

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

MONICA DE FATIMA MACIEL DA ROSA

**COMPANHÃO IDENTIFICADA PELA NARRATIVA DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE QUE ATUAM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS
MÚLTIPLAS**

CURITIBA

2023

MONICA DE FATIMA MACIEL DA ROSA

**COMPAIXÃO IDENTIFICADA PELA NARRATIVA DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE QUE ATUAM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS
MÚLTIPLAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética Social e Ambiental, da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Filla Rosaneli

Coorientadora: Profa. Dra. Marta Luciane Fischer

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

R788c
2023

Rosa, Monica de Fatima Maciel da
Compaixão identificada pela narrativa de profissionais de saúde que atuam no atendimento a pessoas com deficiências múltiplas / Monica de Fatima Maciel da Rosa ; orientadora: Caroline Filla Rosaneli ; coorientadora: Maria Luciane Fischer. – 2023.
55 f. ; il. : 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2023
Bibliografia: f. 46-47

1. Bioética. 2. Compaixão. 3. Humanização em serviços de saúde. 3. Pessoas com deficiência. I. Rosaneli, Caroline Filla. II. Fischer, Marta Luciane. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. IV. Título.

CDD. 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 04/2023
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética Social e Ambiental

Em sessão pública às oito horas e trinta minutos, do dia sete de março, do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/89022037572?pwd=K2tsa1FVS1cwb0RUaXFDb3VFb2xkZz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **COMPAIXÃO IDENTIFICADA NA NARRATIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS** apresentada pela aluna **Monica de Fatima Maciel da Rosa** sob orientação da Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Presidente (PUCPR)

Professora Doutora Marta Luciane Fischer
Coorientadora (PUCPR)

Professor Doutor Anor Sganzerla
Membro interno (PUCPR)

Professor Doutor Odirlei Arcangelo Lovo
Membro externo (UNIR)

Documento assinado digitalmente
gov.br ODIRLEI ARCANGELO LOVO
Data: 07/03/2023 15:56:19-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Início: 8:40 Término 10:12

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado **aprovado**.

A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: **Monica de Fatima Maciel da Rosa** Monica de F. M. da Rosa

Professor Doutor Mário Antônio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas
que apresentam algum tipo de deficiência,
em especial aos assistidos do Pequeno
Cotolengo, que sejam sempre acolhidos
com o olhar de compaixão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer a cada dia nesta caminhada e me fazer acreditar que tudo é possível.

Aos meus pais e toda a família, pelo incentivo em sempre seguir estudando.

Ao meu amor, Felipe, que me apoiou e esteve ao meu lado sempre.

A todas as amigas, que mesmo de longe torceram por esta conquista.

Ao Centro Integrado de Pesquisa, pela concessão da bolsa de estudos para a realização de um sonho que foi ingressar no curso de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Às orientadoras professoras dra. Caroline Filla Rosaneli e dra. Marta Luciane Fischer, pela competência e respeito com que conduziram este processo, do início da ideia até sua finalização. Sem vocês, nada teria sido possível! Gratidão!!

Ao professor dr. Anor Sganzerla, que enriqueceu este trabalho com sua grandiosa participação e profundo conhecimento sobre o tema.

Aos professores e professoras das disciplinas frequentadas durante todo o mestrado do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

A toda a equipe do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo, aos funcionários e assistidos que contribuíram de forma direta ou indireta na construção deste estudo, convivendo comigo todos os dias e possibilitando a troca de experiências que me transformam cada dia em um ser humano e profissional melhor.

A compaixão é a mais humana das virtudes,
porque ela nos abre ao outro
(BOFF, 2000).

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo identificar como a compaixão é percebida pelos profissionais em suas atividades diárias de trabalho, seja na sua atuação na área da saúde ou em outras áreas administrativas que fazem parte de uma instituição voltada ao atendimento de pessoas com deficiências múltiplas. Especificamente, pretende-se, através das narrativas dos profissionais, verificar se a compaixão está presente em suas atividades de trabalho e como isso pode estar relacionado aos valores éticos ligados à prática profissional que é direcionada a um público que enfrenta diversas vulnerabilidades. A pesquisa descritiva e qualitativa foi realizada por meio de oficinas deliberativas com profissionais de diversas áreas que atuam no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo, instituição filantrópica referência no atendimento de pessoas com deficiências múltiplas na cidade de Curitiba, Paraná, sul do Brasil. Os resultados demonstraram que, na fala dos profissionais, predominaram as expressões com presença de valores éticos, com cuidado humanizado e com olhar de compaixão, quando comparadas com fragilidades, crenças e potencialidades. As limitações abordadas pelos profissionais suscitam dilemas éticos da assistência a pessoas com deficiências, contudo a compaixão mantém-se evidente em suas atividades diárias. Com esta pesquisa, espera-se fomentar maiores debates sobre o cuidado pautado nos princípios bioéticos e direitos humanos da assistência em saúde de pessoas com deficiências bem como apoiar ações que ofereçam suporte aos profissionais que atuam nesta área e enfrentam diariamente diversos desafios e limitações para manterem um atendimento de qualidade a um público vulnerável.

Palavras-chave: Compaixão. Bioética. Humanização. Deficiências. Atendimento em saúde.

ABSTRACT

This research aims to identify how compassion is perceived by professionals in their daily work activities, whether in their work in the health area or in other administrative areas that are part of an institution dedicated to the care of people with multiple disabilities. Specifically, it is intended, through the professionals' narratives, to verify if compassion is present in their work activities, and how this can be related to the ethical values linked to the professional practice that is directed to an audience that faces several vulnerabilities. The descriptive and qualitative research was carried out through deliberative workshops with professionals from different areas who work at the Pequeno Cotelengo Health Complex, a philanthropic institution that is a reference in the care of people with multiple disabilities in the city of Curitiba, Paraná, southern Brazil. The results showed that in the professionals' speech, expressions with the presence of ethical values, with humanized care and with a look of compassion predominated when compared with weaknesses, beliefs and potentialities. The limitations addressed by professionals raise ethical dilemmas in assisting people with disabilities, yet compassion remains evident in their daily activities. With this research, it is expected to promote further debates on care based on bioethical principles, and human rights of health care for people with disabilities, as well as supporting actions that offer support to professionals who work in this area and face different challenges and limitations on a daily basis to maintain a quality service to a vulnerable public.

