a fidelidade dos profissionais da área, o que leva a um questionamento importante: será que os médicos estão prescrevendo determinado medicamento porque nele confiam ou estão simplesmente satisfazendo seus interesses comerciais? (CAMILLERI; CORTESE, 2007; MILLER, 2006; MINNIGAN; CHISHOLM, 2006; ROTONDO, 2006).

Guðmundsson (2005) cita os muitos esforços realizados para se tentar controlar as interações entre médicos e a indústria farmacêutica, entre eles as diretrizes aprovadas por muitas sociedades médicas na Europa e nos Estados Unidos que determinam certos limites financeiros nos valores dos presentes recebidos pelos profissionais e pedem que os próprios médicos paguem ao menos a metade dos custos das viagens para encontros com a indústria. Trata-se dos primeiros passos para se dar mais transparência nessas relações, porém não existem cláusulas punitivas nessas diretrizes nem qualquer consenso sobre como lidar com quem não adota as orientações.

A American College of Physicians e a American Society of Internal Medicine divulgam diretrizes com o objetivo de sensibilizar os médicos quanto à influência da indústria farmacêutica em suas prescrições e recomendam que se questionem antes de aceitar doações e subsídios acerca do que os pacientes pensariam sobre aquilo (FRYE, 2005; VAITHIANATHAN, 2006).

O jornal *The Australian* mostrou em reportagem detalhes acerca dos vinhos e refeições fornecidos pela Roche em evento de educação continuada que ocorreu em Sydney. O que mais impressionou foi a resposta dada pela Australian Medical Association (AMA): o patrocínio fornecido pela indústria farmacêutica para as refeições e para o alojamento era “perfeitamente aceitável”, que eventos patrocinados pela indústria fornecem oportunidades de atualização importantes para os médicos e que tal prática não traz qualquer dano ao paciente. Porém uma revisão da literatura nos mostra que isso não condiz com a verdade (TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

A Australian Competition and Consumer Commission (ACCC) mostrou o outro lado da questão. Seu presidente comunicou em publicação na revista da própria instituição que os consumidores de medicações devem ser capazes de confiar nas decisões tomadas pelos médicos e que essas não devem ser feitas tendo apenas em conta seus próprios interesses, mas que respeitem os dos pacientes, isentos de qualquer potencial de influência, de benefícios ou

de regalias. Diante disso, observa-se que o importante não é tanto a indústria farmacêutica em si, mas a avaliação, a prevenção e a gestão de conflitos de interesses e, principalmente, a questão da confiança dos pacientes em seus médicos e sua importância (TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

Vários estudos têm mostrado que mais de 80% dos médicos mantêm contato constante com representantes da indústria, o que tem provocado o aumento dos custos da população com medicamentos, em que pese a maioria dos profissionais negar essa influência na hora de prescreverem os medicamentos (TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

Inegavelmente, as indústrias farmacêuticas e de dispositivos médicos investem altíssimos montantes de capital para o desenvolvimento de produtos inovadores, porém, na maioria das vezes, preferem produzir novos produtos com poucas modificações em relação ao que está no mercado, ou produzir materiais similares, investindo menos capital e dando nova aparência ao produto já comercializado (JOST, 2010).

Drogas e dispositivos médicos, na maioria dos casos, enfrentam pouca variação em seus preços pela demanda, ao contrário da maioria dos outros produtos comercializados, porque os pacientes pagam o que for necessário para tratar uma enfermidade ou impedir que esta evolua para um estágio mais grave (JOST, 2010).

Por outro lado, pesquisa feita pela American Journal of Bioethics em 2003 aponta que os médicos prescrevem mais os medicamentos cujas amostras recebem dos representantes, e prescrevem cada vez menos os genéricos, aumentando conseqüentemente o gasto de forma imprudente (KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010; MILLER, 2006).

Segundo pesquisa realizada, o valor médio dos cinquenta medicamentos mais utilizados em 2002 pelos idosos correspondia a 1.500 dólares por ano, o que, considerando-se o consumo de no mínimo seis tipos diferentes de medicamentos pelo paciente, resulta no valor de 9.000 dólares/ano de gastos com medicamentos, valor bastante alto para quem tem renda fixa (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006).

Os médicos que trabalham nas emergências médicas, talvez até mais que qualquer outro grupo, são testemunhas da vulnerabilidade financeira da população de pacientes e, ainda assim, se deixam envolver pela indústria. Os autores esperam que cada médico, individualmente, opte por não contribuir para esse processo de empoderamento dos laboratórios (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006).

Passando ao largo da opinião dos consumidores que já não têm os olhos tão vendados, a indústria continua anunciando e investindo, inclusive em amostras que os próprios pacientes gostam de receber. Duvall (2006), a despeito das polêmicas, é a favor da distribuição de amostras grátis, desde que sua distribuição seja em benefício de pacientes com livre repasse sem comercialização, e afirma que, apesar de acreditar em medidas mais restritivas e de reconhecer que onde há relação estreita entre médicos e indústria há menor consumo de medicamentos genéricos, isso não reduz a importância dos bons resultados em pesquisas e no tratamento de pacientes, apesar do paradoxo entre o uso indiscriminado de drogas novas recém lançadas e ainda não muito conhecidas pelos médicos, porém ainda assim prescritas e eficazes.

O que Duvall (2006) advoga é que se estabeleçam melhores diretrizes para uma boa relação entre médicos e indústria, pois acredita que ela efetivamente garante a melhoria da qualidade e da expectativa de vida dos pacientes. Uma das formas sugeridas é a divulgação do tipo de relações e dos valores pagos pela indústria, nos financiamentos de estudos acadêmicos e no desenvolvimento de certas drogas, evitando escândalos. De acordo com o Consumer Protection Act de 1987, o produtor é inteiramente responsável por danos causados pelo seu produto, tendo como base que um produto é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor espera possuir. Levando essas questões em consideração, é totalmente aceita a proibição de comercialização de medicamento que não possua os requisitos de segurança necessários para utilização. Enquanto não forem provadas as necessárias mudanças para a manutenção do equilíbrio risco/benefício, pode-se suscitar dúvidas sobre a segurança do medicamento, não sendo, portanto, permitida a comercialização (BRAGMAN, 2006).

Outrossim, os médicos também podem ser processados no que tange a sua responsabilidade jurídica. Ações nesse sentido começaram a surgir quando prescrevem medicamentos que posteriormente causam danos aos pacientes. Entretanto, nesses casos, somente quando o paciente consegue provar que não havia, por parte do médico, conduta adequada, pode-se conseguir indenizações, uma vez que todo medicamento ou produto farmacêutico é passível de causar algum efeito indesejado (BRAGMAN, 2006).

Outro meio que pode levar ao uso errado das drogas são as palestras ministradas por médicos e patrocinadas pelas indústrias farmacêuticas. Os palestrantes são escolhidos por serem profissionais de notável saber e essencialmente por sua simpatia pelo medicamento. Embora parte do conteúdo dessas palestras possa ser útil, alguns palestrantes são abertamente tendenciosos em favor dos produtos dos patrocinadores. Ainda que a esses médicos seja dito que eles não são obrigados a fazer propaganda da indústria em suas falas, sentem obrigação de retribuir os benefícios e honorários que lhes são oferecidos, e, por interesses financeiros, alguns acabam promovendo os produtos para que possam continuar recebendo convites para futuras palestras, sem criticar nem discorrer acerca dos malefícios das drogas (KASSIRER, 2006).

O conhecimento sobre farmacologia deve ser o ponto de partida para o profissional prescrever algum medicamento para seus pacientes. Esse conhecimento pode ser alcançado por meio de estudos formais, leitura de revistas científicas que abordem temas atuais e estudos mais precisos na área, sem negligenciar a participação em congressos, que trazem boas atualizações. Entretanto o que se vê é a ausência de conhecimentos e a falta de atualização, e são justamente as indústrias, muitas vezes, as únicas que levam aos médicos informações sobre as drogas (ROTONDO, 2006). Não explicam muito sobre efeitos colaterais nem sobre interação com outras drogas, com a justificativa de que tais eventos não podem ser facilmente verificados antes do consumo. A propaganda incompleta não é feita apenas com medicamentos e as justificativas são iguais (VAITHIANATHAN, 2006). Portanto, o conhecimento prévio do médico sobre atuação

medicamentosa, eficácia, efeitos colaterais, possíveis riscos à saúde etc. são de extrema importância para a relação médico-paciente. O médico precisa manter-se atualizado e seguro das informações que transmite ao seu paciente, sendo isso uma questão de honestidade intelectual e integridade moral e ética (ROTONDO, 2006).

O que não se pode esquecer é que as indústrias estão interessadas em vender seus produtos e, por meio dos representantes, levam informações tendenciosas sobre a atuação e eficácia do que vendem e só se atêm aos aspectos positivos. Os médicos, por sua vez, interessados no que a empresa tem a oferecer e carentes de conhecimentos de base para discutir as propriedades e efeitos do medicamento, acabam se envolvendo no jogo de *marketing* típico dos propagandistas (ROTONDO, 2006). O paciente, considerado hipossuficiente, na maioria das vezes é incapaz de julgar se o tratamento prescrito é de fato o melhor e o mais adequado, e confia na responsabilidade e honestidade de seu médico (ALPERT 2005).

Pesquisas revelam que mesmo os brindes mais simples oferecidos pelos representantes são suficientes para conseguir a fidelidade dos médicos. A indústria e as drogarias recebem, portanto, suas recompensas sob forma de lucros pelas vendas dos produtos. E os pacientes? Questiona-se o papel deles no jogo em que é obrigado a pagar a conta (ALPERT, 2005; CAMILLERI; CORTESE, 2007; KASSIRER, 2007; KOMESAROFF, 2005).

Emma D'Arcy é cofundadora de um site de rede social que facilita a interação entre médicos e empresas farmacêuticas e ela argumenta que seria valioso para o público se fossem formadas alianças autênticas entre esses profissionais. O jornalista Ray Moynihan, coautor em um texto sobre tais relacionamentos, entretanto, argumenta e faz contraponto que essas alianças estão propensas à influência corruptora do dinheiro da indústria farmacêutica e que a desarticulação é uma alternativa mais saudável (D'ARCY; MOYNIHAN, 2009).

Paradoxalmente, compreende-se que apesar de a indústria farmacêutica ser considerada por alguns autores como uma das responsáveis

pelo aumento de custos dos cuidados de saúde, merece ser recompensada pelos riscos e perdas financeiros que sofre ao desenvolver novas drogas. Não se pode negar que os produtos têm melhorado de forma consistente a saúde humana, e o resultado de sua relação com os médicos é a oportunidade de produção de novos tratamentos. D'Arcy aponta, portanto, três caminhos para uma boa relação entre médico e indústria: distinção entre informações clínicas e matérias promocionais; garantia de transparência entre ambas as partes e incentivo ao bom relacionamento na prática. Moynihan, no mesmo texto, ironiza este ponto de vista e mostra-se cético quanto a uma aliança autêntica; para ele, não há como haver transparência quando médicos aceitam bilhões de dólares oriundos do *marketing* das grandes empresas farmacêuticas ou ganham honorários para promoverem pílulas novas. Segundo argumenta, outro obstáculo são os líderes que vão a seminários e conferências fingindo que podem servir simultaneamente aos interesses privados dos seus patrocinadores e ao interesse público, suposto objetivo de suas responsabilidades profissionais (D'ARCY; MOYNIHAN, 2009).

A maior objeção à publicidade feita diretamente para o consumidor é que ela promove um estímulo à automedicação e ao excesso de consumo de drogas; por conseguinte são proibidas ou dificultadas pelo poder público, restando o *marketing* que tem o médico como alvo (VAITHIANATHAN, 2006).

Outros conflitos de interesse com a indústria

Autores citam casos de médicos que trabalham com emergência, mas que são convidados a participar de eventos de cardiologia, por exemplo, patrocinados pelos fabricantes de novas drogas para o coração. Ao médico são pagos um bônus em espécie, viagem de primeira classe e estadia em hotel cinco estrelas, que inclui bom restaurante e até passeio turístico gratuito. Importante lembrar que mesmo que o profissional não seja especialista em cardiologia, ainda assim é convidado a assinar um acordo para se tornar uma espécie de consultor da indústria e se comprometer a dar *feedback* sobre o medicamento e, talvez, até fazer uma breve

apresentação formal aos seus colegas quando voltar para casa. Ora, tais armadilhas são comuns, pois esses médicos são instrumentos úteis para os interesses em maiores lucros da indústria, na medida em que estão envolvidos em organizações de saúde e hospitais e podem ser excelentes divulgadores dos novos produtos (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006).

A recomendação é que os consultores sejam pessoas com vasta experiência no campo. O pagamento deve ser o justo levando em consideração a propriedade intelectual e o valor de mercado do produto. No entanto, infelizmente, não especialistas no assunto podem ser selecionados somente por serem usuários em potencial do medicamento ou do dispositivo que a indústria quer divulgar e vender. O resultado é que o médico perde a autonomia da escolha da melhor terapêutica para seu paciente para promover a que o subsidia (DUBOIS, 2010).

Destarte, tendo em vista que as palestras feitas por médicos e patrocinadas pela indústria farmacêutica culminam em aumento do uso dos medicamentos, razão desses eventos, e levando em conta que tais remédios geralmente são os mais novos e os mais caros, as palestras também resultam, por outro lado, a aumento dos custos de comercialização que passam diretamente para a sociedade e para cada paciente, com elevação indireta para os custos totais da assistência médica (KASSIRER, 2006; MINNIGAN; CHISHOLM, 2006).

É desejável, assim, que as relações entre médicos e a indústria sejam abertamente declaradas pelos profissionais, uma vez que, com isso, poder-se-ia determinar a existência ou não de conflitos de interesse e, se houver, determinar-se-iam as medidas a serem tomadas.

Pesquisas, financiamento e declarações de conflitos

Não se pode furtar à análise de outro problema: o crescente interesse financeiro dos médicos pesquisadores, das universidades e dos hospitais que realizam trabalhos para as empresas de biotecnologia que criam novos medicamentos, desde 1980. Com o incentivo à

pesquisa, a instituição recebe a ajuda de custo necessária e com isso aumenta sua renda. As universidades não podem receber *royalties* pela comercialização dos resultados das pesquisas, mas podem receber financiamento para isso e os *royalties* pelos livros publicados, e, ainda, ter seu nome avaliado entre as melhores por meio dos *papers* nos periódicos de maior impacto (MILLER, 2006). Existem registros de grandes pagamentos feitos para pesquisadores, palestrantes, consultores e para as licenças e *royalties* de patentes registradas (STEINBROOK, 2008).

Tal realidade não é responsabilidade apenas das empresas farmacêuticas, pois não se pode negar que muitos médicos e pesquisadores é que as procuram e solicitam alguns benefícios (KASSIRER, 2006).

Viés nas pesquisas

Os conflitos de interesse que existem entre médicos e indústrias promovem viés nas pesquisas, principalmente quando patrocinadas por estas e que comprometem, portanto, os interesses dos pacientes. Um estudo realizado por epidemiologistas da Universidade McMaster demonstrou que pesquisas financiadas por indústrias mostraram resultados com significância estatística pró-indústria, ou seja, o investimento injetado pode afetar a credibilidade e a autenticidade dos resultados obtidos. Por fim, os autores afirmam que, para qualquer estudo financiado, se o pesquisador deseja verba adicional para a conclusão, um potencial conflito de interesse pode surgir ao se considerar a possibilidade de obtenção de um resultado positivo para a indústria (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007). Importante também atentar para quando um pesquisador aceita receber recompensa material fora dos padrões estabelecidos, o que leva a crer que a pesquisa não está sendo feita com o propósito de descobertas ou facilidades para um paciente, por exemplo, mas para benefício próprio (ROTONDO, 2006).

Outro aspecto é que muitos autores, quando não conseguem os resultados que desejavam nas pesquisas, não as publicam, o que

não constitui infração ética. Entretanto, para aqueles que trabalham com metanálise e se utilizam de estatísticas que apontam os resultados de estudos independentes voltados para determinada questão para neles se basear e fazer escolhas, a ausência de dados pode promover danos e viés nos resultados positivos. Neste aspecto há um dolo do pesquisador, pois os resultados negativos não publicados têm intenção comercial (STEPKE, 2006).

Por outro lado, médicos possuem o direito de investir, embora não devam fazer pesquisa para a mesma empresa na qual investem, a menos que seja o único com capacidade para os procedimentos e que seja inviável o treinamento de outra pessoa. Assim, é recomendável que médicos que detêm participação financeira em determinada empresa sejam sumariamente proibidos de realizar pesquisas sobre seus produtos (DUBOIS, 2010; MILLER, 2006).

Algumas universidades já implantaram um programa de divulgação dos potenciais conflitos de interesses, feita uma vez por ano. Já se pode verificar os resultados, que tornam perceptível que os pesquisadores preferem divulgar seus conflitos a correr o risco de serem descobertos mais tarde. Há instituições, contudo, que consideram a medida desnecessária, uma vez que essas alegações devem ser embasadas em provas, muitas vezes inexistentes. Apenas a divulgação não basta, precisa haver a construção de uma cultura ética em centro médicos acadêmicos, e os comitês de ética em pesquisa trabalham nesse sentido, orientando para que se declare conflitos de interesse ainda na construção do projeto de pesquisa (MILLER, 2006).

Por outro lado, há sugestões, diante de abusos, para que a Academic Medical Center (AMC) nos Estados Unidos, assuma papel de liderança, fomentando a ruptura total dos laços entre médicos e indústria farmacêutica, uma vez que as medidas atuais de restrições que envolvem resultados acadêmicos são inadequadas (BRENNAN et al., 2006; DUVALL, 2006).

Brennam et al. (2006) propõem que sejam eliminados todos os tipos de presentes e amostras grátis, além de aumentar a transparência

entre as pesquisas e as consultas médicas. As pesquisas, alvo da preocupação de Brennan et al. (2006), tornam-se comprometidas, diante de um vínculo antiético entre os centros acadêmicos e a indústria, uma vez que é esta que financia a pesquisa. Daí a importância dos comitês de ética em pesquisa em aprovar ou não os projetos de estudos, devendo tornar inequívoco o dever da total transparência dos resultados e sua publicação, não importando se ruins ou bons para a indústria (KOMESAROFF, 2005). Quando as pesquisas acadêmicas envolvem pacientes esperançosos com a descoberta da cura para suas doenças, a situação se torna ainda mais séria. Os usuários esperam que os centros acadêmicos possuam sistemas de fiscalização estabelecidos para proteger os participantes da pesquisa de potenciais conflitos de interesse dos investigadores (CAMILLERI; CORTESE, 2007).

A intolerância aos conflitos de interesses é a principal aspiração da ética quando se fala em pesquisas médicas, e, quando impossível, que sejam ao menos reduzidos, minimizados, eliminados e sempre divulgados (STELL, 2010). O incentivo das indústrias em busca de resultados, injetando auxílio financeiro aos médicos pesquisadores, aumenta o risco de iatrogenia, mas também pode ser entendido como forma de melhorar o atendimento dos pacientes (STELL, 2010). Ou seja, como assenta Duvall (2006), sem financiamentos não há pesquisas nem a descoberta de novas drogas que podem salvar vidas, interesse dos centros acadêmicos em geral, mas que também representam mais lucros e visibilidade de seus produtos, interesses da indústria farmacêutica. Sem esta interação, a despeito dos conflitos de interesses, não teria surgido a insulina, a penicilina e mais recentemente até mesmo vacinas contra alguns tipos de câncer.

É ético, razoável e necessário aceitar financiamento da indústria para pesquisa, tendo o devido cuidado para que não haja viés inerente ao financiamento, pois frequentemente são omitidos dados negativos do produto e contratados autores fantasmas que emprestam seus nomes para dar visibilidade ao estudo. A recomendação é que os pesquisadores não aceitem autores fantasmas em seus

papers e que os dados da pesquisa sejam controlados pelo comitê editorial dos periódicos que fará a revisão do artigo (DUBOIS, 2010).

Mais de um terço dos membros das comissões editoriais possui algum tipo de relação com a indústria e, embora a maioria divulgue, nem todos o fazem. A recomendação é que as comissões editoriais dos periódicos excluam os membros com conflitos de interesses como forma de garantir credibilidade aos periódicos (DUBOIS, 2010).

Uso de placebo em pesquisas e na clínica

Outro conflito de interesse que algumas vezes faz interface com a indústria e as pesquisas é a utilização do placebo, principalmente se for sem o consentimento do paciente, o que configura grave violação de sua autonomia e fere a relação de confiança entre médico e paciente. Tal questão se dá tanto no meio acadêmico, durante os estudos com drogas que usam grupos controle, quanto na clínica médica (KOLBER, 2009).

O fato de se argumentar que o placebo ameaça a autonomia do paciente não significa que o autor seja contrário ao seu uso; o que ele defende é o estabelecimento de limites, pois, quanto mais médicos prescrevem o placebo, mais pacientes terão motivos para desconfiar do tratamento (KOLBER, 2009). Prescrever placebo nada mais é do que fazer uso de prática enganosa que afeta as expectativas do paciente em relação ao seu quadro clínico, e descobrir o real efeito não mais acreditará na sinceridade do médico, pensando que todo medicamento prescrito poderá ser considerado como tal. Tal prática é, portanto, considerada transgressão grave (KANAN, 2009).

No Brasil também é condenável; os grupos controle nos estudos comparativos são feitos com as drogas padrão ouro, e, quando o placebo é associado, os pacientes são devidamente informados e assinam um termo de consentimento livre e esclarecido (RESOLUÇÃO CNS 466/2012). Estudos de monoterapia comparando uma droga com placebo ainda são o padrão ouro de desenho de estudo clínico para determinar a eficácia de algumas drogas, e se provada,

devem ser testadas em estudo controlado pelo placebo sempre com um medicamento associado, haja vista que é antiético furtrar do paciente uma droga necessária para seu equilíbrio e controle (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007).

Indústria e estudantes de medicina

Muitos autores exploram, na formação acadêmica, a importância do compromisso, da fé, do respeito, da crença e da confiança em relação aos cuidados em saúde. Todos destacam a importância da confiança na relação entre médico e paciente e como esta pode ser destruída, ameaçada ou diminuída pelos comportamentos ou ações que incluem abuso de poder, incompetência profissional, falta de cuidado ou de respeito, violações de limites e conflitos de interesse (CRUZ et al., 2009; PIMENTEL; OLIVEIRA, VIEIRA, 2011; TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

A Association of American Medical Colleges (AAMC) tem várias recomendações no que tange às políticas para identificar e gerenciar conflitos de interesses em pesquisa e educação nas faculdades de medicina dos Estados Unidos. As recomendações têm sido mais comumente utilizadas principalmente no que diz respeito aos conflitos nas decisões de compra, investimentos financeiros e atividades de liderança (CAMILLERI; CORTESE, 2007; MITCHELL, 2009; STOSSEL, 2010). Apesar de já ser possível a publicação em domínio público das relações realizadas entre docentes clínicos e indústria farmacêutica, com a tentativa de evitar os conflitos de interesses, são mínimas as instituições que a fazem (CAMILLERI; CORTESE, 2007).

A AAMC apresentou relatório corajoso e importante sobre o financiamento da indústria farmacêutica na educação médica, recomendando transparência e impondo limites bem definidos, marcando o início de uma nova era nas relações e tornando-as mais éticas (MITCHELL, 2009).

Existem instituições, como as Universidades de Yale, Connecticut, Pensilvânia, Filadélfia e Stanford, por exemplo, que proibiram todo

e qualquer recebimento de presentes vindos dos representantes, por mais simples que sejam. Mesmo com restrições, as regras sempre deixam alguma lacuna que pode ser aproveitada pelos representantes, a exemplo do que acontece na Universidade de Yale, que, apesar de negar qualquer tipo de recebimento de presentes, permite, entretanto, que médicos recebam amostras grátis, ainda que ressalte que estas devem ser obrigatoriamente repassadas para os pacientes sem qualquer ônus (MILLER, 2006).

Após levantamento realizado pelo National Institutes of Health nos EUA, foi verificado que os pesquisados, em sua maioria, não manifestaram preocupação com a existência de relação entre os acadêmicos e a indústria farmacêutica, mesmo que isso significasse uma potencial existência de conflitos de interesses. No entanto a maioria quis receber notificação sobre a existência ou até assumiram que as instituições realizam e permitem conflitos desta natureza (CAMILLERI; CORTESE, 2007).

Aluno do terceiro ano de Medicina da Universidade de Washington relatou ter recebido pelo correio uma série de brindes de empresa farmacêutica, a exemplo de livros e canetas. O que merece registro é que ele fez um abaixo-assinado e mais da metade dos alunos do primeiro e do segundo anos subscreveram, solicitando à Universidade que proibisse a entrada de representantes de empresas produtoras de fármacos na instituição e que os estudantes fossem proibidos de aceitar os presentes; o desejo dos alunos era ter a certeza de que a educação não sofreria influências da indústria. A partir disso a faculdade criou uma política que está em implantação nesta e em outras. Uma escola de medicina para ser considerada séria e eficaz em sua missão não deve expor os alunos ao convívio com a indústria farmacêutica e seus métodos de sedução, sob pena de considerarem a prática normal (OPAR, 2006). Cabe aos médicos-educadores se perguntar o que desejam, como mentores, ensinar à próxima geração de profissionais e que legado e lembranças de suas próprias ações desejam oferecer (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006; PIMENTEL, OLIVEIRA, VIEIRA, 2011).

Opar (2006) lembra que existem diretrizes bem definidas pela American Medical Student Association que pregam que médicos, residentes e estudantes não devem aceitar brindes promocionais. Esta mesma associação, em 2002, lançou campanha para instruir os graduandos da área acerca da má influência e corrupção promovida pela indústria.

Há pesquisadores, a exemplo de Quan (2007), que acreditam que, se de um lado a relação entre estudantes e a indústria farmacêutica pode ser pernicioso por haver conflito de interesses inerente, do outro, o que deve ser discutido é se restrições dentro das faculdades são suficientemente convincentes para justificar a eliminação dos benefícios dessas interações.

Não se pode negar que existem dois lados nessa relação. Um diz respeito à responsabilidade dos profissionais e alunos para com o paciente, e o outro, às formas de se pagar as benesses recebidas dos fabricantes farmacêuticos e que se traduzem na obrigação de se prescrever determinados medicamentos muito mais de acordo com os interesses da empresa do que com as necessidades reais dos pacientes (QUAN, 2007). Em sua argumentação, o autor cita que, em troca de divulgação de produtos, a indústria financia, entre outras coisas, a ida de médicos e formandos para conferências e a compra de livros e revistas. Também oferece como moeda de troca o patrocínio de encontros científicos e publicações de sociedades de especialidades médicas. De alguma sorte, o que o autor discute em seu trabalho é que não se pode ter tanta rigidez quanto aos fabricantes de fármacos, mas monitorar essas atividades a fim de evitar a disseminação tendenciosa de informação e obrigações não escritas. O autor lembra inclusive que se vive em um mundo capitalista, em economia de livre mercado e em fase de franca globalização, onde não se nega a força do *marketing* e da competição entre as empresas concorrentes, e que o governo talvez não tenha competência para regular isso (QUAN, 2007).

Para o estudioso, uma vez que os conflitos de interesse são inerentes às práticas sociais, inclusive as da medicina, a limitação de

livre escolha (criar ou não relação com a empresa farmacêutica) e o controle rigoroso podem ter consequências não intencionais, ou seja, comprometer o processo educativo e também o atendimento de alguns pacientes que precisam dos medicamentos oferecidos sob a forma de amostras. Assim, já que as relações entre a indústria e o estagiário de medicina inevitavelmente continuam após sua formatura, o ideal é dar educação para que o médico possa ter responsabilidade individual e ética com o paciente.

Um estudo com residentes revelou que, na percepção deles, conferência em horários de almoço e canetas como brinde eram abordagens inapropriadas, mas 12% admitiram aceitar participar dos almoços e 18%, ganhar canetas. Mais reveladora é a atitude desses profissionais sobre a influência dos presentes nos hábitos de prescrição: 60% disseram que seus hábitos de prescrição não foram influenciados pelos farmacêuticos representantes de *marketing*, mas apenas 16% acreditam que outros médicos não foram afetados. Em conjunto, tais dados sugerem que os médicos são em grande parte inconscientes acerca do efeito das estratégias de *marketing* utilizadas para influenciar seu comportamento e mal preparados para lidar com isso (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006).

A escolha da profissão muitas vezes está vinculada ao “sonho do jaleco branco”, ou seja, à perspectiva de ter renda maior que à de outros profissionais, além das benesses e facilidades vindas da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, ávida em corromper os jovens profissionais. É preciso que os professores da área não tenham conflitos de interesse e que sejam modelos de ética, para que efetivamente se sintam isentos e capazes de incutir nas mentes dos alunos que, apesar da recompensa financeira ser importante, ela não é, enquanto elemento motivador, primordial quando se trata de saúde, de salvar vidas. A vida e a manutenção da saúde do paciente devem estar em primeiro lugar (BEZERRA et al., 2010; GUNDERMAN; HUBBARD, 2005; PIMENTEL, 2005; PIMENTEL; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Investimento em congressos e eventos: educação continuada

Além das motivações individuais existem as coletivas, que, apesar de menos tangíveis, não são menos importantes. Um exemplo disso são as associações de especialidades médicas que obtêm parte de suas inscrições em eventos médicos e financiamentos por meio da indústria, sob a forma, inclusive, de espaço publicitário, quer nos salões dos congressos, quer nas páginas de suas revistas e publicações. Às vezes, a publicidade se apresenta como texto técnico, o que deveria ser evitado ou no mínimo advertido, para que o leitor percebesse a diferença entre outro daquele periódico que se submeteu a um juízo técnico (STEPKE, 2006).

Guðmundsson (2005) revela os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em uma instituição privada sobre a relação entre médicos e indústria farmacêutica, e os médicos entrevistados acreditavam que a maioria das atividades de *marketing* da indústria não representava grandes problemas éticos e não trazia prejuízos para os pacientes. O estudo concluiu que, apesar da intensa divulgação acerca das consequências da parceria entre médicos e indústria geradoras de conflitos éticos, os profissionais, de qualquer faixa etária, continuaram a ter postura permissiva sobre o *marketing* das empresas (GUÐMUNDSSON, 2005).

Autores afirmam que o relacionamento médico-indústria pode ou não ser benéfico para o paciente; a diferença é como é administrado. As inovações tecnológicas oferecidas pelas indústrias são de grande importância no cuidado do paciente e, para serem bem utilizadas, os médicos necessitam de treinamento adequado e colaboração para aprimoramento de técnicas cirúrgicas, por exemplo. Isto é alcançado com boa interação entre cirurgiões, por exemplo, com as empresas e até entre os próprios profissionais. Afirmam que o conceito, o desenvolvimento, o teste e o aprimoramento de certos dispositivos não são possíveis sem tal interface (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007).

Pesquisa realizada na Noruega com 1.175 médicos revelou que 7% nunca participaram de eventos patrocinados pela indústria,

enquanto 44% afirmaram participar até duas vezes por ano; 3% declararam que já viajaram ao menos três vezes por ano com apoio das empresas, contra 46% que nunca viajaram com tal apoio (AASLAND; FORDE, 2004). Em alguns lugares do mundo, a educação médica continuada é necessária para que o profissional mantenha sua licença médica em dia, e, nessas condições, a indústria acaba contribuindo com financiamento, criando conflitos de interesses (JOST, 2010).

Países como Canadá, Holanda e Inglaterra criaram impostos sobre medicamentos e dispositivos médicos para gerar fundos e suprir a necessidade do patrocínio advindo das indústrias para a formulação de diretrizes, eventos acadêmicos e a necessária educação médica continuada (DUBOIS, 2010; JOST, 2010). No Reino Unido, a indústria farmacêutica paga mais da metade de todas as pós-graduações dos médicos (VAITHIANATHAN, 2006).

Se a transparência é a solução para resolver o conflito de interesse na pesquisa, então é certamente parte da solução para resolver o mesmo problema na prática médica e nos estudos continuados (VAITHIANATHAN, 2006).

Muitas pessoas fazem uso ou adquirem certos produtos a partir das associações entre as imagens daquele bem ou serviço a um ideal de estilo de vida perfeita. Considerando essa premissa básica do *marketing*, os responsáveis pelas marcas das indústrias farmacêuticas preenchem o campo visual dos participantes de eventos, congressos e assembleias, com o objetivo de conseguir seu interesse (STANDRIDGE, 2006).

Moynihan acredita que as responsabilidades dos médicos e das empresas farmacêuticas são fundamentalmente incompatíveis e advoga a proibição dos financiamentos de educação médica continuada pela indústria; já D'Arcy pensa que a mídia é impiedosa acerca dessa relação e se esquece de apontar circunstâncias em que a indústria tem agido apenas pelo interesse público, sem expectativa de recompensas financeiras, quando financiam a educação

continuada dos médicos e concedem subvenções para eventos importantes para a comunidade científica, sem necessariamente que se criem expectativas acerca do consumo de seu produto. Apesar do ceticismo, Moynihan conclui que, mesmo sendo grande o número de médicos corrompidos, alguns já estão começando a recusar a oportunidade de serem “alimentados” pelos vendedores das empresas. O texto segue com resposta de Ema D’Arcy, concordando que a falta de clareza na relação médico-indústria farmacêutica é o ponto em comum entre as suas opiniões divergentes. Quanto à proibição de todo financiamento da educação médica continuada pela indústria, ela se mostra totalmente contrária, pois acredita que isso sugere que todos os profissionais da indústria são desonestos e que os médicos são todos corrompíveis (D’ARCY; MOYNIHAN, 2009).

O que se pretende é criar perspectivas de reflexão sobre até onde essa participação na organização de eventos é abusiva. Aglomerados de anúncios, *stands* provocativos, segundo a posição do autor, deveriam ser revistos para que o envolvimento médico não viesse a repercutir em sua confiabilidade para com os pacientes (STANDRIDGE, 2006).

Propostas para administrar conflitos com a indústria

Médicos que sempre foram vistos como sacerdotes dão-se conta de que seu exercício é meramente profissional e tem limites, apresentando-se como portadores de conflitos e dilemas: de um lado, seu nobre objetivo de curar os doentes, e do outro, a incapacidade de sempre cumprir tal meta (GUÐMUNDSSON, 2005).

Profissionalismo é o que falta na maioria das ações dos médicos. Entende-se pelo termo um conjunto de comportamentos e competências técnicas em prol de resultados mais eficazes e uma busca pessoal em sempre buscar melhorar e crescer para melhor servir, tudo isso aliado a uma dimensão moral e ética na relação médico-paciente (KASSIRER, 2007; WILKINSON; WADE; KNOCK, 2009).

Necessário, portanto, que se construa pensamento e postura éticos, e, para tal, a maior contribuição da pós-modernidade certamente é o diálogo, mais do que a religião e os costumes. O primeiro diálogo que se estabelece é o defendido por Kant, que considera que a moral está dentro de cada um, ou seja, o diálogo deve ser entre cada indivíduo e sua própria consciência. O segundo é com as instâncias da sociedade que estruturam o sujeito: a família, os professores, os pares; seus juízos de valores e exemplos definirão o que é bom e o que é justo. O terceiro é constituído pelos grupos sociais nos quais o sujeito está inserido – a escola, a faculdade, a associação de classe, que têm regras e normas de condutas expressas ou tácitas. Em nível mais amplo pode-se ainda mencionar a opinião pública e os mecanismos sóciosjurídicos são estabelecidos para dirimir os litígios, a exemplo dos comitês e comissões éticas e os tribunais de justiça (STEPKE, 2006).

A transparência nas relações seria a grande ou talvez única solução para resolver o conflito de interesse tanto na pesquisa médica quanto na prática médica com a divulgação de financiamentos (STEINBROOK, 2008; VAITHIANATHAN, 2006). Inquestionável a importância dos alertas dos professores, na graduação, contra os métodos da indústria; fundamental também é o desenvolvimento de novas políticas de esclarecimento do financiamento da indústria dentro de escolas médicas, centros médicos e de especialidades. Divulgações acessíveis, inequívocas, completas e oportunas tornam as relações conhecidas e mais confiáveis e trariam mudanças que facilitariam a gestão e eliminariam os conflitos de interesse. Uma vez divulgados todos os investimentos da indústria medicamentosa, o próximo passo seria discutir de forma ampla todos os conflitos de interesse financeiros que envolvem as relações entre médicos e indústria, evitando escândalos e constrangimentos e fomentando mais confiança da população sobre as prescrições feitas pelos seus médicos (STEINBROOK, 2008).

Guðmundsson (2005) relata que não é a favor de punições, mas de que cada profissional possa controlar sua própria relação com a indústria farmacêutica. O que se propõe, além de fiscalização

mais intensa dessas alianças, sempre propensas à influência corruptora das empresas, é a total desarticulação entre as partes, esta, sim, alternativa mais saudável frente a grande vulnerabilidade dos médicos. Há grande ceticismo no que tange às “boas intenções” da indústria, que tem como objetivo maior os lucros; entretanto tanto esta quanto os médicos devem ter como meta melhorar a saúde dos pacientes, uma vez que é do interesse de todos que os medicamentos sejam seguros e eficazes (D’ARCY; MOYNIHAN, 2009).

Não se pode, portanto, como recomendação, satanizar de todo essa relação, como muitas vezes a mídia o faz de forma impiedosa. Autores criticam o papel unidirecional da imprensa, que prefere publicar histórias sobre medicamentos ineficazes e a subordinação dos médicos aos incentivos financeiros, a valorizar os aspectos positivos (D’ARCY; MOYNIHAN, 2009).

Outrossim, não se pode negar a existência dos conflitos de interesse e tampouco pode-se afirmar que a transparência nessas relações poderiam colapsar a educação médica continuada (TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

Como proposta de solução aos problemas que envolvem as relações antiéticas entre médicos e indústria, Alpert (2005) sugere a criação de um programa de registro das transações entre médicos e farmacêuticos, disponível na internet, incluindo os valores de mercado dessas relações. Seriam registradas todas as operações superiores a cem dólares, excluindo o valor disponibilizado para as amostras de medicamentos, uma vez que os pacientes se beneficiam destas. No programa seriam especificados os dados dos médicos, para facilitar a busca, e todas as transações realizadas com a indústria, por exemplo, gastos com viagens, hospedagem, manutenção em congressos etc. (ALPERT 2005). O registro público tem como objetivo maior a total avaliação do lucro e potencial conflito de interesse envolvendo médicos e professores com um produto ou uma empresa. Alpert (2005) cita ainda Finucane e Boulton (2004), que sugeriram que o programa deveria também ter a finalidade de divulgar as relações entre autores e revisores nas políticas de aceitação dos resumos por

mérito científico, sem levar em conta os resultados das pesquisas. Esta última proposta se justifica mediante estudos que apontam que aquelas patrocinadas por empresas farmacêuticas são mais propensas a terem resultados que favorecem o patrocinador, levando a um viés sistemático (D'ARCY; MOYNIHAN, 2009).

Nos dias atuais, os pacientes estão tomando participação mais ativa nos processos diagnósticos e terapêuticos, e caberá a eles, também, papel fiscalizador das decisões médicas, que devem ser transparentes, pedindo as explicações que acreditam poderem ajudar, para que eles, os maiores interessados, façam valer suas decisões frente a autonomia que lhes é dada como direito e entender, portanto, todas as etapas do tratamento.

No que tange à formação médica, existem diversos meios para estimular a transparência por parte dos profissionais, como indicam Tattersal e Kerridge (2006):

- 1) obrigatoriedade do estudo da ética nos cursos de educação médica;
- 2) apoio aos órgãos fiscalizadores para crescente profissionalismo e estímulo ao desenvolvimento da confiança do paciente pelo profissional da saúde;
- 3) critérios adequados na divulgação de resultados de pesquisa que fazem interface com a indústria;
- 4) desenvolvimento e cumprimento dos códigos de ética pelas faculdades de medicina e grupos vinculados à indústria;
- 5) presença de representantes dos pacientes nas comissões de conflitos de interesse nos hospitais;
- 6) criação de comissões de cuidados em saúde pelo governo.

Os líderes de sociedades de especialidades, constantemente preocupados em oferecer eventos de atualização médica para seus

colegas, devem saber separar a importância da realização dos seminários e palestras do interesse da indústria em promover seus produtos, visto que são nessas oportunidades que ela o faz, mesmo sendo reconhecido o valor acadêmico dos encontros (AASLAND; FORDE, 2004).

Os conflitos de interesses sempre existirão, mas este fato não deve levar à aceitação de sua existência nem à banalização, uma vez que nem todos possuem a mesma importância ética. A pergunta sobre a qual os médicos têm que refletir é: “deve ser assim?”. O primeiro passo para combatê-los é reconhecer sua existência e interferência negativa na atuação médica. É necessário prioritariamente que os profissionais criem a consciência de que o sistema da prática melhora muito quando seu interesse é aliado ao do paciente. Cada um deve decidir se quer se juntar às indústrias ou se tem a capacidade de decidir ficar de fora de esquemas de promiscuidade via *marketing* industrial. Que cada um escolha como quer viver, com sua consciência tranquila ou não. (TONELLI, 2007; KASSIRER, 2007).

Em 2006, Brennan et al. publicaram artigo no JAMA que propunha três princípios para evitar as práticas de conflitos de interesses:

- 1) proibição de todos os presentes, sejam eles grandes ou pequenos, por parte dos fabricantes de remédios;
- 2) proibição de apoio à continuidade de programas de educação médica, incluindo as viagens;
- 3) criação de um fundo central de doações de várias fontes a ser distribuído ao centro médico acadêmico de acordo com suas prioridades.

O que se percebe, segundo Brennan (2006), é que, em geral, regras e diretrizes estabelecidas para a administração dos conflitos de interesse na pesquisa e na educação estão ganhando nível de discussão cada vez mais maduro e são mais bem aceitas do que aquelas que tratam dos conflitos oriundos da prática médica. Ainda assim, uma grande questão é quem está apto a regular essa

relação – se deve ser autorregulada ou se o Estado é a melhor opção. Outro ponto a ser discutido é o que deve ser feito para melhor fiscalização e regulação.

Os potenciais conflitos de interesses podem ser evitados inicialmente com a educação da equipe médica e a instalação de comissões e comitês de ética dentro das instituições com políticas acerca da propriedade intelectual, quando se tratar de centros de ensino e pesquisa, de sorte que interesses financeiros não se sobrepujem aos dos pacientes e os poupe de danos e riscos. Não adianta o desenvolvimento de políticas para administração de conflitos de interesse nem tampouco o desenvolvimento de protocolos, diretrizes e recomendações se os profissionais de saúde são incapazes de administrar as regras que eles próprios estabelecem. Não basta criar normas, é preciso mantê-las. Faz-se necessário garantir o respeito e a ação dessas políticas que regulam, inibem e coíbem os conflitos de interesse.

Assim, para a solução dos impasses que surgem, os médicos devem fazer reflexão crítica de suas atitudes e seu comportamento (KASSIRER, 2007):

- 1) reconhecer que influenciados pela indústria farmacêutica;
- 2) encontrar maneiras de continuar a usar os benefícios da colaboração da indústria, mas saber que, se lhe for oferecido acordo financeiro, ele tem livre arbítrio nas suas escolhas;
- 3) parabenizar ou recompensar aqueles que não aceitam os acordos com as indústrias;
- 4) não aceitar os presentes das indústrias;
- 5) cortar relações com pessoas que geram conflitos de interesse;
- 6) as academias e as organizações profissionais médicas deveriam passar por reformas, criar políticas sobre como agir com as indústrias e parar de aceitar ajuda financeira destas para a realização de simpósios e de eventos em geral;

- 7) mudar a maneira como desenvolvem os *guidelines* da prática clínica;
- 8) ensinar sobre os conflitos de interesse nas faculdades, para que os alunos entendam o que é manipulação de *marketing* e o significado de obrigações de reciprocidade ao receber presentes e, ainda, os problemas que isso provoca no profissionalismo.

Nem a autorregulação tampouco a regulação feita pelo Estado de forma isolada é eficaz na limitação da relação médico-indústria; apenas a soma delas é que pode surtir efeito. O médico, por si só, em seu modo de pensar e agir, tem a possibilidade de se posicionar da maneira mais ética possível, considerando seu profissionalismo e dever médico, que é zelar e utilizar o melhor tratamento para cuidar da saúde dos pacientes, sem usar drogas de determinado laboratório motivado pelas gratificações que recebe (GRANDE, 2009).

Pensando numa forma de maximizar os benefícios e minimizar os riscos para o paciente, faz-se referência aos quatro princípios éticos básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007):

- 1) Em relação à autonomia os autores pregam que é necessário que haja transparência entre médico e paciente, e que o paciente esteja ciente de todos os procedimentos que possam ser realizados nele, para, então, ser capaz de decidir a favor ou contra tais procedimentos.
- 2) Os princípios da beneficência e da não maleficência andam juntos e em harmonia; o primeiro prega fazer o bem, e o segundo, não praticar o mal. Os estudiosos afirmam que qualquer conflito de interesse entre médicos e indústrias pode afetar o equilíbrio entre tais princípios.
- 3) O princípio da justiça preconiza que os médicos levem em consideração a opinião do paciente, deixando-os decidir sobre o que lhes é de interesse, diminuindo, assim, o viés e os conflitos de interesse que possam existir.

Os autores concluem que muitos conflitos são inevitáveis e gerenciá-los é a melhor maneira de enfrentar seus efeitos nefastos, lembrando que o cuidado com o paciente deve estar sempre acima dos conflitos existentes entre os médicos e as indústrias, e que por isso que a American Academy of Orthopedic Surgery (AAOS) sai na frente, e serve como exemplo, já que instituiu regulamentações para que haja um relacionamento adequado entre os cirurgiões ortopédicos e as indústrias e tecnologias médicas. E, finalizam enfatizando que, os médicos e as indústrias, devem sempre trabalhar juntos para minimizar os riscos e maximizar os benefícios para o paciente. (WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007).

Apesar de todas as novas ideias para o controle ou total eliminação dos conflitos de interesses, há ainda muito a se fazer e as instituições ainda estão longe da solução desses problemas. Sabe-se, inclusive, que sem uma ou várias disciplinas na graduação que alertem acerca da influência que a indústria tem sobre as indicações e prescrições médicas, esses profissionais sentir-se-ão mais tentados a cederem aos mimos dos representantes com fortes prejuízos nas relações que eles mantêm com seus pacientes (MILLER, 2006).

2.5 Considerações sobre a literatura

Percebe-se que as práticas em saúde sofrem transformações movidas por mudanças do contexto socioeconômico da contemporaneidade. Tais transformações interferem diretamente na relação dos médicos e enfermeiros com os pacientes, podendo causar prejuízo e simultaneamente gerar não apenas a insatisfação de todos os envolvidos, mas também uma imagem negativa do profissional.

Nesta revisão sistemática da literatura, verificou-se que a contribuição da formação acadêmica nas relações éticas na prática profissional é mínima ou inexistente. É desejável diagnóstico mais abrangente de todas as questões que envolvem conflitos e relações éticas e que os profissionais de saúde e os docentes, em especial, façam reflexões

e revejam determinados preceitos, trabalhados desde a graduação, que apontem para os reais interesses dos pacientes. É desejável que médicos e enfermeiros saibam qual o panorama que terão de enfrentar no cotidiano, não se deixem desmotivar pelas dificuldades inerentes à prática, principalmente pelas más condições de trabalho ofertadas nos serviços, e não se mobilizem apenas pelas questões mercantilistas e interesses escusos.

Como se revela, apesar de número elevado de artigos, 515 estudos selecionados criteriosamente entre 2.401 trabalhos, todos trazem visão parcial e específica de alguns aspectos dos conflitos nas relações éticas dos profissionais. Isto reforça a ideia de que ter uma visão macro, proposta desta pesquisa, sobre os conflitos éticos gerais dos sujeitos em questão abriria espaço para mais reflexões acerca de como se lidar com tais problemas, e oxalá melhor prepararia os profissionais, quer na graduação, quer durante a trajetória na educação continuada. É importante, portanto, conhecer quais sejam os conflitos e relações éticas dos médicos e enfermeiros, objeto deste estudo, e daí criar possibilidades para se fazer uma reafirmação dos valores éticos e morais dos profissionais de saúde, fundamentais para a manutenção importância que a medicina e a enfermagem possuem, dando voz, por meio dos grupos focais, a estes atores.

Capítulo 3

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

*Palavras são, na realidade, uma máscara.
Raramente expressam o significado verdadeiro.
Na verdade, tendem a escondê-lo.*

Herman Hesse

Trata-se de pesquisa qualitativa com corte transversal, que usou como instrumentos para a coleta de dados questionários e entrevistas coletivas (grupos focais). Considerou-se, segundo cálculos estatísticos, uma amostra de 132 enfermeiros e 141 médicos, e foi seguido todo o trâmite da pesquisa em seres humanos. A partir dos questionários foram constituídos seis grupos focais entre os que demonstraram interesse em participar.

3.1 Os questionários

Na percepção da maioria dos médicos (56,02%), o ensino da ética, nos moldes atuais, não atende às necessidades da prática profissional, ou seja, os conteúdos foram superficialmente abordados, de sorte que não subsidiam os profissionais adequadamente para o enfrentamento de conflitos éticos quando necessário. Entre os pesquisados, 40,4% tinham mais de 15 anos de graduação e 31,9% do total afirmaram que não haviam estudado ética na formação médica; acrescentaram que o tema não era valorizado naquela ocasião.

Quanto aos enfermeiros, 43,2% tinham até cinco anos de formados e 37,87% do total afirmaram que o ensino da ética na graduação contribuiu para as necessidades da prática profissional, proporcionando embasamento teórico e prático para a tomada de decisões frente aos conflitos impostos pelo cotidiano. Estes números refletem

maior valorização do tema nas universidades nos últimos anos, a partir das demandas exigidas pela sociedade e pelos avanços tecnológicos.

O ensino da ética precisa, segundo os pesquisados, ser mais valorizado e mais bem trabalhado, dado que os profissionais precisam agir de forma coerente diante dos diversos conflitos éticos e nas relações com colegas, pacientes e gestores, uma vez que percebem atitude profissional inadequada diante do paciente; negligência; imperícia; relações multiprofissionais conflituosas; desrespeito entre profissionais; prestação de assistência em condições inadequadas de trabalho.

A maioria dos sujeitos, em especial os médicos desta pesquisa, afirma viver muitas experiências conflituosas e que não sabe como administrá-las, atribuindo ao ensino esta deficiência que compromete a resolutividade de conflitos. Manifestam o desejo e recomendam que o ensino das competências técnicas e científicas esteja associado aos aspectos éticos, e que estes sejam discutidos em todas as disciplinas, estendendo-se, assim, a todos os períodos da formação acadêmica dos médicos e enfermeiros, de sorte que acompanhe o amadurecimento dos acadêmicos e os respectivos níveis de complexidade da formação profissional, reconhecendo a dimensão técnica, científica, ética, social e política da prática profissional em uma melhor definição das metodologias pedagógicas com abordagens interprofissional e interdisciplinar. Estes dados estão mais detalhados na pesquisa de Batista (2011), subprojeto desta.