Key words: Compassion. Bioethics. Humanization. Disabilities. Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percurso metodológico, atores e seus papéis no grupo focal compaixão na narrativa dos profissionais de saúde	26
Figura 2 - Frequência relativa dos eixos fragilidades, valores, crenças e potencialidades identificadas nas falas de funcionários do segmento assistencial, administrativo e técnico do Pequeno Cotelengo a respeito da perspectiva da compaixão no seu exercício profissional	29
Figura 3 - Limitações ou fragilidades elencadas pelos participantes das oficinas foram relacionadas com questões técnica, emocional, saúde e social	31
Figura 4 - Categorização das crenças e senso comum expressos pelos participantes das oficinas	35
Figura 5 - Categorização dos valores demonstrados pelos participantes das oficinas..	36
Figura 6 - Categorização das potencialidades identificadas pelos participantes das oficinas	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ODM Objetivos do Milênio

ONU Organização das Nações Unidas

OSC Organização da Sociedade Civil

PcD Pessoa com Deficiência

PUCPR Pontifícia Universidade Católica do Paraná

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE PESQUISA	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 ARTIGO 1	19
2.1 Introdução	20
2.2 Métodos	25
2.2.1 Mapa mental.....	26
2.2.2 Análise de dados.....	27
2.2.3 Procedimentos éticos	27
2.3 Resultados e Discussão	28
2.3.1 Fragilidades.....	29
2.3.2 Crenças.....	34
2.3.3 Valores	35
2.3.4 Potencialidades	38
2.4 Considerações finais	39
Agradecimentos	40
Referências	40
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	47
ANEXO	49

APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE PESQUISA

Graduada em Nutrição desde 2000 e com especialização em Nutrição Clínica, quando iniciei minha trajetória profissional em 2001, tive a oportunidade de trabalhar em um hospital oncológico referência no atendimento e cuidado humanizado. Lá atuei por um longo período, o que me trouxe aprendizado para além da nutrição, que é minha área de formação. Tive a oportunidade de vivenciar de perto as dores envolvidas no processo de tratamento de saúde, desde o diagnóstico até os cuidados de fim de vida. Foi-me possível perceber a fragilidade em que o ser humano se encontra nesse momento, mesmo contando, na maioria das vezes, com um apoio familiar muito próximo. Tomadas de decisões, ou escolhas, fazem parte do processo de tratamento, dessa forma, pude notar na prática como é importante sentir-se acolhido, amado e, principalmente, respeitado na sua individualidade, nos seus princípios e nos seus valores.

Em 2020, tive a oportunidade de conhecer a bioética, e nesse momento já estava há um ano atuando como nutricionista clínica no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo, uma instituição que acolhe pessoas de todas as idades que apresentam deficiências múltiplas e que foram abandonadas pela família. Nesse período, então, novamente percebi a fragilidade e a vulnerabilidade social em que o ser humano se encontra, seja na doença grave, na deficiência física, visual ou outra, e isso me fez refletir sobre o importante papel que as pessoas envolvidas no cuidado desempenham diante das dores do outro.

A todo momento no exercício profissional, precisamos realizar técnicas ou terapias com a pessoa adoecida, e muitas vezes não nos preocupamos em respeitar a vontade, o desejo dela e se tal ação lhe trará alívio ou mais dor e sofrimento para aquela situação em que se encontra. Hoje, percebo o quanto é importante o olhar de compaixão e empatia em todo processo de cuidado em saúde e que nós, profissionais, estamos pouco preparados para isso.

Frente a esse cenário, tenho buscado maior compreensão sobre os aspectos bioéticos associados ao cuidado, com olhar especial nos profissionais da saúde, para, assim, contribuir com a humanização dos atendimentos prestados nos hospitais e instituições de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A compaixão se caracteriza por levar o homem ético a vivenciar no seu íntimo a realidade interior do outro (BOFF, 2000; BITTENCOURT, 2010).

Muitas vezes confundida com a empatia, a compaixão tem como elemento adicional o desejo de dar alívio ou reduzir o sofrimento do outro. É um sentimento de integração interpessoal e da experiência de unidade ontológica que associa intimamente o “eu” e o “outro”, o homem sofredor com o homem que se compadece pelo fato de ver concretamente a manifestação brutal da dor alheia (BARSAGLINI; BIATO, 2015).

Etimologicamente, a palavra compaixão tem origem no latim *compassio*, que significa “sentimento comum” ou “união de sentimentos”; compreensão do estado emocional do outro ou desejo de aliviar a ferida do outro. Essa junção nossa com o sentimento do outro leva automaticamente à solidariedade, ao altruísmo, ações essenciais para a existência e sobrevivência da humanidade.

Ter compaixão não significa sentir piedade, mas colocar-se ao lado do outro sem julgamentos, na intenção de apenas propiciar alívio à situação turbulenta e sofrida em que ele se encontra.

O teólogo Leonardo Boff, em seu livro “O princípio da compaixão e cuidado”, (2000) afirma que a compaixão é a mais humana das virtudes, porque ela nos abre ao outro, como expressão de amor ao outro que é vitimado.

A compaixão anula as diferenças quanto às ideologias, religião, status social, cultural e nos faz estender a mão ao outro. Ela em algo de singular porque não requer reflexão prévia ou mesmo conhecimentos científico, técnico e religioso. Com o passar de nossa vida, vamos desenvolvendo milhares de relações cada vez mais viciadas e acabamos por olhar os outros e a nós mesmos a partir de perspectivas restritas, esquecendo de reconhecê-los como seres livres e complexos, tão únicos e repletos de experiências como nós.

Quando não nos relacionamos com o outro através de nossa visão restrita e de mundos limitados, somos capazes de olhar para o sofrimento, de sentir junto com o outro e, a partir disso, encontrar soluções mais lúcidas para os problemas.

Segundo Rosaneli (2020), diante da dor do outro, o corpo físico e o espiritual padecem de diversas fomes. Fome de valores e de pertencimento, fome de ética e estética, que tornam os indivíduos invisíveis. Estes nascem, vivem e morrem imperceptíveis.

Ter compaixão por alguém envolve mais do que colocar-se em seu lugar e genuinamente querer compreendê-lo ou mesmo ajudá-lo. Envolve começar a ter uma perspectiva totalmente diferente quando se trata de como percebe os outros.

Na tradição budista (GYATSO, 2001), compaixão e amor são vistos como dois aspectos da mesma coisa: compaixão é o desejo de libertar outrem do sofrimento; amor é querer que ele seja feliz.

A compaixão genuína não se baseia em nossas próprias projeções e expectativas, mas nas necessidades do outro. Independentemente de a outra pessoa ser um amigo íntimo ou um inimigo, desde que ela deseje paz e felicidade e almeje superar o sofrimento, desenvolvemos uma preocupação genuína pelo seu problema. O desejo é o de oferecer conforto e um caminho para essa pessoa sair da posição de desconforto. Uma pessoa que tem compaixão se compadece do problema do outro e considera atitudes para resolvê-lo. Por isso, dizemos que ter compaixão é partir para a ação.

De acordo com Caponi (2000), podemos assistir cotidianamente a atitudes pessoais piedosas, mas imorais, que, respondendo à força da compaixão, reproduzem a mais ilegítima – ainda que legalizada – coerção sobre os desafortunados. Para a autora, com isso se legitima, por exemplo, que doentes mentais sejam internados e isolados.

O ser cuidador, para exercer o cuidado, de acordo com Silva e Gimenes (2000), necessita perceber o 'outro', como este se mostra, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitação, pois, por trás de cada situação física de doença, há uma história de vida que pode ser percebida em muitos detalhes. Certamente, o corpo físico revela, mesmo que timidamente, muitas informações saudáveis e doentias ali armazenadas.

A compaixão não pode ser seletiva, ela deve estar disponível para todos aqueles que necessitam dela. O referencial dos Direitos Humanos estabelece garantias individuais, coletivas e transpessoais e é utilizado na Constituição

brasileira de 1988 e em vários documentos internacionais, como na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005). Os direitos individuais incluem a vida, a privacidade, a liberdade e a não discriminação, entre outros, sendo que todos esses direitos devem ser preservados.

A compaixão tem grande importância para o bem-estar emocional individual e o da sociedade. Só existe compaixão quando reconhecemos o sofrimento ou iminência do sofrimento de outra pessoa. Considere por um momento uma sociedade em que ninguém fosse empático ou tivesse compaixão. Certamente, o convívio social seria impraticável, pois cada indivíduo estaria sempre em busca de atender às suas próprias necessidades. Se não existe uma abertura para pensarmos no bem-estar do outro, não é possível chegarmos a um consenso do que é melhor para todos.

As pessoas devem estar abertas para verem pelo viés do outro e tomarem atitudes que levem ao bem-estar coletivo. A compaixão é responsável por ações altruístas, ou seja, atitudes em benefício do outro que podem não ser as melhores quando se trata de si mesmo.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), há cerca de 600 milhões de pessoas com deficiência no mundo, sendo que 80% vivem em países em desenvolvimento. Essas pessoas estão dentre as mais estigmatizadas, mais pobres e que têm os níveis mais baixos de escolaridade entre todos os cidadãos mundiais, o que caracteriza uma violação de direitos humanos universais. De acordo com dados de 2018 do IBGE, existem cerca de 13 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, considerando-se pessoas que apresentam grande ou total dificuldade em enxergar, ouvir, caminhar, subir degraus ou deficiência mental ou intelectual. Isso representa aproximadamente 6, 7% da população. Quando olhamos para pessoas que têm algum grau de dificuldade em pelo menos um dos aspectos citados, chegamos ao número de cerca de 46 milhões de brasileiros, ou seja, aproximadamente 24% da população (FERREIRA, 2016).

Essa grande quantidade de pessoas com deficiência (PcD) no país é razão para que políticas públicas e ações sejam feitas em busca da inclusão social dessa população. Sendo assim, toda uma estrutura jurídica e legislativa é necessária para que essas pessoas tenham os seus direitos respeitados e condições plenas de acesso e participação nos mais diversos âmbitos da sociedade.

A deficiência já foi tida como um drama pessoal ou familiar, com explicações religiosas que a aproximavam ora do infortúnio, ora da bênção divina, em quase todas as sociedades (LAKSHMI, 2008).

Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), definem-se pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de naturezas física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Um corpo com impedimentos é o de alguém que vivencia alguns de ordem física, intelectual ou sensorial. As barreiras sociais, ao ignorarem os corpos com impedimentos, provocam a experiência da desigualdade. A opressão não é um atributo dos impedimentos corporais, mas resultado de sociedades não inclusivas. As pessoas com impedimentos corporais sentem dor, adoecem e algumas necessitam de cuidados permanentes (KITTAI, 1998).

Os bens e serviços biomédicos são respostas às necessidades de saúde, portanto, direitos universais. Diferentemente das pessoas não deficientes, os impedimentos se constituem em estilos de vida para quem os experimenta. Por isso, há teóricos do modelo social que exploram a ideia da deficiência como identidade ou comunidade, tal como as identidades culturais (LANE, 1997).

Com o modelo social, a deficiência passou a ser compreendida como uma experiência de desigualdade compartilhada por pessoas com diferentes tipos de impedimentos: não são cegos, surdos ou lesados medulares em suas particularidades corporais, mas pessoas com impedimentos, discriminadas e oprimidas pela cultura da normalidade.

A cultura diferencia e segrega as pessoas em categorias, buscando, assim, trazer a ordem e, conseqüentemente, a segurança. É a cultura que manipula as probabilidades dos eventos por meio da atividade da diferenciação. A cultura é a atividade de se fazer distinções, classificar, segregar, marcar fronteiras – divide as pessoas em categorias unidas internamente pela similaridade e separadas externamente pela diferença – e diferenciar os alcances de conduta atribuídos aos humanos alocados nas diferentes categorias (BAUMAN, 2001).

A Constituição de 1988 garante todos os direitos fundamentais (direito à vida, saúde, educação, justiça, trabalho, seguridade social, transporte, direitos civis e políticos) às pessoas com deficiência no Brasil. Essa Carta Magna declara expressamente que todos devem ser tratados sem preconceitos, proibindo qualquer forma de discriminação, principalmente em relação a salários e critérios de admissão do(a) trabalhador(a) com deficiência. Além disso, o texto constitucional determina a obrigação do poder público à assistência, proteção, garantia e integração social das PcD.

Diante das deficiências e, em especial, das deficiências física e intelectual pela sua visibilidade, os efeitos da compaixão nos dão pistas de como compreendê-la mobilizada em ação.

No encontro heterogêneo da deficiência, a compaixão seria o sentimento de integração interpessoal. A verdadeira compaixão acontece quando pensamos em aliviar voluntariamente o problema dos outros (GARRAFA; SOARES, 2013).

Destarte, busca na bioética, que é um campo que emerge como uma reflexão sistemática das interações humanas na sociedade e no ambiente, com três básicas funções, segundo Potter (2016): descritiva, descreve os conflitos e questões; normativa, aponta os tipos de comportamentos; e protetora, medeia determinados conflitos.