3.2 Os grupos focais

Tudo que vemos é outra cousa.

Fernando Pessoa

*Quando é verdadeira, quando nasce da
necessidade de dizer, a voz humana não
encontra quem a detenha. Se lhe negam a*

*boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos,
ou pelos poros, ou por onde for. Por que
todos, todos, temos algo a dizer aos outros,
alguma coisa, alguma palavra que merece ser
celebrada ou perdoada pelos demais.*

Eduardo Galeano

Quanto aos grupos focais aqui analisados, os participantes desempenhavam suas funções em hospital público (41,7%), em hospital privado (10,6%), em ambulatório público (20,4%), em ambulatório privado (2,3%) e 25% deles trabalhavam em mais de uma instituição de saúde.

Quanto ao tempo de atuação dos médicos, os maiores percentuais ficaram em duas faixas bem distintas: 25% entre seis e dez anos de graduação e 24% entre 21 e 25 anos. Já entre os enfermeiros, 45% tinham menos de cinco anos de graduados e 29% entre seis e dez anos.

Entre os médicos, 59% são do sexo masculino e 72% se graduaram pela universidade pública do estado. Entre os enfermeiros, 83% são do sexo feminino, 77% formaram-se na universidade pública e 20% na privada, ambas no estado de Sergipe. Todos os profissionais eram pós-graduados, exceto dois médicos, que se preparavam para a residência.

Foram identificadas nos três grupos focais dos enfermeiros as seguintes categorias: conflitos éticos nas relações com pacientes; nas relações entre si; com gestores; o ensino da ética da enfermagem e a formação para o enfrentamento dos conflitos; denúncias ao COREN e processos ético-profissionais; condições desfavoráveis para o enfrentamento dos conflitos dos enfermeiros; condições favoráveis para o enfrentamento dos conflitos.

Nos três grupos focais dos médicos foram encontradas as seguintes categorias: conflitos éticos nas relações interpessoais e institucionais; o código de ética médica e a formação para o enfrentamento dos conflitos; conflitos de interesse dos médicos com as clínicas,

hospitais e a indústria de materiais e equipamentos de saúde; condições desfavoráveis à manutenção das relações harmônicas no trabalho dos médicos; e condições favoráveis para o enfrentamento dos conflitos dos médicos.

Mesclando os resultados encontrados que fazem interface nas duas profissões, surgiram as seguintes categorias: conflitos éticos nas relações entre médicos e enfermeiros; sugestões para a resolução de conflitos éticos na prática profissional de ambos.

Percebeu-se que, em todas as reuniões, quando o primeiro moderador dava a sessão por concluída, após as duas horas de trabalho propostas, havia, invariavelmente, o desejo dos participantes de continuar as discussões, manifestando que este trabalho lhes dava a oportunidade de se expressar e de dividir entre si ansiedades e conflitos, que geralmente não encontram acolhimento, e que havia promovido, portanto, uma sensação de bem-estar. Estas conversas informais, entretanto, respeitada a técnica de coleta dos dados, não foram gravadas nem, por conseguinte, analisadas.

Conflitos éticos nas relações entre enfermeiros e pacientes

Nos grupos focais dos enfermeiros, uma das categorias de destaque com 148 unidades de registro (UR) foi a dos conflitos nas relações éticas entre enfermeiros e pacientes (Quadro 1).

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)
Paciente violento	42
Paciente prejudicado por conflitos entre profissionais	11
Dificuldades na comunicação com o paciente	07
Paciente considera enfermeiro omissor	05
Paciente com dificuldades para adesão ao tratamento	04
Paciente insatisfeito com a assistência	03
Paciente com direitos desrespeitados pelo enfermeiro	01
Paciente não confia no enfermeiro	01
Enfermeiro com menor vínculo com o paciente do que os técnicos e auxiliares de enfermagem	04
Enfermeiro precisa administrar conflitos entre paciente e equipe de saúde	32
Enfermeiro se sente impotente e adocece diante do sofrimento do paciente	10
Angústia moral	11
Enfermeiros incomodados com os acompanhantes/responsáveis pelos pacientes	06
Enfermeiros agridem os pacientes verbalmente	01
Pacientes exigem do enfermeiro resolutividade	10

Quadro 1. Conflitos éticos nas relações entre enfermeiros e pacientes.

Fonte: Grupos Focais. Aracaju.

Um dos itens mais presentes nas falas dos enfermeiros foi a referência à violência que sofrem. Os profissionais queixam-se dos pacientes violentos (42 UR), que, quando não têm suas expectativas atendidas, em especial nos serviços públicos de saúde, reagem de forma descontrolada verbal e às vezes fisicamente, quando não depredam o patrimônio público. A queixa torna-se maior por não se sentirem protegidos pelo sistema e diante da omissão de gestores alheios às ameaças e agressões. Assim, o profissional se

sente desamparado no que tange às leis que deveriam garantir condições dignas e justas de trabalho (GARAT, 2005; SANDERS; PATTISON; HURWITZ, 2011).

- GFE: “a gente tem conflitos diários em todas as unidades de saúde [...], a gente precisa manter a calma e o equilíbrio, mas os usuários, às vezes, agredem por conta das ansiedades reprimidas. E as pessoas que eles encontram na frente somos nós, que às vezes, mesmo tratando-os bem, não resolvemos os problemas deles e aí eles agredem mesmo”.
- GFE: “uma usuária jogou um *bureau* em cima de uma enfermeira [...], gente chutando na porta, xingamentos... Eu já passei por isso.
- GFE: “Eu já tive uma situação com uma paciente de ela me agredir verbalmente e o marido dela ir na minha sala me ameaçar. Então, quando a gente sentou para conversar sobre o assunto, uma coisa que ficou bem evidente para todo mundo era que a questão da violência não era gratuita: ela estava acontecendo justamente por conta dessa demanda de pacientes que era muito grande”.
- GFE: “Eu sempre trabalhei em hospital público e na urgência as agressões e depredações do patrimônio têm sido muito frequentes. E a gente fica nessa situação... isso acaba com a gente...”.

Gestores devem proteger seus servidores em sua integridade pessoal e profissional. Autores dizem que essa proteção é vital, evitando situações de constrangimento e humilhação. É de responsabilidade de todos, membros da equipe de saúde, gestores, políticos e todos os cidadãos de uma comunidade empenhar-se nesta convivência harmônica e respeitosa, na qual a integridade pessoal e a profissional são possíveis, mesmo dentro de um contexto inquietante, qual seja, espaços que abrigam a dor, a doença e a morte (SANDERS; PATTISON; HURWITZ, 2011).

O acesso dos pacientes aos serviços e o acolhimento deveriam se articular e se complementar na perspectiva da integralidade do cuidado preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo isso não funciona adequadamente, segundo os enfermeiros da presente pesquisa, uma vez que há dificuldades no acesso do paciente a esses serviços com poucos especialistas. Afirmam sentir-se mal em ter que postergar o atendimento e adoecem, enquanto os pacientes, por sua vez, acreditam na indiferença destes profissionais.

Deve-se entender que a humanização do atendimento implica transformações das mais complexas, como as políticas e gerenciais, as de ordem afetiva e subjetiva que incluem perceber o usuário como sujeito que tem necessidades e carece de cuidados e de respeito (SIMÕES et al., 2007).

- GFE: “A gente acaba adoecendo por isso, porque a gente fica muito à mercê do sistema [...]. A gente guarda aquilo ali e sofre. Não, isso daqui não pode ser assim só porque o sistema pede para fazer desse jeito com o paciente. ‘Ah, não tem vaga. É para marcar para o ano que vem’. Eu não vou marcar para o ano que vem. No ano que vem o paciente já morreu”.
- GFE: “Tenho que defender o paciente. Porque ele não pode esperar mais. [...] quem vai adoecer sou eu [...] como é que eu vou dormir tranquila sabendo que eu mandei um paciente voltar para casa com o pé com isquemia, com necrose, sabendo que ele vai piorar ali?”.
- GFE: “Paciente de pós-operatório que é para ser visto dentro de 15 dias, só passa pelo médico com três meses. É revoltante”.
- GFE: “a gente acaba adoecendo com essas angústias daquilo que a gente não consegue resolver”.

Quando esses profissionais não conseguem efetivamente lidar com suas emoções, produzem no corpo toda uma carga energética capaz de promover alterações que levam a importantes disfunções.

Os enfermeiros queixam-se que, além do baixo número de médicos, estes limitam o número de atendimentos por turno nas unidades básicas de saúde. Tal fato gera problemas, pois os pacientes, quando barrados pelos enfermeiros, os agridem, sem, entretanto, manifestar diretamente ao médico seu desconforto com as longas esperas ou a falta de atendimento.

- GFE: “essa questão de não atendimento [...] e aí, na cabeça dos pacientes, eles entendem que a gente, que está ali, que está sendo pago para atendê-los, não dá nenhuma importância ao problema deles e que somos indiferentes.
- GFE: “A coisa mais difícil é o usuário agredir o médico, xingar o médico. É o enfermeiro, que está ali na porta de entrada, quem recebe essas agressões”.
- GFE: “É o enfermeiro, é o agente de saúde, é o auxiliar de enfermagem que são agredidos. E eu sempre digo para o paciente: ‘olhe, você que está reclamando da demora do atendimento, quando chegar lá dentro do consultório, reclame ao médico. Converse com ele’. No entanto, os pacientes entram no consultório, caladinhos, fazem suas consultas e saem tranquilos e sem formular as queixas”.

Os enfermeiros dos grupos focais atribuem a reação à falta de estrutura do serviço público e o descaso do governo com a segurança dos servidores. Mesmo quando os enfermeiros levam suas queixas para os gestores, estes se omitem. Outrossim, Sanders, Pattison e Hurwitz (2011) afirmam que parte das circunstâncias que envolvem, algumas vezes, constrangimentos e humilhações dirigidas apenas para os enfermeiros diz respeito ao menor poder que estes têm em relação ao do médico dentro de uma estrutura de saúde, em que este ainda é respeitado pelo paciente, pelo fato de ser quem diagnosticará e conduzirá a terapêutica.

O governo estimula práticas centradas no usuário, que incluem as capacidades de acolher, responsabilizar-se, resolver e autonomizar, de forma que as práticas relacionais nas unidades básicas de saúde se estabeleçam, garantindo vínculos (HADDAD; ZOBOLI, 2010).

A relação entre enfermeiros, pacientes e familiares promove desconforto. Os profissionais de saúde, apesar de entenderem de dor e constantemente depararem com o fantasma da doença e da morte, não conseguem tornar-se imunes ao seu próprio sofrimento e adoecem com muita frequência, somatizando no próprio corpo os sentimentos de impotência e frustração (PIMENTEL, 2005).

- GFE: “e a gente tem que ter muito cuidado com isso, porque a gente só tem valor enquanto a gente está na ativa, não é? No momento em que você adocece e se afasta, fica tudo mais complicado”.
- GFE: “A gente tem que ter muito cuidado. Não sei como a gente vai colocar uma capa protetora para se envolver com o paciente, sem deixar que isso mexa com as nossas emoções”.
- GFE: “A gente adocece mesmo, porque é diariamente que há situações não resolvidas. A gente se aproxima muito do paciente. A gente se envolve muito e, emocionalmente, a gente vai adoecendo”.

Percebe-se, portanto, que as queixas de relacionamento entre enfermeiros e pacientes são consequência da parca estrutura dos serviços de saúde e da dinâmica administrativa e gerencial. Num grupo focal, com 01 UR, surgiu o dado de que enfermeiros perdem a paciência com os pacientes e os agridem verbalmente, principalmente quando são demandados no acolhimento e não têm recursos ou instrumentos para atendê-los e se sentem ameaçados por aqueles.

Os profissionais referiram-se ao acolhimento dos pacientes que é realizado pelo enfermeiro nos postos de saúde e hospitais, em um modelo inadequado e sem o enquadre necessário. Em vários momentos admitiram que aquilo era uma simples triagem e o acolhimento tornava-se “maldito” pelas repercussões dele advindas.

Acolher um paciente implica atitudes profissionais, responsáveis, que envolvem não só o ato de receber, mas também escutar e dar encaminhamentos às suas queixas em um processo dinâmico de

relacionamento interpessoal estabelecido entre o profissional de saúde e o usuário, de sorte que o último possa exercer sua autonomia e participar do processo, quer de cura da doença, quer de promoção da saúde, estabelecendo relação de confiança e apoio (SIQUEIRA; ZOBOLI, 2008).

Os enfermeiros dos grupos focais relataram, entretanto, outra realidade ao informar como funciona o acolhimento em um dos serviços de urgência em Aracaju, desde a chegada do paciente à recepção, onde é preparada uma ficha com dados básicos e com a queixa principal. O enfermeiro, com a ficha na mão, recebe o paciente em outra sala, escuta-o, anota os sintomas, afere os sinais vitais e realiza a classificação de risco, alocando-o em um dos três grupos. No primeiro, ficam os pacientes que podem aguardar, que não têm risco de morte eminente; no segundo, os que precisam de atendimento um pouco mais rápido; e no terceiro estão os que correm riscos de morte e precisam de atendimento imediato.

Quando se tem um número de médicos suficiente para a demanda, o atendimento segue um fluxo fácil de ser administrado, porém quando a escala de médicos está desfalcada, só os pacientes de fato apresentando urgência são atendidos.

- GFE: “Se as UBS (Unidades Básicas de Saúde) funcionassem efetivamente, esta demanda não chegaria aos serviços de emergência..., entretanto, os médicos nos postos limitam os atendimentos para, no máximo, 15 pacientes. Os demais acabam chegando às urgências, desnecessariamente”.
- GFE: “o médico fica bem lindo e tranquilo na sua cama, na sala de repouso e só é chamado para atender os pacientes do segundo e terceiro grupos, enquanto a enfermagem fica lá fora dizendo ‘não’ aos pacientes do primeiro grupo e dando a cara à tapa [...]. Imagine você chegar num serviço de urgência de um hospital e ouvir que não tem médico, que você não vai ser internado, e não vai poder ser atendido, mas encaminhado de volta para um posto de saúde que já não lhe atendeu”.

- GFE: “O pior é que, algumas vezes, tem médicos suficientes, sim, mas temos medo de dizer e de ser agredidos falando a verdade, acerca dos critérios de seleção para atendimento em serviços de urgência”.
- GFE: “Na hora de fazer o tal acolhimento, o profissional médico fica resguardado e seguro e os enfermeiros ficam por conta da triagem que os gestores não admitem oficialmente que exista; fica exposto a esse pessoal querendo quebrar o hospital”.

O SUS no Brasil resgata a proposta constitucional de que saúde é um direito de todos e se propõe a fazer, ainda que teoricamente, uma grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, integral e gratuito. As filas, o adiamento das consultas e dos exames, a falta de material e de equipamentos, a despersonalização no atendimento com falta de privacidade, e até mesmo a indiferença, despreparo e a falta de ética de alguns profissionais revelam que a proposta de humanização na saúde pública brasileira falhou (SIMÕES et al., 2007).

Souza et al. (2008) assentam que a fragilidade do sistema de saúde requer discussões sobre a recepção dos usuários e a acessibilidade que deveria possibilitar as pessoas chegar aos serviços e serem atendidas. O acolhimento, fundamental nessa proposta, implica três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Souza et al. (2008) realizaram estudo com grupos focais com o objetivo de se conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais sobre o acesso e o acolhimento na atenção básica. Os resultados foram similares entre os pacientes e os profissionais de saúde e se reproduzem na atual pesquisa, quais sejam: os usuários queixaram-se da demora de atendimento nas unidades de saúde, com filas de espera prolongadas; demanda excessiva; queixas com o agendamento por desejarem se manter em uma cultura do pronto atendimento;

indiferença e impessoalidade na recepção; descontentamento de passarem pelos enfermeiros antes de ser atendidos pelos médicos.

A falta de médicos em número satisfatório para atender nesses serviços além de um número limite de pacientes estabelecido pelos profissionais dificulta o acolhimento e a acessibilidade e gera dificuldades de relacionamento na recepção com os pacientes e seus familiares ou responsáveis (6UR). Os enfermeiros são desafiados, provocados e algumas vezes agredidos. Admitem, porém, que percebem que os pacientes têm seus direitos aviltados pela enfermagem em algumas circunstâncias (1UR) e que até são agredidos verbalmente pelos profissionais (01 UR).

A infraestrutura aquém da demanda é apontada também no trabalho de Duarte e Lautert (2006) como a grande vilã desencadeadora de conflitos nos serviços de saúde.

Estabelecer processo contínuo de comunicação e relacionamento com os usuários exige dos profissionais habilidades e, sobretudo, respeito ao escutar os desejos e necessidades de cada um com atenção. Desenvolver relações harmônicas, com interação, dando autonomia aos usuários e vendo cada um de acordo com sua singularidade constituem atitudes com responsabilidade ética e reafirmam os valores morais (HADDAD; ZOBOLI, 2010).

Os profissionais também têm a percepção de que, como consequência deste vínculo comprometido entre o paciente e a equipe de saúde, aquele não faz adesão adequada ao tratamento (4UR). Os enfermeiros reconhecem que eles próprios têm vínculo menor com o paciente em comparação com técnicos e auxiliares de enfermagem (04UR), que permanecem mais tempo efetivamente cuidando dos pacientes. Enquanto isso, os enfermeiros dedicam-se às atividades de cunho administrativo, necessárias também ao controle da atividade.

Mesmo com as mudanças propostas pelo SUS ainda existem falhas na atenção básica, principalmente no que diz respeito a aceitar as diferenças de cada indivíduo e na criação do vínculo entre os

membros de sua equipe e desta com a comunidade. Uma equipe que não se entende pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, acirrando os conflitos éticos com o paciente, inclusive (HADDAD; ZOBOLI, 2010).

Assim, uma das dificuldades com pacientes, apresentada na presente pesquisa, é provocada pelos conflitos entre os profissionais da enfermagem, ou entre eles e médicos, pelo fato de os primeiros perceberem que os pacientes podem estar sendo prejudicados (11 UR) por omissão, negligência, imprudência ou, ainda, por falta de habilidades na comunicação do profissional com seus clientes (7 UR). Um dos aspectos, portanto, mais difíceis na percepção dos enfermeiros pesquisados diz respeito à necessidade de administrar conflitos entre pacientes e equipe de saúde (32 UR) e a insatisfação dos pacientes com a assistência (3UR).

Na tentativa de harmonizar relações e a despeito do desejo de proteger os pacientes, os enfermeiros transformam-se no alvo mais fácil daqueles que têm mais acesso à enfermagem do que aos médicos, para expressar desconforto ou desagrado.

- GFE: “A família e o paciente chegam para fazer uma queixa ou uma colocação diante de uma conduta médica ou diante da conduta do colega enfermeiro que você vê que foi errada. E aí? É uma situação difícil de a gente lidar. O colega ou o profissional médico prescreveu um tratamento errado, ou o medicamento não estava adequado ou a dosagem não foi adequada. E aí? A família chega, você pega a receita, vê a situação e o que você faz? Muito desagradável de se lidar. Já me aconteceu várias vezes isso”.
- GFE: “Até onde vai a ética? Até onde vai o compromisso? Por que o colega viu que o medicamento estava errado e preferiu proteger o outro colega? E aí, como eu posso agir diante dessa situação? ”.

Em situações de imprecisão de informações, nem todos os conflitos se configuram como éticos, e uma comunicação eficaz entre

os profissionais pode elucidar as dúvidas, se os problemas forem discutidos de forma franca dentro da equipe de saúde. Diante de situações que exigem tomadas de decisões que podem dar outro direcionamento à adesão ao tratamento e aos seus resultados, a enfermagem deve usar os princípios da bioética, quais sejam: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça para resolver os dilemas que surgem (SCHLAIRET, 2009).

Apesar dos enfermeiros terem a percepção de que os pacientes os consideram omissos (05 UR) e que não confiam (01 UR) neles, a sensação que dizem sentir é de impotência diante do sofrimento do paciente (10 UR), o qual gostariam de minimizar, porém prescindem de autonomia e recursos. Os enfermeiros se sentem cobrados; precisam responder às demandas e os pacientes exigem isso: querem resolutividade (10 UR) que nem sempre os profissionais podem garantir, pois estariam rompendo com o poder do médico de prescrever e definir procedimentos. A eles resta a angústia moral (11 UR).

Autores apontam que um dos principais conflitos enfrentados pelos enfermeiros se dá na relação com o paciente em que a prestação de cuidados exige tomada de decisão, a qual pode ser influenciada por sentimentos que os fazem, às vezes, intervir de forma equivocada, “atropelando” o trabalho médico. O conhecimento da ética na enfermagem é muito importante como instrumento norteador na resolução de problemas, principalmente atrelados aos relacionamentos com pacientes, familiares ou com os demais profissionais (HAN et al., 2010).

No estudo de Laabs (2007) foi visto que enfermeiros que trabalham na atenção básica enfrentam sofrimentos de ordem moral que se manifestam no cotidiano laboral sob a forma de angústia, impotência, culpa, raiva e frustração. No atual estudo o sofrimento psíquico dos enfermeiros também é relatado diante das mazelas hodiernas, que os frustram e os adoecem, diante do sentimento de impotência frente às dores do paciente.

- GFE: “Já vi cirurgia ser suspensa porque faltou um barbeador para fazer tricotomia do paciente. Isso nos adocece e nos revolta”.

- GFE: “O médico passa a visita e deixa prescrito um medicamento no prontuário, ‘se necessário’, mas não deixa a receita. Cadê o medicamento? Não tem [...] então o enfermeiro tem que procurar e correr atrás”.
- GFE: “Nem sempre os enfermeiros conseguem o medicamento cuja receita foi esquecida. Às vezes dá sorte e um colega concede como empréstimo e, quando não, a gente procura algum médico de plantão que, algumas vezes, mesmo verificando o prontuário e constatando o esquecimento do colega, se nega”.
- GFE: “Como dizer ao paciente que o médico esqueceu? Não dá. O paciente não quer saber e exige o medicamento que vai lhe aliviar”.

Em revisão sistemática realizada por Schluter et al. (2008), foram apontadas situações similares às do presente estudo, ou seja, muitos enfermeiros se sentem frustrados moralmente, em especial quando não prestam assistência adequada ao paciente e, para a resolução desse conflito, seria necessário que os gestores promovessem debates e mostrassem a importância de apoio e compreensão entre a equipe. O clima ético também é bastante decisivo na tomada de decisões, visto que situações de conflitos podem ser aumentadas ou resolvidas de acordo com o conhecimento ético da equipe.

Destarte, os efeitos desencadeados nos profissionais, principalmente a angústia moral, podem prejudicar a ação dos enfermeiros, obnubilando sua capacidade de definir quais as melhores ações e garantir maior resolutividade (LANG, 2008).

Santana (2011) verificou no seu estudo sobre acolhimento, em uma Unidade de Saúde da Família, que o problema não diz respeito apenas à falta de vagas, mas também a um planejamento gerencial adequado, e por isso os resultados não trazem satisfação para os pacientes, tampouco harmonia e interação saudável entre os profissionais. O acolhimento preconizado prevê que o agente comunitário de saúde receba o usuário e direcione seu fluxo assistencial, e que todos os profissionais, em última instância, sejam os

responsáveis por isso. Entretanto não foi este o quadro encontrado nos resultados de diversos trabalhos, incluindo o presente estudo, que constata que o acolhimento é feito apenas pela equipe de enfermagem, aumentando a quantidade de suas ações, seu trabalho e seu estresse, este último frente às queixas dos pacientes pelo tempo de espera e pela própria qualidade do acolhimento (BARALDI; SOUTO, 2011; SANTANA, 2011; SOUZA et al., 2008).

Enfermeiros afirmam que, quando o paciente chega aos serviços de saúde, tem a percepção de que a equipe de enfermagem quer dificultar seu acesso ao médico e não percebe que o acolhimento, enquanto recurso assistencial interprofissional, é para favorecer um cuidado justo e integral que garanta que o SUS honre os princípios constitucionais. É preciso, portanto, repensar o modo como essa prática está sendo feita. Autores afirmam que implantar, no processo de cuidado, o acolhimento desarticulado de uma rede assistencial e sem ser interprofissional, traduz-se em sua redução a simples triagem e não possibilita melhoria do sistema de saúde (BARALDI; SOUTO, 2011).

Conflitos éticos nas relações dos enfermeiros entre si

As relações que se estabelecem entre os profissionais da equipe de enfermagem dependem de uma série de variáveis que, por sua vez, as tornam favoráveis ou não a uma boa ou má prática profissional (Quadro 2). Sabe-se que alguns conflitos éticos dizem respeito à própria formação moral e profissional, com repercussões na atuação deles na assistência aos pacientes e na relação com colegas e gestores (ALBUQUERQUE et al., 2007). Estudo revela que muitos profissionais da saúde têm formações comprometidas e com falhas na aquisição de conhecimentos de condutas éticas que impedem gestão adequada de conflitos na prática (HARIHARAN et al., 2006).

Os enfermeiros da presente pesquisa revelaram que se sentem inseguros quanto às suas condutas, principalmente por falta de protocolos (17 UR) e que desconhecem o próprio papel, os limites e as responsabilidades (23 UR). Estudos comprovam a importância dos protocolos institucionais, dos planejamentos de ações e

dos códigos de conduta registrados sob a forma de manuais, que colaboram de forma inequívoca com o desempenho de equipes, melhorando a assistência e favorecendo um ambiente ético (CLARK; COTT; DRINKA, 2007; GARAT 2005).

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)
Enfermeiros com múltiplos empregos abandonam o plantão antes da chegada do colega	23
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas que desrespeitam o sigilo e a privacidade do paciente	07
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas que desrespeitam/desvalorizam o paciente e suas necessidades	21
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas que negligenciam os pacientes	12
Enfermeiros desrespeitam os colegas	10
Enfermeiros interferem na conduta do colega	08
Enfermeiros inseguros sobre a própria conduta por falta de protocolos	17
Enfermeiros desconhecem papéis, limites e responsabilidades	23
Enfermeiros se percebem frustrados/insatisfeitos	05
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas imaturos e sem pensamento crítico	10
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas que buscam autopromoção/ não cumprem promessas/aceitam cargo vago por recusa de colega em receber salário adequado	19
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas que transferem suas responsabilidades e ações para os técnicos e auxiliares de Enfermagem	04
Enfermeiros têm que trabalhar com colegas que dispensam o Código de Ética e atuam segundo os próprios princípios	37
Enfermeiros frustrados pela falta de prestígio e declínio da profissão	08
Dificuldades na comunicação entre enfermeiros	02
Falta de corporativismo entre colegas	02
Fragmentação da categoria (RT, técnico, auxiliares)	02
Enfermeiros são desunidos e denunciam uns aos outros	23
Enfermeiros são mais burocráticos do que assistenciais	03
Enfermeiros se desentendem com auxiliares insubordinados	09
Entendimento parcial entre os pares	03

Quadro 2. Conflitos éticos nas relações dos enfermeiros entre si.

Fonte: Grupos focais. Aracaju.

Os enfermeiros dos grupos focais acreditam que provavelmente as dificuldades aqui apresentadas ocorrem por falha da formação na graduação, o que os leva no presente a má administração de conflitos e dilemas éticos na prática profissional, gerando, a partir daí, dificuldades nas relações com os próprios colegas e equipe e também com gestores e pacientes.

Albuquerque et al. (2007) defendem o estudo da ética na grade curricular, favorecendo reflexões sobre o indivíduo com seus princípios, valores, hábitos e comportamentos. Os autores propõem que a ética e o humanismo sejam contemplados não apenas em uma única disciplina isolada, mas em todas as atividades do ensino-aprendizagem da grade curricular, baseadas na realidade da sociedade e de cada indivíduo, promovendo um trabalho sistêmico, com melhor comunicação entre pares e voltado para a formação humanística.

Os enfermeiros afirmaram que muitos deles não conhecem o código de ética, dispensando-o e atuando segundo os próprios princípios (37 UR) o que pode comprometer a relação interprofissional também.

- GFE: “A dificuldade para o profissional de enfermagem é conhecer o seu Código de Ética. Eles se formam e não conhecem o Código de Ética, eles não sabem até onde vão as suas responsabilidades, seus limites e sua atuação enquanto enfermeiros, técnicos e auxiliares”.
- GFE: “Muitas vezes a gente vai de encontro aos nossos princípios morais. Você está sendo ético quando age contra seus princípios morais? Não, não está sendo ético. Eu acho que o princípio moral da gente deve ser o quê? Ajudar o paciente”.
- GFE: “Por esse profissional não conhecer o seu Código de Ética, ele acaba invadindo a atuação de outros profissionais”.

Existem circunstâncias com as quais um enfermeiro se defronta que não estão necessariamente contempladas em algum código, entretanto, ainda que as decisões éticas sejam tomadas em diferentes

situações, o conhecimento de um conjunto de condutas é essencial para favorecer a prática dos princípios indispensáveis na assistência (ESTERHUIZEN, 2006).

Para que se promova nos profissionais o enfrentamento das situações de conflitos do cotidiano, faz-se mister, entre outros aspectos, o ensino da ética desde a graduação. Por sua vez, o código respectivo deve estar sempre atualizado de acordo com as mudanças tecnológicas, conceituais, legais, estruturais e organizacionais no campo da saúde e, assim, fornecer suporte para que os enfermeiros possam lidar com problemas éticos e oferecer modelos e referências de como deve ser e funcionar uma equipe de enfermagem (DANTAS FILHO; SÁ, 2009; VERPEET et al., 2005).

Segundo os participantes da atual pesquisa, o código de ética oferece apoio e incita a motivação e a responsabilidade, dentre outros aspectos positivos para uma boa prática de Enfermagem e garantia das relações harmônicas dentro da equipe. Verpeet (2005) afirma que os enfermeiros que seguem os princípios do código confirmam sua identidade profissional, satisfazem as necessidades da sociedade e conseguem valorização perante ela.

Outro aspecto abordado pelos enfermeiros nos grupos focais é o fato de se sentirem premidos a ter mais de um emprego, em razão dos baixos salários. Ter múltiplos empregos é elemento motivador para o abandono do plantão antes da chegada do colega que o substituirá (23 UR), motivo de conflitos com colegas na mesma linha hierárquica e superiores.

Também foi apontado pelos enfermeiros como motivos de conflito entre eles, a negligência (12 UR) de alguns colegas e a postura inadequada de outros, desrespeitando e desvalorizando o paciente e suas necessidades (21 UR).

- GFE: “Eu trabalhei muito tempo em Pronto Socorro [...], tinha situações em que (o enfermeiro) negligenciava, mesmo, a assistência [...]. Complicado... E às vezes eu ia falar sobre isso, com jeito, e a colega não gostava”.

- GFE: “Diante do meu discurso de respeito ao paciente escutei ‘Que nada! É porque eles querem fazer a gente de escravo. Acha que a gente está aqui para limpar xixi’. Ainda existe essa visão. É muito difícil”.
- GFE: “Algumas medicações, às vezes, você consegue descobrir que não estão sendo feitas. Que ética é essa? [...], será que esse profissional é um profissional que realmente tem o perfil para a equipe de enfermagem? ”.

Foi abordado também como foco de conflito a falta de respeito ao sigilo e à privacidade dos pacientes (07 UR), motivo de desconforto entre profissionais que não entendem as posturas de colegas que aviltam a intimidade do paciente. Autores, em trabalho anterior, mostraram que as relações dos enfermeiros com pacientes em situações em que a nudez é necessária para o cuidado de enfermagem são carregadas de poder, despercebido por estes profissionais, criando situações de constrangimentos e desconforto. Os pesquisadores sugerem, então, que os cursos de enfermagem realizem oficinas sobre o cuidado do corpo despido (SANTOS et al., 2010).

Em dois outros estudos, os autores propõem que os trabalhos em equipe devem ser baseados em boa comunicação interprofissional, na colaboração entre colegas, na coordenação, na procura pela assistência técnica, quando necessária, na aceitação das regras da instituição, e nos conhecimentos e competências dos colegas (CARVALHO; LUNARDI, 2009; INFANTE, 2006).

Quando há entre os enfermeiros o respeito e a confiança, e a equipe trabalha em conjunto, permitindo assistência de qualidade ao paciente, pode-se inferir que existe prática adequada (BERGGREN; SEVERINSSON, 2006). Outras questões relevantes na relação interprofissional e que influenciam na segurança dos pacientes são a liderança, a especificação de tarefas e a colaboração da equipe (CARVALHO; LUNARDI, 2009; INFANTE, 2006).

Os enfermeiros da atual pesquisa destacaram a importância de se manter posturas respeitadas e comprometidas com o bom

desempenho profissional, condutas coerentes com as normas éticas profissionais e relação harmoniosa com a equipe, sem intrigas ou competitividade.

Esses fatores podem também ser observados nos estudos de vários autores que mostram que é necessário ter compromisso, competência, flexibilidade, adaptabilidade e conhecimento, elementos essenciais para bom funcionamento de um serviço de saúde, gerenciado por líderes que sabem promover, frente aos desafios e às mudanças, processos de adaptação e estabelecer comunicação interativa entre a equipe, instigando a seguir os princípios éticos (CHERVENAK; MCCULLOUGH; BARIL, 2006; CLARK; COTT; DRINKA, 2007; INFANTE, 2006; FORD et al., 2008).

Ainda que alguns enfermeiros tenham dito que desenvolvem boa relação com seus pares, para outros este entendimento é apenas parcial (03 UR).

- GFE: “Em um momento difícil, uma vai pedir ajuda à outra”.
- GFE: “A gente entende um a angústia do outro. Agora, realmente [...] é muito pouco (que se entende)”.
- GFE: “Não vejo muito problema (de relacionamento) com o colega, desde que não interfira na área clínica dele”.

Com mais frequência, os enfermeiros afirmaram que a categoria despreita colegas (10 UR), que há rivalidade e ciúmes e que são uma classe desunida, havendo denúncias contra os próprios colegas (23 UR).

- GFE: “Os processos que são por denúncias geralmente são feitos, ou pelos colegas de trabalho da própria equipe ou por insubordinação, por falta de coleguismo, de uma situação em que alguém quer tirar proveito daquilo ali sem se atentar que pode estar prejudicando o paciente e pode estar prejudicando o colega”.
- GFE: “A gente tem vários processos de insubordinação de auxiliares ou técnicos rebeldes da equipe, que trabalham há muitos anos na instituição e acreditam na impunidade”.

- GFE: “Na questão de relacionamentos com os colegas, se a gente se der o respeito, e um tiver (respeito) pelo outro, a gente já evitaria muitos conflitos que acontecem hoje”.
- GFE: “Se você quiser fazer o seu papel, você [...] quer aparecer, quer se destacar [...], a certinha, é a que quer ser boa... e puxar o saco do gerente [...]. Isso eles falam muito”.
- GFE: “Tem uma pessoa que falta muito e a gerente sempre justifica [...]. O usuário acaba pagando [...]. Aí, quando o enfermeiro vai interferir gera conflito, porque (o enfermeiro) está tomando uma posição a favor do usuário e não a favor da colega [...]. Está gerando muito conflito por causa dessas proteções que acontecem com uns e não com outros”.

Kupperschmidt (2006) aponta que, atualmente, no mercado de trabalho, existem relações pobres e distantes entre os profissionais e também entre os enfermeiros, além do que o autor chama de falta de graciosidade na resolução de conflitos. Cita a presença de comportamentos desrespeitosos, presentes diariamente na relação destes profissionais com os pacientes e entre os próprios colegas, além de uma queixa importante que é a insatisfação e a frustração com ações mecânicas e despersonalizadas.

Na presente pesquisa, os enfermeiros também se declararam frustrados pela falta de prestígio e declínio da profissão (08 UR), que, para eles, deixou de ser assistencial para ser meramente burocrática e administrativa (03 UR), e creditam isso aos colegas que não sabem honrar suas atividades e funções, gerando mais conflitos entre pares. Quanto à parte gerencial, afirmaram que se desentendem com muita frequência com os auxiliares insubordinados (09 UR).

- GFE: “Trabalhar com a equipe de enfermagem dentro de um hospital é muito complicado porque sempre tem um frustrado, aquele que reclama, que não está nem aí se for demitido [...]. Temos aqueles que são quietinhos, que fazem o trabalho direitinho. Eu nunca tive uma equipe coesa. Eu acho que o desafio do enfermeiro é trabalhar com a equipe”.

- GFE: “Existem aqueles que têm uma conduta um pouco mais diferenciada. A gente não sabe se por uma postura profissional ou pela formação [...], às vezes entra um pouco em conflito”.
- GFE: “Você fala, conversa, questiona, mostra, convence todo mundo, até quem não é para você convencer, você convence, mas aquela pessoa permanece (fazendo errado): ‘Não, eu vou fazer desse jeito, porque é desse jeito que eu aprendi. É desse jeito que tem que ser feito’”.
- GFE: “Você distribui atividades e não tem um *feedback*. ‘Fulana, você fez isso?’ Muitas vezes não responde [...] não existe um respeito. Não digo respeito hierárquico, mas respeito humano. Mesmo. É essa a grande dificuldade, não ter a comunicação livre com a equipe de trabalho e não ter como conviver com a equipe de trabalho”.
- GFE: “Eles passam dos limites. E a gente fica de mãos atadas, porque nem para reclamar a gente tem apoio e retorno”.
- GFE: “O profissional está realmente pouco se importando com o que ele está fazendo, nem se importando com a situação do paciente e a gente vê o paciente do outro lado, que reclama, que quer, que exige e a gente tem que, de certa forma, preservar aquele profissional, porque senão ele vai ser exposto totalmente à violência do paciente”.

Foi discutido nos grupos focais que os enfermeiros têm um *furor curandis* exacerbado e que, na ânsia de ajudar o paciente, interfere no trabalho dos colegas (08 UR), o que cria dificuldades de relacionamentos e incorre em infração ética.

- GFE: “O paciente é da minha área, mas o colega não se contém... Ele vai lá, pega o meu paciente e faz aquilo que ele acha que deveria ser feito. E isso cria uma situação (de conflitos)”.

Também foram registrados os relatos de situações em que os enfermeiros têm de conviver com colegas que transferem responsabilidades suas para os técnicos e auxiliares de enfermagem (04 UR),

dada a posição hierarquicamente favorável de líder de equipe. A fragmentação da categoria em múltiplos cargos, por capacitação e formação, com cargos superiores (responsáveis técnicos), e cargos de nível médio, como técnicos e auxiliares, é considerada (02 UR) como um dos elementos capazes de gerar dificuldades de relacionamento entre os profissionais.

Uma queixa importante é a falta de solidariedade entre colegas e pouco ou nenhum corporativismo entre os enfermeiros, inclusive em situações de conflitos com médicos (02 UR) entre outras queixas. Enfermeiros afirmam que o respeito mútuo reduz os conflitos entre os diferentes profissionais no local de trabalho. Há queixas, por exemplo, de que existem colegas que aceitam um cargo, que estava vago devido à recusa de colega em receber salário inadequado:

- GFE: “Em assembleia a gente decidiu que as pessoas com cargo de RT (Responsável Técnico) iriam devolvê-lo e a gestão teria que tomar uma providência, porque não podia ficar sem RT. As colegas entregaram (o cargo), por conta dessa decisão de categoria em Assembleia e [...] teve, em algumas unidades, outras colegas que foram lá e assumiram. Acho que é um exemplo muito grande de falta de ética [...]. Ou ainda, RTs que concordaram lá (na Assembleia) que iriam entregar (o cargo) e não entregaram”.

Os enfermeiros alegaram, nos grupos focais, que a ausência de pensamento crítico (10 UR) e a competitividade dentro da categoria, aliadas à imaturidade, e à necessidade de autopromoção (19 UR), de alguma forma promovem a quebra de promessas públicas de compromissos e respeito às decisões sindicais e a falta de solidariedade para com colegas que lutam por melhorias para toda a categoria.

O modo de agir e de pensar do líder surgem quando este faz escolhas e toma decisões no exercício da liderança. Percebe-se, portanto, fica exposto a conflitos, uma vez que o ato de decidir nem sempre é aprovado por colegas, que muitas vezes têm opiniões divergentes. Tais conflitos podem surgir também por arrogância ou por inexperiência. Às vezes, manifestam-se de forma destrutiva por

peessoas que almejam o poder de liderança, ou, ainda, pelo simples desejo de desqualificar os liderados em uma mera exposição de poder. E é nesse sentido que as escolhas dos líderes influenciam no controle das relações profissionais a fim de preservar sempre o respeito mútuo (MILTON, 2009).

Há, portanto, sérias dificuldades na comunicação entre enfermeiros (02 UR), o que dificulta a relação entre eles, a aceitação de normas e o comando, com a caracterização, em algumas vezes, do assédio moral entre colegas, da frustração com a escolha profissional e da insatisfação no e com o trabalho (05 UR), aumentando mais ainda os conflitos.

- GFE: “É assédio moral na horizontalidade da situação: são os próprios colegas enfermeiros que nos assediam moralmente. Às vezes é o auxiliar de enfermagem, também”.

A violência, quer horizontal, quer vertical, é descrita por Milton (2009) como atos entre enfermeiros que rompem com o respeito e maculam a confiança e a autoestima dos colegas. Pode se manifestar de várias maneiras: ofensas verbais, críticas a colegas, omissão de informações, entre outras. Para superá-la, Milton (2009) propõe que os enfermeiros em posição de liderança identifiquem precocemente esses conflitos e instituem formas racionais e elegantes de resolvê-los a fim de preservar os enfermeiros das ações desrespeitosas.

Conflitos éticos nas relações entre enfermeiros e gestores

Conflitos éticos são comuns em todas as organizações e seu gerenciamento é um desafio. Os conflitos entre profissionais de saúde, em especial, enfermeiros e gestores são desencadeados com muita frequência e por inúmeras razões (Quadro 3). Apesar da literatura não trazer trabalhos que abordem em profundidade tal relação, como resultado dos três grupos focais com enfermeiros, esta categoria surgiu e aqui é discutida. As mais frequentes motivações para as crises de relacionamento dizem respeito, segundo os resultados da presente pesquisa, à deficiência de assistência promovida pelos

parcos recursos humanos e materiais no sistema público de saúde (81 UR).

A abordagem dos conflitos exige tempo e disponibilidade não só do gestor, mas também dos enfermeiros, uma vez que muitos tangenciam às habilidades de comunicação e administrativas, aos parcos recursos financeiros e humanos. Provavelmente, a tarefa gerencial é mais fácil em uma organização privada, onde os recursos são maiores do que no sistema público e na qual os custos são focos de ação dos administradores e dos executivos da área de saúde que buscam redução de despesas, tentando manter, porém, a qualidade nos serviços prestados (NELSON; WEEKS; CAMPFIELD, 2008).

Autores apontam a estrutura administrativa como motivação para uma relação difícil entre enfermeiros e gestores; a falta de informações entre profissionais na ausência de um banco de dados unificado; e a interação limitada entre profissionais da mesma organização são outras causas para o desgaste da relação (BANKAUSKAITE; JAKUSOVAITE, 2006).

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)
Deficiência da assistência por falta de recursos humanos e materiais para os pacientes no sistema público. No serviço público há mais enfermeiros contratados que efetivos	81
Alto absenteísmo no hospital público	02
Desvalorização salarial	66
Rodízio frequente da equipe de Enfermagem entre setores prejudica a qualidade da assistência/gera insatisfação	61
Gestor prima pelo lucro em detrimento da qualidade da assistência	33
O enfermeiro no sistema público não tem a autonomia necessária para disciplinar a equipe de enfermagem	30
Más condições de trabalho geram angústia/revolta	26
Excesso de atribuições gerenciais prejudica a qualidade da assistência	23
Não há Comissão de Ética nas instituições	28
Gestor não acolhe as sugestões do enfermeiro	11
Más condições de trabalho levam ao adoecimento do enfermeiro	17
Enfermeiro se recusa a trabalhar sob más condições	09
Gestor negligencia queixas	11
Enfermeiro deve obedecer sem questionar/enfermeiro que se queixa é punido por retaliação	44
Enfermeiro presencia colegas que desperdiçam propositalmente material de menor custo e má qualidade	04
Gestor omisso/antiético/não conhece código	32
Enfermeiros devem pedir ordens por escrito para se proteger	10
Enfermeiro é obrigado pelos gestores a observar colegas e apontar suas falhas	02
Gestor não apoia/não protege enfermeiro	04
Gestor cobra resultados/incomoda	01
Gestor desconhece o papel dos membros das equipes	07
Enfermeiros assumem funções humilhantes	03
Enfermeiros temem perder emprego em instituições privadas e transgridem o Código de Ética	21
Enfermeiros assediados pelos gestores	29
Gestor obriga enfermeiro a fazer classificação de risco como se fosse acolhimento	48

Quadro 3. Conflitos éticos nas relações entre enfermeiros e gestores.

Fonte: Grupos Focais. Aracaju.

Ficou registrada nos grupos focais a insatisfação dos enfermeiros que vão se queixar aos gestores no serviço público sobre a escassez de recursos humanos: poucos médicos atuando, poucos enfermeiros efetivos no serviço público, em número menor que o número de profissionais com contratos temporários e em contrapartida, um número de auxiliares e técnicos de enfermagem além do considerado necessário.

A escassez de recursos aumenta a carga de afazeres dos profissionais e torna a assistência incompatível com o esperado pelos pacientes e familiares, o que gera tensão, aumenta os conflitos e prejudica a confiança nos trabalhos da equipe e a qualidade do serviço prestado (DELL'ACQUA, 2008).

Estudo de Gibson e Heartfield (2005) realizado na Austrália verificou que muitos dos enfermeiros não realizavam sua função, atuando, por vezes, como se fossem simples recepcionistas, criando dificuldades com gestores, médicos e pacientes. Os fatores identificados como limitantes de seus cuidados e fontes de conflito foram:

- falta de treinamento para a prática de enfermagem;
- falta de compreensão dos papéis de enfermagem por alguns médicos;
- preocupação dos médicos quanto às informações prestadas pelos enfermeiros aos clientes;
- indefinição de papéis;
- falta de padrões para a prática de enfermagem;
- custos da contratação de um enfermeiro;
- emprego informal.

Outra insatisfação apresentada na atual pesquisa diz respeito à escala de plantão, pois há mais médicos do que os que se apresentam

para o trabalho e isso gera desentendimentos entre gestores e enfermeiros, uma vez que esta categoria se sente, na ausência de médicos, mais sobrecarregada do que o habitual.

- GFE: “O hospital público é uma panela de pressão, é uma das coisas mais malucas da face da Terra [...], boa parte do problema é o dimensionamento. O absenteísmo é uma coisa que eu nunca vi em canto algum. Tem 15 pessoas na escala e apenas cinco estão lá de verdade. A assistência é péssima. Mas na escala está tudo certo”.

A sobrecarga de trabalho em grande parte dos hospitais públicos brasileiros, por sua vez, faz que procedimentos como higiene, alimentação, hidratação e conforto do paciente passem a ser, ainda que não de forma declarada, de responsabilidade dos familiares, o que afasta os profissionais de enfermagem da assistência integral ao paciente e gera problemas administrativos (DELL'ACQUA, 2008).

Outro aspecto, motivo de conflitos com os gestores é a defasagem salarial, que reflete desvalorização profissional (66 UR) e motiva a busca de múltiplos empregos, acarretando em carga horária acima do limite de cada um, com cansaço e baixo desempenho profissional que geram conflitos com a equipe e administradores dos serviços.

- GFE: “Por conta do salário baixo, (o enfermeiro) tem que ter dois, três empregos e acaba trabalhando de domingo a domingo, sem descanso e isso vai (gerar) cansaço”.
- GFE: “Normalmente, a gente não faz isso (abandonar o plantão antes de passá-lo para o colega). Mas chega uma hora de uma jornada (de trabalho) tão grande que fica a nosso critério não esperar... A gente chuta o balde: ‘Ah, o outro (o colega plantonista atrasado) está pensando o quê? O outro está defendendo o trabalho dele e está me atrasando! Eu vou embora! Aí passa o plantão para o técnico. Coisa que a gente não faz, [é] só um exemplo”.
- GFE: “Se você quiser fazer o trabalho direito, vai se arrepiar. [...] tem um excesso de carga horária, mas não é

só de um único trabalho, mas de outros. Uma hora vai dar problema com o gestor, uma hora vai dar [...], a gente faz coisas que são de um maluco”.

- GFE: “Nós somos técnicos e recebemos quase o salário do pessoal da limpeza [...] a gente só fica por causa da estabilidade que o serviço público oferece”.

Parece que os enfermeiros não percebem a incoerência de suas afirmações e das infrações éticas que cometem, justificando-as pelos baixos salários que recebem. Os dos grupos focais também afirmaram que, por conta dos rendimentos e da desvalorização de sua formação, se sentem desmotivados para investir em capacitação profissional, pois isso não traz repercussões positivas em seus salários, uma vez que as instituições pouco valorizam os títulos de cursos, quer *lato sensu*, quer *stricto sensu*.

- GFE: “Às vezes, você quer se qualificar, se qualifica [...] E, aí, eu também não vejo uma contrapartida do município, em acrescentar alguma gratificação significativa [...]. Nada em prol do seu conhecimento”.
- GFE: “Eu estou coordenando um serviço e tenho duas titulações e, no entanto, hoje o meu salário não é diferente de quem está entrando e fez só a graduação. Eu acho que deveria existir incentivos, até porque é um tipo de motivação para você se capacitar e fazer o seu mestrado e doutorado”.

Os profissionais ainda afirmaram que as instituições de saúde, por sua vez, por meio dos gestores, não se interessam em oferecer capacitações e treinamentos e, quando o fazem, é para um pequeno número de profissionais, que devem se comprometer em transmitir para os colegas aquilo a que assistiram nos cursos.

- GFE: “Antes, eles convocavam todos os profissionais, todos os enfermeiros, todos os médicos para a capacitação em um determinado assunto. E agora são vagas limitadas: três vagas para o município x; quatro vagas para o município

y e essas pessoas que vão é que são as responsáveis para repassar o que viram no curso. Pioramos. Não funciona”.

- GFE: “Como vou repassar o tema para os colegas? Eu não tenho domínio do assunto, muitas vezes não consigo tirar as minhas próprias dúvidas e como é que eu vou ensinar o que não tenho conhecimento? E aquele medo de se expor para os colegas? E se alguém fizer uma pergunta, o que eu vou responder?”.

Os enfermeiros dizem que esta é mais uma dificuldade que têm de enfrentar com os gestores: a limitação de vagas ofertadas para cursos e a obrigação de replicar o tema, que é uma estratégia que não satisfaz os profissionais. Os participantes dos grupos focais foram enfáticos citando que o cansaço, a desmotivação e a autoestima da equipe podem levar a baixo rendimento e estresse, que também podem ser desencadeados por conta dos conflitos que surgem com os gestores e isso é computado numa instituição privada como parte dos custos operacionais, tendo em vista que conduzem ao esgotamento e à rotatividade do pessoal. A depender do tempo gasto para resolução dos conflitos pode ser necessário contratar novos funcionários (NELSON; WEEKS; CAMPFIELD, 2008).

Os participantes da atual pesquisa têm a percepção de que os funcionários contratados temem perder seus empregos, por não terem a estabilidade do funcionário público, e, possivelmente por isso, se submetem a práticas humilhantes (03 UR), não especificadas, e às irregularidades demandadas por gestores no atendimento dos pacientes. Os contratados, portanto, não se queixam e, por conseguinte, não incomodam a direção dos serviços.

- GFE: “Por enquanto, a gente acaba tendo que se submeter a certas situações devido à falta de profissionais. Então, o gestor tem medo de perder os poucos profissionais que têm [...] e acaba exigindo que a gente (enfermeiros) faça coisas que não são para fazer”.
- GFE: “Já fui chamada lá na coordenação, quer dizer, eu já comecei a incomodar, por causa das queixas que faço

todo dia. Comecei a incomodar! Daqui a alguns dias vão me tirar de lá! [risos de todos]”.

- GFE: “O funcionário bom é aquele que não reclama, não é? Vê as coisas erradas e fica calado”.

A falta de material também compromete, segundo os participantes da pesquisa, o desempenho deles e a assistência aos pacientes e se transforma em motivo de insatisfação com o gestor.

- GFE: “O paciente chega, algumas vezes, para fazer um curativo, para fazer uma retirada de pontos e não pode fazer, porque não tem material. Falta luva, gaze e até água corrente. A dentista deixa de trabalhar porque não tem água no posto, pode?”

Outra queixa é a postura arbitrária dos gestores municipais ou estaduais que mudam os profissionais de seus locais originais de trabalho, removendo-os para outras equipes, alterando o ritmo do trabalho, ou, ainda, dentro do mesmo serviço. Os enfermeiros apontaram o rodízio (61 UR) a que os gestores os obrigam, entre as diversas alas de um hospital a cada mês, às vezes até mais amiúde, como um dos vilões que obstaculizam o profissional no vínculo com a própria equipe e os pacientes, uma vez que, na percepção deles, prejudica a qualidade da assistência e gera muita insatisfação, já que os profissionais se sentem desrespeitados em suas afinidades nas especialidades.

- GFE: “(O enfermeiro) tem que entender de tudo. Não adianta dizer (ao gestor) que tem mais afinidade com aquele setor... Você vai ter que aprender a trabalhar com tudo”.
- GFE: “É um absurdo. Que ódio disso! É... tem uma equipe e um enfermeiro. No próximo mês, mistura tudo. Muda tudo, (o enfermeiro) não cria vínculo com aqueles pacientes, o enfermeiro quando consegue (conquistar) a equipe, já é outra equipe...”.

- GFE: “Eu acho que (o rodizio) é um ponto negativo. Pode até mudar, mas que seja de seis em seis meses, de ano em ano. Mas toda hora? Isso é um prejuízo ao paciente e um desgaste para a equipe também... para todo mundo”.
- GFE: “Tem pacientes que ficam meses (hospitalizado) e a gente o vê duas semanas e nunca mais. Ai, já é um outro enfermeiro. A enfermagem, que deveria ficar mais presente, já não fica o quanto devia”.
- GFM: “Essa rotatividade compromete o entendimento com a equipe. Equipe é um time. Tem que ter entrosamento. Tem que ter esse intercâmbio. É difícil... Compromete com os pacientes também”.
- GFE: “O gestor (ao fazer rodízios) não está preocupado com a qualidade da assistência”.

Minimizar riscos é tarefa de gestor. Os riscos físicos e psicológicos, promovidos pelas condições de trabalho dos profissionais da saúde, são, entre outros citados, de igual relevância (GARAT, 2005):

- 1) Riscos psicológicos, como conflitos interpessoais, mudanças de turnos, unidades de desempenhos, carga horária expressiva;
- 2) Riscos sociais, tais como aqueles decorrentes do abuso verbal, físico ou judicial.

Mudanças culturais, sociais, nas relações de trabalho, nas funções na prestação de serviço de saúde, afetam a satisfação pessoal e a motivação no desempenho profissional e interferem nas relações interpessoais, favorecendo conflitos, alterando a qualidade do serviço e da satisfação (GARAT, 2005).

Outra dificuldade com o gestor é a forma como o acolhimento é realizado nos serviços públicos de saúde. Os enfermeiros do grupo focal entendem que se trata apenas de uma classificação de risco sem efetivamente um acolhimento, como já abordado aqui (48 UR).

A classificação de risco é uma triagem para entender a prioridade do paciente, sendo que a classificação de um paciente abaixo do que ele realmente apresenta certamente lhe trará danos, inclusive irreversíveis, caso haja óbito ou incapacidade. A *over-triage* também causa malefícios, seja no ônus empregado sem real necessidade, seja ocupando o lugar de quem realmente necessite. Cabe, então, aprimorar por meio de treinamentos especializados e periódicos os médicos e enfermeiros para que realizem com rigor a triagem pré-hospitalar. Somente assim desenvolverão o senso crítico de justiça, ética emergencial e experiência na tomada de decisões (ERSOY; AKPINAR, 2010).

- GFE: “O acolhimento do hospital público [...] tem não sei quantas denúncias de que é feito pelo auxiliar e pelo técnico e nunca pelo enfermeiro”.
- GFE: “Fiz um relatório e coloquei lá que, baseada em um artigo que não me lembro mais, eu não ia mais fazer o acolhimento nos moldes que existia naquela unidade. Maldito acolhimento! [risos de todos]”.

Para os enfermeiros do grupo focal, os gestores desejam que eles obedeçam sem questionar, e acreditam que os que se queixam são punidos por retaliação (44 UR). Creem também que a ausência de comissões de ética nas instituições de saúde (28 UR) favorece as arbitrariedades de gestores e de funcionários transgressores.

- GFE: “Se você vai de encontro à ordem com a qual você não concorda, você vai ser punido. Isso é uma coisa que existe e vocês sabem”.
- GFE: “Não importa quem vão prejudicar, (os enfermeiros) têm que obedecer às ordens do sistema”.
- GFE: “Quem é contratado às vezes tem medo de ser demitido, quem é efetivo tem medo de ser transferido. E a gente vai fazendo o jogo, não é? Vocês sabem, para a gente conseguir trabalhar... Mas é complicado”.

Os enfermeiros da atenção básica, quando deparam com situações conflitantes com o gestor, colegas e/ou pacientes, fazem necessariamente reflexões sobre a ética nas tomadas de decisões, de forma a não provocar discórdia e ao mesmo tempo preservar sua integridade moral (LAABS, 2007). Os que participaram dos grupos focais consideram os gestores antiéticos e acreditam que eles não conhecem o Código de Ética (32 UR), os apontam como omissos e negligentes com as queixas que lhes chegam (11 UR) e afirmam ainda que eles assediam moralmente a equipe de enfermagem (29 UR).

Com a alta competitividade e instabilidade de emprego no mercado de trabalho, muitos profissionais sentem-se acuados quando pressionados de forma abusiva por chefes e ou colegas, e, por temerem o desemprego, submetem-se a situações que põem em risco sua saúde física e mental. Para os enfermeiros que são agredidos, há um sentimento de humilhação e de desvalorização profissional, caracterizando o assédio moral (PIMENTEL, 2007b).

- GFE: “O mercado de trabalho da gente está muito concorrido, está muito difícil e a gente tem contas a pagar, tem responsabilidades. Então, a gente se submete muito ao assédio moral, à infração ética, mesmo sabendo que está errado, por causa do nosso salário, porque a gente precisa”.
- GFE: “A gente tem dificuldade em fazer denúncias e tem dificuldade em apurar e comprovar o assédio moral. Isso é uma das principais dificuldades que o profissional, hoje, vem enfrentando, frente à ética. A gente está assumindo funções humilhantes que não era para a gente assumir, sujeito a processos éticos, sujeito a muitas outras coisas”.

Os enfermeiros acreditam também, que o gestor prima pelo lucro, em detrimento da qualidade da assistência (33 UR). Como retaliação, confessam que os enfermeiros propositalmente usam mais material do que o necessário quando este é de má qualidade e adquirido em função do baixo custo (04 UR).

- GFE: “até porque eu não sei se ele (o gestor) tem essa visão do que seja qualidade da assistência”.
- GFE: “O grande problema da administração hoje é que se administra a saúde como se fosse um supermercado para venda de produtos alimentícios. É isso aí: números, lucro”.
- GFE: “Nós sabemos que, às vezes, um centavo na compra de 10.000 seringas faz diferença econômica por um lado, mas compromete bastante a qualidade da assistência, porque compram uma seringa da pior qualidade. Tudo pior por causa de 10 centavos”.

Inquestionável que o enfermeiro é aquele que orienta melhor sobre quais os recursos apropriados para a assistência, e se o gestor trocar conhecimentos com este profissional irá viabilizar custos e resolver problemas que surgem no contexto do dia a dia (GIBSON; HEARTFIELD, 2005). Os enfermeiros queixam-se, na atual pesquisa, que o gestor não acolhe as sugestões oferecidas por eles (11 UR) no que diz respeito à compra de material usado nas instituições.

- GFE: “Você vai fazer um curativo pequeno e pega um frasco de soro de 500 ml, quando poderia estar usando um soro de 100 ml. Mas, se o enfermeiro for argumentar com o administrador sobre a licitação, vai ouvir que ele está entrando numa área que não é a sua”.
- GFE: “Mas, no momento em que está percebendo o prejuízo, chamam o enfermeiro para saber como está gastando”.
- GFE: “O administrador não vê isso, ele vê números. Sabe o que a gente faz? Produto ruim a gente gasta mais e dá mais prejuízo [risos de todos]. Tem que mostrar (para o gestor) que aquela compra é prejuízo!”.

Os enfermeiros não percebem a forma equivocada com a qual tentam chamar a atenção dos gestores para certos problemas e dificuldades de comunicação, promovendo, eles mesmos, mais danos ainda ao erário, ao gastar mais material do que o necessário em um

sistema que já é carente de recursos materiais, constituindo em ato irresponsável com a coisa pública.

Os profissionais da atual pesquisa afirmaram que no sistema público de saúde não têm a autonomia desejável e necessária para disciplinar e liderar uma equipe de enfermagem, uma vez que os funcionários rebeldes e indisciplinados são efetivos (30 UR) e não têm medo de perder o emprego frente à estabilidade adquirida e, portanto, não seguem regras. Acreditam que estes são paradoxais, pois as mesmas pessoas atuam de uma forma inadequada no serviço público e são exemplares no serviço privado.

O maior desafio para o enfermeiro, quando em cargos administrativos e gerenciais, é a qualidade do atendimento limitada por recursos. Neste caso, a saúde da comunidade depende da responsabilidade desses gestores. Fornecer o sustento necessário para os cuidados e o bem-estar é agir dentro dos preceitos éticos do código de enfermagem (ESTERHUIZEN, 2006; FREITAS; OGUISSO; MERIGHI, 2006b). Um trabalho administrativo adequado e ético requer investimentos materiais e humanos com condições adequadas de trabalho e todos comprometidos com a meta institucional de garantir segurança e respeito pelos direitos dos pacientes e dos profissionais (FREITAS; OGUISSO; MERIGHI, 2006b).

A grande carga horária, os salários baixos, o excesso de atribuições no trabalho, a falta de recursos materiais e humanos são, a partir da percepção dos enfermeiros, más condições de trabalho, que geram angústia e revolta (26 UR) e que criam muitas dificuldades com os gestores e culminam, algumas vezes, em embates quando os enfermeiros se recusam a trabalhar em condições precárias (09UR).

Percebe-se, portanto, que são muitas as variáveis que interferem na qualidade do trabalho e nas relações dos profissionais com gestores. Situações de precariedades e falta de recursos tornam as relações e os conflitos com gestores mais tensos, como é percebido neste estudo e em outros (CLARK; COTT; DRINKA, 2007; GAUDINE et al., 2011b).

São direitos do trabalhador da saúde desfrutar de condições dignas de trabalho; justa redistribuição de salário igual para trabalho igual; a proteção contra demissão sem justa causa; participar de atividades sindicais; desfrutar dos benefícios da segurança social; dentre outros. Assim, inclui o direito de todos terem a oportunidade de ganhar a vida mediante o trabalho escolhido ou aceito e que os membros da equipe de saúde tenham compensação financeira pelo seu trabalho visto (GARAT, 2005).

Os enfermeiros queixam-se ainda do excesso de atribuições gerenciais que, na percepção deles, prejudica a qualidade da assistência (23 UR), e de que são solicitados pelos gestores a observar colegas com o único objetivo de apontar suas falhas às instâncias superiores, criando clima de desconfiança (02 UR), ou ainda se vêm sem autonomia e premidos a fazer e dizer coisas sem critérios ou respaldos, nas quais não acreditam. A equipe de saúde deve ter liberdade para agir com independência e qualidade. Nenhuma circunstancia que não seja baseada em critérios científicos pode colocar limitações sobre o exercício da liberdade profissional (GARAT, 2005).

Enfermeiros disseram nos grupos focais que uma forma de se defender de processos disciplinares no Conselho de Enfermagem contra desmandos de gestores, solicitações inadequadas e a necessidade de cumpri-las é pedir que as ordens sejam dadas por escrito (10 UR).

Gestores, do ponto de vista dos pesquisados, desejam e cobram apenas resultados (01 UR), ainda que os enfermeiros reconheçam também que cobrar faz parte de suas atribuições, mas que estes não reconhecem as suas, ou seja, os gestores desconhecem o papel dos membros das equipes (07 UR) e talvez por isso não os respeitem, solicitando tarefas extraordinárias às suas funções. Enfermeiros afirmaram também que quando existem repercussões negativas às suas ações, os gestores não os apoiam nem os protegem (04 UR).

- GFE: "O sistema nos faz mentir para o paciente e falar em fluxo para os mais exigentes ou exaltados. Isso é antigo! São anos e não é só no lugar em que trabalho. Existem

alguns fluxos que são inexistentes, mas há uma promessa, por parte da direção, diante das imensas filas de espera para consultas ou exames especializados”.

A instrução dos gestores é que se crie um livro e se registre os dados e os exames dos pacientes e que eles monitorem e respeitem o fluxo.

- GFE: “Os seus (pacientes), coitados, que plantaram no interior alface e vieram para uma referência (consulta com um especialista), só com o dinheiro de comer, não vão conseguir fazer a consulta nem os exames especializados. Mas estão na lista, aguardando. E aí você está alimentando uma lista que você sabe que não vai sair do papel. Mas você não tem como brigar com o sistema para dizer: ‘isso não existe!’”
- GFE: “Ultimamente estou quebrando as regras, chamando o paciente e dizendo: ‘Olha, a situação é essa, o município não contrata profissional, vá para o Ministério Público. O senhor, se não for cuidado, vai perder a sua perna, ter uma infecção generalizada e pode até morrer’”.

Uma ameaça ou perda de valores pode ocorrer no ambiente de trabalho quando os profissionais de saúde se veem frustrados diante de uma situação em que não podem oferecer para seus pacientes aquilo que desejam (GABEL, 2011). Percebe-se que a falta de apoio psicológico é sentida principalmente pela equipe de enfermagem, que precisa saber como lidar com pessoas vulneráveis com sua condição de saúde e consigo próprio (DELL’ACQUA, 2008; GIBSON; HEARTFIELD, 2005).

As más condições de trabalho, o cansaço e a desesperança de mudanças frente a gestões pífias levam ao adoecimento destes profissionais (17 UR), com inevitável índice de absenteísmos (02 UR).

- GFE: “Meu casamento estava indo para o *beleléu* [morrendo]. É muito difícil, porque eu achava que estava dando uma prova de amor trazendo mais dinheiro para casa numa fase em que o meu esposo estava ganhando menos. [...]”

só que não é assim. O homem não vê a prova... O homem quer a presença da esposa em casa, enquanto dona do lar, enquanto companheira, enquanto mulher. E você não consegue [...]. Os filhos começam a ter problemas (pela ausência da mãe) e eu tive que levar o meu para a psicoterapia”.

O *burnout*, que em português significa esgotamento, é um tipo de síndrome que possui basicamente três componentes: exaustão, despersonalização – resposta insensível aos pacientes – e um senso de ineficácia nos locais de trabalho. Alguns tipos de ambiente de trabalho contribuem para esse desgaste: sobrecarga, falta de mecanismos de controle, ausência de protocolos, baixos salários, ausência de justiça e valores conflitantes (PIMENTEL, 2005; GABEL, 2011). Os autores afirmam também que aqueles que trabalham em más condições, por falta de uma boa administração gerencial se veem premidos a fazer escolhas e renúncias, em algum momento, para poder sobreviver e assegurar saúde física e mental.

- GFE: “Era uma realização minha estar trabalhando ali com aqueles pacientes e eu tive que abdicar para ver e ter a minha família... ou iria vê-la se destruindo totalmente pela minha ausência”.
- GFE: “A gente gosta de trabalhar correto, quer fazer a coisa correta... E, às vezes, a gente passa do humano, o corpo não aguenta, você não suporta e aí você vê: ou você faz ou você não faz. Se você for pensar no financeiro, você não vive, não vai ter família. E aí vai virando uma bola de neve, sem qualidade de vida nenhuma”.

E quando, por excesso de trabalho e de vínculos, se veem obrigados a renunciar, os profissionais de saúde vivem conflitos, porque gostam do hospital privado, que oferece melhores condições de trabalho e paga mais, porém não existe a efetividade do cargo, o que o torna praticamente invulnerável a demissões, como no serviço público. Enfermeiros, portanto, temem a instabilidade do emprego em instituições privadas (21 UR).

Os profissionais de saúde, por encontrarem-se engajados em diversos tipos de instituições (como hospitais e clínicas), assumem

diversos compromissos e podem, diante deles, se ver decepcionados, ora com os gestores e condições de trabalho, ora com o retorno financeiro, e muitas vezes os valores éticos são pensados em último plano (GABEL, 2011).

- GFE: “E eu tive que decidir o que é que eu ia fazer, de onde é que eu ia sair. Depois eu fui pensar no meu futuro: se eu fico servindo na clínica (privada), pode ser que amanhã eles não me queiram mais. Optei pelo público [risos de todos]”.

Para se manter a integridade moral em face do conflito, os profissionais de saúde devem encarar e avaliar as ações tomadas para gerenciar problemas de relacionamento com gestores e demais membros da instituição, inclusive a própria equipe, de sorte que seus valores e crenças não sejam comprometidos, e evitar diferentes graus de sofrimento, como a dúvida, o pesar, a indignação ou a frustração ao sofrer imposições e restrições externas (LAABS, 2006).

De acordo com a Declaração Americana dos Direitos Humanos e Deveres do Homem, toda pessoa tem direito a condições dignas de trabalho. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconhece esses direitos e acrescenta que, para que um trabalho seja executado de forma justa e favorável, são necessários, além de segurança, higiene no trabalho, saúde física e mental, melhoria em todos os aspectos da saúde ocupacional e meio ambiente, dentre elas, prevenção e tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outros (GARAT, 2005)

Muitas vezes a ética tem sido percebida como comportamento educado. Mas, quando é medida de acordo com as consequências das ações, a interligação entre a ética, a qualidade, a moralidade e a eficiência tornam-se evidentes. Se os profissionais entenderem que a saúde de baixa qualidade é igual à saúde antiética, muitos problemas não ocorrerão (BANKAUSKAITE; JAKUSOVAITE, 2006).

Enfermeiros devem analisar sua própria atuação e a forma como lidam com os conflitos éticos que aparecem em seu local de trabalho

e traçar uma linha de atuação, para que possam melhor administrar os eventuais conflitos que surgem em seu cotidiano e nas relações trabalhistas (LAABS, 2007). A função daquele que é hierarquicamente responsável pelo grupo é prestar apoio, encorajamento e estímulo para a carreira profissional e mostrar a importância e contribuição do enfermeiro para as práticas de saúde. Há, portanto, a necessidade de um quadro de orientação inclusiva, a fim de delinear os papéis do enfermeiro, pois é notória sua contribuição na prática de saúde (GIBSON; HEARTFIELD, 2005).

Autores sugerem a abordagem proativa constituída por cinco pontos diante de conflitos éticos que envolvem algumas vezes a insatisfação nas relações entre profissionais de saúde e gestores: identificar as questões éticas recorrentes; estudar os problemas éticos no sistema; desenvolver protocolos de condutas para orientação das equipes e dos gestores; propagar os protocolos por toda a organização, para que todos os funcionários estejam cientes e fiscalizar se estão sendo cumpridos, minimizando os conflitos. Essa abordagem traz mais segurança ética e satisfação pessoal e dificulta a ocorrência de estresse, perda de tempo e geração de conflitos (NELSON; WEEKS; CAMPFIELD, 2008).

Um dos importantes atributos de gestores diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de compor as equipes de serviço. É desafiador manter equipes com interesses divergentes e distribuir de forma equitativa os poderes, delegando funções e mantendo o equilíbrio das forças internas, de sorte que não haja comprometimento do fluxo administrativo e do desempenho gerencial, fomentando, incentivando e criando perspectivas de crescimento coletivo. Isso só é possível se houver respeito lado a lado, com sólida relação de confiança estabelecida em torno de propósitos comuns (GUERRA et al., 2011).

É dever, portanto, dos gestores e da equipe de saúde trabalhar para alcançar a liberdade ética, profissional, científica e econômica da saúde. O profissional de saúde tem direito a um tratamento digno baseado em relações harmoniosas e de respeito. As instituições de saúde devem promover proteção e segurança aos seus membros, bem como garantir os princípios de solidariedade e responsabilidade

social. Soma-se a isso as condições dignas e justas de trabalho, salários adequados e medidas preventivas de riscos e danos. O Código de Ética da Associação Médica da Argentina afirma que os membros da equipe de saúde têm o direito de ser tratados de forma justa pelas instituições onde trabalham e que devem manter entre eles uma relação ética, solidária e harmoniosa (GARAT, 2005).

O ensino da ética e a formação dos enfermeiros para o enfrentamento dos conflitos

É senso comum discorrer sobre o valor do ensino da ética como ferramenta de fundamental importância para os profissionais de enfermagem enfrentarem e administrarem conflitos de ordem ética e moral em sua prática cotidiana (Quadro 4).

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)
Formação não ajuda a resolver conflitos	12
Enfermeiros não conhecem o Código de Ética	20
Profissionais que ensinam a ética não evoluíram	30
Tema ética não é valorizado/tem pouco espaço nos currículos	08
Professores de ética são marginalizados	06
Estágio ajuda no aprendizado sobre legislação	03
Escolas ensinam código de ética desatualizado	06
Professores desconhecem o código	27
Professores não são exemplos éticos	09
Profissionais despreparados para ensinar	03
Temas mais trabalhados na graduação são aborto e eutanásia	07
Alguns só se interessam pelo Código de Ética após a graduação	07
O profissional conhece o Código mas não conhece as resoluções/na graduação não se ensina legislação	11
Dissociação entre teoria, técnica e prática	06
Não se lembram de ter estudado ética na graduação ou não tiveram acesso ao Código na escola	06
Apenas a graduação do enfermeiro valoriza a interdisciplinaridade	03

Quadro 4. O ensino de ética na enfermagem e a formação para o enfrentamento dos conflitos.

Fonte: Grupos Focais. Aracaju.

Estudos realizados sobre a utilização da ética na prática de enfermagem revelam que os profissionais não sabem lidar com os dilemas éticos que lhes aparecem no cotidiano por não conseguirem separar os valores pessoais dos profissionais. Parte desta questão tem origem na graduação, que ofereceu poucos recursos no campo e pouco ou nenhum treinamento para o enfrentamento e a resolução de conflitos (CASTERLÉ et al., 2008; KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

Chama a atenção nos resultados dos grupos focais a forma avaliada pelos profissionais que justificam, na percepção deles, a falta de ética dos enfermeiros, por fracasso do ensino da ética na graduação. Afirmaram que percebem que o Código de Ética avançou conforme novas demandas e necessidades, porém profissionais que ensinam ética não evoluíram (30 UR) e são despreparados para o ensino (03 UR), até porque lhes falta a prática, uma vez que são, na maioria, apenas professores e não têm mais exercício clínico, o que os torna distantes da realidade das práticas e demandas atuais. Possivelmente, a dissociação entre teoria, técnica formal e a prática, apontada por eles na atual pesquisa, deva-se a isso também (06 UR).

Siqueira (2008b) alerta sobre o modelo cartesiano de ensino que privilegia um saber fragmentado e algumas vezes desconexo, cujos professores resistem às propostas de mudanças.

- GFE: “A graduação? Ela contribuiu, porém não como desejamos, pois durante a formação a gente não entra na lógica que é a vida real. Quando eu termino o curso, no meu primeiro dia, no meu primeiro conflito, eu penso [...] ‘E agora? Como assim? Que faço? Eu não aprendi isso aqui na faculdade. Eu não aprendi como gerar resolução e solução de conflitos’. A faculdade não tem isso”.

A saúde passa por transformações que exigem dos enfermeiros adaptação para melhor atender às necessidades da sociedade. Autores apontaram falhas no ensino devido a distanciamento entre a teoria e a execução da prática e argumentaram sobre a importância de se preparar alunos conscientes das necessidades da saúde,

diminuir a divisão entre teoria e prática e aproximá-los da produção da saúde como sujeitos críticos e autocríticos (SIQUEIRA, 2008b; SIQUEIRA JÚNIOR; BUENO, 2006).

A enfermagem cada vez mais convive com dilemas éticos que fazem os profissionais refletirem sobre suas decisões para ter como meta principal garantir o bem-estar dos pacientes. Para tanto, não basta simplesmente adquirir técnicas e desenvolver sua prática com o conhecimento científico, mas é preciso também atentar para boa formação ética (CASTERLÉ et al., 2008).

Uma educação ética eficaz dos profissionais é a melhor forma de prevenir ou corrigir eventuais conflitos na prática. A formação, portanto, proporciona conhecimento dos princípios da ética e desenvolvimento de aptidões para identificar, apreender os valores pessoais e instituir decisões baseadas nestes princípios. Os profissionais que tomam suas decisões baseadas nos preceitos e valores éticos diminuem a angústia moral e o sentimento de incapacidade no cuidado dos pacientes; torna-se mais fácil tanto identificar os problemas éticos como resolvê-los (LANG, 2008). Outrossim, há queixas de que os próprios professores não estão preparados para o ensino (03 UR); desconhecem o Código de Ética (27 UR); ensinam um código desatualizado (6 UR); que não são exemplos éticos (9 UR), o que agrava e compromete a qualidade do ensino.

Outros enfermeiros na atual pesquisa afirmaram que sequer se lembravam de ter estudado ética na graduação ou de terem tido acesso ao Código (6 UR) ou à legislação pertinente a ele (11 UR). Isso também talvez justifique o número de conflitos éticos presentes na prática dos enfermeiros.

- GFE: “São questões éticas que nem eu tenho algumas respostas. Não sei se pela deficiência do tema na época da universidade ou se por falta de interesse. Nem eu tinha maturidade na época”.

Estudos compararam a proporção de enfermeiros que receberam a educação ética em relação aos profissionais de outras áreas. Foi

percebido que apesar de ser a classe que mais tem contato com os pacientes, representou também a com menor percentagem entre os que tiveram a educação ética (LANG, 2008). Com vinte citações, os enfermeiros afirmaram que não conhecem o Código de Ética de sua categoria. Os profissionais que se lembraram de ter cursado alguma disciplina sobre o assunto na graduação afirmaram que era orientada a tratar, basicamente, dos temas aborto e eutanásia (07 UR); ocupava pouco espaço no currículo e não era valorizada (08 UR); nem tampouco seu professor (06 UR).

- GFE: “São preocupações com o aborto e a eutanásia, porém só nos aspectos filosóficos, a parte moral em si, porém as consequências ético-legais não são vistas”.

Falam, entretanto, sobre um aspecto positivo da graduação do enfermeiro que os deixa em vantagem com relação a outros profissionais e favorece a resolução dos conflitos de relação: a valorização da interdisciplinaridade (03 UR), não percebida por eles na formação médica, sendo, por isso, motivo de queixas. A formação de grupos na realização de tarefas é algo essencial, em especial no campo da saúde, que necessita da interdisciplinaridade para melhor prestar o cuidado assistencial. O enfermeiro como coordenador de grupos desenvolve ações assistenciais, gerenciais e de pesquisa. Nesse sentido, é importante proporcionar durante a formação acadêmica o conhecimento específico para compreender, organizar e coordenar grupos, a fim de estabelecer melhor relacionamento entre os indivíduos que o compõe (MUNARI et al., 2005).

Referem que apenas no estágio é que o aluno começa a se interessar pelo Código de Ética e pela respectiva legislação (03 UR), e que alguns profissionais só percebem a importância disso após a graduação (07 UR), concluindo que a formação deixa a desejar e que não prepara adequadamente o profissional para a resolução dos conflitos que surgem na prática (12 UR).

- GFE: “Normalmente não prepara o profissional, mas colabora, sem dúvida!”.

- GFE: “A gente vê essa disciplina no início do curso, não é? E, às vezes, a gente não está, digamos, amadurecido o bastante para valorizar, nem ela e nem o professor”.
- GFE: “Eu tinha uma professora de ética (da qual) a gente se cansava, dela e da aula. A gente cochilava [risos e acenos de cumplicidade do grupo] e ficava questionando ‘para que essa aula mesmo?’”.
- GFE: “Imagina, a minha faculdade era de freira. A (disciplina) ética que eu tive há 34 anos atrás, sinceramente, não valeu de nada [riso de todos], porque era um negócio voltado para a religião”.
- GFE: “A disciplina no meu curso de enfermagem foi de trinta horas, que eram divididas entre Psicologia e Ética. Como você vai trabalhar em trinta horas Psicologia, a Lei do Exercício Profissional, seu Decreto regulamentador e o Código de Ética?”.
- GFE: “Eu acho que colabora, mas em determinados momentos, a gente tinha que ter uma assistência maior da parte da (disciplina) Psicologia [...] para a gente sair de determinados conflitos e, no entanto, o que eu vi de Psicologia foi só Freud [risos de todos] [...]. A Psicologia podia estar melhorando alguma coisa na minha vida profissional”.

A falta de oportunidade nos cursos de enfermagem em proporcionar aos alunos o autoconhecimento, instigando-os a se preocuparem em refletir sobre suas atitudes éticas nas experiências práticas, os torna profissionais sem capacidade para lidar com conflitos e dilemas que surgem em seu cotidiano.

Autores observaram que em vários países os enfermeiros utilizam uma prática convencional e não são adeptos às transformações que exigem novos questionamentos éticos. Com isso, esses profissionais não desenvolvem o senso crítico e continuam a embasar-se em métodos convencionais na tomada de decisão, não investindo na criação de novas formas éticas para resolver seus problemas.

A inovação é necessária para garantir o bem-estar dos pacientes utilizando o diálogo, a reflexão crítica e a criatividade como ferramentas para ajudar os pacientes a minimizar seus próprios problemas (CASTERLÉ et al., 2008).

O mercado de trabalho encontra-se cada vez mais carente de profissionais com discernimento para lidar com situações conflituosas, o que prejudica sua capacidade de se relacionar e desenvolver trabalhos em equipe. Tal fato está intimamente relacionado à formação de profissionais com conhecimento em técnicas, porém sem dar importância aos momentos de reflexão sobre as atitudes e ao modo de agir diante de eventuais conflitos (SOARES; BUENO, 2006).

Na Faculdade de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro (FENF/ UERJ) e na Faculdade de Enfermagem vinculada à Faculdade de Medicina de Marília, ao reconhecerem as falhas na formação profissional dos enfermeiros, decidiram repensar a organização curricular dos alunos e também implementar a Pedagogia Problematizadora, que permite aos alunos tornarem-se sujeitos críticos e com maior capacidade reflexiva sobre suas próprias ações e portanto suscetíveis a mudanças (SIQUEIRA JÚNIOR; BUENO, 2006; SOUZA et al., 2007). A educação tem o intuito de tornar os indivíduos mais humanos mediante um ensino planejado que priorize fatores essenciais para a obtenção do conhecimento científico, levando em consideração as experiências individuais de cada um na sociedade (SIQUEIRA JÚNIOR; BUENO, 2006).

Com a Pedagogia Problematizadora percebe-se melhores relações interpessoais entre todos os sujeitos envolvidos no trabalho hospitalar e os alunos respondem às atitudes éticas de seus docentes com respeito mútuo. São valorizadas a autonomia e a individualidade, com o desenvolvimento do senso crítico e reflexivo necessários para induzir importantes transformações em cada discente e adquirir capacidade de resolução de conflitos (SOUZA et al., 2007).

Diante de situações novas e desafiadoras, o medo é despertado e, inicialmente, a sensação maior é de impotência. É importante,

portanto, que os estudantes sejam treinados para lidar com o inesperado, para que consigam tomar as decisões adequadas. (SIQUEIRA JÚNIOR; BUENO, 2006). Autores apontam os fatores que mais despertam medo e insegurança, mesmo entre aqueles que afirmam ter maior habilidade técnica em determinada área de atuação: falta de conhecimento científico, dificuldade no relacionamento interpessoal, abandono dos professores e conflitos de relacionamento. Com isso, afirmam a necessidade dos cursos de enfermagem em aprofundar o conhecimento científico e aprimorar a capacidade de relacionamento interpessoal na formação dos futuros profissionais, para que saibam lidar com situações de conflito e desenvolvam, de fato, uma assistência integral (SOARES; BUENO, 2006).

Denúncias ao COREN e processos ético-profissionais

Na categoria “denúncias ao COREN e processos ético-profissionais” foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: enfermeiros têm dificuldade de fazer denúncias no COREN contra colegas (01 UR); COREN nem sempre acata as denúncias/ COREN é desacreditado/ não dá *feedback* das denúncias e portanto não estimula novas denúncias (12 UR); enfermeiros pedem parecer técnico ao COREN (18 UR); COREN deveria dar cursos de ética (15 UR).

Os tipos de processos contra os enfermeiros no COREN são, segundo a percepção dos enfermeiros, por insubordinação (01 UR); por deslealdade dos colegas (03 UR); *ex-officio* (01 UR); por atender demandas inadequadas dos gestores (05 UR); por conflitos diversos (07 UR); por exercício ilegal da medicina (09 UR); por dívidas com o COREN (15 UR).

O corporativismo entre enfermeiros é revelado no pudor em fazer a denúncia contra um colega, como se manchassem a honra da categoria, mesmo se tratando de maus profissionais. Afirmam, entretanto, que isso não é impedimento para que as mais variadas queixas sejam feitas por alguns colegas no COREN, às vezes por motivos banais e por exercício constante de intolerância. Afirmaram que muitos não se sentem motivados a denunciar porque ficam

expostos aos denunciados, podendo sofrer, segundo afirmam, retaliações. O COREN, por sua vez, do ponto de vista dos pesquisados, é inepto e não toma posições nem oferece um retorno sobre as ações fiscalizadoras e regulamentadoras frente àquelas denúncias.

As retaliações por denúncias podem ser de cunho pessoal, mas também gerencial. Nos conflitos entre enfermeiros e gestores, muitas vezes os primeiros solicitam parecer técnico ao Conselho por não concordar com posicionamentos e demandas administrativas que não consideram de sua competência e pedem intervenção do Conselho para dirimir posições e medidas.

Por fim, acreditam que o COREN não honra seu papel, com atuações ineficientes, e sem oferecer cursos específicos sobre ética profissional, o que seria muito desejável, na ótica dos participantes dos grupos focais.

Percepção dos enfermeiros sobre as condições desfavoráveis para o enfrentamento dos conflitos

Quanto às condições desfavoráveis para o enfrentamento dos conflitos, os enfermeiros apontaram poucos enfermeiros contratados, gerando sobrecarga de trabalho (134 UR); enfermeiros em exercício ilegal de atividades privativas de médico por pressão de gestor (10 UR); exercício ilegal por curiosidade ou desejo de aprender (15 UR); más condições de trabalho (87 UR); Responsáveis Técnicos inexperientes (13 UR); desconhecimento de deveres e direitos (02 UR); graduação precária (17 UR); que escolas que não evoluíram (06 UR); ausência de interesse e tempo para os estudos (10 UR); que sindicato não evoluiu/ é despreparado (12 UR); que conselho não evoluiu (05 UR).

Enfermeiros nos grupos focais foram enfáticos quando descreveram as condições que consideravam desfavoráveis à manutenção de boas relações entre profissionais, com pacientes e ainda com gestores. Apontaram aspectos tais como o baixo número de profissionais contratados pelos serviços de saúde, o que gera sobrecarga de trabalho (134 UR) e que efetivamente interfere na qualidade das

relações interpessoais que se estabelecem favorecendo conflitos éticos, tema já abordado anteriormente nesta tese.

- GFE: “Por causa dos poucos profissionais nas instituições o enfermeiro faz 30% de seu tempo na assistência e 70% do tempo vai para a gerência, a administração. E assim eu não consigo fazer a assistência direito, muito menos supervisionar quem está dando a assistência. Mas isso (falta de recursos humanos) é em qualquer hospital, seja privado ou público”.
- GFE: “A Enfermagem está polarizada. Os profissionais já saem (da faculdade) sabendo que serão ‘enfermesas’ e não enfermeiras. Estou usando o feminino para poder ficar legal [enfermeiras de mesa, em alusão à burocracia] [risos de todos]”.
- GFE: “Eu acho que o grande desafio hoje, eu viro e volto e digo, é administrar a equipe de Enfermagem, seja no público ou privado”.
- GFE: “Você tem uma equipe e é responsável por ela. É sua atribuição acompanhar para que haja uma assistência adequada, mas você não é patrão dela (a equipe), você não paga o salário dela. Mas você tem um patrão, seja o diretor do hospital privado ou a Secretaria da Saúde, no público. Então você tem cobrança dos dois lados... O enfermeiro acaba sendo o recheio do sanduíche e o pior é que nem é a parte boa... [risos de todos]”.

Outros estudos apontaram a mesma disparidade entre o tempo dedicado aos serviços burocráticos e o dedicado à assistência, ou seja, é motivo de reflexão este distanciamento dos enfermeiros no desempenho daquilo para o qual foram efetivamente preparados, ser cuidadores (HADLEY et al. 2007).

A insuficiência de recursos humanos é indicada por vários autores como uma das condições desfavoráveis ao relacionamento interpessoal entre os profissionais nos serviços, uma vez que promove sobrecarga de trabalho, com cobranças na divisão de tarefas e queixas dos usuários da saúde, contribuindo também para a falta de

humanização de assistência de enfermagem, implicando dificuldades na relação entre profissionais e entre eles e os pacientes com respectivos familiares (CHAVES et al., 2005; FERRAZ, 2008; JENKINS et al., 2006; LUNARDI et al., 2004; MONTEIRO et al., 2008).

Más condições de trabalho são elementos que surgiram nesta e em outras categorias e foram elencadas explicitamente como facilitadoras de conflitos (87 UR). A falta de recursos materiais em geral, em especial medicações e instalações inadequadas, foi apontada entre as más condições para o exercício profissional.

- GFE: "Você tem um único enfermeiro para cobrir quatro, cinco setores. Eu tenho que controlar para que não sumam os tensiômetros, o glicosímetro, tenho que achar o técnico do ar condicionado que quebrou, pedir o medicamento que faltou, correr atrás do médico para implorar que ele venha cumprir sua própria obrigação e venha ver um paciente, dar atestado de óbito a outro ou fazer declaração de morte encefálica. Não existe a assistência. Delega-se para o técnico de enfermagem a assistência. É ele que vai passar os pacientes para você, porque você termina desenvolvendo mais a parte administrativa..."

A segurança também é reivindicada na fala dos enfermeiros nos três grupos focais, na categoria más condições de trabalho, uma vez que estão muito expostos à violência de pacientes e familiares insatisfeitos diante da precariedade dos serviços de saúde, por falta de recursos materiais e humanos, principalmente nas instituições públicas. Todas essas questões trazem repercussões que culminam em má assistência e possíveis conflitos com colegas e pacientes.

Miedema et al. (2009) perceberam existir grande variedade de agressões sofridas pelos profissionais de saúde, como as ameaças verbais pelos pacientes e seus familiares, ou mesmo por colegas, comportamentos de desrespeito, ameaças físicas e perseguições. Concluíram também que certos fatores, tais como o gênero, os anos de prática clínica, o local de trabalho, influenciavam nesses encontros abusivos, de modo que mulheres, jovens e médicos rurais eram agredidos mais frequentemente. Portanto, os abusos nos

locais de trabalho são um fato preocupante e é fundamental que se garanta a segurança dos profissionais e, assim, se preserve sua satisfação com o trabalho (MIEDEMA et al., 2009).

Quando solicitados a falar sobre as condições consideradas desfavoráveis às relações interpessoais dos enfermeiros, estes trouxeram um núcleo de sentido que já havia aparecido em outra categoria, qual seja, o exercício ilegal da profissão de médico, por curiosidade ou por desejo de aprender (15 UR), a pedido ou por pressão de gestores (10 UR). Na falta de médicos, a equipe de enfermagem se vê coagida, algumas vezes, a atender as exigências do gestor e simultaneamente reduzir as demandas dos pacientes carentes de atendimentos, em um exercício ilegal da Medicina.

Portanto, são situações como essas, entre muitas outras, que envolvem enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que dificultam as relações interpessoais, criando perspectivas de danos aos pacientes com denúncias por graves infrações ao código de ética da categoria.

- GFE: “A assistência fica comprometida quando você trabalha com profissionais irresponsáveis [...]. Às vezes você consegue descobrir que algumas medicações não estão sendo feitas e quando você vai fazer a supervisão e começa a fazer algumas perguntas, você descobre que a equipe de enfermagem não fez nem comunicou que não conseguiu o acesso para administrar o medicamento. É um descaso com o paciente e que não acontece no serviço privado”.

Outros estudos apontam que os enfermeiros são mais negligentes ou se distanciam mais de suas funções em hospitais públicos, uma vez que no serviço privado há maior fiscalização e por isso lá trabalham com maior responsabilidade e promovem menos danos aos pacientes (HADLEY et al., 2007). É dever ético do profissional de enfermagem garantir assistência isenta de imperícias e sem danos aos pacientes, e é direito destes ter segurança de que os eventuais riscos serão evitados (FREITAS; OGUISSO, 2007).

Outro aspecto citado pelos enfermeiros como condição desfavorável às relações é o descontentamento com o fato de gestores escolherem como Responsáveis Técnicos (RT), pessoas inexperientes (13 UR). Enfermeiros mais experientes, menos vaidosos, geralmente declinam de convites para o cargo de RT, haja vista que os gestores solicitam, eventualmente, a realização de tarefas às quais os enfermeiros, em geral, não concordam por fugirem dos códigos de ética, o que justifica a escolha por alguém mais jovem, mais ambicioso profissionalmente, desejando ter visibilidade e, assim, mais submisso às demandas dos gestores.

Enfermeiros relataram, ainda, que os profissionais da área transgridem o Código por ignorância ou por inexperiência, inclusive do RT, uma vez que, às vezes, desconhecem completamente seus deveres e direitos (02 UR), e este fato compromete sua prática, já que determinadas situações poderiam ser evitadas se soubessem se posicionar, em termos de limites, papéis, ações e liderança.

- GFE: "O paradoxal é que é justamente o RT que deveria estar protegendo a sua equipe com relação às ações antiéticas, certo?"

Outros núcleos de sentido simultâneos a outras categorias surgiram como condições desfavoráveis às relações interpessoais conflituosas. Entre eles, o fato dos enfermeiros serem tecnicamente fracos em razão de uma graduação precária (17 UR); com escolas que não evoluíram (06 UR) e sem atualização, sem motivação, interesse e tempo para os estudos (10 UR). Por fim, os enfermeiros da atual pesquisa apontaram o sindicato (12 UR) e o conselho da categoria (05 UR) como despreparados e não tendo evoluído para atender às demandas dos profissionais. Acusam o sindicato de falta de empenho para melhorar as condições de trabalho e o salário dos profissionais, que acreditam estar aquém do que a categoria precisa e merece, entretanto reconhecem que lá existe espaço para discussões internas semanais da categoria. Por outro lado, apontam o Conselho Regional de Enfermagem como pouco receptivo às necessidades da categoria, no que tange a acolher as queixas e denúncias, investigar,

dar *feedback*, o que do ponto de vista dos enfermeiros daria maior credibilidade ao órgão, e, por fim, fiscalizar e orientar.

Percepção dos enfermeiros sobre as condições favoráveis para a resolução de conflitos

Na percepção dos enfermeiros as condições favoráveis à resolução dos conflitos são inexistentes (23 UR) e citaram como ideais apenas: estrutura adequada (03 UR); boa supervisão (02 UR); segurança, conhecimento e experiência (09 UR); postura adequada do enfermeiro (05 UR); identificar-se com o que faz (06 UR); conhecer direitos e deveres (03 UR); boa divisão de papéis, apontando como exemplo o SAMU, que para eles é o serviço mais bem estruturado em termos de divisão de papéis e de suporte (03 UR).

- GFE: “É muito bom trabalhar em um local onde há uma boa divisão de papéis e com protocolos estabelecidos: por exemplo, aspiração de vias aéreas. Isso é papel do médico ou do enfermeiro? Ou seria papel do técnico [risos de todos]? Criamos uma regra: é atribuição do enfermeiro, mas se o tubo está com rolha chamamos o fisioterapeuta. Funciona bem”.
- GFE: “Não gostaria de fazer uma outra coisa (como trabalho) de jeito nenhum, então, eu acho que um ponto favorável seria você ter certeza daquilo que você quer e do que é que você gosta de fazer. Tem profissionais que não tem o perfil para ser cuidador. Escolheram (a profissão) porque acham bonito...”

Caso não haja uma verdadeira identidade do profissional com aquilo que ele desenvolve no cotidiano, isso pode influenciar seu desempenho com repercussões para a assistência que oferece aos pacientes, para o ambiente de trabalho, para suas responsabilidades de cunho administrativo, a supervisão de equipe, a relação com gestores. E sem identidade poderá, também, gerar confrontos entre seu papel, o desempenho profissional e sua motivação diante da escolha profissional que fez, desencadeando conflitos éticos que envolvem sua relação com a equipe de trabalho de um lado e, do outro, os pacientes com os respectivos familiares (HADLEY et al., 2007).

Conflitos éticos dos médicos nas relações interpessoais e institucionais

Entre os conflitos éticos dos médicos nas relações interpessoais e institucionais foram identificados os conflitos existentes entre médicos e gestores dos serviços (291 UR); médico com colegas da mesma categoria (222 UR); médicos e enfermeiros (vide quadros adiante); médicos e demais membros da equipe (196 UR); médicos com pacientes e respectivos familiares (218 UR) e médicos com planos, cooperativas e seguros de saúde (46 UR), aspectos abordados mais adiante dentro das demais categorias.

O Código de Ética Médica e a formação para o enfrentamento dos conflitos

No que diz respeito ao Código de Ética Médica, profissionais admitem que muitos colegas cometem infrações graves por desrespeito (466 UR) ou desconhecimento (46 UR), porém os presentes nos grupos não se incluíram neste rol de transgressores (Quadro 5). Afirmam, com 217 UR, que há muitos colegas conscienciosos, modelos éticos e com retidão de caráter, que não aceitam acordos com a indústria, não corporativistas e que, quando percebem prejuízo para o paciente, não hesitam em denunciar. Às vezes, o médico tem que se confrontar com o que está fazendo: se aquilo é o correto, ou seja, se está agindo com profissionalismo; se a angústia que sente é por estar diante do que não é certo; e se seu raciocínio está adequado e é lógico, com processos cognitivos e tomadas de decisão com a melhor conduta (GOLUB, 2010).

Afirmaram, portanto, que muitos colegas são infratores, ou por ignorância sobre o próprio Código, o que lhes leva a uma ausência de conceitos e os priva de um entendimento sobre a relevância da manutenção de padrões éticos, ou por falha na formação e no caráter moral destes. Assim, afirma-se que o valor de uma formação familiar, que é o alicerce do caráter e da moralidade, aliada a uma graduação adequada, em que professores envidam esforços de reassegurar conceitos e comportamentos éticos, são fundamentais para a prática de uma Medicina com valores hipocráticos.

Subcategorias	Núcleos de sentido	Número de citações (UR)		
Formação ética para o enfrentamento dos conflitos	Falha na graduação para o preparo do profissional	124		
	Ética por educação familiar/pessoal / caráter	92		
	Ética sofre influência/depende da formação acadêmica	54		
	Não teve formação ética na graduação	32		
	Ética abordada de forma inadequada/superficial/em uma disciplina	31		
	Ética abordada em atividades extracurriculares	30		
	Médicos / professores comprometidos com a graduação	24		
	MEC (Ministério da Educação e Cultura) exige atualmente boa formação ética nas universidades	17		
	Boa formação ética na graduação	14		
Código de ética	Desconhecimento do código de ética	46		
	Desrespeito ao Código de Ética (466 UR)	Infração ao código de ética pelo médico: negligência / imprudência / imperícia / excesso de exames	266	
		Médico não denuncia colega (85 UR)	Não acredita no CRM	34
			Por corporativismo	22
			Por falta de sigilo sobre o denunciante	11
			Não identifica médico infrator	10
			Serem coniventes com erros dos colegas	3
			Corporativismo no CRM	3
			Não acredita no Ministério Público	2
		Divisão/abandono de plantão	51	
	Médicos aceitam acordos mantendo conflitos de interesses	64		
	Respeito/conhecimento do Código de Ética (217 UR)	Médico conhece/respeita o Código de Ética	123	
		Ausência de corporativismo entre médicos	34	
		Médicos não aceitam acordos com indústria farmacêutica	31	
		Médicos reconhecem importância da ética	15	
Médicos denunciam erros de colegas		14		

Quadro 5. O Código de Ética dos médicos e a formação para o enfrentamento dos conflitos.

Fonte: Grupos Focais. Aracaju.

São enfáticos em dizer que ética não é simplesmente algo que se adquira em um curso, mas que tem relação com o caráter e a moral, formados ao longo de toda sua vida e adquiridos nas relações familiares (92 UR).

- GFM: “Começa com a formação familiar, depois continua na universidade e tem que ser desde o primeiro ano da faculdade até o final”.