Portanto, desse campo de conhecimento, faz-se o direcionamento potencial para este estudo inovador sobre o encontro com a perspectiva do outro e a compaixão no atendimento de pessoas com deficiências múltiplas.

Zoboli (2004) aponta que a ética do cuidado tem desempenhado o papel de contracultura, quando confronta e desafia os sistemas de pensamento racionalistas, abstratos, impessoais e detentores de abrangentes ascendências social, ética, política e religiosa. Segundo a autora, “cuidar é mais que um ato singular; é o modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros” (ZOBOLI, 2004, p. 22).

Ética do cuidado, na visão de Gilligan (1982), refere-se à consciência da conexão entre as pessoas ensejando-se o reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros e o entendimento de moralidade como consequência da consideração desse relacionamento.

Os aspectos históricos revelam que não há uma ideia única de cuidado, mas um conjunto de noções de cuidado que se unem por alguns sentimentos básicos, por algumas narrativas formativas, cuja influência perdura através dos tempos e por diversos temas recorrentes.

A questão chave, no entanto, está nas motivações do descaso à noção de cuidado e sua incipiente influência na ética. É provável que a resposta a essa questão esteja no fato de o cuidado apresentar-se como uma cativante emoção ou ideia que tem confrontado e desafiado os sistemas de pensamento racionalistas, abstratos, impessoais e detentores de abrangentes ascendências social, ética, política e religiosa, apoiando sua visão da condição humana na capacidade das pessoas de importarem-se com os outros, com as coisas, com a comunidade, com uma trajetória de vida ou consigo próprias. Nesse sentido, a ética do cuidado tem desempenhado um papel de contracultura, como já citado neste trabalho.

A ética do cuidado, como abordada por Corradi-Perini, Pessini e Souza (2018), atua como instrumento de reflexão nas ações dos serviços de saúde. Assim, o profissional de saúde pode nortear suas ações para uma assistência com foco na qualidade de vida do paciente e da família deste, aliando o cuidado ético à técnica, considerando a singularidade de cada pessoa como foco da assistência, como destacam Oliveira, Ayres e Zoboli (2011).

Entendemos que a aplicação das premissas da ética do cuidado implica em se permitir uma relação de troca com o outro; envolvê-la com empatia, compreensão, compaixão; oferecer o melhor; cuidar do próximo; ter caráter virtuoso; ser altruísta, solidário e justo com os mais vulnerados, incluindo-os na sociedade.

O cuidado em saúde abarca a participação ativa de todos os profissionais envolvidos no processo, desde os setores administrativos, operacional até chegar no atendimento propriamente dito da equipe técnica multidisciplinar em saúde.

O presente trabalho foi realizado com profissionais de diferentes áreas que trabalham no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo, instituição localizada em Curitiba-PR, com mais de 50 anos de história, referência por diversas vezes premiada em assistência em saúde e cuidados sociais. Trata-se de profissionais que oferecem hospitalidade a pessoas necessitadas e abandonadas com deficiências

múltiplas, proporcionando inclusão social com atendimento humanizado e inclusivo, oferecendo melhora da qualidade de vida.

Diante de um público que sofre de diversas vulnerabilidades desde a deficiência até o abandono social, esta dissertação procura identificar como a compaixão é reconhecida pelos profissionais que trabalham no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo. Esta pesquisa está estruturada em três seções: a parte introdutória; o artigo científico (publicado na Revista Inclusiones, 2022) desenvolvido para o estudo em que são descritos a metodologia, os resultados encontrados e a reflexão sobre o tema compaixão na visão dos profissionais de acolhimento a pessoas com deficiências múltiplas; e a terceira seção, que trata das considerações finais.

O objetivo principal da pesquisa foi identificar como a compaixão é reconhecida pelos profissionais que atuam no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo; também se propôs conectar inovação ao cuidado, por meio de sugestão de ações que estimulem o despertar da compaixão, da prática ética e do cuidado humanizado como característica laboral e humana, aperfeiçoando ainda mais o ambiente produtivo e social da instituição que acolheu o estudo.

Para isso, este estudo foi desenvolvido após a aprovação do CEP/PUCPR (48091515400000100) em anexo, a metodologia utilizada foi qualitativa, transversal, alcançada por meio de análise de grupo focal em espaços deliberativos virtuais e o percurso metodológico foi adaptado da ação Caminho do Diálogo.

Esta pesquisa foi realizada graças à bolsa de mestrado por meio de financiamento de edital interno PUCPR 02/2020 – Incentivo a Projetos de Pesquisa Científica, Tecnológica e de Inovação.

2 ARTIGO 1

O encontro com a perspectiva do outro: compaixão na narrativa de profissionais de acolhimento a pessoas com deficiências múltiplas¹

The encounter with the perspective of the other: compassion in the narrative of professionals who care for people with multiple disabilities

Monica de F. M. da Rosa², Caroline F. Rosaneli³, Anor Sganzerla⁴, Marta L. Fischer⁵

² Mestranda do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), E-mail: monicarosa.nutricionista@gmail.com; ³ Docente (orientadora) do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), E-mail: caroline.rosaneli@gmail.com; ⁴ Docente do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR); E-mail: anor.s@pucpr.br; ⁵ Docente (coorientadora) do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR); E-mail: marta.fischer@pucpr.br

Resumo

Esta pesquisa se propôs a reconhecer a compaixão, desdobrada em acolhimento e atendimento, bem como as potencialidades, barreiras e fragilidades que os profissionais de saúde enfrentam, aprendem, superam e diversificam para darem suporte aos desafios diários de um público vulnerável. A pesquisa descritiva e qualitativa foi realizada por meio de grupo focal, no Complexo de Saúde Pequeno Cotoengo, instituição filantrópica referência no acolhimento de pessoas com deficiências múltiplas na cidade de Curitiba, Paraná, sul do Brasil. Os resultados demonstraram que, na fala dos profissionais, predominaram as expressões de valores, quando comparadas com fragilidades, crenças e potencialidades. As limitações abordadas suscitam dilemas éticos da assistência a pessoas com deficiências, contudo a compaixão está presente nas atividades diárias. Espera-se fomentar debates sobre o cuidado pautado nos princípios bioéticos e direitos humanos da assistência em saúde.

Palavras-chave: Compaixão. Bioética. Humanização. Deficiências. Cuidados em Saúde.

¹ Artigo publicado na Revista Inclusiones – Revista de Humanidades y Ciencias Sociales, n. 9 (Especial): 293-318. <https://doi.org/10.58210/fprc3400>.