Princípios e valores éticos familiares serão incorporados na futura prática profissional dos estudantes de medicina. Assim, não se pode, diante da complexidade do tema, atribuir apenas às universidades a responsabilidade da formação ética sem se considerar também o papel da família e da sociedade como um todo. Mas isso não implica que os professores devam cruzar os braços; ao contrário, esta alta responsabilidade social não pode ser diluída na mediocridade ou ineficiência social, sob pena de preço elevado demais (GONZÁLEZ, 2007). González (2007) cita a psicologia marxista, que defende que as motivações comportamentais e os interesses dos indivíduos correspondem aos valores da sociedade ou do grupo social no qual está inserido. Existem também, entretanto, motivações e interesses dos jovens que interferem no processo de formação, o que possibilita o desenvolvimento de profissionais com valores diferentes dos almejados pela sociedade.

Os médicos dos três grupos focais, com 124 UR, afirmaram que há falhas na graduação para o preparo dos profissionais comprometendo o enfrentamento dos conflitos éticos.

- GFM: “Infelizmente, na minha época, os professores ficavam muitos centrados na parte técnica [...], e ignoravam as relações entre médico e paciente, como dar notícia da morte para a família de um paciente; e os conflitos com outros colegas. Isso o professor não enfatizava”.

Com 54 UR, médicos asseguram que a formação acadêmica tem forte influência na formação ética dos profissionais, contudo, com 32 UR, negam que tenham tido uma formação ética na graduação.

Autores revelam que a escola não tem cumprido com sua função de capacitação ética dos estudantes para o enfrentamento dos desafios na prática diária, e que muitas buscam a transmissão de saberes, os quais não são suficientes para enfrentar os conflitos éticos do cotidiano, ao invés de formar cidadãos críticos e reflexivos, regidos por valores éticos e comprometidos com a sociedade (FERREIRA et al., 2009).

Os médicos afirmaram que estudaram o tema ética na faculdade de forma inadequada e superficial em uma única disciplina (31 UR), o que deixou grande lacuna na sua formação. Disseram também que buscaram o tema, espontaneamente, em atividades extracurriculares (30 UR) com o objetivo de adquirir informações preciosas para o enfrentamento de conflitos no cotidiano.

A sociedade considera que os médicos devem possuir mente aberta, estar dispostos a ouvir, compreender e ajudar os pacientes de forma ética e respeitosa. Às vezes, a compreensão acerca da importância desta dinâmica de funcionamento só vem com a experiência da prática que os faz buscar cursos extraclasse, e, em seguida, uma educação médica continuada como garantia da manutenção de atualizações e de respostas às suas inquietações técnicas e éticas (PHAOSAVASDI et al., 2005).

Em pesquisa anterior realizada por Pimentel, Oliveira e Vieira (2011), estudantes de medicina afirmaram que não estavam tendo boa formação no que tange à ética, deixando lacunas, uma vez que o tema era abordado isoladamente no oitavo período da graduação, e, como agravante, seus professores, concluíram os alunos, não eram considerados bons exemplos éticos, fazendo, entretanto, ressalvas a alguns.

- GFM: “Não quer dizer que os profissionais formados até hoje são ruins [...]. Eu aprendi muito pouco sobre ética dentro da Universidade, mas não me sinto medíocre ou antiético”.

Alguns médicos da presente pesquisa disseram que eram de uma geração em que a formação era mais consistente e não só afirmaram

que tiveram boa formação (14 UR) como também excelentes professores, comprometidos e excelentes modelos éticos (24 UR). Não há, por conseguinte, uma posição homogênea entre os profissionais da atual pesquisa nem entre os alunos da pesquisa de Pimentel, Oliveira e Vieira (2011) acerca da satisfação no ensino da ética na universidade refletida nos exemplos éticos dos professores.

Este resultado também remete, pela similitude das respostas, a uma pesquisa realizada em um hospital geral no México, em que houve percepção heterogênea sobre a *performance* e postura ética dos professores dos profissionais que ali trabalhavam. Enquanto alguns afirmaram que tiveram excelentes professores (23,7%), outros se referiram a professores medíocres (15,8%) (GONZÁLEZ-MARTÍNEZ et al., 2011).

Os bons educadores clínicos geralmente são aqueles percebidos como modelos a ser seguidos por alunos e residentes. Entende-se, portanto, que no ensino médico e nas residências há a necessidade destes professores que inspiram comportamentos e habilidades de comunicação nas práticas futuras. Isso abre oportunidades para reflexões acerca da função modelagem como estratégia de ensino, desde que muitos dos professores, preceptores e tutores são vistos como modelos de conduta técnica e ética (LOMBARTS; HEINEMAN; ARAH, 2010).

Alguns médicos dos grupos focais lembraram os novos desafios impostos aos trabalhadores da saúde com a evolução tecnológica e científica e a atual preocupação do MEC (Ministério da Educação e Cultura), que estabeleceu novas diretrizes e exige, atualmente, boa formação ética nas universidades, o que certamente trará resultados positivos para as novas gerações de médicos (17 UR). Fizeram alusão ao ensino baseado em problemas, requisito metodológico indispensável para as universidades que abrirem novos cursos doravante, e à exigência de adaptação, com prazos para que se cumpra a norma, para aquelas que já funcionam.

Nas discussões foi mencionado, com 266 UR, que os médicos cometem, com muita frequência, infrações ao Código de Ética Médica

(CFM, 2010), em especial o artigo 1º do Capítulo III, sobre responsabilidade profissional, que diz que ao médico é vedado “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência e negligência” (CFM, 2010, p.34) e ainda o artigo 14º do mesmo capítulo, que o proíbe de indicar exames complementares desnecessários ou em excesso. Essas indicações de exames têm várias vertentes: a primeira diz respeito à prática da medicina defensiva, ou seja, o receio que os médicos têm de ser apontados como negligentes, que faz que sejam mais cautelosos e busquem mais subsídios para seu diagnóstico, o que em geral agrada muito os pacientes, que se sentem seguros com tantos pedidos (em geral, gostam de exames); no entanto, às vezes, certos procedimentos ou exames podem, a longo prazo, trazer danos à saúde. A segunda questão é contrapartida à primeira, pois exames e procedimentos desnecessários oneram os pacientes diretamente ou os convênios e seguradoras, que desestimulam a realização de exames complementares, haja vista o custo orçamentário.

Assim, criam-se conflitos e dificuldades entre seguradoras e o usuário, e/ou entre aqueles e o próprio médico, que sabe que está transgredindo seu código de ética. A terceira vertente é relacionada aos conflitos de interesse (Quadro 6, seção 5.2.10) destes médicos com a clínica ou com os profissionais com quem têm relações e mantêm parcerias que transgridem o Código, uma vez que, com a realização dos exames indicados, os médicos terão bonificações em espécie ou em troca do pagamentos de aluguéis e de condomínios dos endereços onde ficam seus consultórios. Tais práticas apontam para uma falta de credibilidade e de idoneidade profissional (PIMENTEL, 2012b). Outras infrações ao código são citadas, por exemplo, os conflitos de interesse que envolvem as relações entre profissionais de saúde com os laboratórios e a indústria farmacêutica e de órteses e próteses (64 UR), tema que será abordado adiante mais detalhadamente (Quadro 6, seção 5.2.10).

A recusa ou demora em atender chamados e o abandono de plantão são ocorrências consideradas comuns em hospital público e caracterizam infrações graves no Código de Ética. Importante frisar

que abandono de plantão está tipificado no artigo 9º sobre responsabilidades dos médicos e é considerada infração grave, podendo levar a sanções que vão da advertência confidencial à cassação do diploma (CFM, 2010).

- GFM: “a pior coisa num hospital público é o descaso com os pacientes”.
- GFM: “Outro erro nosso: não colocar a hora que se pediu para chamar o colega especialista. Ele é chamado à meia-noite e ele só vem seis horas da manhã. Como não tem horário escrito na solicitação, o colega chega a hora que quer e bota lá o horário, seis horas, como se tivesse sido chamado naquela hora”.
- GFM: “Um médico de plantão na UTI geral do hospital saiu e foi almoçar em casa e um paciente passou mal, teve que chamar outro médico, que deixou outra unidade, para ir lá atender”.
- GFM: “Em uma cidade do interior, o único plantonista, o único médico residente na cidade, que estava de plantão 24 horas, quando chegou ao final da tarde disse que ia embora, que ia dormir em casa porque não tinha água quente no chuveiro. Então, isso é abandono de plantão...”.

Entre as transgressões apontadas, existem acordos entre os médicos para divisão do período do plantão noturno entre os colegas e consequente abandono (51 UR), tema recorrente e que promove prejuízo para os pacientes, especialmente nos serviços de emergências médicas. Os médicos de plantão em serviços de emergência, em hospitais públicos e privados, após a meia-noite loteiam os horários do turno do trabalho, de forma equitativa, pelo número dos médicos clínicos plantonistas e trabalham apenas aquelas horas previstas na divisão e depois vão dormir, alguns inclusive em casa, abandonando o plantão.

- GFM: “Quem fica acordado no horário combinado pelo rodízio responde pelo hospital, pelo paciente internado,

por quem chegar, por todo mundo. Se chegar pacientes além do seu potencial de atendimento [...] você tem que resolver e não pode chamar o outro colega que vai atender no horário seguinte. Pode ter 10 paradas (cardíacas) no mesmo momento, você vai atender um paciente e os outros nove vão morrer. É revoltante, mas é o esquema”.

- GFM: “Os colegas não têm a consciência de que está todo mundo no mesmo plantão [...], a responsabilidade é de todos [...], o plantão é de todos...”.

Médicos de hospitais públicos entrevistados pela Revista ISTOÉ deram a mesma declaração, ou seja, trata-se de prática comum dos médicos pagos para trabalhar doze horas combinarem entre eles a divisão dos horários, de sorte que cada um trabalha apenas seis horas e, sobrecarregados, não conseguem atender às demandas (MARTINO, 2012).

Finalmente, os médicos, com 85 UR, disseram que não denunciam colegas e, com a omissão, estão eles próprios ferindo o Código, que os proíbe de proteger erros ou más condutas de colegas. Alegam uma série de razões para tanto, frente às estruturas precárias dos serviços públicos de saúde e até mesmo de alguns privados:

- a) não acreditam no CRM (34 UR) e afirmam que há corporativismo dentro do órgão regulador da profissão (03 UR);
- b) admitem haver corporativismo dentro da categoria (22 UR);
- c) não querem ser identificados pelos denunciados e o CRM não admite receber denúncias anônimas (11 UR);
- d) às vezes (10 UR) não identificam o médico infrator (erros diagnósticos com laudos equivocados emitidos por médicos com assinatura ilegível e sem carimbo);
- e) admitem a convivência com o médico infrator (03 UR);

f) não acreditam no Ministério Público (02 UR) no que diz respeito à apuração da denúncia.

Denning (2009) recomenda que as equipes de trabalho construam um código de conduta e que os valores estabelecidos sejam cobrados entre os pares para que um comportamento inaceitável não tenha que ser tolerado. O código prevê confiabilidade, respeito, responsabilidade, justiça, cuidado e cidadania. Os valores que devem ser cultivados entre os profissionais são:

- 1) Honestidade e integridade: ser honesto consigo mesmo, com os pacientes e com os parceiros e os fornecedores.
- 2) Integridade na atuação profissional.
- 4) Ética: atuar apenas dentro dos limites do que é uma atitude correta.
- 4) Excelência: atendimento de qualidade.
- 5) Realizar as funções com responsabilidades e profissionalismo.
- 6) Ser simpático e cortês.
- 7) Produtividade: fazer mais com o mesmo ou menos recursos.
- 8) Eficiência: fazer o que precisa ser feito de forma adequada.
- 9) Eficácia: fazer o que é certo.
- 10) Segurança: nenhum dano para os pacientes.
- 11) Conformidade: seguir as regras e obedecer às leis.

Grupos bons são aqueles que criam uma cultura de interdependência, confiança e amizade e têm postura de respeito com colegas e funcionários do serviço onde trabalham. Um grupo que continua a aceitar comportamento inaceitável, não agindo sobre ele, tem um problema com as definições (DENNING, 2009).

Conflitos de interesse entre médicos e clínicas e hospitais e entre médicos e indústrias ligadas à saúde

A categoria abordada neste tópico foi dividida em duas: médicos que recebem benefícios, com destaque para os ortopedistas, única especialidade citada diretamente; e as justificativas para a formação de conflitos de interesse. Os resultados aqui discutidos devem ser analisados com uma margem de erro, visto que os médicos dos grupos focais não desejavam sequer tocar no tema e, em uma pesquisa como esta, suas reais opiniões não são necessariamente expostas, temendo, supõe-se, o julgamento dos colegas do grupo focal ou dos moderadores.

Subcategorias	Núcleos de sentido	Número de citações (UR)
Médicos recebem benefícios (64 UR)	Ao indicar laboratórios de manipulação	05
	De indústrias de medicamentos	10
	Ao atingirem um número mínimo de exames solicitados	21
	Durante as visitas dos representantes de empresas farmacêuticas	06
	Porcentagem do valor de custo do material ortopédico utilizado em pacientes	22
Justificativas para a formação de conflitos de interesse (51 UR)	Depende da formação pessoal/familiar	19
	Desprestígio dos médicos perante os convênios	04
	Ausência de denúncias por parte dos colegas, em vista da exposição daquele que denuncia	16
	Médicos só denunciariam casos graves	04
	O CRM só atua em casos graves	06
	Protecionismo pelos conselheiros	02

Quadro 6. Conflitos de interesse dos médicos com as clínicas, hospitais e a indústria de materiais e equipamentos de saúde.

Fonte: Grupos focais dos médicos. Aracaju.

Nos grupos focais foi percebido, pelos moderadores e observadores, risos constrangidos dos participantes que se entreolharam e algum tipo de hesitação quando o tema foi abordado, revelando desconforto dos médicos, como se não quisessem disso falar. Entretanto, superado este primeiro momento de impacto com o tema, que não surgiu espontaneamente, mas que foi provocado por um dos moderadores, admitiram conhecer colegas que recebiam benesses decorrentes da prática profissional, porém nenhum reconheceu que tivessem, eles próprios, conflitos de interesse de qualquer natureza, apesar de expressarem falas contraditórias.

- GFM: “Alguns fazem isso [receber propina da indústria]. Aliás, talvez a maioria. E alguns não fazem”.
- GFM: “Olhe, todos recebem. O que acontece é o seguinte, questão de preço: me ofereça a propina, mas pouquinho, eu não aceito. Muita, eu aceito [risos de todos]”.
- GFM: “Todos os ortopedistas aceitam um percentual. Agora, nem todos usam material desnecessariamente”.

A despeito de afirmarem que não tinham conflitos, os médicos nos grupos focais admitiram receber representantes de laboratórios que levavam brindes e amostras grátis, como se fosse padrão e, na percepção deles, sem qualquer viés ético que pudesse interferir na relação entre médico e paciente e nos interesses e bem-estar do último.

- GFM: “O representante, na visita, traz informações e traz amostras também. Em relação a medicamentos, o assédio é menor do que em relação às órteses e próteses, mas é porque não tem como pressionar demais”.

Médicos e os benefícios

Os participantes dos grupos focais disseram ter conhecimento de colegas que recebem benesses e facilidades. A prática mais comum citada na presente pesquisa, com 21 UR, é o desconto ou abono

total do valor do aluguel e do condomínio dos consultórios particulares dos médicos que alcançam cota mínima de exames solicitados dentro das clínicas onde prestam serviços. Para atingir a cota aponta-se para a existência de indicações, por vezes desnecessárias, de exames e procedimentos médicos em busca de maiores benefícios.

A literatura faz referência a essas mesmas questões que ferem o Código de Ética e, muitas vezes, são alvo de notícias na mídia. A classe médica, porém, tem a responsabilidade de evitar tais acontecimentos por meio do uso correto e ético de sua profissão e de não permitir a negatividade da sua imagem (GLICKEL, 2009).

Diante da forma com que determinados médicos indicam exames desnecessários, Armstrong (2005) e Pimentel (2012b) sugerem que o paciente converse abertamente com o médico, questionando-o sobre a importância da realização.

Com a formação de médicos especialistas, houve uma facilitação na montagem de serviços polivalentes, clínicas ou até hospitais, com profissionais e serviços diversos, como exame de atendimento clínico, realização de exames, tratamento terapêutico etc. Essa prática leva a um aumento da utilização do ambiente clínico ou hospitalar, visto que se pode realizar, de forma prática para o paciente, todos os procedimentos necessários em um só lugar. Com isso, os médicos ou proprietários das clínicas têm preferência e, conseqüentemente, lucro maior, quando comparados com os profissionais que não possuem interesse nesse tipo de prática (TONELLI, 2007).

A criação de clínicas com profissionais médicos com atuações específicas leva a uma busca por parte dos pacientes a quererem cada vez mais consultar esses profissionais, tanto pela praticidade quanto pela agilidade no atendimento. Isso faz que, por vezes, prefiram pagar pelo atendimento a ter de esperar pelo mesmo na rede pública ou por meio de um plano de saúde. Com isso, recebem atendimento desejável e os médicos e donos das clínicas conseguem o lucro também almejado. Essa estruturação do sistema de correlacionar interesse médico com o interesse do paciente é, segundo Tonelli

(2007), eticamente aceitável, desde que haja reflexão e reconhecimento da existência de um conflito de interesse, no sentido de se amenizar seus efeitos, e que exames e encaminhamentos sejam realizados de forma ética.

Médicos, portanto, percebem as facilidades na criação de um condomínio que abrigaria várias especialidades médicas e diversos consultórios para a prática de exames. O grupo médico gestor do condomínio recebe taxa de administração para despesas com equipamentos, pessoal, aluguel e demais itens (BOVE, 2009; ARMSTRONG, 2005). E é nesse vácuo, como dito nos grupos focais, que gestores de condomínios, geralmente médicos também, fazem propostas aos profissionais que ali trabalham, para que solicitem exames e encaminhamentos de pacientes, para realização no próprio complexo, a fim de aumentar o fluxo de pacientes em troca da redução ou abono dos custos que cada médico teria dentro do condomínio, entre taxas e aluguéis.

- GFM: “Graças a Deus, eu não preciso disso... Ninguém nunca chegou para mim para me oferecer isso, mas já ouvi uma conversa muito grande em relação a isso... De colegas que têm que pedir um número x de tomografias, de ressonância, de eco, disso e daquilo...”

A questão dos conflitos de interesses é bastante complexa e requer reflexão. É necessário que os médicos priorizem o bem-estar do paciente, o que se reflete em maior credibilidade (MASSUD, 2010; GLICKEL, 2009). Em algumas circunstâncias, mesmo que não se configure o conflito de interesses, basta somente a eminência ou a intenção de praticá-lo que torna sua existência positiva (TONELLI, 2007).

Advogados e especialistas em estruturação jurídica de serviços de saúde alegam que a prática de encaminhamentos dentro do mesmo ambiente está sendo cuidadosamente construída para evitar situações ilegais, visto que há dificuldade em se definir o que realmente é antiético e o que é feito em benefício do paciente. Diante deste quadro de incertezas, alguns profissionais continuam realizando

práticas antiéticas, não se utilizando do bom senso para evitar situações que visivelmente gerem benefício financeiro (TONELLI, 2007; ARMSTRONG, 2005).

Outro item abordado pelos médicos nos grupos focais, com 10 UR, foi sobre os benefícios oferecidos pela indústria farmacêutica quando colegas médicos prescrevem seus produtos. Afirmaram que quanto maior o número de unidades do medicamento prescrito, mais facilidades os profissionais recebem, principalmente sob a forma de inscrições e passagens para congressos e até valores fixos mensais.

- GFM: “Eles (os representantes em nome da indústria) dão passagem (aérea) para congresso, essas coisas todas... mas você tem seus critérios, eu não vejo de todo como uma coisa ruim, como se fala na mídia...”

Na atual pesquisa, com 06 UR, os médicos que participaram dos grupos focais negaram receber benefícios da indústria, mas afirmaram, paradoxalmente, que recebem pequenos brindes e até viagens diretamente dos representantes que os visitam com regularidade e que isso não se constituía conflito de interesse. Ou seja, há profissionais que acreditam que se o presente é grande o médico se deixará influenciar, porém os pequenos brindes não alteram o julgamento médico e não se constituem em ilícitos.

Autores, todavia, revelam em suas pesquisas que não importa o tamanho ou o custo do presente, ele sempre irá confundir o médico em sua capacidade de decisão, influenciando no cuidado e no bem-estar dos seus pacientes, criando possibilidades de conflitos na relação com eles (DUVALL, 2006; KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010; KITSIS, 2011).

Vários outros autores apresentam essa mesma percepção e fazem referência a isso nos estudos. Entre eles, Massud (2010), que concluiu que muitos médicos não se consideram influenciados pelas propagandas comerciais e justificam baseados no fato de que também prescrevem medicamentos de baixo custo, em especial os

que perderam a patente, os genéricos. Outro estudo realizado com 1.175 médicos noruegueses revelou que, para 39%, a propaganda não influencia a prescrição de medicamentos e 52% concordam que o trabalho dos médicos é muitas vezes afetado pela indústria (AASLAND; FØRDE, 2004).

Os representantes têm demonstrado, cada vez mais, que são capazes de qualquer coisa para aumentar o lucro sobre o produto produzido pelas suas empresas. Muitos não só oferecem grandes somas em dinheiro ou benesses, mas induzem os médicos a procurarem novas formas de conseguir aumentar a renda sobre o produto, lançando mão de cartões de descontos sobre os valores dos medicamentos. Quanto mais dinheiro a indústria gasta com a promoção de seus produtos, mais ela consegue a fidelidade dos médicos (MILLER, 2006).

Uma pesquisa publicada no *American Journal of Bioethics* em 2003 (MILLER, 2006) aponta que os médicos prescrevem mais os medicamentos a cujas amostras têm acesso pelos representantes. Massud (2010) ratifica esse achado afirmando que os médicos que recebem amostras prescrevem cada vez menos medicamentos genéricos e contribuem, conseqüentemente, com o aumento de gastos com medicamentos. Os pesquisados no presente trabalho acreditam que estão imunes à influência da indústria.

As instituições, inclusive as públicas, criam as regras que lhes parecem mais viáveis para proteger os médicos de tais influências, mas não há consenso sobre as determinações que devem ser estabelecidas e seguidas. Mesmo quando se criam restrições, as regras sempre deixam alguma brecha para a atuação dos representantes da indústria e a distribuição das amostras grátis (MILLER, 2006).

A influência da indústria farmacêutica nas decisões tomadas pelo médico pode, por conseguinte, desrespeitar os princípios da bioética: a beneficência, visto que o melhor para o paciente poderia não estar sendo feito; a não maleficência, caso o paciente esteja sujeito a reações adversas que poderiam ser evitadas; e o princípio da justiça, pois quando os medicamentos são distribuídos pelo governo,

sob a influência da prescrição médica em situações onde não são necessários, tais recursos financeiros poderiam ser utilizados por outras pessoas de forma mais eficiente (MASSUD, 2010).

A melhor forma de lidar com os conflitos de interesses é evitando a ocorrência. Ações podem ser implementadas para garantir uma vigilância ética: a educação moral dos profissionais de saúde, ressaltando a responsabilidade e honestidade intelectual; divulgação dos conflitos de interesses por parte das instituições de ensino, pesquisa, e editores de revistas científicas; e o controle pelas comissões e conselhos para avaliar o cumprimento das normas éticas (ROTONDO, 2006).

Dentre os conflitos de interesses destacam-se, em suma: visitas de representantes de laboratórios a consultórios médicos e aos hospitais; aceitação de presentes e brindes; participação em eventos sociais ou educacionais; educação médica continuada, cursos ou seminários; participação em conferências; participação em pesquisas patrocinadas pela indústria; compra de ações de companhias farmacêuticas; aceitação de pagamentos de qualquer natureza; ser membro de conselho de assessoria da indústria farmacêutica; pagamento por participação em palestras e conferências; fornecimento de amostras; bolsas para projetos de pesquisas, dentre outros (MASSUD, 2010).

Em última instância, só o médico tem a possibilidade de se posicionar e agir da maneira mais ética possível, considerando o profissionalismo e o dever médico, que é zelar e sugerir o melhor tratamento para cuidar da saúde dos seus pacientes, sem usar drogas de determinado laboratório motivado pelas gratificações que recebe. Autores recomendam a reflexão sobre essa relação, que deve ser mantida da forma mais ética e transparente possível (GRANDE, 2009; GUÐMUNDSSON, 2005).

Não há nada que impeça as relações entre médicos e a indústria farmacêutica, ou até mesmo com as farmácias de manipulação, que também contam com representantes que fazem visitas aos

consultórios e oferecem comissões sobre as vendas dos produtos, como foi revelado nos grupos focais da atual pesquisa, com 05 UR. Entretanto entende-se que os médicos devem saber identificar os conflitos de interesse existentes e ter capacidade de discernimento e julgamento para entender, que ao aceitar presentes e ou comissões, estão cometendo ato ilícito muito grave, pois que fere frontalmente os interesses do paciente.

- GFM: “Eu tive um colega que aceitou parceria com um laboratório de manipulação [...], ele fazia as receitas do medicamento controlado e indicava a farmácia e ganhava uma comissão sobre tudo [...], ele disse que ganhava mensalmente, acho que era duzentos ou trezentos reais, depositados na conta (bancária) dele”.

As especialidades que mais manipulam seus medicamentos, segundo os médicos, são os dermatologistas, que prescrevem e colam a etiqueta com o endereço da farmácia indicada no próprio receituário.

Pesquisadores argumentam em seus estudos, que se o objetivo da relação entre médicos e a indústria é beneficiar os pacientes, para que esses profissionais façam a escolha certa do fármaco a literatura a respeito seria o suficiente para convencê-los, sem a necessidade de mimos para persuadi-los (ALPERT, 2005; LAMBERT; JENNY-AVITAL; BLUMENTHAL, 2005).

No Brasil, tratou-se de um momento histórico quando o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2010) adotou uma posição, seguindo tendência internacional, de evitar relações promíscuas entre os médicos e a indústria, por meio do novo Código de Ética, em Resolução n. 1931 de 17 de setembro de 2009, promulgada em março de 2010. Ficou proibido que médicos recebessem brindes da indústria, ainda que aparentemente inócuos, viagens, inscrições em congressos, livros, equipamentos e até a montagem de consultórios, de sorte que o médico ficasse isento na hora da prescrição e não se sentisse impelido, ainda que inconscientemente, a retribuir estas benesses com o receituário, que, longe de atender apenas às demandas do

paciente, tinha também um compromisso de reciprocidade com seu benfeitor (PIMENTEL, 2012a).

Porém em 14 de fevereiro de 2012 o CFM assinou novo acordo entre a indústria e as associações médicas, retroagindo nas decisões estabelecidas e que haviam sido festejadas, inclusive internacionalmente, pelas positivas repercussões nas entidades, conselhos e associações dedicadas à ética e à bioética no mundo inteiro. No novo acordo, as viagens foram liberadas e a indústria passou a poder arcar com este tipo de mimo aos médicos, desde que não tenha como critério o quanto os profissionais prescrevem e indicam seus produtos (PIMENTEL, 2012a). Canetas, porta-lápis e blocos só poderão ser distribuídos em congressos, paradoxalmente, mas os presentes anteriormente proibidos voltaram a ser distribuídos entre os médicos nos consultórios, desde que não ultrapassem duzentos reais e que estejam relacionados à prática clínica (PIMENTEL, 2012a).

Ficou também estabelecido que a indústria ligada à saúde deve ter “critérios objetivos” para identificar os médicos que serão convidados para congressos, reembolsando inscrição, transporte, refeição e hospedagem, excluindo lazer e custos de acompanhantes. O CFM, entretanto, não anunciou na ocasião do novo acordo quais são esses critérios. Pimentel (2012a) afirma tratar-se de um retrocesso que avança sobre princípios éticos.

Acordo entre os médicos e a indústria ortopédica

Médicos conhecem a existência de assédio e suborno que alguns especialistas, entre eles angiologistas, cardiologistas, oftalmologistas, cirurgiões plásticos e ortopedistas, recebem para usar preferencialmente os produtos propagandeados. Com 22 UR, disseram ter conhecimento acerca da existência de valores percentuais que a indústria de próteses e órteses, especificamente, paga aos médicos sobre o valor do custo do material fornecido e utilizado nos pacientes.

- GFM: “Absurdo! Cirurgia de clavícula que tinha anos que não se fazia mais, está todo mundo fazendo de novo e virou moda botar placa na clavícula”.

- GFM: “Um parafuso de titânio custa cinco mil reais e por isso o que tem gente com parafuso no braço quando bastava uma plaquinha...”
- GFM: “Eu não aceito (propinas)...eles (os representantes) já sabem [...] eu já botei um para fora (do consultório), então eles nem vão lá mais nos procurar, mas pelo que eu sei por aí, é nessa faixa de vinte a trinta por cento, que eles oferecem em relação ao preço de custo do material. [...] isso é uma briga muito grande: quarenta por cento é o que ganham o hospital e o médico juntos”.
- GFM: “Isso (percentuais pagos) é falta de ética e de caráter. Os percentuais oferecidos pelas próteses variam de acordo com a negociação feita com os diretores dos hospitais. Eles também ganham muito”.
- GFM: “Na minha opinião todos os cirurgiões ortopédicos aceitam (comissões sobre o material). E o que muda de um (cirurgião) para o outro é a verdadeira indicação”.
- GFM: “Tem sempre um que é mais caro [risos de todos]. Mas é unzinho só! Entretanto ele só usa quando precisa, com indicação”.

Parece que os médicos entendem que receber propina com indicação do procedimento é menos grave do que receber propina sem indicação, e a transgressão passa a ser defensável frente à banalização do ilícito, de tal ordem que o conflito de interesses não é percebido como abusivo ou danoso ao paciente, ao plano de saúde ou ao governo, que pagarão mais caro pelo produto fornecido em função do benefício extra recebido inescrupulosamente pelo médico e pelo hospital juntos.

Os médicos não percebem que, além da mácula ao seu caráter e credibilidade profissional, estão sendo manipulados pela indústria e que perdem a autonomia na escolha do que seria o melhor para os pacientes, em escolhas que deixam de ser customizadas às verdadeiras necessidades do paciente.

Inúmeros trabalhos apontam que a relação estabelecida entre os médicos e a indústria promove consequências que comprometem esta autonomia dos médicos na escolha de medicamentos, de órteses e próteses, entre outros itens, para seus pacientes, que, em última instância, pagam os mimos que a indústria faz aos médicos (HOCKENBERRY et al., 2011; STEINBROOK, 2011; TAYLOR, 2006; WHITE; VACCARO; ZDEBLICK, 2007).

Em 2007, o Departamento de Justiça Americana investigou o pagamento de U\$ 198 milhões a 932 cirurgiões feitos pela indústria ortopédica. Para evitar um processo criminal sobre propinas ilegais, as empresas aceitaram um acordo e se submeteram a um monitoramento federal com novos procedimentos de controle e transparência, haja vista ter sido detectado que os fabricantes, sob a égide de consultoria, pagavam percentuais sobre os valores das próteses usadas (HOCKENBERRY et al., 2011).

As empresas investigadas foram: Biomet Orthopedics; DePuy Orthopaedics, Inc; Smith&Nephew plc; Stryker Orthopaedics; and Zimmer, Inc. Essas companhias são produtoras de cerca de 95% de todas as próteses de joelho e quadril implantadas nos Estados Unidos e estima-se em outros países um percentual similar, inclusive no Brasil (HOCKENBERRY et al., 2011).

Ficou estabelecido pela justiça, no acordo citado, como forma de oferecer transparência aos pacientes, que as indústrias teriam que oferecer informações acessíveis ao público, em um site na internet, com os nomes dos médicos beneficiários, local de trabalho, valores pagos, datas dos pagamentos e as justificativas para o recebimento. Os médicos beneficiários também deveriam dar ciência aos seus pacientes sobre os recursos financeiros vindos da indústria (HOCKENBERRY et al., 2011).

Os motivos alegados e descritos nos sites para os pagamentos aos médicos são os mais variados: consultoria, *royalties* sobre propriedade intelectual, financiamento de pesquisa, refeições e viagens, entre outros. Autores consideram que o termo “consultoria” é amplo e ambíguo (HOCKENBERRY et al., 2011; STEINBROOK, 2011).

Na análise dos dados publicados em um estudo proposto por Hockenberry et al. (2011), com a transparência das informações em 2008 caiu o número de cirurgiões que tiveram benefícios financeiros (526), entretanto o montante total foi de quase 20% superior ao anterior. O principal pagamento feito a um cirurgião foi de 401.951 dólares, justificado, entre outros motivos, por contratos de propriedade intelectual, não comprovados necessariamente. O que o estudo não conseguiu explicar foi a legitimidade desses pagamentos e se as informações foram efetivamente comunicadas aos pacientes, revelando que os mecanismos de controle ainda são precários, o que faculta a corrupção e o pagamento de propinas, deixando o paciente à margem das discussões e sem possibilidade de escolha (HOCKENBERRY et al., 2011; STEINBROOK, 2011).

Vantagens econômicas auferidas pela indústria aos médicos são entendidas, por fim, como inadequadas pelo código de ética dos profissionais de saúde, pela Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, pela American Medical Association e pelo American College of Physicians (MASSUD, 2010).

Justificativas para o ilícito

Os participantes da pesquisa justificaram a postura dos médicos que cometem infrações éticas vinculadas aos conflitos de interesse, sob vários aspectos. Foram registradas 19 UR que apontavam a formação moral, o caráter e os valores familiares e pessoais dos médicos, no sentido de terem maior ou menor capacidade de julgamento do que é correto, ético e justo e, assim, se deixarem ou não seduzir pela indústria ou por donos de clínicas para prescrever certos medicamentos ou indicar procedimentos diagnósticos em troca de facilidades e presentes.

Os entrevistados, com 04 UR, também tentaram justificar que essas situações ocorriam mediante o desprestígio atual da categoria diante dos convênios que remuneram mal os médicos, deixando-os, por conseguinte, vulneráveis às tentações do poder econômico.

- GFM: “O que o convênio paga pelo ato profissional nosso é tão pouco que o cara termina perdendo o caráter e a moral, aceitando essas coisas... Você opera [...] e vai ganhar setecentos reais... [...] e se você bota uma placa com uns parafusos, você ganha dez mil! Aí, que são setecentos (em comparação) para dez mil reais? É tanto (dinheiro) que tem gente hoje que não se incomoda se a cooperativa ou o plano de saúde glosar a cirurgia, ele nem liga, vai deixar para lá, pois ele já ganhou os trinta por cento dele, lá em cima dos trinta mil [reais referentes ao custo do produto]... Já vi cirurgia que deu mais de cem mil reais de prótese! ”.

É possível que parte destes conflitos de interesses tenha origem no caráter e na ambição, mas também nos baixos salários de alguns médicos. A questão da renda para os profissionais médicos é de suma importância, inclusive no momento da decisão sobre a escolha da profissão e da especialidade, uma vez que é compreensível que se busque um ramo da medicina que gere mais lucro para o profissional (KASSIRER, 2007; GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

Há uma influência do dinheiro na sociedade como um todo. Vive-se um momento em que a sociedade privilegia o ter em detrimento do ser com um distanciamento da valorização e do cuidado do ser humano, quando se deveriam fazer investimentos, por exemplo, em alimentos ou em saúde em função de milhões de pessoas carentes. O que definem valores, na contemporaneidade, de forma equivocada, segundo Kassirer (2007), são as maneiras como alguém ganha e gasta o seu dinheiro, conferindo-lhe mais, ou menos, status social.

O médico precisa ser bem remunerado pelos serviços que presta, entretanto a sua atitude e postura ética devem primar pela técnica, eficácia e elegância, com critérios específicos visando sempre o bem estar do paciente nas tomadas de decisões sempre que lhe seja exigido pedir e fazer exames e tratamentos (GUNDERMAN; HUBBARD, 2005).

O fato de os médicos serem mal remunerados em alguns países, inclusive no Brasil, como apontado pelos participantes da atual

pesquisa, não justifica a corrupção, o suborno e os conflitos de interesse. Contudo estudiosos reconhecem que essa condição é poderosa força por trás de tais eventos. Assim, sem aumento significativo nos honorários médicos, os problemas podem continuar. Muitos profissionais, na Polônia, por exemplo, declaram, segundo estudo realizado, que alguns precisam escolher entre trabalhar muito com grandes responsabilidades e pouca remuneração, ou ser desonestos e aceitar subornos (CZUPRYNIAK; LOBA, 2004).

Nos grupos focais da presente pesquisa, os médicos, com 16 UR, apontaram que as questões éticas relacionadas aos frequentes conflitos de interesse, que envolvem suborno e corrupção, ocorrem pela ausência de denúncias. O Conselho Federal de Medicina no Brasil não aceita denúncias anônimas, assim, o colega denunciante teria que se identificar e a sua exposição poderia lhe trazer consequências indesejáveis, optando, assim, pela omissão, por medo de sofrer algum tipo de retaliação. Os entrevistados nos grupos focais afirmaram (04 UR) que nunca fizeram ou fariam esse tipo de denúncia, salvo se houvesse evento muito grave envolvendo danos ao paciente.

- GFM: “Aqui no nosso Estado o muro é baixo, todo mundo conhece todo mundo, então existe uma espécie de confraria mesmo [risos de todos]. Aí é complicado... Eu só denunciaria, eu acho, em um caso muito extremo.

A afirmativa dos participantes da pesquisa sugere corporativismo entre médicos, ratificado ao manifestarem sua opinião, com 06 UR, que os Conselhos Regionais de Medicina no Brasil só atuariam em casos muito graves. Declararam também que os Conselhos têm conhecimento sobre as relações entre médicos e a indústria e do quanto isso é nefasto para a relação com os pacientes mediante os conflitos de interesse dos primeiros, entretanto esperam a formalização das denúncias para tomar providências. Com 02 UR, ainda afirmaram que os Conselheiros exercem algum tipo de protecionismo quando se trata de colegas infratores conhecidos. Com esse posicionamento, os médicos da atual pesquisa declaram sua desconfiança no órgão fiscalizador e regulamentador da profissão.

Stepke (2006) aponta para as mesmas ideias apresentadas nos grupos focais, quando afirma que qualquer pessoa tem motivações e interesses múltiplos e, em algum momento, é quase inevitável que essas questões se encontrem presentes, inclusive dentro de conselhos e comitês de ética. O autor continua dizendo que a identificação de um conflito não é, portanto, matéria de juízo, salvo se fere o direito de alguém ou lhe põe em risco ou promove danos. Nessas circunstâncias, os conselhos de ética têm papel importante, porém não garantidor de justiça, neutralidade e confiabilidade, haja vista, segundo ele, ser composto por pessoas também falíveis e corruptíveis.

Há um projeto de lei da Senadora Maria do Carmo Alves, PLS 225/2012, (SENADO FEDERAL, 2012) aguardando designação do relator na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado, onde receberá decisão terminativa e que, uma vez promulgado, proibirá definitivamente qualquer parceria nefasta por força de lei entre a indústria e os médicos que ponha em dúvida o tratamento preconizado pelo profissional para o bem do paciente, sem conflitos de interesse envolvidos. Em nota divulgada pelo Senado, o projeto apresentado foi inspirado em artigo de Pimentel (2012a) intitulado *Conselho Federal de Medicina se rende à indústria*.

Percepção dos médicos sobre as condições desfavoráveis para o enfrentamento dos conflitos

Os médicos da atual pesquisa também foram questionados acerca dos elementos, que, na sua percepção, eram condições desfavoráveis à manutenção de relações harmônicas sem conflitos éticos na prática profissional. Como resultado da análise desta categoria surgiram núcleos de sentido que já haviam aparecido.

Fizeram 1.012 citações às condições inadequadas de trabalho como elementos que desfavorecem o ato médico e as relações interpessoais no trabalho, promovendo conflitos quer com pacientes e respectivos familiares, quer com outros profissionais que atuam na assistência em saúde (Quadro 7). Apontaram as relações

conflituosas com os demais membros das equipes de saúde (196 UR), além dos enfermeiros, já discutidas anteriormente.

O ato médico é um serviço no qual o médico busca informações do paciente, seja para atualizar o estado de saúde, ou de doença, utilizando para isso conhecimentos científicos, a arte e a sensibilidade humana para se chegar a um diagnóstico, a um prognóstico e escolher um tratamento, para curar, prevenir, reabilitar ou educar o paciente. Alguns fatores podem modificar o ato médico: a comunicação, que é facilitador da relação; a formação e a atitude do médico para com o paciente; o ambiente onde o atendimento é realizado e os recursos humanos e materiais; entre outros fatores (ALHALEL-GABAY, 2008).

Médicos nomearam a limitação de recursos humanos (44 UR) como desfavorável à manutenção destas relações. A presença de poucos profissionais nos serviços de saúde promove sobrecarga de trabalho, condição à qual estão submetidos e que foi a mais citada por eles (262 UR), e reconhecem a sobrecarga (26 UR) sofrida pelos enfermeiros, também já discutido anteriormente nesta tese..

Ainda frente à limitação de recursos humanos, médicos são convocados para assumir no serviço especialidades para as quais não foram treinados (64 UR), deixando-os em situação de desconforto e sujeitos a erros. A situação mais frequente envolve a pediatria, por falta de recursos humanos nesta área de expertise e que gera conflitos com equipe, com responsáveis pelos pacientes e com os gestores, uma vez que todos lhes cobram ações (Quadro 7b). Nestas situações, solicitam mais exames do que o necessário, como forma de defender-se e diluir responsabilidades, mas estão expostos aos maus resultados ou erros no ato médico.

Núcleos de sentido		Número de citações (UR)	
Condições de trabalho inadequadas (1012)	Sobrecarga de trabalho (309)	do médico	262
		da Enfermagem	26
		da equipe	3
		do Conselho Regional de Medicina	18
	descompromisso/despreparo do gestor		209
	baixa remuneração		89
	falta de materiais/insumos/estrutura física		70
	más condições em geral/inespecíficas		65
	médico assume especialidade que não é sua		64
	falta de protocolos para pacientes graves		58
	má qualidade dos prontuários		46
	poucos recursos humanos		44
	comunicação ineficaz no serviço/desorganização		30
	ausência de vínculo empregatício/estabilidade no emprego		10
	despreparo da enfermagem		8
elevada carga horária		7	
falta de segurança no trabalho		3	
Diferenças entre serviço público e serviço privado (302)	diferenças nas condutas		194
	diferenças nas condições de trabalho		108
Ausência de motivação para o trabalho (295)	descompromisso/desinteresse com o trabalho		166
	trabalho sem perfil (no setor/especialidade)/ desqualificação profissional/má qualificação do médico		125
	médico desacreditado/ insatisfeito com a profissão		4
Desvalorização do médico		135	
Ausência de vínculo (116)	com o paciente/descaso/descompromisso		92
	com a equipe		24

Quadro 7a. Condições desfavoráveis à manutenção das relações harmônicas no trabalho dos médicos.

Fonte: Grupos focais dos médicos. Aracaju.

Núcleos de sentido		Número de citações (UR)
Conflitos éticos em fim de vida (81)	dificuldade de comunicação com o familiar	34
	doação de órgãos	21
	valorização do paciente só após o óbito	21
	desvalorização do paciente grave	05
Desumanização no atendimento		78
Necessidade de reestruturar o SUS / PSF		55
Saúde mental do profissional de saúde (50)	angústia do médico no trabalho	42
	exaustão/estresse do profissional	5
	angústia do enfermeiro no trabalho	3
Negligência do Conselho Regional de Medicina		43
Consequências ao paciente devido à má estrutura do PSF		34
Médicos sem autonomia		31
Tratamento diferenciado a depender da origem do paciente		28
Corporativismo entre médicos		28
Falta de vocação/trabalha apenas por interesse financeiro		21
Falta de educação continuada		12
Descompromisso dos outros profissionais da saúde com o trabalho		11
Múltiplos empregos/vínculos		8
Demora de resolução dos processos no CRM		7
Erros da enfermagem		5
Gestores ganham benefícios da indústria farmacêutica		4
Cargos de gerência por indicação		4
Rotatividade no serviço		3
Falta de qualidade no atendimento		2
Busca por especialidade com melhor remuneração		2
Erro por sobrecarga		1

Quadro 7b. Condições desfavoráveis à manutenção das relações harmônicas no trabalho dos médicos.

Fonte: Grupos focais dos médicos. Aracaju.

A medicina defensiva surgiu nos Estados Unidos como forma de defesa da atuação do profissional de processos judiciais, ao solicitar autorização escrita dos pacientes para a realização de procedimentos médicos diagnósticos ou terapêuticos ou ainda para pesquisas clínicas. Os médicos subscrevem pedidos de exames diagnósticos, inclusive os solicitados pelos pacientes, por temer que doentes insatisfeitos os processem. A prática beneficia os médicos e pode, simultaneamente, trazer prejuízos aos pacientes, como exposição desnecessária a exames radiológicos e ou invasivos, além de onerar os gastos com a saúde (PITHAN, 2009).

Apesar dos cuidados atuais com a medicina defensiva, o erro médico é ainda algo comum na prática clínica, mesmo que disto os profissionais não gostem de falar. Assim, apesar de ser algo extremamente relevante, o problema muitas vezes não é revelado e tampouco discutido ou admitido. Estudo anterior realizado com professores e residentes de medicina trouxeram os seguintes resultados: 62% dos residentes e 88% dos médicos do corpo docente declararam terem cometido erros médicos. Desses, 62% e 78%, respectivamente, relataram que não se desculparam com os pacientes e apenas 20% dos residentes e 21% dos médicos referiram treinamento adequado para responder ao erro (BELL; MOORMAN; DELBANCO, 2010).

Na presente pesquisa nenhum profissional dos grupos focais relatou erros cometidos por eles próprios, mas apontaram erros de colegas com quem tinham dificuldades e conflitos em decorrência de erros, negligências e infrações éticas cometidas por decorrência direta da sobrecarga e conseqüente cansaço (01 UR). Também referiram erros da enfermagem pelos mesmos motivos (05 UR), admitindo estas questões serem condições desfavoráveis e promotoras de conflitos éticos.

- GFM: “Profissional negligente que no laudo bota útero em homem e próstata em mulher. Chegou um doente desesperado no pronto-socorro do hospital particular: ‘Doutor, pelo amor de Deus, eu tenho algum problema genético. Eu tenho um útero’”.

Entre outras más condições de trabalho os médicos se queixam também da ausência de protocolos para pacientes graves (58 UR), deixando-os sem parâmetros que unifiquem ações dentro da equipe. A ausência de um guia propicia o desentendimento multiprofissional, que se acentua, na sua percepção, pelo despreparo da equipe de enfermagem (08 UR).

Protocolos são, portanto, motivações para conflitos entre colegas e entre estes e gestores, apontados como negligentes na administração técnica dos serviços.

- GFM: “Como não tem protocolo, o paciente que está morrendo, em vez de estar numa área semi-intensiva ou em uma unidade de tratamento paliativo, cai na mão do plantonista da área crítica do hospital, onde se atendem as emergências e onde aquele profissional é para estar, justamente, estabilizando o doente viável”.
- GFM: “É comum ver um doente que deveria receber apenas cuidados paliativos sendo investido com antibiótico de alto espectro”.
- GFM: “E aí a gente corre atrás da direção do hospital e a direção do hospital promete fazer protocolos [...], há 2 anos e meio espero esses protocolos”.

Outro aspecto abordado é a baixa qualidade dos prontuários redigidos pelos médicos (46 UR), que dificultam a relação entre colegas por falta de entendimento dos casos clínicos que acompanham, piorando a comunicação, já ineficaz entre os profissionais, e gerando mais desorganização nos serviços de saúde, já carentes.

- GFM: “(O prontuário) não explica nada, não sei quem foi o médico, sei apenas a quem encaminhou: ‘ao neuro (neurologista)’. O paciente passou um mês internado, não sei de nada do que ele fez, dos exames realizados, do diagnóstico que (o colega) chegou, complicações que ele (o paciente) teve e (o colega) só coloca lá (no prontuário): ‘ao neuro’”.

- GFM: “Outra coisa (o prontuário) que complica também tanto para o paciente como para o outro médico... porque nesse caso de falha médica, o médico correto é o mais prejudicado, porque o médico irresponsável não está nem ligando que o paciente piore ou morra... ele não está nem aí... não tem dor de consciência... justamente porque passa pelo seu caráter”.

Muitos profissionais não têm noção do sentido e do valor de um prontuário médico, qual a importância, para o acompanhamento do paciente, a comunicação entre os membros da equipe, para trabalhos científicos e para a defesa do médico em caso de questionamentos de condutas no Conselho Regional de Medicina e na justiça comum (PITHAN, 2009).

- GFM: “Eu trabalhei em um hospital particular e, um belo dia, um colega escreveu assim no prontuário: ‘Paciente melhor. Conduta mantida’. Só tinha isso escrito, por cinco ou seis dias seguidos, sempre a mesma coisa. Ele foi questionado pela diretora clínica por que ele não oferecia mais dados no prontuário e por que ele não dava alta ao paciente, já que estava melhor. A resposta é que ele não tinha tempo para dar alta porque estava com 25 (pacientes) internados [...]. Agora você imagine o que acontece em um hospital público...”
- GFM: “Há uns anos atrás nós tínhamos alunos de medicina nos hospitais públicos e eu acho que os prontuários eram melhores, porque os alunos exigiam, estando ali do lado... Ou até os alunos faziam e iam cobrando do plantonista. Então eu acredito que a perda dos alunos dentro do hospital público de fato é grande”.

Este é apenas mais um dos entraves, entre muitos, com os gestores, porque os médicos não entendem essa proibição da presença de alunos, que traziam benefícios secundários para o serviço, quais sejam: médicos eram desafiados pelos alunos a explicar, justificar, registrar e, com isso, havia menos negligência, e por conseguinte, menos erros; tinham melhores prontuários; mais comunicação e atenção dadas aos pacientes e respectivos familiares.

- GFM: “Nós tentamos resgatar isso (a presença de alunos de medicina), mas eles foram proibidos. Eles começaram a ir à noite, mas uma coordenadora foi pegando no braço de cada um e colocando para fora do hospital. Eu achei uma cena grotesca”.

Os médicos da atual pesquisa apontam os inúmeros conflitos com gestores (291 UR) e atribuem parte disso ao descompromisso e ao despreparo destes (209 UR) em situações de toda ordem, inclusive como esta relatada (Quadro 7a). Médicos cobram organização, protocolos e condução mais transparente na administração dos serviços.

Os gestores da saúde, segundo vários autores, deveriam definir as expectativas para uma boa relação médico-paciente e médico-equipe por meio da criação de políticas, estratégias e essencialmente protocolos para o trabalho (CLARK; COTT; DRINKA, 2007; FERNÁNDEZ, 2007; GAUDINE et al., 2011b).