Abstract

This research aimed to recognize in compassion, unfolded in reception and care, as well as the strengths, barriers, and weaknesses that health professionals face, learn, overcome and diversify to support the daily challenges of a vulnerable public. The descriptive and qualitative research was carried out through a focus group, at the Pequeno Cotoengo Health Complex, a reference philanthropic institution in the reception of people with multiple disabilities in the city of Curitiba, Paraná, southern Brazil. The results showed that in the speech of the professionals, expressions of values predominated when compared to weaknesses, beliefs, and potential. The limitations addressed raise ethical dilemmas in assisting people with disabilities; however, compassion is present in daily activities. It is hoped to foster debates on care based on bioethical principles and human rights in health care.

Key-words: Compassion. Bioethics. Humanization. Disabilities. Health Care.

2. 1 Introdução

A palavra compaixão vem do latim *compassio* e significa os atos de partilhar e entender o sofrimento de outra pessoa. O dicionário de língua portuguesa define-a como “pesar que em nós desperta a infelicidade, a dor, o mal de outrem; piedade, pena, dó, condolência”². Ao buscarmos sinônimos para melhor compreendermos o significado da compaixão, percebemos que algumas palavras relacionadas ao termo acabam por limitar, reduzir ou até mesmo desvirtuar o sentido da palavra. Um exemplo disso ocorre com o emprego da palavra piedade, acima relacionada, como sinônimo de compaixão. Por piedade, entendemos algo abstrato, e é somente sentida se o outro pedir ou se lastimar. Desse modo, podemos dizer que a piedade é praticada de cima para baixo, e em certas situações até mesmo com menosprezo. Algo bem diferente disso é a compaixão, pois se trata de uma relação concreta, singular, horizontal, na qual buscamos nos igualar àquele que sofre, em uma relação de respeito e de solidariedade ao sofrimento do outro.

Em outros contextos, a palavra compaixão é também empregada como um sentimento, e não apenas como uma virtude. O sentimento da compaixão consiste em desenvolver em nós a capacidade de sentir a compaixão, enquanto a virtude da compaixão exige com que passemos da ordem afetiva, ou seja, de um sentimento, para a ordem prática, ética e de ação. Ou seja, o que sentimos deve ser transformado em ação prática, do que somos para o que devemos fazer³.

No sentido religioso, podemos dizer que a compaixão está presente em todas as religiões. No entanto, é nas religiões da cultura oriental com lemas como “compadece-te e faz o que deves” que a compaixão se torna mais efetiva. Na cultura ocidental, por sua vez, prevalece a concepção cristã, a qual enaltece lemas como “ama e fazes o que queres”, ou até mesmo da caridade. Embora seja possível identificarmos essa diferença, isso não nos permite concluir que a compaixão seja menos necessária no mundo ocidental.

²André Comte-Sponville. “Pequeno Tratado das Grandes Virtudes”. (São Paulo: Martins Fontes, v. 392, 2009).

³Arthur Schopenhauer. “Sobre o fundamento da moral”. (São Paulo: Martins Fontes, 2001).

Na tradição filosófica, quando nos referimos à ética da compaixão, sobressalta a filosofia do pensador Arthur Schopenhauer na obra “Sobre o fundamento da moral”. Embora o pensador e suas ideias sejam considerados pessimistas, uma vez que definem o ser humano como um ser essencialmente egoísta, sendo o mundo mais compatível ao inferno do que a algo divino, o filósofo não é descrente quanto às boas ações humanas, embora possamos dizer que não sejam corriqueiras. Para o pensador, a compaixão exige uma participação prática e efetiva no sofrimento do outro, de modo a ajudá-lo a diminuir seu sofrer⁴. Assim sendo, uma ação somente será considerada de valor moral, quando praticada unicamente em vista do outro. Nas palavras do autor,

“Somente quando uma ação dela surgiu é que tem valor moral, e toda ação que se produz por quaisquer outros motivos não têm nenhuma. Assim que esta compaixão se faz sentir, o bem e o mal do outro me atingem diretamente do mesmo modo, embora nem sempre do mesmo grau que os meus. Portanto, agora a diferença entre mim e o outro não é mais absoluta”⁵.

Historicamente, a reflexão em torno da compaixão sempre levantou diversos questionamentos, entre eles: a compaixão é inata ou adquirida? É possível ser ensinada? É igual em todos os humanos? É possível sentir a dor do outro?

Embora nessa reflexão não seja possível respondermos a todas essas indagações, chama-nos a atenção o fato de que as palavras que não representam a compaixão parecem ser mais claras e evidentes do que seus possíveis sinônimos. Nesse sentido, a compaixão é oposta à frieza, crueldade, indiferença, insensibilidade, egoísmo e se aproxima de palavras no sentido de participar, comungar, compartilhar, simpatizar, solidarizar-se com o sofrimento do outro.

Em relação ao debate filosófico quanto a se a compaixão é uma virtude inata ou adquirida, a história da filosofia já produziu respostas muito divergentes a esse respeito, principalmente em razão das diferentes concepções de natureza humana. No entanto, o estudo da ética permite-nos compreender que a humanidade no ser humano não é dada pela natureza, mas conquistada, adquirida pelo ser humano, como bem expressa a conhecida frase pronunciada por Joseph Campbell de que “nascemos homens, e nos tornamos humanos” e que dá sentido ao título da obra de Craig Stanford intitulada “Como nos tornamos humanos”. Em outras palavras, como seres biológicos, o que podemos classificar de primeira natureza, somos seres egoístas, individualistas, apáticos e agimos por instinto em busca da nossa sobrevivência. No entanto, somos capazes, por meio do processo de educação formal, informal, cultural, religiosa, entre outros, de adquirir uma segunda natureza voltada ao altruísmo, ao bem comum, à solidariedade e à compaixão⁶.

Os estudos da antropogênese mostram que nos tornamos humanos quando conseguimos vencer a fase individual da busca da sobrevivência dos meios de subsistência e passamos a buscá-los de modo coletivo e distribuí-los de forma cooperada. Em sua obra “Pequeno tratado das grandes virtudes”, André Comte-Sponville afirma que “a compaixão tem má reputação na história: ninguém gosta de

⁴Arthur Schopenhauer. “Sobre o fundamento da moral”. (São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 135).

⁵Adolfo Sanchez Vásquez. “Ética”. 20ª ed. (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000).