Há uma carência geral nos serviços públicos que se materializa nos núcleos de sentido, más condições gerais (65 UR), e aquelas mais específicas, quais sejam, falta de materiais e de estrutura física dos serviços (70 UR) e a falta de segurança no trabalho (03 UR), tema que preocupa os enfermeiros também, uma vez que se sentem mais expostos à fúria dos pacientes insatisfeitos. A ausência de vínculos entre profissionais e pacientes favorece reações mais exaltadas destes e seus familiares insatisfeitos com os serviços que lhes são prestados, principalmente nas instituições públicas de saúde.

Fernández (2007) alerta que a relação médico-paciente se contextualiza com o vínculo humano na direção da satisfação das demandas conscientes ou inconscientes dos pacientes e que estes avaliam o profissional e sua capacidade a partir de uma atenção cuidadosa de diagnosticar e tratar atendendo às necessidades ou problemas do corpo ou da mente de quem sofre.

Os médicos da atual pesquisa revelaram perceber que precisam melhorar as relações com seus pacientes, pois, aliadas a bons

prontuários, podem minimizar os efeitos de maus resultados e conflitos éticos em casos de denúncias contra profissionais. Reconhecem que é sua postura, às vezes negligente, às vezes arrogante, que os torna vulneráveis diante dos pacientes, da mídia, que os deixa expostos à opinião pública e à indústria crescente da responsabilidade civil, em que médicos são processados com muita frequência, não raro, também, injustamente. É necessário, apontam os médicos dos grupos focais, que haja maior investimento nas habilidades de comunicação destes profissionais, uma vez que a falta dela se transforma em uma condição desfavorável às boas relações.

Pereira e Azevedo (2005) também apontam a má estrutura dos serviços e o curto tempo oferecido no atendimento clínico como causas de má qualidade dos resultados, baixa eficácia terapêutica e consequente insatisfação dos pacientes. Siqueira (2008a) realizou pesquisa apontando as diferenças de atendimento médico entre os serviços públicos e privados e que comprometem a relação médico-paciente. O pesquisador constatou que, entre os pacientes do sistema público, 53,1% deles aguardam mais de 90 minutos na sala de espera para ser atendidos; 32,6% não são chamados pelo nome durante a consulta; 30,2% não são examinados fisicamente e 69,9% têm tempo de consulta inferior a dez minutos.

Os médicos apontam os gestores dos serviços públicos como responsáveis pelas consultas curtas e atendimentos breves: sobrecarga de trabalho por ausência de número satisfatório de profissionais e a necessidade de atender grande demanda de pacientes, comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

Pesquisa realizada por Pereira e Azevedo (2005) mostrou que existe insatisfação muito grande dos pacientes com os médicos por negligências e relatam que eles se queixam que o tempo médio de visita que recebem dos médicos é de 4,61 minutos, sendo que 10% dos pacientes afirmaram não ter satisfação ou insatisfação na relação médico-paciente.

- GFM: “Eu sou da velha guarda onde a relação médico-paciente é fundamental [...]. Quando eu chegava no

atendimento do décimo segundo (paciente), eu já estava absolutamente exausto [risos de todos], então os outros treze (pacientes) sobravam, coitados [...]. Aí eu ficava perguntando 'será que eu estou ficando velho demais? [risos de todos] [...]. Com o correr do tempo, como eu precisava atender 25 pacientes, eu disse para mim mesmo que eu tinha que acelerar aqueles atendimentos com consultas mais curtas e evitar que ficassem batendo na porta para eu me apressar, pois as equipes e os próprios pacientes lá fora ficavam com raiva. Passei a atender no máximo por dez minutos, pois ainda tem uma quantidade infernal de papéis para preencher: receituários e atestados, relatório do CASE (Centro de Atenção à Saúde) [...]. Eu saía de lá exausto”.

Fernández (2005a) aponta que a burocracia existente nesses serviços dilui o papel do médico e em alguns casos pode contribuir para posturas negligentes, que promovem indignação e conflitos com colegas e a equipe, além de desgastes entre médicos e pacientes.

Nos serviços de emergência, talvez devido ao elevado número de atendimentos, é observada com maior frequência a violação dos direitos humanos, da intimidade do paciente, de sua autonomia e de seu pudor. O foco, mais uma vez, é reservado para o tratamento da doença e não o paciente como um todo, não há uma visão de integralidade. Muitas vezes não se sabe nem o nome do paciente, mas só o leito onde se encontra (FERNÁNDEZ, 2005a).

Hoje a relação médico-paciente é sumária e isso se reflete em interação mínima ou nenhuma entre ambos. Nos serviços públicos, hospitais e ambulatorios, os médicos precisam atender a um grande número de pacientes, maior do que nos serviços privados, e reduzir o tempo oferecido para cada paciente, o que acaba por estabelecer um cuidado impessoal. O médico faz uma anamnese superficial e um exame físico direcionado e a prescrição de medicamentos é limitada aos que existem na rede pública (BUZZI, 2009).

Alhalel-Gabay (2008) identifica cinco momentos na consulta médica: o afetivo/emocional, o cognitivo, o operacional, o ético e o

social. O tempo emocional ocorre desde o primeiro contato médico-paciente, e é neste momento que o médico deve demonstrar toda sua empatia e sensibilidade humana. O cognitivo é o da procura dos dados da história clínica do paciente por meio da anamnese, do exame físico e dos exames complementares. Nesta etapa, o médico deve tentar estabelecer boa relação com o paciente. O tempo operacional diz respeito ao momento em que o médico deve dar atenção aos objetivos terapêuticos dos procedimentos clínicos a partir das hipóteses diagnósticas confirmadas. O ético faz parte do ato médico, em que o conceito de ética médica corresponde à relação com paciente, com os colegas, com a equipe de saúde e com os gestores, em situações específicas que tratam de direitos e obrigações dos profissionais, dos princípios e valores da vida, da morte e da dignidade humana. O autor alerta que, apesar do conhecimento científico, da experiência, do bom senso, da boa vontade ou bondade do médico, nem sempre é possível resolver os problemas éticos. E, finalmente, o tempo social ocorre quando o médico como pessoa se envolve com a pessoa do paciente. Faz parte desse momento o processo de comunicação com o atendido, o momento certo de falar, ouvir, o tempo de informar sobre a doença, orientar e até educar, explicando sobre procedimentos diagnósticos, tratamento e prognóstico (ALHALEL-GABAY, 2008).

Percebe-se, assim, que com dez minutos de consulta o médico perde a chance de estabelecer boa relação com o paciente por falta de comunicação, e aumentam suas chances de incorrer em erros e criar conflitos de relacionamentos.

Nas instituições privadas, o profissional possui melhores condições de atendimento, dispõe de mais tempo para a anamnese, há preocupação com as questões éticas, o médico informa o atendido sobre sua doença e os cuidados necessários, discutindo com ele o tratamento (FERNÁNDEZ, 2005b).

Os médicos presentes nos grupos focais (Quadro 7a) também falaram da imensa insatisfação de como sua profissão é percebida pela população e pelos governantes e gestores de serviços públicos e

privados, haja vista seus serviços serem desvalorizados (135 UR), o que se reflete em baixa remuneração (89 UR). Queixam-se pelo fato de no serviço público não terem um plano de cargos e salários, a exemplo das carreiras do Judiciário e nos serviços privados. Na maioria das vezes não têm vínculos empregatícios e, por conseguinte, não têm benefícios trabalhistas garantidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas, além da instabilidade no emprego (10 UR).

Remuneração baixa obriga os médicos a ter múltiplos vínculos (08 UR) que os tornam reféns de um sistema que eles entendem como perverso e que promove outra má condição, qual seja, o excesso de carga horária trabalhada (07 UR). Isso gera estresse, cansaço, falta de atenção e concentração, intolerância, que se refletem nas relações destes profissionais com pacientes e colegas, gerando conflitos de toda sorte e favorecendo erros.

Considerando a clientela distinta entre serviços privados e públicos associadas a outras variáveis relacionadas às más condições de trabalho nos últimos, sua intolerância é exercitada na maior parte das vezes com pacientes e colegas originados destes. Os médicos apontam, sobre as diferenças na atuação dos profissionais da saúde nos serviços públicos e privados (302 UR), que são os mesmos profissionais que se encontram em ambos os serviços e que se tornam mais dedicados ao trabalho nos últimos, onde a supervisão dos gestores é mais intensa, exigindo deles maior e melhor desempenho.

Nos hospitais públicos há outros elementos que promovem desentendimento entre os colegas, pois alguns médicos descansam em horários inadequados, sobrecarregando os pares, ou alegam não ter responsabilidade naquele chamado. Tal situação cria dificuldades com os gestores, também que se omitem frente às queixas.

- GFM: “Eu reclamava todos os dias e esse foi um dos motivos que me fizeram sair de lá. Eu disse que não mais atenderia sozinho enquanto o colega dormia”.
- GFM: “Quando o ‘bicho pega’ [excesso de trabalho] e chega um paciente grave, o colega diz que não tem nada a ver com isso, que não está de plantão naquela ala e não vem ajudar”.

A negação da prestação de serviços pelos médicos pode ser considerada abandono ou omissão de socorro. Um médico que nega atendimento a um paciente viola sua responsabilidade com o paciente, assim como com a sociedade. O médico, neste caso, deve compaixão à situação do paciente, e é importante que saiba das implicações judiciais e éticas dessa negação (FARBER et al., 2010).

Outro aspecto que envolve pacientes de hospitais públicos e os usuários de planos de saúde nos hospitais privados diz respeito à solicitação dos médicos aos pacientes, de complementação de honorários para procedimentos que serão realizados, justificando a má remuneração oferecida pelos serviços médicos. Farber et al. (2010) afirmam que os baixos salários pagos aos médicos contribuem para redução no desempenho de tais profissionais, mas não justificam a ação de quem tenta, de alguma forma, obter pagamento extra de seus pacientes, em geral dos que não possuem condições de fazê-lo.

Nos hospitais privados os motivos para que alguns médicos se esquivem de suas responsabilidades diante dos colegas são de caráter financeiro e mercantilista e, nestes casos, os gestores também se omitem diante das queixas. A relação entre médicos é, às vezes, conflituosa, como visto na categoria relações interpessoais e institucionais (222 UR), e uma questão mobilizadora na relação entre eles nos hospitais privados diz respeito à concorrência desleal, prevista no Código de Ética Médica, no artigo 51º do capítulo que trata das relações entre médicos, em que os mais ambiciosos se apossam de pacientes acompanhados por colegas para auferir mais lucros (CFM, 2010).

- GFM: “Examinei um menino com apendicite, sem comorbidades, aquela cirurgia que você opera hoje e dá alta daqui a dois dias. O colega plantonista disse que não tinha sala no centro cirúrgico e, como já era de madrugada e não era emergência, deixei agendado, medicado com antibiótico e hidratando. Às 6h, ao chegar no hospital, sem intercorrências que justificassem, o paciente já estava operado”.
- GFM: “Tem cirurgiões que quando encontram (pacientes) conhecidos na emergência atropelam o colega e

literalmente roubam o paciente e não adianta a família reagir porque ele já vai afirmando que está levando o paciente para o centro cirúrgico, desrespeitando a escolha e autonomia do paciente e o colega que já foi comunicado e já está se deslocando”.

- GFM: “O paciente só é meu quando ele está no hospital público, mas, se for no hospital privado, a ladainha é a mesma, diz que tentou ligar e não me alcançou e fica com o meu paciente”.
- GFM: “No (hospital) público não tem essa briga. Tem a briga para ver quem não pega (o paciente)”.
- GFM: “Eu estava na supervisão e ia dar o plantão na porta da emergência, mas o colega pediu para ele ficar na porta e só depois eu entendi o porquê. Como ele não fazia consultório e não atendia planos de saúde, ele agendava os pacientes para entrarem pelo pronto-socorro e lá os atendia. Naquela noite a paciente dele, de ‘consultório’ [voz irônica], chegou muito grave e ele foi me chamar para eu ajudar. Eu entubei a doente, passei acesso central, comecei a conduzir, busquei vaga na UTI e eu passei a noite toda de plantão com a doente enquanto ele atendia no consultório, olhando exame, passando exame, pedindo endoscopia às 2 da manhã, sem ser nenhuma urgência. O colega da endoscopia chegava possesso e com razão”.
- GFM: “Por que o hospital não pune? Ora, porque o colega pede muitos exames”.
- GFM: “Há um abuso na solicitação de exames, especialmente em hospital privado. Eu não sei se é coincidência ou não, ou se é porque a demanda é realmente alta, ou se as pessoas estão ficando muito doentes. A gente não faz exames externos, só os do próprio hospital e a demanda é absurda de ultrassons, por exemplo, que são pedidos todos com urgência e de dez ultrassons de abdome total, nove são normais”.

- GFM: “Não há triagem nos hospitais privados e os exames vão chegando. Exames desnecessários. O radiologista ouviu coisas do tipo: ‘Doutor, eu vim aqui, só porque eu quero saber como o meu fígado está e porque eu vou tomar uma [bebida alcoólica] no carnaval e vai ter um churrasco na casa da minha sogra’. O pior é que ficam os comentários maldosos dentro do hospital, da pouca competência ou falta de seriedade dos colegas e da ganância dos gestores”.

Não se pode ignorar que a clínica ainda é soberana e que boa anamnese e bom exame físico podem fechar diagnósticos e salvar vidas com intervenções mais precoces, sem a espera de exames mais complexos que envolvem tecnologias avançadas, motivo de desentendimentos e conflitos, algumas vezes, entre colegas, frente às demandas crescentes desnecessárias de exames complementares ou pela indignação dos colegas em perceber o descompromisso daquele que atende o paciente e não ouve sua história nem o examina adequadamente, negligenciando, portanto, sinais e sintomas, ou mesmo possibilitando melhor triagem de riscos.

A palavra triagem é derivado de *trier*, palavra francesa que significa escolher entre vários. Na medicina, é uma classificação de pacientes de acordo com as condições clínicas e tem o objetivo de manter os princípios da Bioética, equidade e justiça, qual sejam, fazer o bem para o maior número de pessoas e ainda, que os iguais devem ser tratados igualmente (ERSOY; AKPINAR, 2010).

Buzzi (2009) defende, apesar das consultas curtas, os benefícios oriundos da tecnologia para o aprimoramento da medicina e que é maior a precisão dos diagnósticos que se utilizam da tecnologia como forma de agilizar os encaminhamentos terapêuticos, o que favorece os pacientes. Por outro lado, afirma que a competição entre colegas é positiva para a melhoria nos cuidados de saúde, desde que o paciente seja o maior beneficiário.

Ferraz (2008) afirma que, no Brasil, a maioria dos hospitais públicos não possui recursos suficientes para cobrir o custo dos serviços prestados, sendo este um dos grandes motivos responsáveis pelas

más condições de trabalho às quais os médicos são submetidos. Refere, ainda, que o problema está associado também à questão da gestão profissional, a qual administra a escassez, a falta de planejamento e de competência e as limitações do serviço público tradicional. Diante disso, percebe-se que o exercício profissional sem condições de trabalho adequadas é um dos grandes responsáveis pela dificuldade encontrada pelos médicos na realização de um trabalho eficaz e o mais adequado possível para os pacientes.

- GFM: “No hospital público, a comunicação é pouca. Você mal informa para a família o que foi feito e o que vai ser feito”.

Eles percebem essas diferenças (Quadro 7a) nas condições de trabalho, que são muito grandes, com mais ou com menos recursos (108 UR), nos serviços privados e públicos, visto também em outra categoria analisada (Quadro 8), mas principalmente as diferenças incorrem também nas próprias condutas terapêuticas (194 UR).

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)	
	Enfermeiros	Médicos
Desvalorização do paciente grave e assistência desumanizada	24	310
Ausência de vínculo do médico com a equipe	12	24
Ausência de vínculo do médico com o paciente	66	36
Comunicação inadequada entre médico e paciente	80	30
Dificuldade de comunicação com o familiar do paciente	6	34
Valorização do paciente após o óbito/doação de órgãos	-	42
Paciente como fonte de exaustão/estresse	35	5
Assistência sem qualidade	123	2
Erros de condutas de enfermagem	-	8
Erros de condutas médicas	51	11
Médicos mercantilistas e corporativos	34	28
População e paciente só se queixam do médico na ausência deste	65	-
Angústia moral do enfermeiro em busca de resolutividade para o paciente e sua raiva do médico	21	3

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)	
	Enfermeiros	Médicos
Enfermeiros se sentem impelidos a levar os pacientes até os médicos	05	-
Enfermeiros precisam levar os prontuários até os médicos	05	-
Enfermeiros se recusam a levar prontuários até os médicos	01	-
Diferenças nas condutas dos médicos e enfermeiros quando em serviço público ou serviço privado	23	116
Médicos não são punidos, apenas os enfermeiros, por erros com o paciente	08	-
Comunicação inadequada entre médico e paciente	80	30
Dificuldade de comunicação com o familiar do paciente	6	34
Enfermeiros interferem na conduta e prescrição médica	5	-
Óbitos por falta de assistência médica nas urgências	20	-

Quadro 8. O paciente como foco de conflitos entre médicos e enfermeiros.

Fonte: Grupos focais dos médicos e enfermeiros. Aracaju.

Os médicos consideram os planos de saúde como grandes vilões, que não só os exploram financeiramente, mas que também impedem que os médicos escolham o melhor para os pacientes e lhes tiram a autonomia, dificultando diagnósticos e tratamentos, gerando erros de conduta.

- GFM: “A ANS (Agência Nacional de Saúde) criou normas absurdas. Eu peço uma colecistectomia por vídeo, essa é liberada, e uma hérnia inguinal tem que ser aberta. Aí, você já está lá com o vídeo, mas mesmo assim tem que abrir porque ele nunca foi operado de hérnia. Esofagite de refluxo não é obrigado a ser por vídeo, você tem que cortar o paciente”.
- GFM: “O convênio está definindo conduta com o aval da ANS e do CRM!”.

- GFM: “Então é melhor trabalhar em hospital público? Lá você tem autonomia e decide o melhor para o paciente”.

Afirmam que há um tratamento diferente para o paciente a depender de sua origem social e econômica, independentemente de ser serviço público ou privado, com mais ou com menos recursos financeiros; com ou sem plano de saúde; ou com seguro saúde melhor ou pior (28 UR).

- GFM: “Em um hospital público, uma vez a paciente deixou um recado para o médico pedindo para ele dar alta porque ela queria ir para casa, pois já tinha uma semana que havia sido operada de hemorroidas e o médico não foi vê-la e ainda assim ela estava ótima”.

A desigualdade existente na saúde persiste e é um problema nos serviços médicos, uma vez que a negligência de alguns profissionais sobrecarrega outros, criando conflitos entre eles. Neste contexto, tenta-se entender uma das queixas comuns contra os colegas médicos que funcionam de forma distinta, com duas linhas de conduta, quando exercem suas funções em hospital público, onde pessoas necessitadas precisam de assistência, apoio, atenção, solidariedade ou quando se trata de hospital privado. Os pesquisados referem que muitos negligenciam suas condutas com os pacientes utilizando-se de desculpas como más condições de trabalho e até má remuneração, esquecendo preceitos morais e éticos.

- GFM: “O que eu estou dizendo é que nada justifica [a negligência], que não é só a condição de trabalho do hospital [que influencia], mas a formação pessoal do profissional, também. O profissional, às vezes, no hospital público, tem condição de dar um melhor atendimento, mas ele não se interessa em dar, e aí diz: ‘Ah, é porque eu ganho pouco’. Isso não é desculpa. Não aceite [o valor que ganha], saia [peça demissão]”.
- GFM: “Eu acho que vai depender da qualidade do profissional. Claro que no hospital público, talvez pelas condições

de trabalho, você se dedique menos e não é nem porque você quer. É a condição que é precária e não permite nada mais”.

Bostick et al. (2006) realizaram estudo sobre desigualdades na atenção à saúde, também comentada por Alhalel-Gabay (2008), conforme condições sociais, étnicas e raciais, e concluíram que para que haja boa interação entre médico e paciente é de grande importância a existência de confiança. Porém a menor qualidade clínica fornecida a estes pacientes leva-os a pensar que suas vidas não são tão valorizadas como as dos demais e promove neles uma falta de confiança nos médicos. Chegar a um equilíbrio entre o interesse dos pacientes e a conduta desejada pelo profissional é um contínuo desafio do ato médico.

- GFM: “Não adianta a Enfermagem querer, o que é comum, que eu assine o que quer que seja [...], não é simples na visão do médico: eu tenho que ver aquele paciente, eu tenho que examinar. Eu não vou dar, simplesmente, a receita”.

A relação médico-paciente também pode ser comprometida quando o médico depara com sentimentos de angústia quanto à necessidade de solicitar ou não o afastamento do paciente do trabalho. No exercício de sua profissão, deve honrar o compromisso com a verdade, sob pena de infringir o Código de Ética Médica e o Código Penal, ficando sujeito até mesmo à detenção (VALLE et al., 2007).

- GFM: “Os médicos, às vezes no afã de ajudar o paciente, cometem um erro grave. Tem algumas medicações especiais no CASE [Centro de Atenção à Saúde] que é para um determinado tipo de doença [...], mas ela é usada também para outros tipos [...]. Como o paciente não tem condição de comprar esse medicamento, que é caro, são quinhentos ou mil reais por mês [...], os médicos mudam o diagnóstico [...]. Estão cometendo uma infração ética gravíssima! O próprio paciente pode entrar [com um pro-

cesso] contra eles dizendo que os médicos inventaram um diagnóstico ou pode entrar com um processo de aposentadoria com doença que não existe e que foi atestada pelos médicos”.

Autores relatam situações semelhantes, ou seja, médicos que atestam por compaixão e ajustam o atestado para ajudar o paciente, e verificaram que a emissão do atestado pode variar a depender da experiência do profissional e de seu tempo de trabalho (VALLE et al., 2007).

Alegam dentro da categoria *condições desfavoráveis à manutenção das relações harmônicas no trabalho* (Quadro 7b) que não têm autonomia (31 UR) e que o SUS e o PSF precisam ser reestruturados (55 UR), pois os pacientes destas instituições, mal preparadas e desequipadas e desaparelhadas, do ponto de vista deles, pagam as consequências de maus serviços (34 UR).

Os médicos dos grupos focais enxergam que muitos colegas só trabalham pela recompensa financeira, são desinteressados pelos pacientes e não têm vocação para o cuidado e a assistência (21 UR). Afirmaram que muitos colegas se sentem desmotivados para o trabalho (295 UR) por algumas razões: não ter o perfil ou a especialidade que o setor exige, ou seja, não está qualificado para desenvolver aquilo a que se propõe, naquele serviço, e no entanto assumem plantões de especialidades (125 UR); nem tampouco se interessam em fazer reciclagem e atualizações (12 UR); por descompromisso e desinteresse pelo trabalho (166 UR); ou ainda diante do fato de estarem insatisfeitos profissionalmente e se sentirem desacreditados (04 UR), o que leva alguns a buscarem novas especialidades com melhor remuneração (02 UR).

Buzzi (2009) afirma que é grande o número de casos de erros médicos que trazem insatisfações dos pacientes. Esses processos, por sua vez, desestabilizam emocionalmente o profissional e por vezes os levam a escolher outra profissão para fugir da responsabilidade de

cuidar da vida de uma pessoa. Os pesquisados reconhecem como condição desfavorável às relações a ausência de vínculo com os pacientes (92 UR), já citada anteriormente, caracterizada pelo des-caso e descompromisso; e com a equipe com a qual trabalham (24 UR). Justificam estas dificuldades com a equipe em razão de ações técnicas com as quais não concordam. Paralelamente, percebem a desumanização no atendimento (78 UR), resultando em falta de qualidade (02 UR).

- GFM: “Acho que o profissional médico é muito ocupado e fica mais ainda porque o auxiliar de Enfermagem vê o doutor que dorme o plantão todo, ele [o auxiliar] também se sente no direito [de dormir]. Se houvesse o exemplo do profissional médico, os outros acabariam seguindo o bom exemplo. Não é unanimidade, claro”.
- GFM: “Tenho um relato de um caso de um paciente que estava quietinho no chão por duas horas [...]. Aí o residente perguntou o que houve com ele: ‘eu estou com uma faca aqui nas costas’. O residente se assustou e perguntou se o médico já tinha visto, e a resposta o surpreendeu: ‘Viu. Mas disse que daqui a 2 horas iria chegar o médico especialista de faca nas costas e que eu ficasse quietinho aqui e não me mexesse’”.

Os médicos devem observar suas atitudes, mas também as de seus colegas, de outros profissionais de saúde e do pessoal de apoio, a fim de assegurar adequada prestação de serviços de saúde com integridade, que é a disposição de agir de forma correta, com justiça, seja o paciente quem for, com compaixão, respeito e amor, ou seja, com o interesse em compreender o sofrimento do paciente fazendo o possível para minimizar sua dor, em um processo de aceitação da condição humana (BOSTICK et al., 2006; FERNÁNDEZ, 2005a; PORTO, 2005).

Em outro estudo, Genius (2006) apontou a existência de desconfiança crescente da população para com os médicos, promovida

pela arrogância e o pouco profissionalismo, que levam a um aumento da preocupação nesses aspectos apesar da existência de códigos de conduta e comitês de ética. Sabe-se, entretanto, que a integridade e a virtude médica não são geradas apenas pelo entendimento da ética – outros fatores devem ser considerados, inclusive as más condições do trabalho.

Os informantes da atual pesquisa alegam ainda como condições desfavoráveis à manutenção das relações éticas a falta de habilidades de comunicação diante dos conflitos éticos que envolvem o fim de vida e dificuldades de comunicação com os familiares quando se trata de morte, morte encefálica e doação de órgãos (34 UR). Os médicos efetivamente não possuem habilidades de comunicação e não tiveram qualquer treinamento durante a graduação para abordar qualquer tema que ponha em xeque sua competência profissional, uma vez que se sentem obrigados a determinados resultados, o que é uma percepção equivocada.

- GFM: “Eu fui fazer uma visita domiciliar a uma puérpera que teve um parto normal e saiu de lá com uma cicatriz mediana infraumbilical. Eu perguntei o que aconteceu; ela disse: ‘o parto foi normal, só que o obstetra começou a me olhar, chamou outro médico e depois mais outro e os três ficaram olhando, conversando, me levaram para uma sala e me anestesiaram e pronto, eu acordei [...], eles não falaram nada para mim, mas uma enfermeira me disse que o útero virou na hora do parto e aí eles tiveram que fazer essa cirurgia’. Eu a orientei a olhar o nome do médico na receita e voltar ao hospital no plantão do colega para conversar e saber o que realmente houve. Falta comunicação. Falta ética”.

Deve haver atenção especial por parte dos médicos em certas áreas da medicina no que tange à relação contratual médico-paciente, com destaque para as áreas de ginecologia e principalmente para a obstetrícia, haja vista que a população não vê razões para que o evento dito como natural, como um parto, tenha complicações,

quer com o bebê, quer com a parturiente. Daí a necessidade de se ter com a paciente uma conversa de alerta e de esclarecimento, sem esquecer a assinatura do termo de consentimento informado (TIZZOT, 2007). A relação médico-paciente sofreu muitas transformações nos últimos anos. A relação paternalista, em que apenas o médico detinha o poder de decisão sobre as condutas terapêuticas, cedeu lugar a uma em que o paciente tem autonomia para decidir conjuntamente com o médico, em uma relação de parceria terapêutica (PITHAN, 2009).

Em estudo de Pereira e Azevedo (2005), 70% dos pacientes revelaram grande insatisfação com a qualidade da comunicação e informaram que os médicos não ofereceram informações suficientes sobre a condição clínica ou que o que motivou internação e procedimentos. Acredita-se que o baixo nível de escolaridade e das condições socioeconômico dos pacientes estão diretamente associados ao baixo nível de exigência e ao não conhecimento de seus direitos, o que não justifica, entretanto, a ausência de informações fornecidas pelos médicos.

- GFM: “É comum se fazer procedimentos em um paciente sem que ele seja informado”.

Pereira e Azevedo (2005) apontaram em pesquisa que os pacientes criam expectativas sobre como serão recebidos pelo médico e como se dará a comunicação durante a assistência, expectativa esta que acaba sendo frustrada para alguns.

- GFM: “O que eu mais vejo são os conflitos éticos relacionados à terminalidade da vida. É um conflito que não tem solução, não tem discussão em hospital público”.
- GFM: “No hospital público temos pacientes jovens politraumatizados que chegam ali e que não há, praticamente, contato com a família para você explicar o que quer que seja. As poucas famílias que a gente consegue alcançar

[...] têm contato com o plantonista, ou seja, pela manhã o familiar tem contato com um médico e de noite com outro, não tem uma pessoa para conduzir.

- GFM “São famílias [...] muito pouco instruídas que não têm condição de entender o que está acontecendo, então é uma discussão que não existe”.

Médicos não foram preparados para comunicar as más notícias e evitam fazê-lo, escondendo-se atrás de justificativas como a baixa instrução educacional da clientela, que impediria o entendimento acerca de diagnósticos e prognósticos, como se houvesse algo que a morte não pudesse falar por si mesma. Também insistem no *furor curandis* e permanecem fazendo procedimentos fúteis sem entrar em contato com a família e explicar a razão injustificável da distanásia, condenada pelo Código de Ética dos médicos, artigo 41, parágrafo único, que diz que o médico não pode empreender terapêutica inútil (CFM, 2010), escamoteando, às vezes, seus conflitos de interesse na manutenção do paciente hospitalizado que lhe rende mais lucros.

- GFM: “No hospital particular é diferente. É uma vovozinha de 98 anos, acamada há 10 anos. E ainda assim o médico vai lá e resolve fazer tudo. Tem muito dialisado no hospital. Os colegas dialisam até no caixão. E aí é muito difícil você achar uma família que realmente tenha noção de que este paciente tem uma hora que vai morrer [...]. O plantonista não discute isso com a família. Quem conduz essa comunicação é o médico assistente, que não se comunica com a equipe que fica sem saber o que está sendo passado para a família e como que a família está aceitando isso”.

Os médicos nos grupos focais afirmaram que muitas vezes o paciente, principalmente nos serviços públicos, é desvalorizado e negligenciado, criando conflitos entre colegas.

- GFM: “Eu estava na urgência com mais três colegas... era um grupo de cinco, mas faltaram, problemas comuns de escala, eu já dei plantão sozinho [...]. Eu fui lá no estar [sala de descanso dos médicos] para chamar um colega para adiantar as fichas [os atendimentos aos pacientes] e eu ouvi dele que não ia porque a população tinha que sentir mesmo [muitos risos]. Eu fiquei estarecido com a resposta e, claro, sobrecarregado”.

Os valores éticos de cada profissional serão os legítimos determinantes de uma prática hipocrática de respeito para com o paciente e para com os colegas. O dever de cuidar pode ser considerado uma virtude, como são o carinho, a dedicação e a compaixão que só alguns médicos possuem (TORDA, 2007). Pacientes graves também são negligenciados nestes serviços (05 UR), recebendo pouca atenção nas unidades de tratamento intensivo, porém são valorizados e ganham novo *status* após o óbito (21 UR), por se tornar um doador em potencial.

- GFM: “O que eu vejo no hospital público em relação à doação de órgãos é que, quando o paciente entra vivo, ele não é valorizado, na hora que ele morre, aí ele passa a ser valorizado”.
- GFM: “Enquanto ele está vivo, ele é um... está ali na maca, jogado. Morreu? Vamos atrás da família, porque ele tem um órgão para ser doado!”.
- GFM: “Isso interfere muito na doação, porque, agora, o paciente passa a ser algo importante. Agora as partes dele vão servir para alguém”.
- GFM: “Quando ele está muito grave é deixado de lado e quando chega em morte encefálica passa a ser importante. Mas lá [no hospital público] não tem logística, e o fato é que quase não se doa nada. Só doa córneas”.

Parece que os médicos ignoram que, como intensivistas ou assistentes, cabe aos profissionais três tarefas: diagnosticar, con-

forme o protocolo, notificar a morte encefálica à família e, ainda, comunicar compulsoriamente à central única de transplantes. Com a perspectiva de um potencial doador, a tarefa em seguida é manter o paciente em condições que viabilizem a captação de órgãos por equipe competente, o que não pode ser feito por nenhum profissional que ofereceu assistência àquele paciente, conforme artigo 46 do capítulo sobre doação de órgãos e tecidos do Código de Ética Médica (CFM, 2010). O médico assistente e o intensivista não abordam a família sobre doação de órgãos, mas um coordenador de transplante, preparado para isso, é quem fará o primeiro contato e se põe à disposição para explicações sobre o procedimento.

É importante ressaltar que a comunicação de más notícias tem ocasionado problemas éticos, pois não há regras ou receitas para tal e vai depender muito do estilo e do caráter do médico (ALONSO et al., 2005).

Ainda na categoria de *condições desfavoráveis às relações harmônicas e sem conflitos*, os médicos apontam os gestores pelos desmandos dos serviços de saúde e os acusam de receberem benefícios da indústria farmacêutica (04 UR) quando da aquisição de medicações em larga escala para as instituições. Acreditam também que, se houvesse uma escolha dos executivos administrativos por competência técnica, estas gestões seriam mais bem sucedidas, entretanto, na percepção deles, os cargos gerenciais são por indicação política, comprometendo o desempenho dos profissionais que estão despreparados para as funções designadas (04 UR).

Outra queixa apontada diz respeito à rotatividade nos serviços, o que compromete a qualidade das relações (03 UR). Há para tal processo duas razões: quando há médicos jovens, que, enquanto não passam nas residências médicas, estão prestando serviços temporários ao SUS, ou o caso de profissionais efetivos que os gestores transferem para outros lugares, comprometendo o vínculo do

médico com pacientes e com as equipes de saúde. Queixa parecida foi feita pelos enfermeiros.

Acreditam que parte dos desmandos da saúde é por causa do descompromisso com o trabalho dos outros profissionais da saúde (11 UR) que não os médicos, ainda que reconheçam o descompromisso da própria categoria caracterizado pela falta de ética (166 UR).

- GFM: “O triste é que a gente estuda seis anos de medicina e onde ficou a ética? Ética é o que mesmo? Seria procurar fazer o melhor para o paciente? Então não precisava de muita coisa. Mas hoje, como a medicina evoluiu muito, temos colegas que, infelizmente, estão procurando mais é se dar bem e esqueceram os pacientes”.

Ainda na mesma categoria, os médicos se reconhecem como corporativistas (28 UR) e, portanto, poucos denunciam outros profissionais, o que se torna condição desfavorável às relações, haja vista o nível de intolerância crescente frente às infrações de colegas que se acostumam à impunidade. Outrossim, afirmam a falta de competência do CRM em acolher queixas e proceder fiscalizações por sobrecarga de trabalho (18 UR), uma vez que existem poucos conselheiros atuando. Na percepção dos médicos, o órgão regulamentador também negligencia as denúncias que ali chegam (43 UR), e as resoluções dos processos ético profissionais chegam a termo com muita demora (07 UR).

Finalmente, os pesquisados têm a percepção de que são condições desfavoráveis o cansaço, o adoecimento e o comprometimento à saúde mental dos profissionais da saúde, que se manifestam com a angústia do médico (42 UR); a angústia do enfermeiro (03 UR) e a exaustão e o estresse dos profissionais da saúde (05 UR), condições essas também apontadas em pesquisa realizada por Pimentel (2005).

Percepção dos médicos sobre as condições favoráveis para o enfrentamento dos conflitos

Assim como os enfermeiros, os médicos são descrentes acerca de mudanças, a curto e a médio prazo, das precárias condições que envolvem o sistema de saúde e o trabalho médico. Os entrevistados pareciam com muita dificuldade para elencar as características positivas que identificavam no trabalho e que poderiam suscitar nas relações conforto e boa resolutividade de conflitos, quando presentes entre estes profissionais e os pacientes, os familiares dos pacientes, colegas e equipe de trabalho.

Quando questionados quais, na percepção deles, seriam as condições favoráveis que identificavam para bom desempenho profissional e que se refletissem em serviços de qualidade para a população, elegeram itens considerados importantes, ainda que alguns sejam entendidos como utópicos ou ideais, ou seja, longe da realidade atual de suas práticas (Quadro 9). Elencaram, assim, circunstâncias e condições ideais, e, ainda, as que já estavam presentes.

O compromisso do médico com o trabalho (159 UR) foi o núcleo de sentido com maior número de citações. Compreende-se que, quando há, as relações tornam-se mais harmoniosas, haja vista o cumprimento de seus compromissos, evitando o desconforto e os constrangimentos com as obrigações e paralelamente, com os resultados na prestação de serviços aos pacientes. Citam, em seguida, a qualidade das comunicações e, portanto, uma boa relação como outro fator que favorece a ausência de conflito nos serviços de saúde. Entendem como boa relação aquela em que há confiança, reconhecimento, vínculo, compromisso e respeito à autonomia do paciente (270 UR).

Núcleos de sentido		Número de citações (UR)
Boa relação (confiança/reconhecimento/vínculo/compromisso/autonomia do paciente) (270)	Médico/paciente	153
	Médico/equipe	42
	Médico/enfermeiro	26
	Médico/ familiar do paciente	25
	Médico/médico	17
	Médico/gestor	07
Compromisso do médico com o trabalho		159
Médico busca condições de trabalho/qualidade assistencial/tenta negociar com gestor por melhores condições		52
Discussão de casos na equipe		37
Qualidade do prontuário (37)	Defesa do médico	11
	Acompanhamento do paciente	9
	Responsabilidade do hospital	6
	Aprendizado do aluno	11
Médico protege/valoriza ato médico		29
Boa qualificação do profissional de saúde		26
Conselho Regional de Medicina (CRM) atuante		34
Médico valoriza a medicina perante demais profissões		17
Hospital público tem medicamento de alto custo		15
Médico administra conflitos		7
Motivação com o trabalho (médico gosta do que faz)		4

Quadro 9. Condições favoráveis para o enfrentamento dos conflitos na percepção dos médicos.

Fonte: Grupos focais dos médicos. Aracaju.

O quesito autonomia é importante nos dias atuais. Nos primórdios da medicina os pacientes e suas necessidades não eram valorizados. O médico decidia o que supunha ser o melhor para os pacientes em uma postura paternalista, sendo considerado alguém com poder divino. Entretanto recentemente os pacientes passaram a reivindicar para si muitos direitos, inclusive a autonomia de decidir com

os profissionais as condutas terapêuticas às quais são submetidos. A partir de então começaram, com mais rigor, a questionar as condutas médicas, a cobrar informações sobre os procedimentos a serem realizados e a demandar tratamentos mais humanizados. As responsabilidades dos profissionais da área de saúde refletem, portanto, os direitos dos pacientes e esses são respeitados na medida em que médicos e enfermeiros conhecem e respeitam o código, resoluções e legislação de saúde e desenvolvem suas habilidades de comunicação com os pacientes.

A comunicação, segundo Moore et al. (2010) e Grimberg (2010), é fundamental nesta relação com o paciente e favorece, desde a primeira consulta, a construção da confiança, com maior precisão na compreensão dos problemas apresentados por este e seus respectivos diagnósticos. Também favorece maior adesão ao tratamento, alívio dos sintomas e melhores resultados clínicos, com menos conflitos e mais satisfação. Tal percepção aparece nos depoimentos dos pesquisados, com 153 citações.

Também citaram como condição favorável a boa relação entre o médico e os familiares do paciente (25 UR), que, por sua vez, em algumas circunstâncias são os que mais trazem transtornos ao médico e à equipe de saúde, solicitando informações, exigindo, cobrando, denunciando e às vezes agredindo física e verbalmente os profissionais envolvidos no tratamento de determinado paciente. Referem ser uma sabedoria que só a experiência favorece, uma vez que não receberam treinamento adequado de como lidar com pacientes e familiares mais exigentes e de difícil relacionamento. Entendem também que boas relações com o paciente e com os respectivos familiares são uma profilaxia com relação aos conflitos e às denúncias frente aos maus resultados e ou ao óbito.

Boa relação entre o médico e a equipe (42 UR), entre o médico e os enfermeiros especificamente (26 UR) e ainda entre médicos (17 UR) foram condições favoráveis citadas em favor de uma prática sem conflitos éticos de relacionamentos e identificadas por eles em alguns colegas e neles próprios.

Os médicos, diante das dificuldades para manter comunicação positiva com enfermeiros, colegas médicos e também com outros profissionais de saúde da equipe em que trabalham, haja vista estes contatos serem rápidos e superficiais, acreditam que o seu desempenho poderia ser muito melhor e isso poderia promover profícuas e melhores discussões em nome do bom andamento da assistência oferecida ao paciente.

Afirmaram que tentam mudar o perfil das equipes às quais pertencem, imprimindo seu próprio ritmo e jeito de trabalhar por acreditarem que o respeito e a comunicação com os pacientes e a equipe podem fazer diferença na dinâmica destas.

- GFM: “Eu penso que eu tenho que dar o meu melhor [...] e eu dou, na medida do meu possível: das minhas limitações, para eu não me angustiar; da minha condição técnica; da minha condição de trabalho; da minha condição física; do que me é oferecido”.

A comunicação médico-paciente, verbal ou não verbal, garante o vínculo e a confiança e também favorece a gestão de conflitos, sustenta consentimento e promove o respeito e a autonomia do paciente (GRINBERG, 2010).

Assim, os profissionais acreditam que seria muito favorável às relações sem conflitos se houvesse maior respeito e maior comunicação entre profissionais, com entrosamento e sintonia da equipe, discutindo-se os casos clínicos (37 UR) e podendo, juntos, estabelecer melhor os critérios de avaliações e abordagens terapêuticas. O exercício do encontro sistemático da equipe e das discussões dos casos clínicos facilitariam as comunicações e as relações (37 UR).

- GFM: “Se você participar das reuniões de equipe, onde você tem aqueles momentos de discussão, vai facilitar muito o relacionamento com todos, mas é preciso ter humildade para que dê certo. Nós temos que colocar na frente das discussões o nosso objetivo, o nosso trabalho. Eu tento”.

Foi também mencionada a relação harmônica entre médico e gestor, considerada sempre difícil, porém desejável (07 UR). Os pesquisados acreditam que negociar com os gestores melhores condições de trabalho interfere positivamente na qualidade assistencial e, portanto, na manutenção de relações mais éticas (52 UR). Porém creem também que queixas e reivindicações aos gestores nunca são bem compreendidas, daí a necessidade de que essas relações sejam menos persecutórias para os gestores e que eles acolham melhor as demandas dos médicos e da equipe.

Prontuários de qualidade (37 UR), entendidos como responsabilidade do hospital (06 UR), que deveria exigir um padrão mínimo adequado a boa comunicação entre profissionais na assistência médica, seriam, do ponto de vista dos entrevistados, uma condição favorável às relações sem conflitos entre médicos e a equipe de saúde. Apontam que um prontuário de qualidade é desejável e útil como instrumento de defesa do médico (11 UR); como forma de garantir melhor acompanhamento do paciente (09 UR); e também como instrumento na díade ensino-aprendizagem (11 UR).

É, portanto, importante instrumento do trabalho médico que pode capturar a qualidade da relação médico-paciente, em razão de ser um registro de informações gerais acerca da assistência, de favorecer a pesquisa e o ensino, por ser instrumento de comunicação entre profissionais, instituições e pacientes (SAMPAIO; SILVA, 2010).

Os profissionais presentes nos grupos focais, espelhados na própria conduta e em seus afetos, afirmaram que existem outros fatores positivos e favoráveis a uma boa prática médica e às relações sem conflitos, ou com poucos conflitos, e citaram a motivação. Esta pode se dar efetivamente pelo desejo nato de trabalhar com pessoas e ajudá-las e, também, algumas vezes, pela busca da glória, relacionada tanto ao reconhecimento dos pacientes e da comunidade como também por parte dos colegas. (OVERBY, 2005). Gostar do que faz e sentir-se motivado para o trabalho (04 UR) é, portanto, uma destas condições.

- GFM: "Dizem para mim: 'ué, você parece recém-formada [...], está com um gás que não acaba'. É fácil. Eu gosto "

Outras condições favoráveis enumeradas foram: médicos que protegem e valorizam o ato médico (29 UR) e a medicina diante de profissionais de outras categorias (17 UR); médicos com boa formação/qualificação profissional (26 UR) e também os que sabem administrar conflitos (07 UR), pois trazem consigo uma condição facilitadora para a manutenção de relações harmoniosas.

- GFM: “Com força de vontade, tem que ter muita força de vontade e esse relacionamento com colegas tem que existir. Não adianta se isolar [...], eu vejo problemas entre colegas, entre profissionais e [entre] médicos e enfermeiros, dito aqui como [problema] secular, isso é comum e eu não sei o porquê. Eu me dou bem”.

Afirmaram também que seria favorável, porém hoje ainda longe da realidade, se os hospitais públicos passassem a ter medicamentos de maior potencial de ação (15 UR), pois evitaria muitos conflitos com gestores, de um lado, e com pacientes e respectivos familiares, de outro.

Por fim, citaram uma condição que seria favorável se ela estivesse presente, pois hoje é percebida como aquém do desejável, qual seja, o Conselho Regional de Medicina respondendo às demandas e atuando de forma satisfatória (34 UR).

Conflitos nas relações entre médicos e enfermeiros

Mesclando os resultados dos grupos focais dos médicos com os dos enfermeiros foram destacadas algumas subcategorias como focos de conflitos entre estes profissionais, quais sejam: o Código de Ética; o conhecimento de funções e papéis; a insatisfação dos profissionais de saúde; o paciente; as condições de trabalho nas instituições de saúde; as queixas e denúncias.

Apenas os enfermeiros percebem seu conflito com os médicos como uma relação de poder (17 UR) e também acreditam (20 UR) que são desvalorizados e desrespeitados por eles desde a graduação. Afirmam, ainda, que os conflitos entre essas categorias são gerados em razão das diferenças existentes entre a formação de

ambas as classes profissionais. Alguns disseram sofrer assédio moral pelos médicos (02 UR) e outros relatam temê-los (06 UR).

A relação conflituosa entre médicos e enfermeiros é secular. Há uma disputa de espaços e papéis que dificulta a relação entre ambos e, muitas vezes, interfere na resolutividade de suas ações com relação ao paciente. Os médicos acreditam que seus conflitos e problemas éticos são etiologicamente diversos e que, talvez, o que menos os incomodem sejam, efetivamente, suas relações com os enfermeiros. Estes, por sua vez, creditam a maior parte de seus problemas profissionais à convivência com os médicos, que são percebidos, algumas vezes, como antiéticos, mercantilistas, protegidos por gestores e sem habilidades de comunicação, principalmente com os pacientes e familiares, criando dificuldades para os enfermeiros.

- GFE: “Médico é um profissional que acaba gerando conflitos na equipe”.
- GFE: “a gente está falando muito do médico, mas, infelizmente, a gente passa por vários conflitos éticos devido a esse profissional”.
- GFE: “Tem conflitos porque médico se sente superior aos outros”.
- GFE: “Eles são, na verdade, acostumados, acomodados a ter toda a equipe à sua disposição”.
- GFE: “A formação do médico é muito focada na doença. A nossa formação é voltada para o cuidado do indivíduo. Eu acho que a gente não pode perder esse olhar [...] de olhar para o outro com a mesma preocupação com que a gente olha para a gente mesmo”.

Este achado nos grupos focais da atual pesquisa corrobora, em parte, estudo anterior em que o autor afirma que estas categorias profissionais têm percepções divergentes acerca da má comunicação e consequentes conflitos entre si (BAGGS, 2007). No trabalho citado, 75% dos enfermeiros afirmaram que há má comunicação entre eles, enquanto que os médicos não tiveram essa percepção.

O Código de Ética como foco de conflito entre médicos e enfermeiros

Há uma queixa dos enfermeiros com relação aos médicos, que são acusados de desconhecem o próprio Código de Ética (23 UR) e, por conseguinte, cometerem infrações. Também se queixam dos médicos que desconhecem o código dos enfermeiros (01 UR), enquanto afirmam que eles, os enfermeiros, conhecem o código médico (04 UR).

A acusação também aparece por parte dos médicos, para quem os enfermeiros não conhecem o próprio código (21 UR). Enquanto os estes últimos não se percebem (08 UR) infringindo as normas de conduta profissional, paradoxalmente se referem a processos éticos contra colegas no COREN. De alguma forma isso significa que os médicos possuem poder de autocritica, diferentemente dos enfermeiros, que parecem não perceber os próprios erros, provavelmente por desconhecimento do próprio código de ética, admitido por eles com 20 UR (Quadro 4).

- GFE: “Nos processos éticos, uma das primeiras perguntas que se ouve é: ‘você conhece o seu Código de Ética?’. Nós não temos uma estatística, mas nós nunca tivemos alguém que diga ‘conheço, conheço e conheço’, e ter firmeza no que diz”.
- GFE: “O Código de Ética é visto muito precocemente no início da graduação e, depois, esquecido”.

Por outro lado, como visto anteriormente (Quadro 5), os médicos manifestaram, com 217 UR, que conhecem e respeitam o Código, mas admitiram que alguns colegas o transgridem, sabendo inclusive das sanções para aqueles que o desrespeitam.

Funções e papéis de médicos e enfermeiros como focos de conflitos

Apesar dos enfermeiros nos grupos focais afirmarem que as duas categorias desconhecem o papel uma da outra, os médicos foram mais

enfáticos (96 UR), com número de unidades de registro superior aos primeiros (13 UR). Todas essas questões são desencadeadoras de conflitos, lado a lado, por promoverem cobranças acerca do desempenho de todos na assistência, uma vez que os papéis e as funções podem se sobrepor quando os limites não estão bem estabelecidos, gerando desentendimentos, ou ainda quando uns esperam errônea ou acertadamente que o outro assuma aquilo que supõe ser atribuição sua.

Uma das formas mais racionais de se administrar é garantir boa divisão de papéis. Esta tarefa deve ser contemplada desde a graduação, com projetos curriculares que garantam o desenvolvimento de competências e habilidades autônomas para tratar o paciente de forma inovadora e holística (FURLONG; SMITH, 2005; LAGO; LOPES, 2005).

- GFE: “e o que a gente percebe muito é o desconhecimento do colega, não só do profissional de enfermagem, mas daquele colega da equipe, do médico com quem a gente trabalha diretamente, do que é o papel do enfermeiro”.
- GFE: “Muitas vezes, eles acham que é obrigação do enfermeiro fazer aquilo. Aí, você tem que parar e dizer: ‘não, colega! Você está no *tempo do Rococó!* Isso não existe mais, não! O enfermeiro não é para isso”.

Médicos afirmaram também (38 UR) que valorizam e reconhecem a importância do papel do enfermeiro na assistência, assim como o próprio papel (89 UR). Já os enfermeiros em nenhum momento nos grupos focais enfatizaram o papel do médico.

- GFM: “Nós temos equipes de enfermagem muito boas, tecnicamente muito bons”.
- GFM “hoje nossos enfermeiros têm uma capacitação técnica muito melhor. Ajudam muito mais a gente, [...] são mais experientes”.

Os enfermeiros têm a percepção que muitos de seus colegas da enfermagem desconhecem o próprio papel, limites e responsabilidades (23 UR) e por isso invadem a prática médica, com ações que

não lhes cabem. Admitiram, portanto, que interferem nas condutas médicas quando não concordam com o que está prescrito no prontuário, alterando, algumas vezes, ou não administrando o que foi recomendado, gerando conflitos entre os profissionais, com 05 UR (Quadro 8), em uma franca invasão das atribuições do outro, julgando sua prática.

- GFE: “e a ética profissional, também, muitas vezes vai ter que ficar de lado e vai ser substituída pela ética humana, porque eu acredito que, quando se assume um compromisso com a vida, infelizmente... Eu hoje estou falando por mim: eu prefiro correr o risco de lutar pela vida e perder a minha profissão, do que correr o risco de manter minha profissão e ser condenado para sempre pelos meus pensamentos”.

Estes achados remetem aos artigos de Baggs (2007) e de Counts e Mayolo (2007), que também discorrem sobre a necessidade de que médicos e enfermeiros tenham de reconhecer seus respectivos papéis e honrar seus códigos de ética, sem se deixar levar por um código próprio de conduta moral.

Em pesquisa realizada em vários hospitais do Canadá, com médicos e enfermeiros, os pesquisadores perceberam que todos os conflitos entre estas categorias refletiam uma luta para oferecer o melhor para o paciente. Alguns resultados foram similares à atual pesquisa, quais sejam, o desacordo sobre decisões no cuidado e no tratamento e, ainda, a percepção das deficiências mútuas, por um lado, no cuidado dos pacientes pelos enfermeiros, e, por outro, nas competências das decisões médicas (GAUDINE et al., 2011a).

Desejável que, se e quando necessário, esses profissionais que estão movidos pela dúvida e desconfiança tenham comunicação franca e aberta entre si, que se escutem mutuamente e não se atropelam nem interfiram nas condutas, indicações ou prescrições. Fundamental que, persistindo as dúvidas, dirijam-se ao diretor clínico, que deve ser experiente e disponível para dirimir dúvidas de médicos e enfermeiros e orientar condutas ou mesmo encaminhar para a

comissão de ética da própria instituição para um parecer ou uma orientação e retificação de conduta. O grave, tratando-se de Aracaju, é que, ou os estabelecimentos não têm comissões de ética, ou quando, existem, não funcionam, denunciaram os pesquisados.

Os médicos subestimam a insatisfação dos enfermeiros e sentem-se superiores a estes:

- GFM: “Olha, eu acho que foi um grande erro quando nós começamos a nos igualar, no serviço público principalmente, como trabalhadores da saúde. Todos são trabalhadores da saúde! Então todos começaram a entrar no mesmo nível... por baixo”.
- GFM: “Não é achando que a gente é melhor do que as outras pessoas... mas a gente sabe o que é que a gente faz. Nossa tradição é milenar!”.
- GFM: “A gente começou a achar que era igual a enfermeiro, igual a... assistente social... igual a... todas essas profissões... que não somos”.
- GFM: “Nós temos um papel definido a cumprir! Nós sabemos o nosso papel. Quem não sabe são eles. Se você for perguntar hoje a um terapeuta ocupacional, ou a qualquer outro profissional o que é que eles fazem, eles ficam perdidos. [...] mas ao mesmo tempo eles querem ser iguais aos médicos...”.

As falas dos médicos da atual pesquisa e em estudo anterior de Rogers e Lingard (2006) apontam para sentimentos de superioridade que os médicos nutrem com relação às outras categorias e isso é tão arraigado culturalmente que sequer percebem a inadequação de suas falas. Ter papéis e funções diferentes não os torna melhores ou superiores, porém diz respeito a uma complementariedade de ações que convergem para o conforto, o bem-estar e a cura dos pacientes, quando possível. Se o diagnóstico e o procedimento terapêutico são importantes, o cuidado também é imprescindível.

A insatisfação dos profissionais de saúde como foco de conflitos

A qualidade na saúde não é apenas uma questão técnica e científica, mas também de atitudes dos profissionais e de sua capacidade de identificar e lidar com conflitos de valores, o que pode gerar insatisfação e sofrimento moral de enfermeiros e de médicos.

Os médicos, nos grupos focais, se disseram desmotivados para um trabalho que é mal remunerado e que se desenvolve, não raro, sob más condições. Sentem-se desacreditados frente aos pacientes e à população como um todo, gerando insatisfação, que por sua vez seria elemento desencadeador de novos conflitos com outros profissionais (81 UR), adoecimento, descompromisso e desinteresse pelo trabalho.

- GFM: “O colega médico especialista chega lá (nas Unidades Básicas de Saúde) para fazer uma consulta rápida e vai embora. Essa é a nossa realidade. Eu trabalho numa unidade que tem especialista, eu vejo como é que isso acontece. Mas por que é que ele faz isso? [...] ele faz isso porque saindo dali ele vai ter que ir para outro lugar: vai para o serviço particular, vai para o consultório ou vai para um plantão, ou então ele já chegou de um plantão e vai descansar, ou seja, aquilo ali é o complemento dele, do especialista. É o complemento financeiro. Não deveria ser, não estou justificando. Porque eu penso assim, se não está bom, peça para sair, ou lute por melhorias. [...] eu acho que é mais digno proceder dessa forma”.
- GFM: “como no Programa Saúde da Família a melhor remuneração é a do interior, quanto mais distante melhor, mas ao mesmo tempo, justo porque é mais distante, menor é o tempo que o médico vai ficar nos atendimentos e nas visitas, palestras e reuniões de grupo as quais ele é obrigado a fazer”.
- GFM: “Quem tem 40 horas não fica as 40 horas na Unidade Básica de Saúde [...] porque a gente tem aquele nosso turno de estudo, para não dizer que é nosso turno de folga, porque é folga [risos de todos]. Então, naquele turno de

folga a gente vai ter que trabalhar em um outro lugar para completar o salário, porque o salário que nós recebemos na prefeitura só dá para pagar as escolas dos meninos, planos de saúde e, talvez, a gasolina. Só. Acabou. Então, assim, isso angustia, isso é uma realidade nossa”.

- GFM: “Quem está fazendo Medicina de Família e Comunidade são os recém-formados e os que estão próximo a se aposentar, e a grande maioria está no interior”.

Os concursos públicos são realizados, porém, diante de condições de trabalho precárias agravadas pela sobrecarga, os profissionais se desestimulam e não permanecem no emprego. Resta ao gestor fazer contratos temporários com médicos inexperientes (recém-graduados) ou especialistas após a aposentadoria, o que também os torna clínicos despreparados e insatisfeitos, gerando conflitos nas equipes, especialmente com os enfermeiros, que percebem a inadequação.

- GFM: “Juntar o dinheiro para ir para a residência médica, por exemplo, e daí a rotatividade [de profissionais], que é justamente o meu caso. Eu não tenho nenhuma vergonha de dizer que eu estou no PSF temporariamente e turisticamente... [risos de todos]”.

Médicos, apesar de terem senso crítico com ações dos colegas que consideram inadequadas, não percebem o que eles próprios dizem ou fazem, ou seja, revelam também seu descompromisso e desmotivação com o serviço que prestam nas instituições públicas. Os resultados aqui discutidos surpreendem pela forma como foram revelados espontaneamente pelos profissionais, médicos e enfermeiros, que expõem as próprias mazelas, vícios e conflitos éticos estabelecidos nas relações, sem (ou quase) pudor.

Relatam ainda que se sentem agredidos, desprestigiados e sempre apontados, com grande impacto social, na mídia, pelas mazelas do serviço público de saúde, como se fossem os responsáveis pelas más condições em que se veem obrigados a trabalhar e que, algumas vezes, até os adoecem (PIMENTEL, 2005). Parece que os não percebem,

entretanto, que se não são os responsáveis pelas más condições, pela falta de estrutura física e pela ausência de recursos humanos, o são, contudo, pela qualidade do atendimento pessoal que oferecem.

Enfermeiros têm a mesma sensação de desconforto sentida pelos médicos e também adoecem:

- GFE: “A gente adoce mesmo, porque é diariamente [que há] situações não resolvidas [...] a gente se aproxima muito do paciente, a gente se envolve muito e, emocionalmente, a gente vai adoecendo”.

Os conflitos entre médicos e pacientes ou entre médicos e familiares ou responsáveis pelos pacientes, são cada vez mais frequentes (218 UR), promovem maus resultados e insatisfações de toda a equipe, gerando conflitos entre eles.

A insatisfação também surge em relação ao paciente, porquanto a ausência de uma comunicação adequada com este que favorece erros, pois impede a realização de uma boa anamnese, o conhecimento de suas queixas, o exercício da autonomia deste sobre o seu tratamento, deixando-o, às vezes, à margem do seu prognóstico (BRADDOCK et al., 2008; CARNEIRO; BERTI 2009; JECKER, 2010; MATTSON, 2008; SANDRICK, 2010).

Os médicos da atual pesquisa têm a mesma percepção:

- GFM: “A anamnese é feita na entrada, rapidamente, e, às vezes, uma história incompleta, que a gente não tem como complementar porque o acompanhante já não está mais lá”.

Comunicação inadequada entre médico e paciente, um achado nos grupos focais dos médicos no presente estudo, corrobora outro trabalho, em que os autores apontaram a relação de poder que os profissionais de saúde impõem sobre os pacientes, que, por sua vez, se posicionam de forma submissa, passiva e desprovida de

autonomia. Os pacientes, segundo os autores, sequer tomam conhecimento dos procedimentos a serem realizados e dos possíveis riscos que correm, para que a partir daí possam fazer suas escolhas. Tal ausência de diálogo é resultado da soberania dos profissionais de saúde, em especial o médico, o qual, dotado de prestígio e poder, decide o que considera melhor para o paciente sem ouvi-lo (CARNEIRO; BERTI, 2009; CHERVENAK; MCCULLOUGH; BARIL, 2006).

- GFM: “O outro lado dessa relação médico-paciente [...] [é que] pacientes que são internados em hospitais públicos e não sabem o que têm. O médico não chega para eles para dizer a hipótese diagnóstica, os exames que vão fazer... isso é muito grave, os pacientes ficam internados por vários dias em hospitais públicos e não sabem nada”.

Esta situação gera insatisfação para alguns médicos, que precisam dar seguimento aos atendimentos feitos pelos colegas, mas também gera conflitos com os enfermeiros, que também ficam insatisfeitos pelas cobranças que lhes são feitas pelos pacientes ávidos de informação.

Outro aspecto problemático surge diante de uma realidade em que muitos pacientes e seus responsáveis estão cada vez mais informados, são mais reivindicadores, se queixam mais e são menos passivos, deixando os profissionais inseguros. Estes afligem-se quando de um mal resultado ou de um óbito de um paciente atendido por eles, pois temem ser acusados por erro, estabelecendo mais conflitos com pacientes e familiares, pois a população em geral não vê, na percepção dos médicos e enfermeiros, a sobrecarga de trabalho e o esforço que fazem para atender muitos pacientes simultaneamente e às vezes sozinhos em um plantão de emergências, realizando atos heroicos para salvar vidas em más condições de trabalho. Não percebem a responsabilidade que os profissionais possuem na dinâmica da saúde e se põem apenas como vítimas de um sistema, que efetivamente é muito perverso.

Os enfermeiros queixam-se dos conflitos nas relações com os médicos nestes serviços, por se sentirem sobrecarregados também

na ausência deles em número suficiente para os atendimentos (94 UR). Os médicos têm as mesmas insatisfações e queixas (44 UR) e apontam conflitos nestas circunstâncias, não só com os enfermeiros, mas com toda a equipe e, especialmente com os colegas médicos considerados por eles como omissos e alguns rotineiramente ausentes, mesmo quando oficialmente estão na escala de serviço ou plantão (Quadro 10).

Vale ressaltar que a sobrecarga do médico, em parte, é de cunho estrutural e gerencial, por omissão dos responsáveis em solucionar estas questões administrativas e por manter baixo número de profissionais nos serviços, em parte pela má distribuição dos recursos humanos em um mesmo plantão, e finalmente, se estão cansados, foi por opção em ter muitos empregos, fato justificado e compreendido como uma necessidade de sobrevivência, frente aos baixos salários que efetivamente recebem.

As insatisfações crescem quando pacientes e responsáveis reagem com violência contra os profissionais, despedidos de prestígio e respeito, frente à ineficiência do serviço público de saúde. Enfermeiro e médico se desentendem com frequência nestas circunstâncias, em que um cobra ações do outro para reduzir a fúria dos pacientes que já não respeitam os profissionais.

Estas questões são fartamente discutidas nos artigos de Miedema et al. (2009) e de Førde e Aasland (2008), que tratam das agressões físicas e verbais que os profissionais sofrem com pacientes e familiares, e do sofrimento moral do médico, comum atualmente, e que é correlato à sua atitude defensiva em relação às agressões, reclamações e críticas.

Førde e Aasland (2008) ainda trazem a questão do silêncio dos profissionais que enfrentam dilemas éticos, uma vez que têm medo de ser categorizados como incompetentes ou de perder a autoridade profissional e, por isso, não compartilham com os colegas da equipe seus conflitos ou erros. Tais problemas geram insatisfação nos profissionais de saúde e podem afetar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Autores relatam a importância

do reconhecimento profissional, que gera bom nível de satisfação pessoal, garantindo, por sua vez, melhor desempenho por parte da equipe médica (FØRDE; AASLAND, 2008; ELPERN; SILVER, 2006). Os enfermeiros afirmaram reconhecer a perda de prestígio social do médico (07 UR), mas também se sentem desprestigiados com relação a eles (33 UR) e por eles (17 UR).

Outra razão de insatisfação, apontada nos grupos focais pelos enfermeiros, são os conflitos constantes com auditores e com os gestores, provocados pelos descasos, inclusive com os prontuários, feitos pelos médicos.

- GFE: "O paciente quer ir embora, o médico não está para dar alta [...]. Quando a gente evolui escreve: 'Paciente saiu sem autorização médica', e aí, o auditor glosa o prontuário e diz que: 'não pode, tem que ter escrito a palavra alta porque, se escrever evasão, eu não pago o prontuário'".
- GFE: "A direção chama: 'enfermeira, não escreva isso porque o prontuário vai ser glosado'. Sim, e eu vou escrever o quê? Escrever alta e depois o paciente morre na porta?"

Afirmaram (Quadro 10) que os gestores são omissos quando protegem os médicos, inclusive criando regimentos internos de como os enfermeiros devem lidar com eles, pondo-os em uma posição de inferioridade e obediência, ratificando a existência de uma relação de poder entre as categorias (17 UR).

- GFE: "Existe e sempre vai existir conflito entre médico e enfermeiro, por uma questão de poder, uma questão cultural".
- GFE: "Instituições que quando a gente é admitida, a gente recebe uma cartilha, o manual para lidar com o profissional médico".

A criação de regimentos internos que regulam apenas o comportamento dos enfermeiros em relação aos médicos soa paradoxal, uma vez que não existem normas similares que orientem os médicos a se comportarem adequadamente com os enfermeiros. Percebe-se

que falta profissionalismo em geral. Os médicos são, para alguns autores, as fontes primárias de comportamento abusivo e, por estarem em contato direto com o paciente, as normas devem ser focados nesses profissionais para funcionarem adequadamente. No entanto, segundo Sandrick (2010), os conselhos de ética dos hospitais reconhecem que todos os dias existem pequenas ofensas verbais contra enfermeiros, que esses pequenos abusos dificilmente são fiscalizados e que pequenos desentendimentos podem ocorrer entre as partes sem que isso necessariamente signifique prejuízo. A autora entende, porém, que, quando ocorrem comportamentos abusivos dos médicos, estes devem ser punidos de alguma forma para que sua má conduta não se repita e não cause danos aos pacientes (SANDRICK, 2010). Enfermeiros afirmaram, em suas declarações no grupo focal, que se sentem desprestigiados pelos médicos desde a graduação (20 UR).

- GFE: “Colega cursou uma disciplina com os alunos de medicina e um professor na universidade pública disse o seguinte: ‘estude para não tirar nota ruim e não ser burro igual aos enfermeiros’.”
- GFE: “Esse é o tipo de formação que os médicos têm lá. Se você pega um garoto que entra no curso de medicina com 16 anos [...], que não tem experiência de vida nenhuma [...] e escuta o professor dizer o seguinte: ‘olhe, você é aquele que pensa, você é que vai poder decidir, ninguém pensa mais nada [...] você é que vai decidir as coisas. Todo mundo vai ter que dizer amém para você!. Você acha que, depois de formado, esse menino, que entrou com 16 anos na faculdade, vai ter um pensamento diferente? Não vai ter...”

Os enfermeiros da atual pesquisa, insatisfeitos, se sentem assediados (02 UR) e com medo dos médicos (06 UR) e acreditam que todas essas diferenças foram promovidas por terem formações diferentes, que reforçam as relações de poder estabelecidas entre tais profissionais. O quadro de assédio se agrava diante, dizem os enfermeiros, da omissão dos gestores que protegem os médicos (32 UR) por temerem perder sua mão de obra, considerada escassa em alguns

serviços (Quadro 10). Este resultado corrobora outros trabalhos, como o de Rogers e Lingard (2006), que apontam o sentimento dos médicos de superioridade com relação aos enfermeiros.

O paciente como foco de conflitos entre médicos e enfermeiros

Os enfermeiros que participaram das discussões apontaram a falta de vínculos (66 UR) e a comunicação inadequada (80 UR) com um consequente descompromisso que os médicos têm para com os pacientes dentro das instituições de saúde, principalmente nas públicas (Quadro 8).

Os enfermeiros argumentam que a ausência de vínculos dos médicos com os pacientes, criam demandas destes que nem sempre os enfermeiros podem atender.

- GFE: “No serviço público não existe vínculo entre médico e paciente, não há essa relação, até porque o médico que atendeu não é o médico que operou que não é o médico que vai passar a visita no dia seguinte”.
- GFE: “O paciente nem sabe quem é o seu médico”.

Os médicos, por outro lado, reconheceram não só a ausência de vínculo (36 UR) estabelecida com o paciente e de comunicação com este (30 UR) e mais ainda com o familiar (34 UR), mas também com a própria equipe (24 UR), inclusive com o enfermeiro. Esta última queixa também foi feita pelos enfermeiros que acusam os médicos de distanciamento da equipe (12 UR).

Segundo Mansur (2009) o vínculo terapêutico é a melhor maneira de se oferecer uma assistência de qualidade, o que é estabelecido a partir de uma comunicação entre as partes envolvidas. Uma assistência despersonalizada, negligente e desumanizada, com desvalorização do paciente, inclusive os graves, são tônicas reconhecidas por ambas as categorias profissionais, principalmente pelos médicos, com 310 UR, e manifestadas pelos enfermeiros (24 UR), situação esta capaz de desencadear conflitos entre os profissionais.

Por outro lado, os enfermeiros, não tendo a colaboração devida dos médicos no que tange à comunicação de más notícias, sentem-se frustrados e incompetentes por não poderem mudar suas condutas e se veem diante de uma transferência de responsabilidade, tendo que fazer uma tarefa médica, já que são cobrados pelos pacientes e familiares (NELSON; WEEKS; CAMPFIELD, 2008; SCHLAIRET, 2009).

- GFE: “ninguém chegou para a família para explicar a situação e, muitas vezes, como é o enfermeiro que tem maior contato com a família, ela vem perguntar mais ao enfermeiro, porque o médico passa a visita rápido e o enfermeiro é quem tem aquele maior contato”.

Os responsáveis pelo paciente que participam das decisões do final de vida sofrem de ansiedade e de depressão. Se a comunicação for falha, as desconfianças aumentam, bem como a falta de entendimento, as frustrações e as incertezas da família (BOYLE; MILLER; FORBES, 2005; NELSON; WEEKS; CAMPFIELD, 2008;).

Este tipo de situação, quando flagrada, é geradora de conflitos nas relações entre profissionais. Nos grupos focais os médicos reconhecem as dificuldades citadas, dizem sofrer com essas questões, que passam pelas más condições de trabalho e insatisfações em geral, promotoras de conflitos interpessoais. Reportam a desumanização do atendimento nos serviços, a falta de habilidades de comunicação com os familiares ou responsáveis pelos pacientes graves, o distanciamento e a desvalorização dos pacientes e da valorização dos mesmos quando da perspectiva de óbito, em razão da doação de órgãos (42 UR).

Esta percepção aparece também em outros estudos. Boyle, Miller e Forbes (2005) afirmam que cerca de 20% das mortes nos USA ocorrem nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), e a maioria desses pacientes não tem contato prévio com os profissionais da área, não tem como demonstrar seu interesse e não participam do tratamento e das tomadas de decisões.

A integralidade das informações fornecidas pelos médicos, o conhecimento das funções prestadas por cada integrante da equipe,

entre outros fatores, apontam para maior satisfação dos familiares quanto ao atendimento prestado no final de vida e mais harmonia entre médicos e enfermeiros. Tais elementos favorecem também as relações dos profissionais com administradores, pois os conflitos éticos são comuns a todas as organizações e seu gerenciamento é um desafio importante por envolver, não raro, conflitos de interesse com custos, quer operacionais, quer judiciais, frente ao insucesso de alguma ação terapêutica (NELSON; WEEKS; CAMPFIELD, 2008).

Cabe ao médico iniciar o processo de discussão sobre o final de vida e é isso que os enfermeiros e a maioria dos pacientes em fase terminal esperam dele; a partir da comunicação, as tomadas de decisões devem ter a participação dos profissionais, pacientes e familiares (LAGO; LOPES, 2005; PEREIRA; REIS, 2007).

A comunicação no final de vida é tida como falha para muitos profissionais, em especial médicos e enfermeiros e é apontada nos resultados dos pesquisadores como um problema, pois os médicos não conseguem debater o tema da morte ou do final do tratamento, entre a equipe, os pacientes e seus familiares, por se sentirem desconfortáveis (MARTINEZ, 2009; PAULS; ACKROYD-STOLARZ, 2006).

- GFM: “Você passa a informação para a família [...], a gente tem que saber que esse pai poderia ser o seu, o meu, e não custa dar uma tranquilidade, não custa”.
- GFM: “É tranquilidade. Você deu uma notícia. Você deu atenção. ‘Olhe, está grave’. Porque ele, o responsável, quer definir coisas...”.
- GFM: “Infelizmente, na minha época, os professores ficavam muitos centrados na parte técnica, mas, justamente, essa parte da relação, dar notícia de morte para a família [...], não enfatizaram”.

Os profissionais em geral, médicos (34 UR) e enfermeiros (06 UR), admitiram dificuldade de comunicação com o familiar do paciente. Essa falta de habilidade de comunicação reflete na relação entre médicos e enfermeiros, que divergem como deveriam conduzir o

contato com familiares e oferecer informações. A dificuldade possivelmente existe por causa da forma com que encaram a morte, obrigando-os a lidar com sua impotência e com os limites do cuidado e do ato médico.

Os médicos, nos grupos focais da atual pesquisa, referiram-se à necessidade de se ter mais ações humanizadas, semelhantes aos resultados apresentados por Mansur (2009), quais sejam, não apenas a adequação dos espaços nos quais ocorre o ato médico, mas também do tempo para ouvir os pacientes. Isto implica disponibilidade interna e desejo de fazer vínculo terapêutico, discutindo o tratamento e os possíveis resultados, dentro eles a morte.

Os enfermeiros apontam, com 123 UR, a falta de qualidade na assistência ao paciente como um dos principais motivos de conflitos com médicos (Quadro 8). Os médicos reconhecem também e se queixam da má comunicação com baixa qualidade dos prontuários nos serviços públicos (30 UR).

A baixa qualidade na assistência aos pacientes reflete-se nos documentos e prontuários, denunciam os profissionais dos grupos focais, gerando conflitos entre eles, informação que se repete em várias categorias.

Outro aspecto abordado pelos médicos diz respeito ao fato de se sentirem exauridos (05 UR) pela prática que os adocece, explorados pelos convênios, planos de saúde e pelo poder público, trabalhando em más condições, e reconhecem que tudo isso interfere na qualidade dos atendimentos (02 UR), gerando pressa para cumprir as exigências de produtividade que, por conseguinte, criam conflitos profissionais, dificuldade nas relações com colegas, médicos e enfermeiros e favorecem os erros.

Paralelamente, enquanto os enfermeiros, nos grupos focais, qualificaram os médicos de mercantilistas (34 UR), os próprios médicos também se percebem assim. Não é desejável que os médicos trabalhem sem remuneração justa e se tornem insatisfeitos com a profissão. Ainda que trabalhem pelo bem do paciente e com o

discurso de que seu objetivo é dar atenção à saúde a uma maior parcela da população, atuam, segundo suas próprias afirmações nos grupos focais (28 UR), de forma mercantilista, buscando o lucro. Essa visão de mercado não pode ser sua perspectiva. Isso tem prejudicado a relação com os pacientes e, ainda, com outros profissionais, em especial os enfermeiros, que tendem a defender os pacientes desta relação de mercado, gerando tensões e estresse para todos.

A exaustão e o adoecimento não são apenas dos médicos, pois os enfermeiros sentem-se muito cansados e com frequência adoecem, física e emocionalmente (35 UR), entre outras razões, por se sentirem sobrecarregados e impotentes frente às mazelas e obrigações burocráticas que envolvem a saúde, principalmente nos serviços públicos. Enquanto, com 79 UR, dizem que os médicos transferem as responsabilidades burocráticas (Quadro 10) inerentes à sua própria prática, os últimos parecem nada perceber. Diante disso os primeiros se sentem impotentes, subordinados às demandas de preenchimento de solicitações à farmácia e de prorrogações de internamento aos convênios, de uma série de formulários, de notificações, de atestados de óbitos, entre outros documentos médico-legais para que médicos apenas assinem.

- GFE: “É engraçado! Eu cheguei e comecei a notar que a declaração de óbito, que é de responsabilidade única e exclusiva do médico [...] privativa do médico, era o enfermeiro quem preenchia todo o formulário [...] o médico vai, assina e carimba. Olhe que coisa meiga! [voz irônica]. Eu aí cortei. Quando eu cortei, aí veio a direção em cima de mim”.
- GFE: “É o auxiliar! Muitas vezes eu vi os auxiliares preenchendo”.

Enfermeiros também citam circunstâncias em que, diante da dor e do risco eminente de morte do seu paciente, se sentem premidos a levar o prontuário do paciente até a ala da instituição em que o médico se encontra (05 UR), para que este prescreva mesmo sem ver o paciente, ou ainda avalie, rapidamente, se irá responder ou não àquela demanda.

Poucos enfermeiros têm coragem (01 UR) de se negar e de anotar no prontuário que a presença do médico já foi solicitada e que ele ainda não se fez presente ou que se recusou a atender ao chamado. Entretanto alguns se deslocam pelos corredores, inclusive com o paciente, até o médico (05 UR), mesmo sabendo que estão infringindo normas de ética e de segurança, movidos por um sentimento de obrigação moral com o paciente que sofre. Nos grupos focais, os enfermeiros afirmaram que quando o médico sabe que o registro de chamada está sendo feito no prontuário, atendem de imediato o pedido de visita ao paciente.

- GFE: 'Eu não pego o prontuário e levo para o médico. Eu vou direto ao médico e digo 'Doutor, tem um paciente grave lá em cima. O senhor vai atender?'. Ah, daqui a pouco eu estou indo.' Então, está bom! Eu vou anotar no prontuário do paciente que o senhor foi avisado e que, se acontecer alguma coisa, a culpa é sua'. Eu viro as costas e ele não demora cinco minutos!'

Katsuhara (2005) relata em artigo situação similar, em que o médico, ao ser chamado pelo enfermeiro, se recusa a examinar o paciente, criando conflitos éticos, por tratar-se de uma omissão ao dever profissional, e o enfermeiro, por sua vez, necessita manter a responsabilidade com relação ao paciente.

Na presente pesquisa, os médicos alegam que estão sobrecarregados em razão do baixo número de profissionais nos serviços ou da presença de médicos sem perfil ou sem preparo para o trabalho, favorecendo conflitos e erros e dificuldades de relacionamentos (262 UR, Quadro 7). Os enfermeiros também apontaram alguns médicos não especialistas que se recusam a atender pacientes, que morrem por falta de assistência nas urgências (20 UR).

- GFE: "se depender de mim, essa criança não morre, esse paciente não morre. Eu vi muita gente morrer [...]. E você dizer: 'Doutor, o senhor não sabe fazer isso?' 'Sei, mas não é comigo não'".

- GFE: “Doutor, se o senhor não fizer, [o paciente] vai morrer’. E escuto [do médico]: ‘Não posso fazer nada’”.
- GFE: “Eu fico analisando: meu Deus, onde é que a gente parou? Onde é que a gente está? Eu não sei em quais mãos a gente está. A saúde está nas mãos de pessoas que não estão fazendo nada pela saúde, pelo paciente, pelo direito [...]. Dar o direito à vida àquele indivíduo. Não! Tem outros motivos aí”.

Alusões a conflitos semelhantes entre médicos e enfermeiros são abordados no trabalho de Katsuhara (2005), em que se reafirma que é dever do médico atender chamados e do enfermeiro chamar, uma vez que este deve manter sua responsabilidade profissional e não deixar sua dignidade ética de lado, a despeito de sua angústia moral.

Define-se sofrimento ou angústia moral o desequilíbrio psicológico que ocorre quando o cuidador se sente impotente em ajudar seu paciente por quaisquer que sejam os motivos. Geralmente é acompanhado do sentimento de raiva, que pode fazer que esses profissionais se desencantem com a prática, gerando efeitos adversos para seu bem-estar físico e mental, sua autoimagem e suas crenças (ELPERN; SILVER, 2006; LANG, 2008; SCHLUTER et al., 2008).

Enfermeiros relataram nos grupos focais angústia moral diante dos pacientes e a respectiva raiva que sentem dos médicos (21 UR). Reportaram o desconforto de terem que enfrentar a ira de pacientes e familiares, afirmando que estes nada reclamam quando estão diante dos médicos (65 UR), porém desabafam, insultam e se queixam à equipe de enfermagem e muitas vezes a agridem, fazendo que estes profissionais se sintam vulneráveis.

Não se pode esquecer o conceito de vulnerabilidade, dada sua relevância à dinâmica da prática clínica. Alguns acreditam ser a vulnerabilidade exclusiva do paciente – sendo atribuída ao seu estado de doença. Outros defendem a vulnerabilidade da equipe de saúde, ocasionada pela sobrecarga na responsabilidade para com os pacientes, submetendo-os a um sofrimento moral e fazendo-os questionar sua real capacidade em exercer sua profissão.

Quando uma circunstância clínica é analisada considerando os papéis individuais apenas no contexto profissional, ou seja, apenas pela maneira como cada indivíduo participa do cuidado à saúde, ignora-se que, além desse papel, os profissionais exercem outros em diferentes contextos: social, cultural, religioso. Sendo assim, por terem valores e experiências próprios, são passíveis de interpretar de maneiras diferentes a mesma situação clínica quanto aos seus aspectos éticos (FINDER, 2009). Vale ressaltar que quando as relações médico-enfermeiros são adequadas e não promovem angústia ou sofrimento moral, podem contribuir para melhorar o ambiente de prática, a satisfação profissional e a evolução do paciente (ELPERN; SILVER, 2006).

Com relação ao serviço onde prestam atendimento, enfermeiros (23 UR) e médicos (116 UR), nas discussões dos grupos focais, afirmaram que os pacientes recebem tratamentos distintos, uma vez que existem diferenças nas condutas dos profissionais entre serviços públicos e privados, como já abordado anteriormente.

Os erros médicos citados pelos profissionais são os mesmos de pesquisa realizada por Minossi (2009) e incluem: exame superficial do paciente, procedimentos e exames desnecessários, omissão de tratamentos, demora na transferência para um especialista, falta de atenção na realização de transfusões de sangue ou de anestésias, erro nas prescrições, abandono do paciente, negligência no pós-operatório, falta de instruções aos pacientes, dentre outros.

- GFM: “É uma demanda de ultrassons com urgência e [...] de 10 ultrassons de abdômen total, nove são normais”.
- GFM: “São coisas assim que devem ser triadas lá, pelo enfermeiro que recebe [o paciente] e pelo médico que atende, mas o pessoal, simplesmente, pede exame, é mais fácil, 10, 15, 20 exames por noite, desnecessários”.

Conforme Infante (2006), erro médico não necessariamente significa falta de conhecimento, mas pode ser consequência das condições de trabalho: carga horária de trabalho excessiva, interação com

outras pessoas e falta de treinamento dos membros da equipe. No entanto, práticas seguras de saúde devem ser garantidas a todos os pacientes, mesmo tendo em vista problemas como disponibilidade e acessibilidade de recursos.

Outros estudos revelam que os profissionais de saúde enfrentam no dia a dia em hospitais e nas UTIs situações de conflitos éticos com tensões psicossociais e estresse relacionados a: políticas de planos de saúde, ameaçando a disponibilidade e a qualidade do cuidado; limitações ao acesso à assistência à saúde e à concessão de recursos; tensões nas relações enfermeiro-médico; consentimento esclarecido; conflitos de interesse (ELPERN; SILVER, 2006; ULRICH; SOEKEN, 2006).

Outro aspecto importante foi abordado por Sandrick (2010) quando refere que os médicos que apresentam má conduta no hospital geralmente são aqueles que sofrem de estresse ocupacional, algo muito comum entre os profissionais da saúde, e acabam exteriorizando suas angústias para os demais indivíduos que o cercam. Esse modelo de estresse explica o caráter cíclico desse problema. O médico ofende os enfermeiros e esses, por sua vez, agridem outros profissionais e até mesmo os pacientes. Esse ciclo engloba outros profissionais do corpo do hospital, que acabam sendo vítimas e agentes de abusos diretos, como farmacêuticos, radiologistas, bioquímicos, além dos próprios médicos e enfermeiros.

Condições de trabalho nas instituições de saúde como foco de conflitos entre médicos e enfermeiros

Profissionais de saúde queixam-se com frequência da jornada exaustiva de trabalho e por terem que dar plantões em que o número de pacientes atendidos os exaure, cobrando dos gestores mais recursos humanos. Paradoxalmente, os médicos dos grupos focais revelaram que, apesar das equipes dos serviços estarem incompletas e a demanda de atendimento ser superior à capacidade dos serviços, os plantonistas montam esquemas de horários reduzidos

para cada um deles, a partir de meia-noite, e inviabilizam mais ainda o potencial dos serviços.

Os enfermeiros não fazem referências à sobrecarga de médicos, talvez por assistirem estes acertos ilícitos, ainda que reconheçam o número insuficiente de profissionais médicos nos serviços. Com 131 UR, declaram-se sobrecarregados (Quadro 10) e insatisfeitos. Autores afirmam que, devido à grande falta de enfermeiros para gerir os cuidados dos pacientes, esses profissionais carecem de maior atenção quanto à satisfação trabalhista, uma vez que a insatisfação se dá pelo déficit de profissionais para atender a demanda, e a carga horária excessiva, gerando exaustão e ambiente de trabalho desfavorável pelas más condições no exercício profissional (ELPERN; SILVER, 2006).

Outro elemento de queixa dos enfermeiros, em especial daqueles que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é o número ilimitado de atendimentos aos pacientes durante seu turno de trabalho (12 UR), sobrecarregando-os, diferentemente dos colegas médicos (18UR) que estabelecem com o gestor um número limitado de atendimentos aos pacientes no dia de trabalho e que, ao concluir *sua produção*, invariavelmente se ausentam e se dirigem para outros serviços de saúde onde mantêm vínculos empregatícios ou vão para os seus consultórios (Quadro 10).

Enfermeiros consideram ainda que sua sobrecarga e os constantes conflitos com os médicos também são decorrentes do descompromisso e falta de interesse destes com o trabalho (116 UR), fato confirmado pelos médicos dos grupos focais, que apontam, com 100 UR, colegas descompromissados com a prática médica, revelando desinteresse pelo que fazem (Quadro 10). Em contrapartida, também reconhecem e dizem perceber e entender a sobrecarga dos enfermeiros (33 UR). A aliança com eles, muitas vezes, diz respeito à forma com que o relacionamento se estabelece: relação de posse e poder, na qual o enfermeiro funciona como um de extensão complementar do médico (Quadro 10).

- GFM: “*a minha* enfermeira é muito comprometida também com o trabalho: ela se angustia bastante”.
- GFM: “graças a Deus, *as minhas* três enfermeiras são pessoas maravilhosas, não tenho o que falar das *minhas* enfermeiras, eu acho que eu fui muito bem presenteada porque elas são minhas amigas, e as que já *foram minhas*, também [...], eu acho que se a gente trabalhar dessa maneira, sem querer deixar com que o que vem de cima abale o nosso relacionamento [...], porque trabalhar em equipe é difícil”.

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)	
	Enfermeiros	Médicos
Gestores protegem médicos e têm medo de perdê-los	32	-
Médico como foco de conflito entre enfermeiro e auditor	17	-
Disputa entre médico e enfermeiro em relação ao ato médico	19	-
Gestores contratam enfermeiros inexperientes para a função de responsável técnico	13	-
Enfermeiros obrigados pelo gestor a atos médicos na ausência destes	67	-
Médicos transferem responsabilidades burocráticas para os enfermeiros	79	-
Sobrecarga de trabalho do enfermeiro	131	33
Escassez de médicos nos serviços gera conflitos	94	44
Médicos atendem número limitado de pacientes por dia	18	-
Enfermeiros não têm limite de atendimentos de pacientes por dia	12	-
Descompromisso/desinteresse do médico com o trabalho	116	100

Quadro 10. As condições de trabalho nas instituições de saúde como fonte de conflitos entre médicos e enfermeiros

Fonte: Grupos focais de médicos e enfermeiros. Aracaju.

Outro relato trazido pelos enfermeiros é sobre uma situação específica motivadora de crise na relação com os médicos, qual seja, o ato médico praticado por enfermeiros (Quadro 10). Afirmaram que, na ausência de médicos, os gestores os obrigam a fazer ato médico (67 UR), e estes, por medo de serem punidos ou de perder os empregos, o fazem, infringindo o próprio Código de Ética, correndo o risco de promover danos ao paciente, ser julgado pelo seu conselho regulamentador, aumentando mais ainda a disputa entre médicos e enfermeiros (Quadro 10) pelo ato médico (19 UR).

- GFE: “No interior do estado, a realidade é diferente. Muitas vezes, o enfermeiro é a figura do próprio médico, é chamado de médico.
- GFE: “É comum você chegar no interior e o enfermeiro prescrever medicamento que é da área médica”.
- GFE: “Eu posso dar um exemplo de uma cidade do interior em que eu trabalhei: a Secretária de Saúde basicamente subornou as enfermeiras dizendo que elas ou suturavam ou iriam ser demitidas”.
- GFE: “Discussão de ética *versus* moralidade. Acima de tudo está a questão do emprego dele, não é? Afinal de contas, é aquilo que o enfermeiro tem”.

Já os enfermeiros mostram-se, na presente pesquisa e em outras anteriormente realizadas, com dificuldade em falar sobre os problemas que envolvem a diversidade das equipes, sobre as resoluções dos conflitos, e algumas vezes executam ações clínicas inadequadas na busca de resolutividade para os pacientes (SVANTESSON et al., 2008; ELPERN; SILVER, 2006).

- GFM: “Eu sei que existe o sistema que às vezes lhe impulsiona a tomar algumas atitudes que não seriam o correto [...] às vezes por carência de recursos determinados profissionais na rede querem assumir uma função que não é a sua”.

- GFM: “dentro da equipe isso tem que ficar bem estabelecido para a gente também não querer fazer nem assumir uma responsabilidade que vai além da nossa capacidade, até por segurança própria e até também para você não se angustiar porque está tentando resolver problemas do sistema e da rede que não lhe cabem [...], a gente não deve se expor e não se angustiar e nem criar conflito entre categorias que não era para acontecer”.

Na verdade, o que acontece entre médicos e enfermeiros é uma grande dificuldade no relacionamento interprofissional, devido à falta de habilidade e pouca confiança entre eles, aliado à falta de estrutura nos serviços (ELPERN; SILVER, 2006; SVANTESSON et al., 2008).

- GFM: “Quando o chefe era o assistente social fluía muito fácil. Quando era um enfermeiro, os médicos sofriam. Era uma coisa, assim, parece que um ranço que vem, não sei se da época acadêmica, e o enfermeiro desconta no médico, se você chega atrasado, se você faltar, Nossa, você é escorraçado [...], isso é uma coisa que vem há anos”.

Há uma dificuldade dos médicos em aceitar os enfermeiros como gestores nos serviços de saúde. Sentem-se diminuídos por se considerarem superiores. Por outro lado, os enfermeiros veem os médicos como a principal fonte de problemas nos serviços, por considerá-los negligentes com suas responsabilidades e funções.

- GFM: “Mas porque o enfermeiro está coordenando? Eu acho que a gente está dando esse espaço [...]. Porque o médico está preocupado em executar, mas ele tem que planejar [...], é para parar e pensar, é para discutir”.
- GFM: “A partir do momento que médico começar a participar não vai mais existir esse negócio de enfermeiro que coordena a equipe”.
- GFM: “Por que os médicos não assumem postos ou lugares de coordenação? Porque os outros profissionais foram assumindo, a gente deixou acontecer isso e deixou chegar a esse ponto”.

As dificuldades de relacionamento entre profissionais ou entre eles e os pacientes passam pela divisão de papéis em estruturas carentes de recursos humanos e materiais. A questão, já analisada anteriormente, é o desconhecimento dos respectivos papéis dos membros da equipe e, ainda, a ausência de protocolos bem elaborados com definição de atribuições. O médico, entretanto, entende que desconhecendo ou não papéis e funções, o que ambos, médicos e enfermeiros, desejam, é o melhor para o paciente.

A literatura traz registros de que muitos erros acontecem em virtude da falta de preparação dos médicos em gerir os cuidados necessários para a manutenção da vida de pacientes graves (ELPERN; SILVER, 2006; SCHLUTER et al., 2008).

- GFM: “Eu acho que tudo é uma questão de organização. Esses conflitos existem por angústia, eu acho, de tanto a gente querer resolver. O enfermeiro quer resolver o problema daquele paciente, ele quer medicar, mas não pode, apesar da demanda e da gravidade...”
- GFM: “Em alguns casos eu percebia que havia um certo problema nas funções, nas atribuições dos profissionais. Muitas vezes o enfermeiro da equipe, ele se sentia não sei se um pouco é... desacreditado, não sei se seria essa a palavra, mas assim, ele passava a querer, por exemplo, a pedir exames, prescrever medicamentos [...], não são as funções dele”.
- GFM: “A relação do médico com o serviço de enfermagem é conturbada se você não souber ceder na hora certa, principalmente no [hospital] público porque lá eles [os enfermeiros] têm uma autonomia maior”.
- GFM: “[Suspiro profundo]. Olhe, isso. Eu já vi situação de, por exemplo, o doente está lá, precisando ser aspirado, você pede para a auxiliar [de Enfermagem] fazer o procedimento: ‘Dá para você aspirar aquele doente ali?’. E ela responde: ‘Olha, eu não sou fisioterapeuta!’. Ou então: ‘Se o senhor quiser, vá o senhor’.

Queixas e denúncias como foco de conflitos entre médicos e enfermeiros

Os enfermeiros referiram que muitos hospitais não possuem conselhos ou comitês de ética e que, por isso, suas queixas e denúncias nunca são levadas à administração, por acreditarem que serão retaliados pelos gestores (03 UR) e que os médicos não serão punidos (04 UR). Preferem, assim, formalizar as queixas ou estimular (90 UR) para que os pacientes as façam por meio da mídia, do Conselho Regional de Medicina, do Ministério Público e das delegacias de polícia (Quadro 11).

Estudos realizados por Freitas, Oguisso e Merighi (2006a; 2006b), apontaram, entretanto, que nas instituições onde existem Comissões de Ética de Enfermagem, muitas vezes estas privilegiam mais a punição do culpado do que a orientação do profissional na perspectiva de analisar a situação e promover melhorias no serviço, gerando neles o medo de comunicar as ocorrências.

As queixas dos enfermeiros, por vezes, são contra comportamentos dos médicos, considerados inadequados (22 UR). Dizem-se tratados de forma desrespeitosa, desqualificada e desvalorizada, por isso advogam que todo assédio moral sofrido deve ser sempre denunciado (05 UR). Os médicos nada referiram sobre este tema.

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)	
	Enfermeiros	Médicos
Enfermeiros denunciam má conduta dos médicos	22	-
Enfermeiros defendem que o assédio moral que sofrem dos médicos deve ser denunciado	05	
Enfermeiros denunciam os médicos para os pacientes	07	-
Médicos denunciados não são punidos	04	06
Enfermeiros sofrem retaliações dos gestores quando denunciam médicos	03	-
Enfermeiros defendem os pacientes e os estimulam a denunciar médicos e instituições	90	-
Enfermeiros estudam o Código de Ética dos médicos para subsidiar as denúncias	21	-
Médicos denunciados trabalham insatisfeitos, porém com maior resolutividade	07	-
Enfermeiros denunciam os médicos ao SAMU e pedem orientação de como proceder	19	-
Gestores infratores são raramente denunciados	03	04
Gestores denunciam profissionais nas delegacias de polícia	01	01
Enfermeiros acusam colegas de proteger médicos que cometem infrações éticas	02	
Enfermeiros denunciam plantonistas generalistas que não querem atender intercorrências	06	-
Enfermeiros dispensam pacientes da pediatria da porta da urgência por recusa dos médicos não especialistas em atendê-los	12	-
Médicos de plantão de sobreaviso não atendem telefone nem vão atender os pacientes quando chamados por enfermeiros	07	-
Médicos faltam aos plantões	06	-
Médicos de plantão de sobreaviso querem prescrever pacientes por telefone através dos enfermeiros	32	-
Pacientes morrem por falta de assistência médica	05	-
Enfermeiros têm a percepção de que são acusados pelos médicos por erros	01	
Enfermeiros não são denunciados formalmente pelos médicos	01	08
Médicos denunciam colegas de categoria	-	06

Quadro 11. Queixas e denúncias como foco de conflitos entre médicos e enfermeiros.

Fonte: Grupos focais de médicos e enfermeiros. Aracaju.

Enfermeiros afirmam que alguns colegas protegem os médicos que cometem infrações éticas (02 UR) e que, muitas vezes, sentem medo deles e de seus comportamentos abusivos. Sandrick (2010) aponta que tais comportamentos se manifestam nas mais variadas formas, inclusive como ofensa verbal, palavras de conotação sexual, agressão física ou até mesmo ataque ao patrimônio do hospital. A autora afirma também que esses abusos costumam acontecer em quase todos os hospitais, diariamente, sendo ignorados pelos respectivos gestores.

Há de se perceber que esses problemas trazem consequências para os infratores apenas quando denunciados, porém, como nem sempre são punidos, deflagram consequências em suas relações com os colegas de equipe, uma vez que as questões não são apenas legais, mas têm repercussões cíclicas em que o principal lesado acaba sendo o próprio paciente (SANDRICK, 2010).

Em relação ao tipo de comportamento abusivo dos médicos, Katsuhara (2005) faz referências aos abusos sexuais e Sandrick (2010) constata que o número de abusos físicos é pequeno, predominando mais a humilhação verbal, o que é referido nos grupos focais da presente pesquisa. Outros estudos transversais mostram o quanto os enfermeiros sofrem ou presenciam o *bullying* cometido pelos médicos, ou até mesmo atos de iatrogenia, sem poder fazer muito a respeito por se sentirem em posição inferior hierarquicamente no corpo administrativo do hospital (CHERVENAK; MCCULLOUGH; BARIL, 2006; SANDRICK, 2010).

As denúncias feitas pelos enfermeiros, segundo afirmaram nos grupos focais, são quando entendem que os pacientes não foram bem atendidos; que morreram por falta de assistência (05 UR); quando os médicos faltam aos plantões (06) ou, estando de plantão de sobreaviso, não atendem telefonemas, ou, ainda, são chamados e não vêm atender os pacientes (07 UR); quando o plantonista generalista se recusa a atender intercorrências (06 UR) ou urgência pediátrica (12 UR), setor de maior problema em todos os hospitais da cidade de Aracaju, onde foi realizada esta pesquisa, pelo número reduzido de especialistas.

Ainda é motivo de queixas e mesmo denúncias contra médicos de plantão de sobreaviso, por parte dos enfermeiros, quando aqueles querem prescrever os pacientes por telefone através dos enfermeiros (32 UR), criando conflitos importantes diante da recusa destes.

Em circunstâncias, portanto, em que o enfermeiro aciona um médico e este não comparece para a assistência por quaisquer que sejam as razões, o enfermeiro denuncia este profissional, e uma das formas é identificando-o ao SAMU, para pedir orientação de como deve proceder na condução do caso clínico (19 UR).

Um das maiores preocupações no Brasil é o crescente número de erros médicos e infrações ético-profissionais. Dentre as denúncias, as de maiores frequências são negligência, imperícia e imprudência (CARVALHO, 2009; FUJITA; SANTOS, 2009). Vários elementos são pressupostos dessa problemática: a deficiência na formação desses profissionais, a má remuneração, múltiplos empregos, falta de condições adequadas de atendimento, falta de atualização e a falta de compromisso ético tanto com a profissão quanto com o paciente. Tudo isso é resultante do modelo de saúde vigente, em especial nos serviços públicos, em que há notória fragilidade na relação entre o médico e o paciente, e que se mostra deficiente no que se refere aos pilares da distância, insatisfação e desconfiança mútua (CARVALHO, 2009).

Os médicos, do ponto de vista dos enfermeiros, são protegidos pelos gestores e pelas organizações de saúde, que, algumas vezes, segundo os enfermeiros, os retalias pelas denúncias, dada a rentabilidade dos médicos, uma vez que são eles quem encaminham os pacientes para as unidades de atendimentos. Sandrick (2010) também afirma que os profissionais que têm comportamento abusivo estão por vezes em posição de chefia, o que é mais comum de ser visto na relação entre médicos e enfermeiros, e sua má conduta tende a ser tolerada por diversos fatores. A autora afirma ainda que alguns médicos que oferecem serviços para o qual poucos são capacitados a realizar acabam se beneficiando de regalias junto ao hospital e à sociedade. Essas regalias se confundem com

questões econômicas e políticas, fazendo que esses médicos não sejam punidos quando cometem desvios de conduta comportamental.

Os médicos, no presente estudo, oscilam em suas opiniões sobre existir ou não corporativismo no seu meio e se acobertam, ou são acobertados por colegas médicos e gestores. Outrossim, reconhecem que não são punidos pelos gestores quando denunciados (06 UR).