⁶André Comte-Sponville. “Pequeno Tratado das Grandes...” p. 115.

senti-la e nem ser objeto dela”⁷. Isso mostra que, para sentirmos compaixão, é necessário nos deixarmos envolver pelo outro, não sermos indiferentes, muito embora isso possa ser algo não agradável. É estarmos ao lado daquele que sofre. Embora não seja possível sentirmos a mesma intensidade de dor e sofrimento da outra pessoa, é possível fazer-nos presença amiga, solidária, companheira de modo que o outro sinta a nossa presença e, conseqüentemente, certo compartilhamento de sua dor e sofrimento.

O teólogo Leonardo Boff, em seu livro intitulado “O princípio da compaixão e cuidado”, afirma que a compaixão é a mais humana das virtudes, porque ela nos abre ao outro, como expressão de amor ao outro que é vitimado. A compaixão anula as diferenças quanto às ideologias, religião, status social, cultural e nos faz estender a mão ao outro. A compaixão tem algo de singular porque ela não requer reflexão prévia ou mesmo conhecimentos científico, técnico e religioso. Ela se impõe porque queremos ser compassivos. Nesse sentido, a compaixão se opõe aos pressupostos do triunfo dos mais fortes, na dinâmica da evolução defendida pelos teóricos evolucionistas, e se aproxima das teses que defendem que o equilíbrio da Terra depende da cooperação de muitos fatores que interagem entre si, com suas energias, a atmosfera, biosfera, entre outros⁸.

Embora a compaixão seja efetiva e prática, ela não pode ser reduzida a realizar boas ações, dar esmola, fazer caridade, agir com condescendência. Ela requer comprometimento com a dor e o sofrimento do outro. Ela exige solidariedade mesmo que a distância, e que efetivamente nada possa ser realizado de prático para superar tal situação. É estar junto, mesmo que distante. Embora não seja possível sentirmos a dor do outro, é possível colocar-nos no lugar dele, importar-nos com a dor do outro, solidarizar-nos com seu sofrimento, fazer-nos humanos para ele.

Para os profissionais que atuam na área de saúde, é esperado que demonstrem a compaixão e o cuidado humanizado no desenvolvimento do seu trabalho, no entanto verificamos que é insuficiente ou ausente o preparo para tal durante sua formação. Segundo Gonçalves e colaboradores⁹, é necessário se realizar uma intervenção durante o curso de formação universitário para favorecer a sensibilização empática dos profissionais que atuarão diretamente com pessoas que apresentam problemas mentais e são atendidas em instituições psiquiátricas. Da mesma forma, para Do Nascimento¹⁰, os docentes devem aprimorar o processo de ensino-aprendizagem no contexto da prática profissional e no relacionamento interpessoal que integram a formação ética do caráter a ser projetada no futuro enfermeiro. Entre os profissionais de saúde atuantes na área, existe um fenômeno ainda pouco conhecido e estudado, denominado de fadiga por compaixão, que é o estresse resultante do ajudar ou do desejo de querer ajudar alguém em sofrimento. A fadiga por compaixão pode afetar a saúde física, psicológica e cognitiva do profissional, além da vida pessoal, social e profissional, comprometendo o

⁷Leonardo Boff. “Princípio de compaixão e cuidado: encontro entre ocidente e oriente”. 4. ed. (Petrópolis: Vozes, 2009).

⁸Anna Beatriz Vieira Gonçalves et al. “Pacientes psiquiátricos institucionalizados e empatia: pesquisa-intervenção realizada com universitários”. (Campina Grande: Realize, 2022).

⁹Elizeu do Nascimento Silva. “A importância do desenvolvimento da compaixão em estudantes de enfermagem”, Revista Científica UMC, Vol. 5(2020).

¹⁰Mariana de Sousa Dantas Rodrigues et al. “Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo”, Revista Mineira de Enfermagem, Vol. 25(2021): 1-13.

atendimento prestado aos pacientes. Por outro lado, existe também a satisfação por compaixão, caracterizada pelo bem-estar no trabalho resultante do ato de ajudar alguém. Para Rodrigues¹¹, é comum ocorrer a vulnerabilidade de enfermeiros ao acometimento da fadiga por compaixão, por priorizarem ao extremo as necessidades de cuidado do paciente em detrimento às suas próprias necessidades, considerando que atuam diretamente com situações difíceis em seu cotidiano assistencial. Nesse sentido, o autor coloca que os gestores das instituições de saúde devem preocupar-se com a saúde mental dos seus trabalhadores, objetivando prevenir a fadiga por compaixão, implementando a educação permanente a qual possibilite a transformação de uma realidade capaz de ameaçar a integridade dos recursos humanos e, conseqüentemente, o cuidado prestado. O autor reforça que a satisfação e o engajamento com o trabalho propiciam o autocuidado e a assistência qualificada.

O presente estudo foi realizado com funcionários que trabalham no Pequeno Cotelengo do Paraná, que é uma Organização da Sociedade Civil (OSC), localizada na cidade de Curitiba, no Paraná, que realiza o acolhimento e atendimento especializado a pessoas com deficiências múltiplas em situação de risco, de todas as idades e de qualquer região do estado do Paraná, que sofreram abandono familiar e também são asilados hospitalares. A instituição é caracterizada como complexa, tanto pelo perfil dos assistidos, pela complexidade de suas deficiências, pelo grau de dependência e acometimento bem como pelo fato de ser mantida com recursos de doações. Na administração dessa instituição, é esperado que os profissionais que atendem diariamente sejam preparados tecnicamente em sua formação e que realizem um cuidado humanizado, acolhedor e com olhar de compaixão. Nesse sentido, sua missão é “cuidar das pessoas e transformar vidas”; sua visão “solidificar-se como Complexo de Saúde, sendo referência no atendimento humanizado e gratuito promovendo acolhimento, saúde e educação”; e seus valores fé, caridade, promoção humana, compromisso e transparência.¹²

Atualmente, a referida instituição congrega cerca de 230 assistidos que ali recebem acolhimento, educação e saúde, tudo feito com muito carinho para oferecer qualidade de vida a cada um deles. Fundado por São Luís Orione na Itália, o Pequeno Cotelengo chegou em Curitiba em 1965; a fé e a caridade de religiosos e a dedicação da comunidade foram o impulso inicial para sua construção. A administração era feita por padres e irmãs que realizavam quermesses, festas que eram organizadas pela comunidade, com o objetivo de arrecadar fundos para se iniciar as construções. Um grupo de voluntários organizava os churrascos beneficentes para auxiliar na arrecadação de recursos, atividades que são realizadas até hoje na instituição. Todo o atendimento realizado pelo Pequeno Cotelengo é gratuito para os moradores, e a instituição se mantém com o apoio de empresas e de toda a sociedade¹³.