Os enfermeiros se dizem irritados quando os médicos denunciados continuam na escala e faltam novamente ao plantão. Ou seja, afirmam que os profissionais omissos, negligentes e de má conduta continuam reincidindo, porém percebem, que apesar da insatisfação que esses demonstram frente às denúncias dos enfermeiros, eles passam a trabalhar com maior resolutividade (07 UR).

Os gestores, do ponto de vista de médicos (04 UR) e de enfermeiros (03 UR), também são infratores e raramente denunciados, porém afirmam (ambas as categorias com 01 UR), que, não raro, os gestores denunciam os profissionais nas delegacias de polícia, que, do ponto de vista dos entrevistados, não seria o lugar ideal para a resolução de conflitos, uma vez que as comissões de ética deveriam estar funcionando e os Conselhos seriam os lugares privilegiados para discussões de cunho ético.

Os enfermeiros, além de denunciar os médicos aos pacientes e seus familiares (07 UR), também os estimulam a fazer queixas e denúncias formais (90 UR) e os instrumentam também, a partir de seu preparo e estudo das leis e do Código de Ética médica para melhor argumentar e embasar as denúncias contra os médicos (21 UR).

Os enfermeiros têm a impressão que os médicos os acusam constantemente de erros (01 UR), porém reconhecem que eles não os denunciam formalmente (01 UR).

Por outro lado, nos grupos focais dos médicos, apesar deles se queixarem que os enfermeiros e a equipe de enfermagem, algumas vezes, resistem em seguir as prescrições e orientações médicas e

cometem erros, e, segundo sua percepção, abusos, disseram que é mais comum denunciar colegas da mesma categoria (06 UR) e, portanto, não fazem denúncias formais contra enfermeiros (08 UR).

Assim, as queixas contra os médicos, apontadas pelos enfermeiros, parecem não ser percebidas por aqueles como possibilidades de conflitos desencadeadores de denúncias. Aos médicos também passam despercebidas que as denúncias feitas contra eles são estimuladas pelos enfermeiros.

Sugestões de médicos e enfermeiros para o enfrentamento dos conflitos

A categoria sugestões surgiu neste estudo como resultado da análise das falas dos profissionais que participaram dos seis grupos focais. Alguns núcleos de sentido se repetem em outras categorias anteriormente apresentadas, entretanto agora retornam sob a égide de *recomendações e sugestões* feitas pelos profissionais e não simples queixas, constatações e diagnósticos de dificuldades.

Médicos e enfermeiros apontaram possíveis saídas com o objetivo de melhorar as condições em que se estabelecem as relações harmônicas entre profissionais e entre eles e pacientes, e o caminho mais apontado, por ambas as categorias, foi uma boa formação ética.

Os profissionais, médicos e enfermeiros, citaram com frequência os mesmos núcleos de sentido, e analisar em conjunto tornou-se imperativo e rico, haja vista os problemas serem semelhantes e as soluções serem as mesmas para a resolução de conflitos e manutenção de relações harmônicas.

Os médicos falaram que os profissionais deveriam valorizar mais os conhecimentos sobre o código de ética (05 UR). Foi sugerido, portanto, que houvesse discussões sobre o tema ética desde o início da graduação (56 UR dos médicos e 09 UR dos enfermeiros) e ambas as categorias profissionais propõem que este estudo privilegie novas metodologias de ensino-aprendizagem. Com 03 UR,

os médicos sugerem também que haja simultaneamente maiores valorização e capacitação dos professores para que atendam aos novos desafios da formação médica.

Núcleos de sentido	Número de citações (UR)	
	Enfermeiros	Médicos
Discutir ética desde o início da graduação/ rever metodologias dinâmicas	09	56
Bons salários	06	-
Olhar/dedicar-se ao paciente	31	-
A grade curricular da graduação deveria passar pelos Conselhos	02	09
Aproximação com o sindicato	07	-
Inserir ética nas capacitações/na educação continuada voltadas para as discussões sobre ética e nas pós-graduações	36	33
Estender o estudo da ética/não ficar restrito à disciplina de Medicina legal	-	29
Melhorar a relação dos profissionais com os respectivos conselhos	07	21
Médico deve se negar a trabalhar em más condições/baixa remuneração	-	18
Necessidade de investimentos em cursos específicos de ética médica	-	14
Autovalorização da profissão	06	10
Médicos precisam ser punidos/fiscalizados	-	09
Ampliar capacitação/educação continuada multiprofissional/ interprofissional	-	07
Discussão de casos interconsulta	-	06
Valorizar o conhecimento do Código de Ética	-	05
Importância do professor (dinâmica/ didática) para o ensino da ética	-	03
Cuidado com o cuidador	12	07
Melhor formação profissional	02	03

Quadro 12. Sugestões dos profissionais para a resolução de conflitos éticos na prática profissional.

Fonte: Grupos Focais de médicos e enfermeiros. Aracaju.

Siqueira (2008b) afirma que é grande o desafio de se alterar a estrutura dos cursos da área de saúde que hoje privilegiam mais a formação técnica do que a humanística. Recomenda que se abandone o modelo de aulas magistrais que não estimulam reflexões acerca de valores, crenças ou convicções dos pacientes e que mostram realidades distantes dos dilemas que os alunos vivenciam, pouco se aproximando dos conflitos morais com os quais estes jovens terão que lidar em suas práticas futuras. O autor afirma ainda que o ensino, quer da Ética, quer da Bioética, nos moldes atuais, está atrasado no que tange às reais necessidades de uma sociedade em evolução, uma vez que se prende exclusivamente aos valores deontológicos, sem criar possibilidades de se construir reflexão crítica a partir das subjetividades estabelecidas no campo da relação professor-aluno.

Apesar do ensino de graduação oferecer a melhor oportunidade para se desenvolver boas atitudes, ética, habilidades para comunicação e para se adquirir o conhecimento adequado e suficiente dos procedimentos técnicos, parece, entretanto, haver um sentimento de falência do método tradicional de ensino nos cursos da área de saúde no Brasil, e é no exercício profissional que estas categorias se dão conta da insuficiência de sua formação básica (SIQUEIRA, 2008b).

O modelo vigente na maioria das escolas de formação de profissionais de saúde, e que já não atende às necessidades da atualidade, foi estruturado por Flexner no início do século passado com regras cartesianas que não atentam para o sujeito como uma unidade indivisível dentro de uma realidade biopsicossociocultural, mas atêm-se às inúmeras subespecializações com um predomínio de conhecimentos fragmentados que não são capazes de dizer de um paciente, sujeito, com uma biografia (SIQUEIRA, 2008b).

O que os profissionais da atual pesquisa desejam é que os cursos preparem melhor os novos médicos e enfermeiros, com um mínimo de bagagem para que percebam o paciente como uma unidade, dentro dos princípios éticos e humanísticos, com respeito, dignidade

e visão biopsicossocial, aptos a atender e resolver as demandas dentro de princípios éticos.

- GFE: “Deveria existir uma matéria na universidade para estudos de casos, onde o aluno seria desafiado a resolver determinados conflitos éticos [...]. Eu acho que se houvesse essa disciplina prática o aluno teria um respaldo maior para encarar qualquer problema ético lá no futuro, enquanto profissional”.
- GFE: “Às vezes, a gente passa por determinadas situações em que percebe que nunca foi cogitado na universidade que aquilo seria vivenciado na prática e a gente se pergunta como é que se resolve aquilo. Nem os meus direitos como cidadão, eu não tenho conhecimento”.

Surgiu no Canadá, nos anos 1960, na Universidade McMaster, uma metodologia de ensino-aprendizagem para alunos da área de saúde que teve como fonte de inspiração as teorias do educador pernambucano Paulo Freire, associadas às bases psicológicas do aprendizado de Piaget e Vygotsky. Este modelo curricular tem como eixo central a aprendizagem baseada em problemas ou PBL, a sigla com a qual é mundialmente conhecido *Problem Based Learning* (PIMENTEL, 2007a).

O que os profissionais da presente pesquisa propõem, ainda que sem nomear, é certamente um ensino baseado em problemas. O primeiro elemento fundamental da nova metodologia diz respeito à necessidade de organizar um currículo baseado nos problemas socio sanitários da comunidade onde se insere o curso. O estudante precisa conhecer a realidade social como elemento de fortalecimento com seu futuro compromisso com a população.

Os profissionais da atual pesquisa entendem que, se aos alunos são apresentados, ainda no início da formação, de modo ético e humano, os problemas dos sistemas públicos, será mais fácil a construção de adequada atenção integral à saúde, com ações que envolvem profissionais comprometidos com sua promoção, reabilitação, prevenção e ações curativas.

Neste método, já aportado no Brasil, a proposta é ensinar o aluno a aprender, permitindo que ele busque o conhecimento. É encorajado a definir os próprios objetivos de aprendizagem, responsabilizar-se pelo aprendizado e até avaliar seu desempenho (PIMENTEL, 2007b; SIQUEIRA, 2008b).

Portanto, as sugestões feitas pelos pesquisandos são as mesmas propostas por Buzzi (2009), ou seja, melhorar os programas de treinamento por meio das novas grades curriculares dos cursos, que devem priorizar o cuidado direto com o paciente usando o recurso das dramatizações de situações da prática clínica. Entende-se essa abordagem da dimensão humana como ideal para que estudantes em contato com pacientes virtuais adquiram segurança profissional e minimizem danos, uma vez que no entorno das questões existem os problemas que atingem diretamente os pacientes e também as emoções dos profissionais com suas respectivas limitações e deficiências. Desta forma os alunos também aprendem a buscar soluções para os conflitos e praticar empatia, proporcionando aos pacientes conforto e confiança, mesmo em situações mais difíceis, como a morte (BUZZI, 2009; BELL; MOORMAN; DELBANCO, 2010).

O domínio dos conceitos por parte dos futuros profissionais da área de saúde pode favorecer a transferência de conhecimentos para situações quando reconhecidas como similares, pois, afinal, há muitas formas de se resolver um problema, e o mais difícil e que leva mais tempo é fazer um raciocínio a partir de princípios básicos. É muito mais fácil, eficaz e com menos inclinação ao erro reconhecer que já resolveu aquele problema antes e lembrar qual a solução, baseado no reconhecimento de uma situação análoga. É proposto, portanto, um currículo centrado no estudante, mas também essencialmente na assistência integral ao paciente, ou seja, o aluno, desde o primeiro ano, deve ter contato com o doente, em abordagem integrada dos problemas de saúde, nas dimensões biológica, psicológica e social.

Os médicos ainda recomendam, com 29 UR, que o estudo da ética seja oferecido não apenas na disciplina Medicina legal e Deontologia

médica, mas ao longo de toda a graduação. A literatura ratifica esta questão: Siqueira (2008b) cita pesquisa feita em 79 escolas de medicina no Brasil que revela que, de um total de 8.640 horas oferecidas na graduação, apenas 50, ou seja 0,6% da carga horária total do curso, são utilizadas para o ensino da ética, e geralmente dentro da disciplina Medicina legal, apontando a insatisfação pela insuficiência de discussões.

- GFM: “[O médico] tem que ter um bom curso de formação e com o ensino da ética, do primeiro ao último ano de faculdade e depois vida afora, se atualizando, sem parar”.

Os enfermeiros também disseram isso não como sugestão, mas triste constatação da falha do ensino, em que a ética é ensinada apenas no início do curso. Essa questão, contudo, foi explicitada pelos enfermeiros, na categoria já analisada nesta tese, sobre a relação dos enfermeiros com o Código de Ética, em que este núcleo de sentido apareceu e, assim, pode-se estender também como sugestão, ou seja, que o tema ética seja visto ao longo de todo o curso de enfermagem.

Ambas as categorias de profissionais propõem também (09 UR, médicos; 02 UR, enfermeiros) que o ensino da ética na graduação seja submetido ao crivo do CRM e do COREN, que deveriam fiscalizar, o que não é papel dos conselhos, porém é pertinente que os cursos tenham bom relacionamento com a entidade, visando promoverem atividades conjuntas sobre a temática.

A fiscalização cabe a outras instâncias ligadas ao MEC que ainda não perceberam a importância de requisitar dos cursos não só o preparo técnico de futuros profissionais, mas também instrumentalizá-los para a resolução de conflitos éticos de qualquer natureza quando do exercício profissional.

Os profissionais, todavia, entendem e sugerem que a graduação deva ser completa, ou seja, que esta formação tenha aspectos que envolvam ética e técnica, lado a lado, com o objetivo de que as

novas gerações tenham melhor formação profissional (médicos fizeram 03 UR e enfermeiros fizeram 02 UR).

Alhalel-Gabay (2008) também acredita que se faz necessário pensar na reconstrução do pensamento médico, nas instituições de saúde, principalmente nas escolas médicas, para transmitir aos estudantes de medicina que desenvolvam não somente o conhecimento científico, mas também a experiência clínica prática, com vistas a melhorar a compreensão humana de cada paciente com reflexões críticas.

Sabe-se que a base da educação está na graduação e na pós-graduação, mas o médico deve sempre estar aberto a novos ensinamentos e se atualizar, daí a importância da educação continuada. Torna-se, então, um desafio para as instituições de ensino desenvolverem habilidades para melhorar a comunicação dos alunos e estagiários, futuros médicos (BELL; MOORMAN; DELBANCO, 2010; FERNÁNDEZ, 2007).

Os pesquisandos do atual estudo, nos seis grupos focais realizados, falaram o tempo inteiro sobre a má comunicação, com ausência de informações nas relações com pacientes e familiares. Um dos elementos básicos quando se pensa no estudo da ética é, portanto, a necessidade de se desenvolver boa comunicação entre profissionais e entre eles e seus pacientes.

Em outra pesquisa realizada, os resultados levantados mostraram quão frágil é a relação médico-paciente, que deve ser amplamente baseada em uma boa comunicação. A habilidade de comunicação do médico é fundamental, levando-o a se colocar na posição de ouvinte do paciente e com total respeito a ele. (PEREIRA; AZEVEDO, 2005).

Apesar de reconhecer a importância da formação ética, os profissionais resistem em acreditar que as coisas possam mudar com a realização de cursos com o tema, pois estes têm mais um cunho informativo e não são auxiliares na formação do caráter.

- GFM: “Você não vai mudar o caráter de ninguém, mas, pelo menos, as pessoas que não têm caráter vão saber o que não é correto. O que está acontecendo hoje com a banalização das atitudes erradas, sem punições, é que as pessoas acham que certas posturas estão corretas [...] e que quem não faz malandragem é bobo. O que trabalha corretamente, se sobrecarrega, sofre e acaba se prejudicando, enquanto que os outros estão se valorizando, comprando carrão, comprando apartamento. Isso precisa mudar”.

Os médicos, com 07 UR, sugerem, também, que haja cursos de ética que envolvam outros profissionais e dêem ênfase às relações multiprofissionais, o que poderia reduzir os conflitos, principalmente entre médicos e enfermeiros, categorias que costumazmente se desentendem por desconhecimento de papéis mútuos. Assim, o outro aspecto proposto diz respeito ao estímulo de maior comunicação entre profissionais. Médicos acreditam que, se houvesse troca maior de informações entre profissionais, com discussões multidisciplinares de casos clínicos, os conflitos seriam minimizados, e sugerem que haja *feedback* das interconsultas (06 UR), o que beneficiaria os pacientes e melhoraria as relações entre os profissionais, que saberiam quais encaminhamentos clínicos foram dados pelo colega. Enfermeiros não trouxeram essa sugestão explicitada, mas fizeram queixas acerca desta lacuna ao longo das entrevistas nos grupos focais, o que praticamente equivale à posição dos médicos.

As duas categorias de profissionais propõem, por acreditarem ser fundamental, que em todos os cursos de capacitação após a formação, quer sejam cursos de curta duração, atualizações ou mesmo cursos *latu e stricto sensu*, o tema ética deveria ser obrigatório (33 UR dos médicos e 36 UR dos enfermeiros).

- GFE: “Nunca na minha formação na graduação nem na vida prática eu tive um momento como esse de hoje [discussão do tema ética no grupo focal], de poder falar da relação interpessoal com outros profissionais da área da saúde, e pensar da importância em valorizar, respeitar,

ouvir... E a gente precisa trabalhar isso já, nas faculdades inicialmente e depois a gente vai pensando, estudando e melhorando em outros cursos”.

Os profissionais também sugeriram maior aproximação com seus respectivos conselhos de classe, que poderia beneficiar a relação entre os profissionais e entre estes e seus pacientes. Entenda-se a aproximação sugerida (21 UR dos médicos e 07 UR dos enfermeiros) como relação de confiança, em que os profissionais se sentiriam à vontade para solicitar orientações, conselhos e formalizar denúncias com a certeza de que seriam ouvidos, teriam *feedback* imediato e haveria fiscalização, julgamentos e punições quando necessário.

A sensação de corporativismo, fora e dentro do próprio órgão regulamentador e fiscalizador, e a impunidade não estimulam novas denúncias e oferecem sentimento de descrença na entidade de controle da categoria. Os médicos sugerem que eles próprios sejam mais fiscalizados e até punidos pelo seu órgão de classe responsável para tal (09 UR), o que se pode inferir que reconhecem que há, algumas vezes, abuso em suas condutas, o que requer retificação mais amíúde (fiscalizar) e mais severa (punir). Acreditam, porém, que não basta que os profissionais respeitem e confiem, mas que os Conselhos façam valer a confiança depositada, agindo também de forma ética, oferecendo respostas céleres às inquietações e às demandas dos profissionais.

Enfermeiros sugeriram maior aproximação com o sindicato da classe com 07 UR, com o objetivo de fortalecê-lo e terem melhores resultados na defesa da categoria e das condições de trabalho, enquanto os médicos, surpreendentemente, nada sugeriram diretamente acerca da relação deles com o sindicato de sua categoria. Entretanto propõem, com 18 UR, que a categoria se recuse a trabalhar diante das baixas remunerações ou em más condições de trabalho, em geral. Os profissionais entendem como más condições de trabalho: baixos salários, falta de recursos humanos e recursos materiais escassos. Trabalhar desta forma implica, na percepção deles, falta de reconhecimento dos gestores de um lado e ausência de autovalorização de outro.

Não se pode esquecer a realidade dos tempos atuais, apesar das sugestões: os médicos são uma categoria que ignora as decisões sindicais e que se mantém em empregos que remuneram mal e permanecem exercendo funções em ambientes inadequados e com más condições de trabalho. Apesar de se queixarem, paradoxalmente continuam atendendo por meio de planos, seguradoras e cooperativas que desvalorizam seus serviços, remunerando abaixo do concebível como digno, mesmo quando estabelecem acordos prévios de suspensão de atendimentos, desrespeitando o próprio compromisso firmado com os colegas em pactos sindicais.

Destarte fica difícil imaginar pontes com um sindicato forte, pois o próprio profissional é quem o ignora e o fragiliza quando não atende as diretrizes negociadas com a categoria enfraquecendo a entidade. Baixos salários são fatores que interferem na satisfação e atuação profissional e justificam as múltiplas jornadas de trabalho. Os múltiplos empregos, portanto, promovem cansaço que facilitam erros, em especial negligências, imperícias e imprudências e a intolerância que cria dificuldades nas relações entre os profissionais e entre estes e os pacientes, reduzindo a qualidade dos serviços ofertados (PIMENTEL, 2005).

A sugestão feita pelos enfermeiros da presente pesquisa, com 06 UR, é que os gestores compreendam essas variáveis e valorizem o trabalho dos profissionais da saúde pagando valores justos e, por conseguinte, reduzam danos. Médicos (07 UR) e enfermeiros (12 UR) sugeriram a realização de cursos de ética, encontros, oficinas e dinâmicas que envolvessem várias categorias profissionais como forma de estimular os relacionamentos na equipe, promover entrosamento e momentos de descontração, investir nas lideranças, identificar e contemplar a redução de conflitos e o respeito entre profissionais.

Pimentel (2005) registrou que grande maioria dos profissionais de saúde sofre com a sobrecarga de trabalho, com a exaustão física, padecem de cefaleias, tem baixa qualidade do sono, apresenta alterações de humor, instabilidade afetiva e algumas expressões

psicopatológicas, psicológicas e comportamentais, tais como o uso abusivo do álcool, estados depressivos, fobias, ideações suicidas que podem estar associadas a sofrimento mental, promovido pelo grande desconforto que é a luta contra a desagradável sensação de desamparo que a morte, a dor e o sofrimento dos pacientes imprimem no cotidiano dos profissionais, levando-os a um elevado nível de estresse.

Os pesquisados entendem que o sofrimento físico e mental dos quais padecem são decorrência direta do trabalho que executam: sem segurança; em condições precárias; má remuneração; sobrecarga de trabalho, rompendo os próprios limites e aviltando um exercício digno profissional, o que os deixa expostos a erros e às transgressões do Código de Ética; difamados pela mídia, implacável, que os responsabiliza pelas más condições de atendimentos e denuncia erros e deslizos na área de saúde; e intenso e progressivo desprestígio social, vivido principalmente pelos médicos. São vítimas, portanto, de um sistema perverso e também de si mesmos, uma vez que não exercem o autocuidado.

Enfim, os profissionais propõem ainda (médicos com 10 UR e enfermeiros com 06 UR) que eles se valorizem, pois isso faz diferença na forma como são tratados, com mais ou com menos respeito, pelos gestores, seguros e planos de saúde, colegas, pacientes e pela mídia. Uma das formas de se valorizar é agir com competência técnica, seriedade, respeito pelos pacientes e boa relação entre profissionais e colegas de equipe.

Pode-se inferir que desejam, querem e esperam investimentos que lhes deem mais reconhecimento e valorização como profissionais, mas alguns não percebem que são eles próprios quem devem oferecer contrapartidas e assumir posições de respeito para consigo e para aqueles a quem prestam serviços, os pacientes.

Por fim, apesar de se inferir que ambas as categorias desejam o bem dos pacientes, os enfermeiros foram os únicos que, na categoria *sugestões*, efetivamente lembraram, nomeando a necessidade de

ser mais éticos e humanos nas práticas e, com 31 UR, sugeriram que esquecessem as dificuldades do cotidiano e que se dedicassem verdadeiramente aos pacientes, pois um tratamento humanizado faz diferença nas relações que estabelecem com outros profissionais e isso reflete de forma positiva na relação com os pacientes, cujo bem-estar e conforto são objetivos de todos.

Capítulo 4

COMENTANDO ACHADOS E DESAFIOS

É impossível escrever o essencial.

José Saramago

Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas... continuarei a escrever.

Clarice Lispector

Na revisão de literatura identificamos três grandes temas, com destaque para os conflitos éticos nas relações entre profissionais, em especial entre médicos e enfermeiros e dos médicos entre si; conflitos éticos nas relações entre profissionais e pacientes; e, por fim, os conflitos de interesse que interferem na relação com os pacientes, principalmente as relações de médicos com a indústria, clínicas e hospitais, laboratórios e farmácias.

Pode-se perceber que nos grupos focais a percepção dos participantes é de um cenário caótico na saúde, e, portanto, ratificaram plenamente todos os estudos anteriores, porém com tons mais fortes, detectados nas falas, cujas situações relatadas são piores do que revelavam a literatura, demonstrando grande sofrimento, com relevante angústia moral.

Ambas as categorias profissionais apontaram nos grupos focais, como um dos grandes vilões ou responsáveis pelos atuais conflitos, a formação profissional insuficiente e que não prioriza a ética e os princípios básicos da bioética.

Já na literatura, apesar de se ter destacado também nas buscas das bases de dados a formação profissional, percebeu-se uma carência

de trabalhos, com maior número de publicações a partir de 2010, principalmente na área médica, com, entretanto, enfoques variados e pouco específicos para uma análise da fragilidade da formação ética destes profissionais.

Os participantes nos grupos focais contribuíram sobremaneira para que desvelássemos tais questões, reconhecendo que, ainda que a graduação não seja a única responsável, tem importante responsabilidade sobre a incapacidade que muitos têm de oferecer resolutividade aos conflitos éticos nas relações no cotidiano laboral.

Segundo os dados levantados, foi possível traçar um perfil dos médicos e enfermeiros que atuam em Sergipe: os primeiros, maioria do gênero masculino, estão divididos principalmente entre aqueles com seis a dez anos de atuação no mercado de trabalho e os com 21 a 25 anos de graduação, enquanto os segundos, predominantemente do gênero feminino, têm menos de cinco anos de formados. Ambos são, em geral, oriundos de universidades públicas, possuem título de especialistas e atendem em hospitais públicos.

Foi atribuída à insuficiência da formação e às más condições de trabalho boa parte das dificuldades para o enfrentamento dos conflitos e sua resolutividade. Uma questão que se destaca diz respeito à posição ocupada pelos enfermeiros, a quem os pacientes se queixam diretamente, tornando-os alvos de fúria e violência, em razão da insatisfação destes frente à má qualidade dos serviços. Diante do exposto, os enfermeiros atuam como mediadores entre pacientes e as equipes de saúde, tentando, nem sempre com sucesso, minimizar os conflitos que se refletem em suas próprias relações com os pacientes.

Enquanto há enfermeiros que desrespeitam e desvalorizam os pacientes e suas necessidades, criando, a partir destes comportamentos, conflitos com os colegas da categoria, a contrapartida disso, tão conflituosa quanto a primeira, tangencia o fato de que alguns dispensam e transgridam o Código de Ética profissional e simultaneamente adotam, baseados em seus próprios princípios

éticos e morais, um código próprio, pessoal, em nome da compaixão e do desejo de ajudar os pacientes.

Enfermeiros apontam colegas que abandonam os plantões antes da chegada destes, motivados pelos múltiplos empregos, haja vista a baixa remuneração dos serviços públicos, que os obrigam a trabalhar acima dos próprios limites e os levam a esquecer, em nome da própria sobrevivência, a responsabilidade com a assistência e os princípios éticos que regem sua prática.

Segundo a própria percepção, tais circunstâncias revelam que estes conflitos entre os enfermeiros refletem o fato de desconhecerem as responsabilidades, os limites, os papéis e o próprio Código de Ética profissional. Outrossim, sabe-se que a má remuneração oferecida é motivo de desgaste dos enfermeiros e gestores e desencadeante de mais conflitos. Entretanto os enfermeiros citam primariamente como a maior fonte de conflitos nas relações com os gestores a deficiência de recursos materiais e humanos, comprometendo a assistência no sistema público. As más condições de trabalho, que vão da infraestrutura, salários defasados à falta de recursos materiais e humanos, concorrem para as dificuldades nas relações com médicos, pacientes e colegas em geral. Enfermeiros queixam-se do baixo número de médicos, que se reflete em mais responsabilidades e compromissos e na solicitação dos gestores para que os enfermeiros atuem como médicos, em exercício ilegal da profissão. Com o baixo número de enfermeiros efetivos em troca de mais profissionais com contratos temporários, surgem os rodízios nas equipes de enfermagem, que promovem, por sua vez, insatisfações dos profissionais e dos pacientes.

Conflitos entre enfermeiros e gestores acontecem, segundo os primeiros, porque se sentem assediados, constrangidos e coagidos a obedecer aos segundos, considerados antiéticos, sem questionar os princípios éticos por temor de retaliações. Os gestores são acusados pelos enfermeiros de preocupar-se com a produção, em ambos os segmentos, público ou privado e/ou com os lucros neste último, em detrimento da qualidade da assistência.

Os enfermeiros acreditam que, além do tema ética ser pouco valorizado na graduação, pela imaturidade dos alunos, muitos professores desconhecem o Código de e não são exemplos éticos, comprometendo ainda mais a aquisição de conceitos que favorecem o enfrentamento de conflitos. Enfim, muitos enfermeiros, conforme as falas, não conhecem o Código de Ética da categoria, nem deveres e direitos, e creem que o tema não suscita interesse para investimentos e estudos.

Os médicos têm exatamente a mesma percepção: há uma falha na graduação que não consegue preparar os profissionais para o enfrentamento dos conflitos na vida prática. Afirmam que muitos não tiveram formação ética, ou que ela foi inadequada e superficial e, ainda, que muitos médicos desconhecem seu Código.

Acreditam, ambas as categorias profissionais, que a ética, ainda que sofra influência da formação acadêmica, faz parte da educação familiar e pessoal, admitindo, por conseguinte, que só uma boa formação ética na graduação também seria insuficiente para resolver conflitos, haja vista os reflexos dos aspectos pessoais pertinentes ao caráter e à personalidade, e os de cunho sociocultural, em que paira, algumas vezes, a percepção de impunidade em uma sociedade corporativista, paternalista, na qual pacientes não têm autonomia e médicos e enfermeiros têm visões diferentes acerca das mesmas questões, resultado de uma declarada, mas subentendida, disputa de papéis e poder.

Além do ilícito reconhecido, os profissionais também desrespeitam o Código quando admitem que não denunciam maus colegas por inúmeras razões como: corporativismo, descrença no órgão regulamentador e fiscalizador, os Conselhos Regionais, considerados por eles como omissos diante de denúncias, e o fato destas não poderem ser anônimas, o que expõe o denunciante, desmotivando-o.

Ainda que existam médicos respeitosos e conscienciosos, o que predomina, na percepção deles mesmos, são as transgressões figuradas no desrespeito ao Código de Ética médica como infrações por

negligência, imprudência e imperícia. Citaram o abandono de plantões, quer para assumir outros compromissos de trabalho, quer para descansar após jornadas exaustivas de trabalho, como exemplo de descompromisso com o paciente, priorizando seus rendimentos mensais, uma vez que são mal remunerados e precisam se submeter a múltiplos vínculos empregatícios e vários plantões na semana.

Más condições de trabalho por má remuneração e por falta de recursos materiais e humanos sobrecarregam os profissionais e favorecem os erros, os conflitos de relacionamentos e os de interesse, revelando o caráter destes profissionais que sequer se dão conta que suas ações não são apenas ilícitas, ferindo o Código de Ética, mas rompem frontalmente os interesses dos pacientes, que perdem a confiança quando seu médico está mais interessado na receita financeira mensal do que nas indicações adequadas de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fármacos e artefatos industriais, sob forma de órteses e próteses.

No que tange aos conflitos de interesses entre médicos e clínicas, hospitais e indústria, há um comprometimento da autonomia médica em respeito às reais necessidades dos pacientes. As infrações que mobilizam conflitos com os pacientes, os familiares e com, algumas vezes, os colegas, são: porcentagem recebida pelo médico do valor de custo de órteses e próteses e, especialmente citadas, as órteses ortopédicas; abonos de compromissos financeiros nas clínicas que trabalham, como prêmio pela solicitação de exames que nem sempre têm indicação precisa; e, o mais comum, o recebimento de facilidades, presentes e viagens em troca de prescrições de determinadas medicações.

Os médicos não percebem que todo e qualquer presente promove a necessidade da reciprocidade e que os pequenos brindes têm o mesmo valor dos grandes, pois todos se constituem em corrupção passiva, que é uma infração ética grave ao Código de Ética médica, além de ser crime tipificado no Código Penal. Tentaram explicar as razões e motivações dos conflitos de interesse como se algo pudesse justificar ou minimizar responsabilidades: falha na educação

doméstica, que imprime os mais importantes princípios éticos e morais, e desprestígio da categoria, com má remuneração. Reconhecem não haver denúncias desses atos ilícitos, e, por conseguinte, a falta de punição estimula os vínculos desprovidos de ética, sem reflexões sobre as consequências dos conflitos de interesse.

Mediante tais reflexões, formula-se o desejo de que médicos, professores e pesquisadores valorizem e transmitam preceitos éticos e ensinem os cuidados com a saúde do paciente em detrimento dos valores comerciais que mobilizam sua ambição financeira e que alimentam os conflitos de interesse. Os médicos atribuem ao CRM parte desta responsabilidade, que é, na percepção deles, corporativista. Os recentes ajustes na normatização da relação dos médicos com a indústria farmacêutica apontam para os conflitos de interesses que envolvem os próprios conselheiros que tiveram a oportunidade de legislar contra os benefícios, mas preferiram mantê-los.

Médicos e enfermeiros mantêm relação conflituosa entre si; enquanto os primeiros valorizam suas funções e papéis, os segundos têm a percepção de que seus colegas de categoria desconhecem o próprio papel, limites e responsabilidades. Ambas as categorias afirmaram que médicos e enfermeiros desconhecem o papel uns dos outros, o que compromete as relações entre eles e o entendimento e responsabilidades de cada parte na assistência aos pacientes.

Os médicos se percebem desacreditados pela população e pela mídia, gerando insatisfação com o exercício profissional, e afirmam que tal condição gera também conflitos entre eles e os enfermeiros. Estes também se sentem desprestigiados, porém pelos médicos, alimentando conflitos de relações entre as duas categorias. Esses profissionais percebem sua relação conflituosa com os médicos como uma relação de poder desenvolvida desde a graduação, sendo assediados e desrespeitados por eles desde então.

O paciente é um dos mais importantes elementos capazes de desencadear conflitos na relação entre médicos e enfermeiros.

Estes apontam que a assistência sem qualidade ao paciente é um quesito que compromete uma relação harmônica entre os profissionais.

Diferenças nas condutas dos médicos e enfermeiros são apontadas por ambos e em especial pelos médicos, quando em serviços públicos ou em privados, uma vez que só nos serviços privados, nos quais existem melhores condições de trabalho, os profissionais disputam os pacientes entre si e lhes oferecem mais atenção. Os médicos admitem que o tratamento dado aos pacientes por todos os profissionais no setor público é desumano e que os usuários só recebem atenção especial quando é diagnosticada a morte encefálica, ou seja, na hora da morte passam a ser mais bem monitorados, pois favorecem os transplantes de órgãos.

É o enfermeiro quem mais se queixa da ausência de vínculo e da comunicação entre médicos e pacientes. Os médicos, por sua vez, reconhecem a dificuldade de comunicação e falta de vínculos que têm com todos e não apenas com os pacientes e que gera tantos conflitos, em especial com os enfermeiros, que atuam como advogados dos pacientes.

A angústia moral do enfermeiro em busca de resolutividade para o paciente e sua raiva do médico é percebida por ambos os profissionais. Fato é que se queixam que o paciente é fonte de conflitos entre eles, mas também de estresse e angústia, adoecendo ambos, inclusive. Enfermeiros e médicos presentes nos grupos focais se queixaram uns dos outros acerca dos erros nas respectivas práticas clínicas. Ambos consideram que médicos são corporativistas e mercantilistas, atributos desencadeadores de mais conflitos nas relações entre as duas categorias. Os enfermeiros admitem que interferem nos procedimentos médicos quando não concordam com eles, alterando as administrações de medicações, o que cria dificuldades nas relações com aqueles profissionais.

As condições de trabalho são mais um foco de conflitos entre médicos e enfermeiros. Apesar dos médicos se queixarem muito das parcas

condições de trabalho, elencam, entretanto, dois itens nesta categoria como motivos desencadeadores: um deles é a própria sobrecarga de trabalho de ambos, reconhecida por médicos e enfermeiros, como consequência do baixo número de profissionais atuando, e o outro ponto é o descompromisso e o desinteresse dos colegas médicos com seu próprio trabalho. Este último aspecto se configurou também como grande queixa dos enfermeiros, que também percebem o distanciamento, a frieza e o descompromisso dos médicos com pacientes.

Todas as demais queixas acerca das condições de trabalho como motivo de conflitos com os médicos foram formuladas apenas pelos enfermeiros, que são os que mais percebem e sofrem com as dificuldades de relacionamentos com os primeiros. Os médicos, segundo os enfermeiros, transferem responsabilidades burocráticas para eles, se omitindo de suas obrigações e delegando à equipe de enfermagem o preenchimento de documentos para que assinem em seguida. Entre esses documentos, pedidos de liberações de medicações à farmácia do hospital, solicitações aos convênios de prorrogações de internamentos e atestados de óbito. Tais questões se refletem na relação dos enfermeiros com os médicos, auditores e gestores. Enfermeiros se sentem injustiçados pelos gestores que dão aos médicos um tratamento diferenciado, protegendo-os, por temer perder os poucos médicos que possuem, estimulando rixas e competitividade e promovendo mais conflitos entre as duas categorias profissionais.

Os médicos apontam, contudo, uma série de outras condições desfavoráveis à manutenção de relações éticas que dificultam o enfrentamento dos conflitos em busca de resolutividade e, entre elas, as más condições de trabalho. Porém não são itens específicos da relação apenas com os enfermeiros, mas com todos os sujeitos que deles se aproximam no exercício profissional: colegas da mesma categoria, colegas de equipe, auditores, gestores, pacientes e respectivos familiares.

A sobrecarga de trabalho à qual estão submetidos tem grande destaque no discurso dos profissionais. Referem ser testemunhas

do descaso e do desrespeito dos colegas dirigidos aos pacientes, com comprometimento da comunicação e dos vínculos com estes. Atribuem a alguns colegas o desamor e a falta de compaixão como consequências da falta de motivação ao trabalho e do desencanto com a profissão. A falta de estímulo se dá principalmente em razão da má remuneração que recebem e da falta de recursos materiais e humanos do setor público. A ausência de profissionais em número adequado às demandas obriga os médicos a realizar procedimentos de especialidades para as quais não foram preparados e pelos quais respondem diante de um fracasso eventual por imperícia médica.

Todas essas questões são agravadas pela falta de protocolos para pacientes graves e de prontuários adequados, uma vez que muitos colegas não se preocupam em detalhar um quadro avaliado ou sua evolução, dificultando a comunicação dentro da equipe, que não tem no diretor clínico alguém que normatize e cobre posturas e condutas éticas em hospitais públicos, marcando as diferenças da dinâmica de funcionamento, de organização e de recursos entre os hospitais públicos e os privados.

Como resultado, os médicos passam a se sentir insatisfeitos, desacreditados e com uma imagem social comprometida. Além disso, adoecem física e emocionalmente diante da impotência vinculada à sua escolha profissional, que os decepciona e os deixa desesperançosos quanto às possíveis soluções. Sabem que não são apenas eles, mas os enfermeiros também, que adoecem por exaustão, estresse e angústia moral.

O CRM é, na percepção dos médicos, negligente e inepto em sua responsabilidade de fiscalizar as condições de trabalho às quais estão submetidos, mas fazem, também, um *mea culpa*, por admitirem que muitos deles são corporativistas. Em geral, não denunciam os maus colegas nem tampouco aqueles que têm conflitos de interesse, que perderam a autonomia nas tomadas de decisões e trabalham apenas em busca do lucro que a atividade pode auferir.

As queixas e denúncias se constituíram em categoria reveladora. Os enfermeiros têm uma série de reclamações dos médicos que geram conflitos entre eles, mas não se tornam, necessariamente, denúncias. Algumas circunstâncias de críticas e insatisfações dos enfermeiros quanto à presença ou ao cuidado assistencial oferecido pelos médicos aos pacientes se resolvem mediante ameaças de registro em prontuários, por exemplo. Algumas queixas são apenas comentadas entre colegas da instituição, outras são levadas aos gestores de modo informal e muitas são protocoladas administrativamente.

Enfermeiros e os próprios médicos acreditam que os gestores não punem os segundos por conveniência, enquanto os enfermeiros declararam temer retaliações quando se manifestam contra os médicos. Por se sentirem advogados dos pacientes, os profissionais da enfermagem estudam o Código de Ética dos médicos para melhor se prepararem, colocam-se em uma postura de proteção aos pacientes, os estimulam e os instrumentalizam para formalizar as denúncias contra os médicos, nas delegacias, no Ministério Público e no CRM.

Os médicos declararam que não denunciam os enfermeiros mesmo quando os reconhecem infringindo regras ou preceitos éticos, e os enfermeiros, por outro lado, reconhecem que os médicos não os denunciam. Percebe-se, portanto, que os enfermeiros têm iniciativas de formular denúncias contra má conduta dos médicos, ao contrário destes, que não têm esta cultura e tampouco parecem perceber que os enfermeiros o fazem com frequência.

A ambas as categorias foi solicitado que enumerassem as condições favoráveis para a manutenção de relações éticas com enfrentamento adequado de conflitos na prática profissional, entretanto tiveram dificuldades de elencar os elementos positivos; alguns disseram que eram inexistentes e muitos falaram utopicamente o que seria desejável como condições ideais de trabalho, fazendo um prenúncio daquilo que mais adiante recomendariam.

Os enfermeiros gostariam de trabalhar em lugares onde houvesse boa estrutura, boa supervisão, adequada divisão de papéis e com suporte. Elogiaram o SAMU como exemplo de serviço bem estruturado e com bom funcionamento, favorecendo as relações entre os profissionais e entre eles e os pacientes. Ainda referendaram como condições desejáveis o bom preparo técnico e ético do profissional.

Os médicos citaram que boa comunicação, principalmente entre eles e os pacientes, seria muito favorável, ressaltando o compromisso médico e o respeito à autonomia do paciente, e, do outro lado, a confiança, o vínculo e o reconhecimento desejados pelos médicos. Acreditam que compromisso com o trabalho é um elemento que facilita as boas relações com todos, principalmente com os enfermeiros.

A saída possível para os conflitos é o exercício do respeito e da tolerância, elementos básicos para se estabelecer mecanismos de comunicação, facilitadores de boa relação entre eles e que garantem qualidade no atendimento dos pacientes. Cabe aos gestores, quando bem preparados para o cargo de líder, mediar as relações dentro dos grupos de trabalho e ter a sensibilidade de como e quando intervir, melhorando e favorecendo relações éticas e harmônicas dentro das equipes.

Ambas as categorias reconhecem as dificuldades de comunicação, o que pode favorecer mais reflexões críticas que facilitem a manutenção do diálogo contínuo sobre suas ações. Assim, gestores deveriam possibilitar e fomentar a criação de comitês de ética dentro dos hospitais para acolher os profissionais com suas dúvidas, conflitos, queixas e denúncias; orientar, colaborar e encaminhar questões, mediando o entendimento entre os sujeitos e discutindo de forma ampla as relações, os dilemas e os conflitos éticos.

Se cada profissional se permitir ouvir a perspectiva do outro, os envolvidos podem descobrir que há possibilidades para o entendimento e para ações harmônicas com múltiplos valores relacionados à prática clínica, pois a responsabilidade em situações eticamente

difíceis não recai apenas sobre os profissionais, mas inclusive sobre os pacientes.

As duas categorias fizeram menção a sugestões que possam favorecer as relações harmônicas e menos conflituosas no exercício profissional: discutir ética desde o início da graduação, em todas as disciplinas, usando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com dramatizações e estudos de casos com ênfase nas relações multidisciplinares. Acreditam que a formação que receberam, sem subsídios e sem treinamento nas habilidades de comunicação, não contribuiu ou contribuiu muito pouco para o enfrentamento dos conflitos da prática profissional.

Pode-se concluir que a falta de habilidades de comunicação, aliada ao descaso com as relações interpessoais e interprofissionais, as más condições de trabalho e os conflitos de interesse propiciam os conflitos de relacionamento entre as categorias de médicos e enfermeiros, entre eles e os pacientes e entre eles e os demais profissionais, culminando em denúncias e desprestígio para os profissionais de saúde, com desconforto e sofrimento moral para ambos e franco prejuízo para os pacientes.

Todos sugerem que na educação continuada, ou seja, nos congressos, nas jornadas, nas capacitações, nas atualizações, e nos cursos *latu sensu e stricto sensu*, deveriam ser discutidos temas vinculados à ética. Propõem maior aproximação com seus respectivos conselhos de classe e que estes colaborem na construção de conteúdos sobre ética na grade curricular. Os médicos sugerem também que o CRM seja mais atuante e cumpra seu papel, ou seja, que fiscalize e efetivamente penalize os maus profissionais. Em outras categorias, os enfermeiros expressaram, ainda que indiretamente, o mesmo desejo quanto a uma atuação mais expressiva do COREN. Recomendaram aproximação maior com o sindicato da categoria e que as autoridades e gestores se sensibilizem com as dificuldades inúmeras vezes expostas e remunerem melhor os trabalhadores da saúde. Salários adequados são elementos certamente motivadores para bons desempenhos e satisfação com a escolha profissional.

Sugerem ainda que os médicos passem a se valorizar mais e se recusem a trabalhar em más condições, o que obrigaria aos gestores, para reconquistar suas presenças, oferecer ambientes e salários dignos com plano de cargos e salários compatível com seus méritos e capacitações técnicas, a exemplo de outras carreiras profissionais.

Os enfermeiros propõem que os profissionais da saúde trabalhem sempre com um olhar de compaixão sobre quem sofre e também para si mesmos, exercitando o autocuidado, revelando preocupação e sugerindo ações educativas e de alertas acerca dos cuidados necessários de que carecem no exercício profissional. Cuidando de quem cuida, a prestação de serviços oferecida pelos profissionais tenderá a ser melhor, e uma clientela submetida a uma equipe bem cuidada tende a fazer maior adesão ao tratamento, com mais chances de bem-estar, de qualidade de vida e de sucesso terapêutico.

Uma boa prática profissional na área da saúde depende, mas não apenas, de formação científica e deontológica adquirida na graduação e também da personalidade deste profissional e das questões culturais e ambientais do contexto em que este sujeito está inserido. Ou seja, a boa prática é aquela exercida no limiar entre a excelência técnica e os princípios morais e éticos. Este entendimento, aliado a uma genuína preocupação com o social, deve ser transmitido aos jovens ainda na graduação, o que favorece boa formação ética dos profissionais da saúde, de sorte que ofereçam assistência aos pacientes com respeito e dignidade.

Na contemporaneidade, em que as relações estão esfaceladas e comprometidas pelo narcisismo de cada sujeito, o agir de forma ética com harmonia nas relações exige a manutenção da comunicação, gerando reflexão crítica sobre seus atos. Apenas com a conscientização dos valores e os princípios morais e éticos é possível se manter comprometido com a essência do processo de humanização.

A sociedade quer respeito e qualidade nos serviços a ela prestados, com profissionais mais humanizados, tecnicamente capazes e com

habilidades de comunicação mais desenvolvidas, que os instrumentalizem a uma posição de empatia, com escuta mais acurada e maior percepção da realidade e do ambiente social onde eles e seus pacientes estão inseridos, de sorte que diagnósticos e tratamentos preconizados tenham mais chances de sucesso.

Estes profissionais devem, porém, reconhecer e respeitar seus próprios limites e atuar em equipe com um sentido e um espírito de corpo para que as ações multidisciplinares sejam mais eficazes, em respeito mútuo aos papéis e funções dos profissionais entre si.

Esta tese é também uma reflexão crítica, no sentido de apontar dados que possam subsidiar transformação na preparação de recursos humanos na área de saúde e especialmente na formação ética de médicos e enfermeiros, e seus resultados podem ser estendidos para o âmbito nacional, trazendo em seu bojo um novo olhar sobre a prática assistencial.

Certamente não existem processos de mudanças sem dificuldades, e este pode vir a ser um processo lento, penoso e com grandes resistências. Transformações que dizem respeito à formação de recursos humanos são complexas, exigem mudanças de paradigmas e geram, não raro, tensões intra e interinstitucionais.

A aquisição de competências técnicas, éticas e relacionais na graduação são marcadas, nas novas diretrizes curriculares, pelas habilidades clínicas e também as de comunicação, favorecendo o desenvolvimento de práticas humanizadas. A dificuldade é o equilíbrio, haja vista a educação médica ressaltar, nos dias atuais, a tecnologia.

É mister o aprimoramento das disciplinas de habilidades de comunicação e humanidades médicas com a conscientização de professores no que tange aos seus papéis e exemplos éticos para seus alunos, em uma interface entre a teoria e a prática, de sorte que, quando no cotidiano laboral, estes profissionais administrem os conflitos de forma adequada, sem comprometer a relação com os pacientes e demais profissionais.

Os serviços precisam ser mais aparelhados e funcionar com todos os recursos necessários a uma boa assistência. É importante que haja também reengenharia nos planos de cargos e salários para que os profissionais se sintam novamente prestigiados, valorizados e, por conseguinte, motivados para o exercício profissional, sem se deixar seduzir pela indústria ou por ofertas outras que comprometam sua autonomia na escolha do melhor exame, do procedimento mais adequado e do tratamento mais indicado para o paciente, que merece total respeito.

As mudanças devem passar necessariamente por um processo de conscientização de todos os envolvidos, quais sejam, os departamentos de ensino das universidades, que são, com os professores, os responsáveis pela graduação, pesquisadores, líderes de conselhos de classe e sindicatos, gestores e os próprios profissionais da área de saúde, no sentido de garantir o compromisso e manter o desejo de exercerem atividades assistenciais dentro de princípios éticos, com respeito, compromisso, boa comunicação e bons vínculos com pacientes e com a própria equipe de trabalho.

Muitas destas transformações, para que se viabilizem, dependerão das políticas de educação, das políticas de saúde e de um processo de articulação entre elas e as lideranças representativas das categorias, especialmente os Conselhos de classe, CRM e COREN. Os conselhos regulamentadores foram evocados insistentemente, para que exerçam fiscalizações mais rigorosas das ações das instituições de saúde e dos gestores, em especial dos serviços públicos, que não os respeitam, conforme afirmam, impondo-lhes trabalhar em más condições, consideradas indignas ao exercício profissional, e remunerando de forma ignóbil. Porém os profissionais também reconhecem a necessidade deles próprios serem mais fiscalizados e até punidos quando necessário, em ações de caráter pedagógico e de retificação de suas condutas antiéticas.

Para os participantes deste estudo, um ganho secundário aos objetivos traçados na realização do presente trabalho foi a construção de diálogos, de trocas, de sentimentos e de vivências dos médicos

e dos enfermeiros, possibilitando a emergência de um espaço criativo que proporcionou a circulação e transmissão de experiências, a troca entre pares e a possibilidade de reflexões acerca de seus papéis na sociedade, suas funções e atuações.

A experiência dos grupos focais trouxe benefícios diretos, reflexões e interrogações sobre as práticas dos profissionais que delas participaram e que se despojaram de pudor, revelando seus sentimentos e percepções, na certeza de que estavam contribuindo para a construção de algo maior, qual seja, uma forma mais ética, mais justa, mais respeitosa, mais comprometida e menos conflituosa das relações que se estabelecem na prestação de serviços assistenciais.

É desejável que estes resultados possam ser divulgados e discutidos, não apenas na comunidade acadêmica, mas diretamente com estes profissionais e especialmente com os gestores, além dos conselhos de ambas as categorias, de sorte que reflexões mais profícuas e conscientizadoras possam ser alcançadas, com desdobramentos que devolvam o prestígio a tais atividades profissionais, tornando-as, novamente, reconhecidas pela nobreza humanitária de suas ações.

Diante da subjetividade dos profissionais de saúde envolvidos, não nos cabe a construção de nenhum guia de condutas além daqueles propostos pelos conselhos de classe, que são os códigos de ética vigentes. As consequências desejadas, ainda que possam ser marcadas pelas múltiplas possibilidades, são imprevisíveis, porém os conflitos éticos desencadeados pelas relações interpessoais não podem mais ser ignorados pelos gestores e em especial pelos profissionais, protagonistas deste estudo.