A instituição, com seu trabalho realizado, vem construindo história e reconhecimento na sociedade e já recebeu vários prêmios, entre eles, o Selo Portal da Transparência e dois Selos ODM (Objetivos do Milênio) concedidos pela ONU, que certificam que o trabalho prestado está sendo feito com seriedade e construído com o apoio de toda a sociedade. O resultado desses mais de 55 anos de trabalho

¹¹Pequeno Cotelengo do Paraná, 2022. <https://www.pequenocotelengo.org.br/como-atuamos>.

¹²Pequeno Cotelengo do Paraná, 2022. <https://www.pequenocotelengo.org.br/como-atuamos>.

¹³Pequeno Cotelengo do Paraná, 2022. <https://www.pequenocotelengo.org.br/como-atuamos>.

está refletido no sorriso dos moradores. “No Pequeno Cotelengo, cada morador é recebido como um filho, um irmão, um membro de uma grande família onde o laço que une a todos, moradores, funcionários e voluntários, não é o sangue ou o sobrenome, mas o amor”¹⁴.

Assim como a coragem toma posição pelo outro, a compaixão toma posição com o outro. E isso significa, segundo Soares e colaboradores¹⁵, não apenas sofrermos dores em nós mesmos, mas participarmos das dores alheias. Dessa forma, a instituição de acolhimento e seus trabalhadores por meio da dedicação constante apoiada na compaixão são um instrumento de excelência para ser avaliado na sua plenitude e dimensão. Além de ter como interesses compreender o atendimento e conhecer as características profissionais e suas individualidades coletivas, este estudo é um instrumento para tecermos e compreendermos o necessário acolhimento de pessoas vulneráveis e apontarmos como ele pode ser referência e da mesma forma se aperfeiçoar, cuidando de todo o seu tecido social. Por isso, mapear nas ações do cotidiano dos profissionais o papel da compaixão como força motriz no acolhimento dos pacientes se torna importante, agregando funcionalidades ao bem-estar dos profissionais e qualidade de vida aos pacientes.

Este estudo tem como pergunta norteadora: *“Como a compaixão, desdobrada em atendimento, está inserida nas ações realizadas diariamente pelos profissionais que trabalham no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo Paranaense?”*. Participaram da pesquisa profissionais que atuam em diferentes áreas ou setores da instituição, como unidades de suporte operacional (manutenção, cozinha, higienização), área administrativa (compras, processos, comunicação etc.), e profissionais da saúde com atendimento direto ao assistido (psicólogo, enfermeiro, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta). Nesse contexto, temos como hipótese que o segmento profissional é um dos fatores condicionantes para evidenciar a compaixão, bem como possivelmente o tempo de trabalho na instituição esteja relacionado com a compaixão e outros valores demonstrados pelos profissionais. Assim, o objetivo é avaliar as limitações e potencialidades identificadas na fala dos profissionais de como enfrentam, aprendem, superam e diversificam para darem suporte aos desafios diários de um público que sofre diversas vulnerabilidades, desde as deficiências múltiplas, o abandono familiar, o esquecimento e a sobrevivência. Com isso, esperamos que, a partir das narrativas dos profissionais, possamos destacar que a compaixão pode ser o amparo, mas também a força motriz de inovação para o cuidado em saúde, principalmente de populações vulneráveis.

¹⁴Cleber Soares Júnior et al. “Tolerância, coragem e compaixão: virtudes cardinais do cirurgião”, Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Vol. 39(2012): 155-158.

¹⁵ Marta L. Fischer et al. “Caminho do diálogo: uma experiência bioética no ensino Fundamental”, Revista Bioética, Vol. 25(2017): 89-100.

Marta L. Fischer et al. “Caminho do diálogo II: ampliando a experiência bioética para o ensino médio”, Revista Bioética, Vol. 28(2020): 47-57.

Marta L. Fischer et al. “E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética”, Revista Bioética, Vol. 30(2022): 258-271.

2.2 Métodos

A presente pesquisa se caracteriza como qualitativa, transversal, alcançada por meio da análise de grupo focal em espaços deliberativos virtuais. O percurso metodológico foi adaptado da ação Caminhos do Diálogo¹⁶ que foi estruturada no método de ensino denominado de peripatético e é aplicada em atividades de inserção da bioética na sociedade em encontros presenciais e virtuais. A adaptação envolveu igualmente as metodologias propostas por Marcu e colaboradores¹⁷ e Zoboli¹⁸, para pesquisas empíricas com a deliberação em saúde, e de Souza e colaboradores¹⁹, que realizaram pesquisas de deliberação em espaços virtuais. Esta pesquisa e seu teor qualitativo se caracterizam como ação-participante, sendo fundamentada na metodologia de Souza e colaboradores²⁰, que se basearam no itinerário de Paulo Freire considerando a) um debate iniciado com a contextualização histórica e legal da temática e provocação do debate; b) a codificação do percurso do debate com posterior apresentação do mapa mental resultante e promoção da reflexão crítica dos vetores norteadores; e c) a expectativa da confluência do grupo para uma perspectiva holística e ética da questão²¹.

A análise do grupo focal denominado “*Compaixão na narrativa de profissionais da saúde*” foi resultante da realização de uma oficina que ocorreu de forma remota nos dias 21, 22, 23 de setembro de 2021. A oficina era formada por dois discentes do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, nos papéis de moderador e interlocutor, e de um graduando no papel de monitor (Figura 1). Como convidado, um filósofo discente do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Os convites foram direcionados para os diferentes setores internos do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo do Paraná. A oficina teve duas horas de duração e capacidade máxima para 20 participantes que deveriam previamente se inscrever preenchendo um formulário on-line, no qual era solicitada a indicação da idade, sexo, relação com a bioética, motivos que levaram a participar da oficina e como acreditavam que poderiam contribuir para a inclusão dos grupos trabalhados na oficina escolhida. O link da oficina foi enviado diretamente para o inscrito, condicionado à concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que seriam gravadas para análise a posteriori. Utilizamos o aplicativo Zoom, por meio de dispositivos eletrônicos (computador ou celular), o qual viabilizou a participação interativa e simultânea dos participantes, mesmo estes estando distantes geograficamente.

¹⁶Afrodita Marcu et al. “Analogies, metaphors, and wondering about the future: lay sensemaking around synthetic meat”, Public Understanding of Science, Vol. 24(2015): 547-562.