Assim, fica o convite para mais pesquisas, reflexões, posturas críticas, e que as autoridades possam se debruçar sobre as sugestões aqui oferecidas por atores envolvidos nas relações mais instigantes da prática profissional em saúde, os médicos e os enfermeiros, reolocando a dimensão social relacional no cerne da humanização das práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

AASLAND, O. G.; FØRDE R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. **Medisin og vitenskap**. Tidsskrift Nor Laegeforen, v. 124, n. 20, p. 2603-6, 2004.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

ABMA, T. A.; WIDDERSHOVEN, G. A. M.; FREDERIKS, B. J. M.; VAN HOOREN, R. H.; VAN WIJMEN, F.; CURFS, P. L. M. G. Dialogical nursing ethics: the quality of freedom restrictions. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 15, n. 6, p. 789-8, nov. 2008.

AGLEDAHL, K. M.; FØRDE, R.; WIFSTAD, Å. Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice. **Medicine, Healthcare & Philosophy**, Nova York, v. 13, p. 107-13, 2010.

ALBUQUERQUE, P. D. S. M.; ARAÚJO, L. Z. S. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 144-52, 2011.

ALBUQUERQUE, V. S.; TANJI, S.; SILVA, C. M. S. L. M. D.; MOÇO, E. T. S. M.; FELIPPE, K. C.; MIRANDA, J. F. A. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.

ALHALEL-GABAY, B. Vigencia de los valores del acto médico y de la relación médico-paciente. **Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna**, Lima, v. 21, n. 1, p. 37-41, ene./mar. 2008.

ALONSO, A. J.; MORÍN, J. F.; PÉREZ, E. B.; MÉNDEZ, D. C. Ética en el tratamiento quirúrgico de enfermos com câncer. **Revista Médica Electrónica**, Matanzas, v. 27, n. 3, mayo/jun. 2005. Disponível em:

<<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%202005/tema04.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2010.

ALPERT, J. S. Doctors and the drug industry: how can we handle potential conflicts of interest? **The American Journal of Medicine**, Amsterdã, v. 118, n. 2, p. 99-100, feb. 2005.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **AMA policy: professionalism in the use of social media**. 2010. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/social-media-policy.page>>. Acesso em: 17 may. 2012.

ANDRADE, E. de O.; ANDRADE, E. N. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, p. 46-52, 2010.

ANDRIJEVIĆ-MATOVAC, V. Have you forgotten Hippocrates too? **Croatian Medical Journal**, v. 51, n. 3, p. 272-7, jun. 2010.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, p. 41-60, 2002.

ARAÚJO, I. M. A.; SILVA, R. M.; BONFIM, I. M.; FERNANDES, A. F. C. Nursing Communication in Nursing Care to Mastectomized Women: a Grounded Theory Study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 54-60, jan/fev. 2010.

ARMSTRONG, D. Lucrative operation: how some doctors turn \$79 profit from a \$30 test physicians groups add markup to work done by others, despite ethics concerns administrative costs cited. **The Wall Street Journal**, p. A1-A8, 30 sept. 2005.

ARRAF, K.; COX, G.; OBERLE, K. Using the canadian code of ethics for registered nurses to explore ethics in palliative care research. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 11, n. 6, p. 600-9, 2004.

ARROYO, F. Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía. **Revista Chilena de Cirugía**, Santiago, v. 60, n. 4, p. 352-6, out. 2008.

ARTAZA SANZ, H. M.; GÓMEZ MARTÍNEZ, M. La bioética en el manejo del paciente amputado de los miembros inferiores y sus familiares. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, La Habana, v. 4, n. 5, nov.-dic. 2005.

ASHER, B. Keeping boundaries clear with patients. **Nursing New Zealand**, v. 11, n. 4, p. 24, may 2005.

ASSAD, J. E. Relação médico-paciente no final do século XX. In: ASSAD, J. E. (Org.). **Desafios éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p.104-12, 1993.

AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL OF DOCTORS-IN-TRAINING; THE NEW ZEALAND MEDICAL ASSOCIATION DOCTORS-IN-TRAINING COUNCIL; THE NEW ZEALAND MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATION; THE AUSTRALIAN MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATION SOCIAL MEDIA AND THE MEDICAL PROFESSION. **Social media and the medical profession: a guide to online professionalism for medical practitioners and medical students**. 14p. Disponível em: <http://ama.com.au/socialmedia>, 2010. Acesso em: 17.maio.2012.

AZOULAY, E.; SPRUNG, C. L. Family-physician Interactions In The Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**, Alphen ann den Rijn, v. 32, n. 11, p. 2323-8, nov. 2004.

BAGGS, J. G. Nurse-physician collaboration in intensive care units. **Critical Care Medicine**, Alphen ann den Rijn, v. 35, n. 2, p. 641-2, feb. 2007.

BANKAUSKAITE, V.; JAKUSOVAITE, I. Dealing with ethical problems in the healthcare system in Lithuania: achievements and challenges. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 32, n. 10, p. 584-7, oct. 2006.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo.

Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2011.

BASCUÑÁN, R. M. L. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 133, n. 1, p. 11-16, ene. 2005.

BATISTA, A. A. V. **Formação de recursos humanos em saúde: o ensino da ética e a prática profissional**. 2011. 95p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Núcleo de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2011.

BELL, S. K.; MOORMAN, D.W.; DELBANCO, T. Improving the Patient, Family, and Clinician Experience After Harmful Events: The “When Things Go Wrong” Curriculum. **Academic Medicine**, v. 85, n. 6, Jun. 2010.

BERGAMO, M. É coisa nossa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 set. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq2507201107.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BERGGREN, I., SEVERINSSON, E. The significance of nurse supervisors’ different ethical decision making styles. **Journal of Nursing Management**, Hoboken, v. 14, p. 637-43, 2006.

BERLIN, L. The mea culpa conundrum. **Radiology**, Illinois, v. 253, n. 2, p. 284-7, nov. 2009.

BEZERRA, F. D. **O ensino da Ética no curso de Enfermagem: percepção dos alunos da UFS em diferentes períodos do curso**. 2008, 27f. Relatório (Iniciação científica PIBIC). Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2008.

BEZERRA, F. D.; ANDRADE, M. F. C.; ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J.; PIMENTEL, D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 33-7, jan./fev. 2010.

BHATT, A. A new challenge for Indian physicians and healthcare industry: Decoding the MCI code of professional conduct. **Journal of Postgraduate Medical**, Mumbai, v. 56, p. 1-2, 2006.

BONADONNA, G; URBAN, C. O renascimento do humanismo médico: a revolução dos médicos-pacientes. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 55-6, jan./mar. 2010.

BOSCH-BARRERA, J. Dilemas éticos en la práctica médica em 2010: Reflexiones en torno a los resultados de una encuesta a más de 10.000 facultativos. **Cuadernos de Bioética**, Madri, v. 22, n. 74, p. 113-8, 2011.

BOSTICK, N.; MORIN, K.; BENJAMIN, R.; HIGGINSON, D. Physicians' Ethical Responsibilities in Addressing Racial and Ethnic Healthcare Disparities. **Journal of the National Medical Association**, Amsterdã, v. 98, n. 8, p. 1329-34, 2006.

BOVE, A. A. President's page: who owns what or whom? **Journal of the American College of Cardiology**, v. 54, n. 19, p.1814-5, 2009.

BOYLE, D. K.; MILLER, P. A.; FORBES, S. A. T. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes. **Critical Care Nurse Quarterly**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 302-16, oct./dec. 2005.

BRADDOCK, C. P. L.; HUDAK, J. J.; FELDMAN, S.; BEREKNYEET, R. M.; FRANKEL, A.; LEVINSON, W. "Surgery is Certainly One Good Option": quality and time-efficiency of informed decision-making in surgery. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, Needham, v. 90, n. 9, p. 1830-8, set. 2008.

BRAGMAN, K. Guiding principles and ethics in pharmaceutical medicine. **The Faculty of Pharmaceutical Medicine**, p.238-41, 2006.

BRASIL. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013.

BRENNAN, T. A.; ROTHMAN, D. J.; BLANK, L.; BLUMENTHAL, D. C. S.C.; COHEN, J. J.; KASSIRER, J. P.; KIMBALL, H.; NAUGHTON, J.; SMELSER, N. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. **Journal of the American Medical**, Chicago, v. 295, n. 4, p. 429-33, Jan. 2006.

BUCKMAN, R.; BAILE, W. J. Truth telling: yes, but how? (correspondence) **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 25, n. 21, p. 3181, Jul. 2007.

BUZZI, A. Una nueva visita a "El Médico del Futuro" treinta años después. **Revista de La Ama**, Buenos Aires, v. 122, n. 3-5, sept. 2009.

BYK, C. Truth telling and informed consent: Is "primum docere" the new motto of clinical practice? **Formosan Journal of Medical Humanities**, [S. l.], v. 6, n. 1-2, p. 31-8, Sep. 2005.

CALVO QUIROZ, A. A. La relación médico-paciente. **Revista Médica Herediana**, Lima, v. 17, n. 4, p. 187-8, oct/dic. 2006.

CAMILLERI, M.; CORTESE, D. A. Managing conflict of interest in clinical practice. **Mayo Clinic Proceedings**, Amsterdã, v. 5, n. 82, p. 607-14, maio 2007.

CAMPBELL, E. G.; GRUEN, R. L.; MOUNTFORD, J.; MILLER, L. G.; CLEARY, P. D.; BLUMENTHAL, D. A national survey of physician-industry relationships. **The New England Journal of Medicine**, Massachussets, v. 356, n. 17, p. 1742-50, 2007.

CARNEIRO, M. T. R.; BERTI, H. W. A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 84-92, 2009.

CARVALHO, B. R. Where is the medical error? **Femina**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 3, p. 173-5, mar. 2009.

CARVALHO, K. K.; LUNARDI, V. L. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line], v. 17, n. 3, p. 308-13, 2009.

CASTERLÉ, B. D.; SHIGEKO, I.; GODFREY, N. S.; DENHAERYNCK, K. Nurses responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Hoboken, v. 63, n. 6, p. 540-9, 2008.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A Enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p. 38-43, jan./mar, 2005.

CHERVENAK, F. A.; MCCULLOUGH, L. B. ; BARIL, T. E. Ethics, a neglected dimension of power relationships of physician leaders. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. Amsterdã, v. 195, n. 3, p. 651-6, sep. 2006.

CHRETIEN, K.; AZAR, J.; KIND, T. Physicians on Twitter (Reprinted). **Journal of the American Medical Association**, v. 305, n. 6, p. 566-8, feb. 2011.

CHRETIEN, K. C.; GREYSEN, S. R.; CHRETIEN, J. P.; KIND, T. Online posting of unprofessional conduct by medical students. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 301, n. 12, p. 1309-15, 2009.

CLARK, P. G.; COTT, C.; DRINKA, T. J. K. Theory and practice in inter-professional ethics: A framework for understanding ethical issues in health care teams. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 591-603, 2007.

COHEN, J. J. Viewpoint: Linking professionalism to humanism: What it means, Why it matters. **Academic Medicine**, Washington, DC, v. 82, n. 11, p. 1029-32, nov. 2007.

COLARES, M. J. D.; NAKAMURA, E. K. A exposição do corpo do cliente: uma reflexão sobre as relações de poderes entre os profissionais de Enfermagem e os clientes. **Revista Nursing**, Barueri, v. 12, n. 139, p. 580-4, 2008.

COMTE-SPONVILLE, A. **Bom dia, angústia!** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

CONNOR, T. O.; KELLY, B. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 12, n. 5, p. 453-67, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: <http://www.pesquisasaude.com/documentos/codigo_etica/9.htm>. Acesso em: 15. jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética médica**. Resolução CFM nº 1.931/09. Brasília, DF, CFM, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE AUTOREGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA – CONAR. Disponível em: <www.conar.org.br>. Acesso em: 21 mar.2012.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. **Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 571-80, 2009.

COUNTS, M.; MAYOLO, R. Growing revenue with APNs. **Nursing managements**, Nova York, v. 38, n. 6, p. 49-50, jun. 2007.

CRUZ, P. V. D.; VIEIRA, M. J.; PIMENTEL, D.; BATISTA, A. A. V.; OLIVEIRA, C. B.; COSTA-NETO, M. J. Formação de profissionais da Saúde: revisão da literatura sobre o ensino da Ética e suas repercussões na prática profissional. **Scientia Plena**, São Cristóvão, v. 5, n. 11, p. 1-10, 2009.

CZUPRYNIAK, L.; LOBA, J. Route of corruption in Poland's health-care system. **The Lancet**, Amsterdã, v. 364, n. 9448, p. 1856, nov. 2004.

D'ARCY E., MOYNIHAN, R. Can the relationship between doctors and drug companies ever be a healthy one? **Plos Medicine**, [S. l.], v. 6, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/>

article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000075. Acesso em 15 out. 2011.

D'ASSUMPÇÃO, E. A. **Médicos não são deuses**. Belo Horizonte: CIRPLAST, 2003.

DANTAS FILHO, V. P.; SÁ, F. C. O cuidado na prática médica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 189-94, 2009.

DELGADO, A.; LÓPEZ-FERNÁNDEZ, L. A.; LUNA, J. D.; CUESTA, L. S.; GARRIDO, N. G.; GONZÁLEZ, A. P. Patient expectations about decision-making for various health problems. **Gaceta Sanitaria**, Amsterdã, v. 24, n. 1, p. 66-71, jan-feb. 2009.

DELL'ACQUA, M. L. **Do acolhimento à desconsideração no cenário hospitalar pela Enfermagem: A divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho como componentes intervenientes**. 2008. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

DENNING, J. J. Get specific about unacceptable behavior. **San Diego County Medical Society**. Jan, 2009. Disponível em: <http://www.sdcms.org/january-2009-san-diego-physician/get-specific-about-%E2%80%9Cunacceptable%E2%80%9D-behavior>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

DEVI, S. Facebook friend request from a patient? **The Lancet**, Amsterdã, v. 377, n. 9772, p. 11412, apr. 2011.

DÍAZ, F. G. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Medicina Intensiva**, Amsterdã, v. 30, n. 9, p. 452-9, 2006.

DUARTE, L. E. M. N.; LAUTERT, L. Conflitos e dilemas de enfermeiros que trabalham em centros cirúrgicos de hospitais macroregionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 209-18, jun. 2006.

DUBOIS, M. Y. American Academy of Pain Medicine Ethics Council Statement on Conflicts of Interest: Interaction between Physicians and Industry in Pain Medicine. **Pain Medicine**, Nova York, v. 11, n. 2, p. 257-62, feb. 2010.

DUVALL, D. G. Conflict of interest or ideological divide: the need for ongoing collaboration between physicians and industry. **Current Medical Research and Opinion**, [S. l.], v. 22, n. 9, p. 1807-12, sep. 2006.

ELPERN, E. H.; SILVER, M. R. Improving outcomes: focus on workplace issues. **Current Opinion in Critical Care**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 395-8, out. 2006.

ENGEL, E. M. O desafio das biotécnicas para a ética e a antropologia. **Veritas**, Porto Alegre, v. 50, n. 2, p. 205-28, 2004.

EPSTEIN, R. M.; KORONES, D. N.; QUILL, T. E. Withholding Information from Patients – When Less is More. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 362, n. 5, p. 380-1, fev. 2010.

ERSOY, A.; AKPINAR, A. Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice. **Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery**, Istanbul, v. 16, n. 3, p. 203-9, may 2010.

ESTERHUIZEN, P. Is the professional code still of cornerstone of clinical nursing practice? **Journal of Advanced Nursing**, Nova York, v. 53, n. 1, p. 104-13, 2006.

FAN, R. Towards a Confucian virtue bioethics: reframing chinese medical ethics in a market economy. **Theoretical Medicine and Bioethics**, Nova York, v. 27, n. 6, p. 541-66, nov. 2006.

FARBER, N. J.; ROCHE, C. V.; ABOFF, B. M.; COLLIER, V. U.; WEINER, J. When the patient does not pay: a survey of primary care physicians. **Medical Care**, Philadelphia, v. 48, n. 6, p. 498-502, Jun. 2010.

FARESJÖ, T.; WILHELMSSON, M.; PELLING, S.; DAHLGREN, L-O.; HAMMAR, M. Does interprofessional education jeopardize medical

skills? **Journal of Interprofessional Care**, Abington, v. 21, n. 5, p. 573-6, 2008.

FARHA, J. Ética e cooperativismo. In: ASSAD, J. E. (Org.). **Desafios éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993. p. 122-7.

FERNÁNDEZ, V. J. A. Relación médico-paciente: estructura del concepto. **Revista Médica Hondureña**, Tegucigalpa, v. 73, n. 2, p. 93-4, abr-jun. 2005.

_____. Relación médico-paciente: interacción y comunicación. **Revista Médica Hondureña**, Tegucigalpa, v. 75, n. 2, p. 94-6, abr-jun. 2007.

_____. Relación médico-paciente: Personas, células, moléculas o colectivos sociales. **Revista Médica Hondureña**, Tegucigalpa, v. 73, n. 1, p. 47-8, ene-mar. 2005.

FERRAZ, E. M. **Os médicos e o SUS, uma relação conflituosa**. Dez. 2008. Disponível em: < <http://blogln.ning.com/profiles/blogs/os-medicos-e-o-sus-uma-relacao>>. Acesso em: 23. jul. 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; ZANOLLI, M. B.; VERGA, C. R. R. Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de Medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1533-40, 2009.

FINDER, S. G. Is consent necessary for ethics consultation? **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Nova York, v. 18, n. 4, p. 384-96, set. 2009.

FINUCANE, T. E.; BOULT, C. E. Association of funding and findings of pharmaceutical research at a meeting of a medical professional society. **American Journal of Medicine**, Amsterdã, v. 117, n. 11, p. 842-5, dec. 2004.

FORD, P.; WYNNE, M.; RICE, M.; GROGAN, C. A partnership approach to leadership development for directors of nursing in older people's services in Ireland: articulating the impact. **Journal of Nursing Management**, Nova York, v. 16, n. 2, p. 159-66, mar. 2008.

FØRDE, R.; AASLAND, O. G. Moral distress among Norwegian doctors. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 34, n. 7, p. 521-5, jul. 2008.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de Enfermagem: um estudo quantitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 34-40, 2008.

_____. Perfil de profissionais de Enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 489-94, 2007.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; FERNANDES, M. F. P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 104-8, 2010.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; MERIGHI, M. A. Ethical events in nursing: daily activities of nurse managers and nursing ethics committee members. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 497-502, jul-aug., 2006a.

_____. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 76-81, jan/mar., 2006b.

FRYE, C. B. Disclosing conflicts of interest involving clinicians who prepare therapeutic guidelines. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [S. l.], v. 62, n. 4, p. 361, feb. 2005.

FUJITA, R. R.; SANTOS, I. C. Denúncias por erro médico em Goiás. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 283-9, 2009.

FURLONG, E.; SMITH, R. Advanced nursing practice: policy, education and role development. **Journal of Clinical Nursing**, Nova York, v. 14, p. 1059-66, 2005.

GABEL, S. Ethics and Values in Clinical Practice: Whom Do They Help? **Archives of Mayo Clinic Proceedings**, Amsterdã, v. 86, n. 5, p. 421-4, may 2011.

GADIT, A. A. Should doctors and patients be friends? Can this lead to an ethical dilemma? **Journal of the Pakistan Medical Association**, Carachi, v. 60, n. 10, p. 875-6, 2010.

GAJARDO-UGAS, A.; LAVADOS-MONTES, C. El Proceso Comunicativo en la Relación Médico-Paciente Terminal. **Persona y Bioética**, Colômbia, v. 14, n. 1, p. 48-55, 2010.

GALLAGHER, A. The Respectful Nurse. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 14, n. 3, p. 360-71, 2007.

GARAT, O. E. Los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud. **Revista de la Asociación Médica Argentina**, Buenos Aires, v. 118, n. 2, p. 1-23, 2005.

GAUDINE, A.; LeFORT, S. M.; LAMB, M.; THORNE, L. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2011.

_____. Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and Physicians. **Nursing Ethics**, v.18, n.6, p.756-66, 2011.

GENUIS, S. Dismembering the ethical physician. **Postgraduate Medical Journal**, Londres, v. 82, n. 966, p. 233-8, apr. 2006.

GEOVANINI, F. **Notícias que (des) enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GIBSON, T.; HEARTFIELD, M. Mentoring for nurses in general practice: an Australian study. **Journal of Interprofessional Care**, Fareham, v. 19, n. 1, p. 50-62, 2005.

GISKE, T.; GJENGEDAL, E.; AIRTINIAN, B. The silent demand in the diagnostic phase. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Nova York, v. 23, n. 1, p. 100-6, mar. 2009.

GLICKEL, S. Z. The Ethics of Expediency. **The Journal of Hand Surgery**, Amsterdã, v. 34, n. 5, p. 799-807, may/jun. 2009.

GOLD, A. Physicians' "right of conscience" – beyond politics. **Journal of law, medicine & ethics**, Nova York, v. 38, n. 1, p. 134-42, n. 1, p.134-42, 2010.

GOLUB, R. Are You Sure This Is Right? Insights Into the Ways Trainees Act, Feel, and Reason. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 304, n. 11, p. 1236-8, 15 sep. 2010.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 139-43, abr./out. 2008.

GOMES, L.; VIANNA, C. Ética na atenção ao paciente idoso. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 5, p. 42-4, 2008.

GONÇALVES, M. M. Assédio sexual na prática médica. **Femina**, v. 37, n.10, out. 2009.

GONZÁLEZ, M. A. Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico-paciente. **Revista Médica Electrónica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 89-95, nov-dic. 2007.

GONZÁLEZ, M. A.; HERNÁNDEZ, I. R.; BEOTO, C. O. K.; ALONSO, O. R. Habilidades comunicativas para establecer una adecuada relación médico-paciente. **Revista Médica Electrónica**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 74-82, maio/jun. 2005.

GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, J. F.; GARCÍA-GARCÍA, J. A.; ARNAUD-VIÑAS, M. R.; ARÁMBULA-MORALES, E. G.; PLATA, S. U. G.; MENDOZA-GUERREIRO, J. A. Assessment of medical residents' satisfaction. **Cirurgia e Cirujanos**, Amsterdã, v. 79, n. 2, p. 142-52, mar-abr. 2011.

GRANDE, D. Limiting the Influence of Pharmaceutical Industry Gifts On Physicians: Self-Regulation or Government Intervention? **The Journal of General Internal Medicine**, Nova York, v. 25, n. 1, p. 79-83, set. 2009.

GRINBERG, M. Acerca da bioética da beira do leito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 615-37, 2010.

GUÐMUNDSSON, S. Doctors and drug companies: the beauty and the beast? **Acta Ophthalmologica Scandinavica**, Nova York, v. 83, n. 4, p. 407-8, jul. 2005.

GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A. G.; TREVIZAN, M. A.; GUIDO, L. Conflict in Nursing Management in the Hospital Context. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 362-9, mar./abr. 2011.

GUILLEMIN, M.; MCDOUGALL, R.; GILLAM, L. Developing "ethical mindfulness" in continuing professional development in healthcare: use of a personal narrative approach. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Nova York, v. 18; p. 197-208, 2009.

GUNDERMAN, R. B.; HUBBARD, M. A. The wages of healing: ethical issues in the compensation of physicians. **Medical Science Monitor**, Nova York, v. 11, n. 2, p. 5-10, 2005.

GUSMÁN, J. L. D.; IRIART, J. A. B. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1132-40, 2009.

HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. O Sistema Único de Saúde e o giro necessário na formação do enfermeiro. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010.

HADLEY, M. B.; BLUM, L. S.; MUJADDID, S.; PARVEENB, S.; NUREMOWLA, S.; HAQUE, M. E.; ULLAH, M. Why Bangladeshi nurses avoid “nursing”: Social and structural factors on hospital wards in Bangladesh. **Social Science & Medicine**, Amsterdã, v. 64, n. 6, p. 1166-77, mar. 2007.

HAN, S.; KIM, J.; KIM, Y.; Ahn, S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 17, n. 1, p. 99-105, 2010.

HANSEN, I.; ALPERS, L. Utilitarian and common-sense morality discussions in intercultural nursing practice. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 2, p. 201-11, 2010.

HARIHARAN, S.; JONNALAGADDA, R.; WALROND, E.; MOSELEY, H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. **BMC Medical Ethics**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 1-9, 2006.

HOCKENBERRY, J. M.; WEIGEL, P.; AUERBACH, A.; CRAM, P. Financial payments by orthopedic device makers to orthopedic surgeons. **Archives of Internal Medicine**, [S. l.], v. 171, n. 19, p. 1759-65, 2011.

HOSSNE, W. S.; ZAHER, V. L. A assistência integral e a valorização da pessoa. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Botucatu, v. 5, n. 5, p. 139-43, 2007.

INFANTE, C. Bridging the “system’s” gap between interprofessional care and patient safety: Sociological insights. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 20, n. 5, p. 517-25, oct. 2006.

JECKER, S. N. The Ethics of Substituting Physician Assistants, Nurse Practitioners, and Residents for Attending Physicians. **The American Journal of Bioethics**, Stanford, v. 10, n. 8, p. 11-8, ago. 2010.

JENKINS, C. L.; ELLIOTT, A. R.; HARRIS, J. R. Identifying ethical issues of the department of the army civilian and army nurse corps certified registered nurse anesthetists. **Military Medicine**, Bethesda, v. 171, n. 8, p. 762-9, 2006.

JOST, T. S. Oversight of Marketing Relationships Between Physicians and the Drug and Device Industry: A comparative Study. **American Journal of Law of Medicine**, Massachusetts, v. 36, n. 2-3, p. 326-42, 2010.

KALDJIAN, L. C.; JONES, E. W.; ROSENTHAL, G. E.; TRIPP-REIMER, T.; HILLIS, S. L. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. **Journal of General Internal Medicine**, Iowa City, v. 21, n. 9, p. 942-8, set. 2006.

KAMIEN, M. Communication and courtesy between medical professionals. **Medical Journal of Australia**, v.183, n.11/12, p.629, dec. 2005.

KANAAN, R. When Doctors Deceive. **The American Journal of Bioethics**, Sidney, v. 9, n. 12, p. 29-30, dez. 2009.

KASSIRER, J. P. Commercialism and medicine: an overview. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v. 16, n. 4, p. 377-86, 2007.

KASSIRER J. P. When physician-industry interactions go awry. **Journal of Pediatrics**, Amsterdã, v. 149, n. 1, p. 43-6, jul. 2006.

KATSUHARA, Y. What moral requirements cause ethical dilemmas among nurse executives? **Japan Journal of Nursing Science**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 57-65, 2005.

KATZ, D.; CAPLAN, A. L.; MERZ, J. F. All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry gift-giving. **The American Journal of Bioethics**, Pennsylvania, v. 10, n. 10, p. 11-17, oct. 2010.

KEMP, K. R.; THOMPSON, J. C.; JEFFERSON, T.; ONG, B.; JEFFRIES, J.; NUÑEZ, L. Ethicis training for military medical trainees: the Brooke Army Medical Center experience. **Military Medicine**, Bethesda, v. 173, n. 10, p. 968-74, oct. 2008.

KITSIS, E. A. Physicians and the pharmaceutical industry: working together on conflict of interest. **The American Journal of Bioethics**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 51-2, jan. 2011.

KOHLSDORF, M.; SEIDL, E. M. F. Comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica: Perspectivas e desafios. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 66, p. 373-81, jul./set. 2011.

KOLBER, A. How Placebo Deception Can Infringe Autonomy. **The American Journal of Bioethics**, Pennsylvania, v. 9, n. 12, p. 25-6, Dec. 2009.

KOMESAROFF, P. A. Ethical issues in the relationships with industry: an ongoing challenge. New Guidelines open for public comment. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Nova York, v. 41, n. 11, p. 558-60, Jul. 2005.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-94, set. 2011.

KUPPERSCHMIDT, B. Addressing Multigenerational Conflict: Mutual Respect and Carefronting as Strategy. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, Silver Spring, v. 11, n. 2, may 2006.

LAABS, C. A. Maintaining moral integrity among primary care nurse practitioners. 2006. 203 p. Dissertação (Doutorado) – College of Nursing, Rush University, 2006. Disponível em: <http://search.proquest.com/docview/304938685>. Acesso em: 26 maio 2009.

_____. Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 14, n. 6, p. 795-809, 2007.

LAGO, P. M.; LOPES, M. H. I. Cuidados com o final da vida: como abordar este difícil tema? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 47-51, 2005.

LAMBERT, L. A.; JENNY-AVITAL, E. R.; BLUMENTHAL, D. Doctors and drug companies. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 352, n. 7, p. 733-4, fev. 2005.

LANG, K. R. The Professional Ills of Moral Distress and Nurse Retention: Is Ethics Education an Antidote? **The American Journal of Bioethics**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 19-21, apr. 2008.

LARKIN, G. L.; ISERSON, K.; KASSUTTO, Z.; FREAS, G.; DELANEY, K.; KRIMM, J.; SCHMIDT, T.; SIMON, J.; CALKINS, A.; ADAMS, J. Virtue in Emergency Medicine. **Academic Emergency Medicine**, Nova York, v. 16, p. 51-5, 2009.

LEOPOLD, A. **A Sand County Almanac, and sketches here and there** [1936]. Nova York: Oxford, 1989.

LEUNG, D.; ESPLEN, M. J. Alleviating existential distress of cancer patients: can relational ethics guide clinicians? **European Journal of Cancer Care**, v.19, n. 1, p. 30-8, Jan. 2010.

LINDHARDT, T.; HALLBERG, I. R.; POULSEN, I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, Amsterdã, v. 45, n. 5, p. 668-81, may 2008.

LINO, C. A.; AUGUSTO, K. L.; OLIVEIRA, R. A. S.; FEITOSA, L. B.; CAPRARA, A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 52-7, 2011.

LOMBARTS, K. M. J. M. H.; HEINEMAN, M. J.; ARAH, O. Good Clinical Teachers Likely to be Specialist Role Models: Results from a Multicenter Cross-Sectional Survey. **PLoS ONE**, v. 5, n. 12, p. 1-11, dec. 2010.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; SILVEIRA, R. S.; SOARES, N. V.; LIPINSKI, J. M. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, nov/dec. 2004.

MACDONALD, J.; SOHN, S.; ELLIS, P. Privacy, professionalism and Facebook: a dilemma for young doctors. **Medical Education**, Dunedin, n. 44, p. 805-13, 2010.

MANSUR, A. J. Humanização. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 160-1, out./dez. 2009.

MANTHOUS, C. A. On the healthcare question. **The American Journal of Bioethics**, Kansas City, v. 9, n. 12, p. 1-3, dez. 2009.

MARCELLUS, L. The ethics of relation: public health nurses and child protection clients. **Journal of Advanced Nursing**, Nova York, v. 51, n. 4, p. 414-20, oct. 2004.

MARCO, C. A.; MOSKOP, J. C.; SOLOMON, R. C.; GEIDERMAN, J. M.; LARKIN, G. L. Gifts to physician from the pharmaceutical industry: an ethical analysis. **Annals of Emergency Medicine**, Amsterdã, v. 48, n. 5, p. 513-21, nov. 2006.

MARCOS, B. **Ética e profissionais de saúde**. São Paulo: Santos, 1999.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 141-4, jan./fev. 2010.

MARTINEZ, L. G. Controversies Abound in End-of-Life Decisions. **American Journal of Critical Care**, Nova York, v. 18, n. 5, p. 401, sep. 2009.

MARTINO, N. Médicos: o problema não é a quantidade. **Revista ISTO É**, ano 36, n. 2223, p. 64-6, jun. 2012.

MASSUD, M. Conflito de interesses entre os médicos e a indústria farmacêutica. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 75- 91, 2010.

MATTSON, R. T. What are the ethical issues to consider when deciding whether to treat my staff? **Journal of the American Dental Association**, Buffalo, v. 139, n. 4, p. 490-1, 2008.

MCCABE, H. Nursing involvement in euthanasia: a “nursing-as-healing-praxis” approach. **Nursing Philosophy**, v. 8, n. 3, p. 176-86, jul. 2007.

MENA, P. Error medico y eventos adversos. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 79, n. 3, p. 319-26, may/jun. 2008.

MIEDEMA, B.; EASLEY, J.; FORTIN, P.; HAMILTON, R.; TATEMICH, S. Disrespect, harassment, and abuse – All in a day’s work for family physicians. **Le Médecin de famille canadien**, Mississauga, v. 55, n. 3, p. 279-85, mar. 2009.

MILLER, J. D. Conflict-of-interest spurs new rules, not consensus. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 98, n. 23, p. 1678-9, dec. 2006.

MILTON, C. L. Leadership and ethics in nurse-nurse relationships. **Nursing Science Quarterly**, Thousand Oaks, v. 22, n. 2, p. 116-9, apr. 2009.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2006.

MINNIGAN, H.; CHISHOLM, C. D. Conflict of interest in the physician interface with the biomedical industry. **Emergency Medicine Clinics of North America**, Amsterdã, v. 26, n. 3, p. 671-85, ago. 2006.

MINOSSI, J. G. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da Medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 90-5, 2009.

MITCHELL, B. P. Wind of change: growing demands for transparency in the relationship between doctor and the pharmaceutical industry. **Medical Journal of Australia**, Strawberry Hills, v. 191, n. 5, p. 273-5, 2009.

MONTEIRO, M. A. A.; BARBOSA, R. C. M.; BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, A. K. B. Ethical dilemmas experienced by nurses

presented in nursing publications. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1054-9, 2008. Disponível:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600019>>. Acesso em: 4.12.11.

MOORE, P.; GÓMEZ, G.; KURTZ, S.; VARGAS, A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 138, p. 1047-54, ago. 2010.

MORENO, M. A.; FOST, N. C.; CHRISTAKIS, D. A. Research ethics in the MySpace era. **Pediatrics**, Amsterdã, v. 121, n. 1, p. 157-61, 2008.

MOSTAGHIMI, A.; CROTTY, B. H.; LANDON, B. E. The availability and nature of physician information on the Internet. **Journal of General Internal Medicine**, Nova York, v. 25, n. 11, p. 1152-6, 2010.

MUNARI, D. B.; ROCHA, B. S.; NUNES, D. S.; MEDEIROS, M. O ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 220-30, ago. 2005.

MUSSO, C. G.; ENZ, P. A. Comunicación médico-paciente: la matriz del acto médico. **Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 26, n. 2, p. 77-8, ago. 2006.

NAGRAL, J.; ROY, N. The medical council of India guidelines on industry-physician relationship: breaking the conspiracy of silence. **The National Medical Journal of India**, Nova Delhi, v. 23, n. 2, p. 69-71, mar/apr. 2010.

NASCIMENTO JÚNIOR, P. G.; GUIMARÃES, T. M. M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Bioética**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 101-10, 2003.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Ética e subjetividade no trabalho médico. **Bioética**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 23-32, 2004.

NASSAR JUNIOR, A. P.; PIGNATARO, D. S.; FUZARO, M. M.; TILBERY, C. P. Questões éticas na esclerose múltipla sob o ponto de vista de médicos e pacientes. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 133-9, 2005.

NELSON, W. A.; WEEKS, W. B.; CAMPFIELD, J. M. The Organizational Costs of Ethical Conflicts. **Journal Healthcare Management**, Thousand Oaks, v. 53, n. 1, p. 41-52, jan/feb. 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Os médicos e a humanização da assistência**. In: GASQUEZ, V. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. São Paulo: Sindicato dos Médicos de São Paulo, 2002. p. 122-7.

O'HANLON, S.; SHANNON, B. Comments further to: Privacy, professionalism and Facebook: a dilemma for young doctors. **Medical Education**, Nova York, v. 45, n. 2, p. 208-9, feb. 2011.

OKIKE, K.; KOCHER, M. S.; WEI, E. X.; CHARLES, B. A.; MEHLMAN, T.; BHANDARI, M. Accuracy of Conflict-of-Interest Disclosures Reported by Physicians. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 361, p. 1466-74, out. 2009.

OLIVEIRA, C. B. **Ensino da ética médica: percepção de estudantes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe em diferentes períodos**. 2008, 60f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2008.

OLIVEIRA, V.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M. J. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 705-24, 2010.

OPAR, A. Medical students protest perks from drug companies. **Nature Medicine**, Nova York, v. 12, n. 10, p. 1104, 2006.

ORTEGA, T. D.; GARCÍA, M. C.; ZÁRATE, C. M. Perspectivas de los radiólogos con respecto al error y a la tribunalización en el ejercicio de la especialidad en Chile. **Revista Chilena de Radiología**, Santiago, v. 14, n. 3, p. 158-65, 2008.

OVERBY, P. The Moral Education of Doctors. **The New Atlantis**, Washington, DC, n. 10, p. 17-26, 2005.

PAULS, M. A.; ACKROYD-STOLARZ, S. Identifying Bioethics Learning Needs: A Survey of Canadian Emergency Medicine Residents. **Society for Academic Emergency Medicine**, Des Plaines, v. 13, n. 6, p. 645-52, jun. 2006.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVEDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Barueri, v. 51, n. 3, p. 153-7, 2005.

PEREIRA, M. T.; REIS, T. C. S. A não-ressuscitação, do ponto de vista do médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 225-9, 2007.

PHAOSAVASDI, S.; TANEAPANICHSKUL, S.; TANNIRANDORN, Y.; THAMKHANDHO, M.; PRUKSAPONG, C.; KANJANAPITAK, A. Medical Ethics for Senior Medical Doctors (Episode III). **Journal of the Medical Association of Thailand**, Bangkok, v. 88, n. 7, p. 1015-7, jul. 2005.

PHARMACEUTICAL RESEARCH AND MANUFACTURERS OF AMERICA (**PhRMA**). Disponível em: <http://www.phrma.org/about/phrma>. Acesso em: 25.jun.2011.

PIAGET, J. **El juicio moral en el niño**. Madrid: Beltrán, 1935.

PIMENTEL, D. A Medicina e a revolução do processo ensino-aprendizagem. Blog. **Cinform online**. www.cinform.com.br/blogs/deborahpimentel. 06 jul. 2007.

_____. **Assédio Moral no Trabalho**. Cartilha do Sindicato dos Eletricitários de Sergipe, 2007.

_____. Conselho Federal de Medicina se rende à indústria. **Revista Somese**, n. 126, p. 32, jan./mar. 2012.

_____. Consultas curtas e excesso de exames. **Revista Somese**, n. 127, p. 14 abr./ jun. 2012.

_____. **Hora do recreio nos eventos médicos.** Disponível em: <<http://www.cinform.com.br/blog/deborahpimentel/25620108392054244>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

_____. **O sonho do jaleco branco: saúde mental dos profissionais de saúde.** Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; Fundação Oviêdo Teixeira; Sociedade Médica de Sergipe, 2005. 226p.

PIMENTEL, D.; OLIVEIRA, C. B.; VIEIRA, M. J. Teaching of Medical Ethics: Students' perception in different periods of the course. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 139, p. 36-44, 2011.

PITHAN, L. H. O consentimento informado para além da Medicina Defensiva. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 2, p.175-8, abr./jun. 2009.

PORTO, C. C. O clínico e a relação médico-paciente. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 26-8, jan./fev. 2005.

POTTER, V. R. Bioethics, the science of survival. **Perspectives in Biology and Medicine**, Baltimore, v. 14, p. 127-53, 1970.

_____. Palestra apresentada em vídeo no IV Congresso Mundial de Bioética. Tóquio/Japão: 4 a 7 de novembro de 1998. Texto publicado em **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 370-4, 1998.

QUAN, S. F. Doctor, do you have a minute? The dilemma posed by physician interaction with the pharmaceutical industry. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Darien, v. 3, n. 4, p. 345-6, jun. 2007.

RAYA, D. A. A. Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 30, n. 4, set/dez. 2004.

REIHEL, A. An unexpected opening to teach the impact of interactions between healthcare personnel. **Michigan State University**, East Lansing, v. 6, n. 4, p. 29-8, jul/aug. 2006.

ROBERTSON, J.; MOYNIHAN, R.; WALKOM, E.; BERO, L.; HENRY, D. Mandatory Disclosure of Pharmaceutical Industry-Funded Events for Health Professionals. **Plos Medicine**, [S. l.], v. 6, p. 1-5, 2009.

ROCHA, A. A. R. **A trajetória do médico no programa saúde da família: um olhar sobre o sujeito**. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

RODRIGUES, M. V. de C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. de O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora da possibilidade de cura. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 86-91, 2010.

ROGERS, D. A.; LINGARD, L. Surgeons managing conflict: a framework for understanding the challenge. **Journal of the American College of Surgeons**, Amsterdã, v. 203, n. 4, p. 568-74, out. 2006.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 432-40, mai./jun. 2005.

ROTONDO, M. T. Relaciones profesionales: conflictos de intereses. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 22, n. 2, p. 88-99, may. 2006.

RUEDELL, L. M.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; LISBOA, R. L.; PROCHNOW, A.; PRESTES, F. C. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e Familiares em Unidade de Tratamento Intensivo: estudo bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 147-52, 2010.

SAMPAIO, A. C.; SILVA, M. R. F. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 451-68, 2010.

SANDERS, K.; PATTISON, S.; HURWITZ, B. Tracking shame and humiliation in Accident and Emergency. **Nursing Philosophy**, Nova York, v. 12, n. 2, p. 83-93, apr. 2011.

SANDRICK, K. Disruptive physicians: an old problem comes under new scrutiny in an era of patient safety. **Trustee Magazine**, Chicago, v. 62, n. 10, p. 8-12, nov/dec. 2010.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Florianópolis, v. 6, n.19, p.133-41, abr-jun. 2011.

SANTOS, R. M.; VIANA, I. R. M. N.; SILVA, J. R.; TREZZA, M. C. S. F.; LEITE, J. L. A enfermeira e a nudez do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 877-86, nov./dez. 2010.

SCHLAIRET, M. C. Bioethics mediation: The role and importance of nursing advocacy. **Nursing Outlook**, Nova York, v. 57, n. 4, p. 185-93, 2009.

SCHLUTER, J.; WINCH, S.; HOLZHAUSER, K.; HENDERSON, A. Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A Literature Review. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 13, n. 3, p. 304-21, 2008.

SENADO FEDERAL. MARIA DO CARMO ALVES. **Projeto de Lei**. PLS 225/2012, Brasília, 2012.

SILVA HERNÁNDEZ, C. A. La autonomía, la integridad y el consentimiento informado. Su importancia en ética médica. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**, La Habana, v. 2, n. 2, 2005.

SIMÕES, A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-44, jul./set. 2007.

SIQUEIRA, J. E. Arte do cuidado. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Orgs.). **Bioética Clínica**. São Paulo: Gaia, 2008a, p. 37-62.

_____. Educação em Bioética. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Orgs.). **Bioética Clínica**. São Paulo: Gaia, 2008b, p. 15-35.

SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E. Relação profissional de saúde-paciente. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Orgs.). **Bioética Clínica**. São Paulo: Gaia, 2008, p. 65-78.

SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.; BUENO, S. M. V. Utilização da pedagogia problematizadora na graduação de Enfermagem para o atendimento do paciente agressivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 291-300, jun. 2006.

SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. A percepção do aluno do quarto ano de enfermagem em relação ao seu ingresso no mercado de trabalho. **Revista Nursing**, Santana de Parnaíba, v. 9, n. 101, p. 1064-9, out. 2006.

SOBANIA, L. C. **A ética na emergência**. In: ASSAD, J. E. (Org.). Desafios éticos. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1993. p. 134-45.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-10, 2008.

SOUZA, N. V. D. O.; SILVA, M. F.; CRUZ, E. J. E. R.; SANTOS, M. S. Pedagogia problematizadora: o relacionamento interpessoal dos internos de Enfermagem no contexto hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2007.

STANDRIDGE, J. B. Of doctor conventions and drug companies. **Family Medicine**, Leewood, v. 38, n. 7, p. 518-20, jul/aug. 2006.

STEINBROOK, R. Disclosure of Industry Payments to Physicians. **The New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 359, n. 6, p. 559-61, aug. 2008.

_____. Industry payments to physicians: comment on "financial payment by Orthopedic device makers to Orthopedic Surgeons. **Archives Internal Medicine**, Chicago, v. 171, n. 19, p. 1765-6, Oct. 2011.

STELL, L. K. Avoiding Over – Deterrence in managing physicians' relationships with industry, **The American Journal of Bioethics**, Stanford, v. 10, n. 1, p. 27-9, jan. 2010.

STEPKE, F. L. **La psiquiatria actual y los conflictos de interés**. VII Congreso Virtual de Psiquiatria: Interpsiquis 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/2gTRjnk>>. Acesso em: 26.jun.2011.

STOSSEL, T. P. The AAMC exhibits the behavior it condemns. **The American Journal of Bioethics**, Stanford, v. 10, n. 1, p. 26-7, jan. 2010.

SVANTESSON, M.; LÖFMARK, R.; THORSÉN, H.; KALLENBERG, K.; AHLSTRÖM, G. Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 34, n. 5, p. 399-406, 2008.

SWINDELL, J. S.; MCGUIRE, A. L.; HALPERN, S. D. Beneficent persuasion: techniques and ethical guidelines to improve patient's decisions. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v. 8, n. 3, p. 260-4, may/jun. 2010.

TARRICONE JÚNIOR, V.; TARRICONE, S. P.; DUARTE, N. B.; LUFT, N. M.; AMBAR, R. F. Comunicação do diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-32, jan./mar. 2010.

TATTERSALL, M. H. N.; KERRIDGE, H. Doctors behaving badly? **Medical Journal of Australia**, Strawberry Hills, v. 185, n. 6, p. 299-300, sep. 2006.

TAYLOR, M. Are hospitals next in line? Government investigators probing relationships between physicians, devicemakers may soon train sights on hospitals. **Modern Healthcare**, Chicago, v. 36, n. 32, p. 24-6, aug. 2006.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a "má Medicina". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 273-86, 2009.

TINGBERG, B.; BREDDLÖV, B.; YGGE, B. Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. **Journal of Clinical Nursing**, Nova York, v. 17, n. 20, p. 2718-24, out. 2008.

TIZZOT, E. L. A. Princípios da relação contratual entre o médico e a paciente. *Femina*, São Paulo, v. 35, n. 8, p. 529-31, ago. 2007

TONELLI, M. R. Conflict of interest in clinical practice. **CHEST**, Glenview, v. 132, n. 2, p. 664-70, aug. 2007.

TORDA, A. How Far Does a Doctor's 'Duty of Care' Go? **Internal Medicine Journal**, Nova York, v. 37, n. 3, p. 211, mar. 2007.

TWEDDLE, F. Covert medication in older adults. Who lack decision-making capacity. **British Journal of Nursing**, Londres, v. 18, n. 15, p. 936-9, ago/set. 2009.

TWISS, S.B. On cross-cultural conflict and pediatric intervention. **Journal of Religious Ethics**, Nova York, v. 34, n. 1, p. 163-75, 2006.

ULRICH, C. M.; SOEKEN, K. L. A path analytic modelo of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practioners. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 12, n. 3, p. 305-16, 2005.

_____. Ethical conflict in nurse practitioners and physician assistants in managed care. **Nursing Ethics**, Thousand Oaks, v. 55, n. 6, p. 391-40, 2006.

UNDRE, S.; KOUTANTJI, M.; SEVDALIS, N.; GAUTAMA, S.; SELVAPATT, N.; WILLIAMS, S.; SAINS, P.; MCCULLOCH, P.; DARZI, A.; VINCENT, C. Multidisciplinary crisis simulations: the way forward for training surgical teams. **World Journal of Surgery**, Nova York, v. 31, n. 9; p. 1843-53, jul. 2007.

USHER, W.; SKINNER, J. Persuasion and types of enticements offered by pharmaceutical companies to gold coast general practitioners in an attempt to encourage a health website recommendation. **Health and Social Care in the Community**, Nova York, v. 18, n. 1, p. 100-5, jan. 2010.

VAITHIANATHAN, R. Better the devil you know than the doctor you don't: is advertising drugs to doctors more harmful than advertising to patients? **Journal of Health Services Research & Policy**, Thousand Oaks, v. 11, n. 4, p. 235-9, oct. 2006.

VALLE, V. H.; FURST, M. C. G.; SCHREDER, A. T.; AUGUSTO, T. M.; CATALDO NETO, A. GAUER, G. ÁVILA, G. Doutor, o senhor pode me dar um atestado? **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 28, p. 361-71, 2007.

VEATCH, R.M. Models for ethical medicine in a revolutionary age. **Hastings Center Report**, Garrison, v. 2, n. 3, p. 5-7, 1972.

VERPEET, E.; DIERCKX DE CASTERLE, B.; VAN DER AREND, A.; GASTMANS, C. A. Nurses's views on ethical codes: a focus group study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 51, n. 2, p. 188-95, 2005.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 150-9, 2010.

WAITE, R.; CALAMARO, C. J. Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process. **Perspectives in Psychiatric Care**, Nova York, v. 46, n. 1, p. 74-80, 2010.

WEISS, G. What would you do, Doctor? New issues in medical ethics. **Contemporary Pediatrics**, Nova Jersey, v. 23, n. 11, p. 93-7, nov. 2006.

WHITE, A. P.; VACCARO, A. R.; ZDEBLICK, T. Counterpoint: Physician-industry relationships can be ethically established, and conflicts of interest can be ethically managed. **Spine**, Philadelphia, v. 32, n. 11, p. 53-57, 2007.

WILKINSON, T. J.; WADE, W. B.; KNOCK, L. D. A Blueprint to Assess Professionalism: Results of a Systematic Review. **Academic Medicine**, Albuquerque, v. 84, n. 5, p. 51-8, may. 2009.

WOLFF, J. L.; ROTER, D. L. Family caregivers, patients, and physicians. **Journal of General Internal Medicine**, Nova York, v. 25, n. 6, p. 487, mar. 2010.

SOBRE A AUTORA

Déborah Pimentel é imortal da Academia Sergipana de Medicina, psicanalista, fundadora e presidente do Círculo Psicanalítico de Sergipe, vice-presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise e filiada a International Federation of Psychoanalytic Societies.

Também pesquisadora do Grupo de *Estudos Teóricos, Práticos, Históricos e Culturais em Saúde*, registrado no CNPQ. É doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe e professora de *Medicina Legal e Deontologia* da mesma universidade.

Professora de Habilidades de Comunicação do curso de Medicina da Universidade Tiradentes, ela é autora de vários capítulos de livros, dezenas de artigos em periódicos e mais de uma centena de textos em jornais e revistas. Entre os livros que escreveu, estão: *O sonho do Jaleco Branco: saúde mental dos profissionais de saúde e Formação de Psicanalista*.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

ISBN 978-85-87077-41-7



9 788587 077417