¹⁷Elma Zoboli. “A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética”, Revista Iberoamericana de Bioética, Madrid, Vol. 2(2016): 1-19.

¹⁸José H. A Souza. “Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19”, Pubsáude, Vol. 3(2020): 1-2.

¹⁹José H. A Souza. “Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19”, Pubsáude, Maringá, Vol. 3(2020): 1-2.

²⁰Ivone T. S. B. Heidemann et al. “Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde”, Texto e Contexto-Enfermagem, Florianópolis, Vol. 26(2017).

²¹Marta L. Fischer et al. “E-caminho do diálogo...

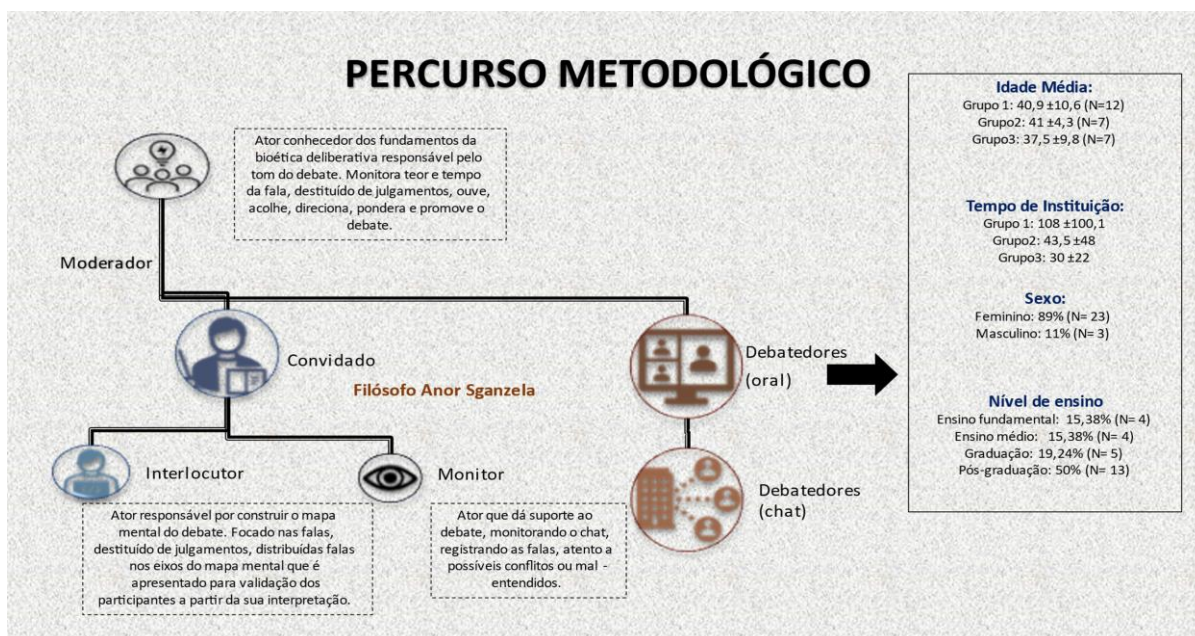


Figura 1

Percurso metodológico, atores e seus papéis no grupo focal compaixão na narrativa dos profissionais de saúde

Fonte: dados da pesquisa

2.2.1 Mapa mental

A contextualização filosófica da compaixão foi conduzida pelo filósofo e teólogo dr. Anor Sganzerla, sendo na sequência o grupo focal desenvolvido a partir do questionamento “Como você percebe a compaixão no seu exercício profissional?”.

Durante a discussão, a codificação e decodificação dos temas se deram em um processo constante de agrupamentos nas questões envolvidas, por meio da utilização da técnica do mapa mental. Ao final do debate, o mapa mental foi apresentado e aberto ao público, visando proporcionar o desvelamento crítico dos temas e permitindo a construção conjunta e colaborativa²².

A construção do mapa mental foi baseada no modelo de análise de discurso adotado por Marcu e colaboradores²³ e utilizado por Fischer e colaboradores²⁴ na elaboração da proposta de espaços deliberativos virtuais, validados em dez oficinas realizadas durante o E-caminho do diálogo. Os autores utilizaram como alicerces de suas análises a teoria das representações sociais. Para tal, foi considerada a transposição das identidades culturais e ideológicas como fundamental para a atuação na prática deliberativa. Logo, foi necessária a identificação das crenças e senso comum que funcionam como âncoras que sustentam um argumento. O mapa mental foi construído sob quatro vetores: fragilidades, princípios e valores éticos, crenças e senso comum e potenciais. Paralelamente, eram destacadas as principais frases e indicados os pontos de convergência da fala dos participantes.

²²Afrodita Marcu et al. “Analogies, metaphors, and wondering...”

²³Marta L. Fischer et al. “E-caminho do diálogo...”

²⁴Laurence Bardin. “Análise do conteúdo”. (São Paulo: Edições 70, 2011).

Quanto aos vetores, foram apontados como fragilidades as limitações, problemas, dificuldades, queixas e perdas referentes à compaixão. Foram considerados como princípios e valores éticos os elementos balizadores de decisões individuais ou coletivas, intrinsecamente apropriados pela ética. Como crenças e senso comum foram consideradas as concepções culturais ou pessoais elencadas pelos participantes como verdades e adotadas automaticamente, podendo se constituir em uma forma de resistência à mudança. Por fim, os potenciais foram identificados nos elementos elencados pelos debatedores e vislumbravam potencial de transposição por meio da aplicação de valores éticos comuns e voltando o olhar para a realidade. Como um ato final, a mediadora convidou cada participante a expressar uma palavra que representasse a possível ação transformadora sentida naquele momento.

2.2.2 Análise de dados

Os termos e expressões emitidos pelos participantes da pesquisa e distribuídos nos vetores fragilidades, valores, crenças e potencialidades foram categorizados por meio da técnica de análise de conteúdo semântico de Bardin²⁵. A categorização realizada foi validada por dois juízes que realizaram e confirmaram, por consenso, a codificação aberta na qual os elementos foram agrupados por similaridades e diferenças. Posteriormente, os juízes realizaram a codificação axial, cujos dados foram agrupados nas categorias originais e nas suas subcategorias. Por fim, foi realizada a codificação seletiva a qual visou à integração e refinamento da categoria central²⁶. Assim, os eixos resultantes foram a) fragilidades: técnica, emocional, saúde e social; b) valores: comportamental, espiritual, social, ambiental e físico; c) crenças: limitantes e positivas; d) potencialidades: coletivo, superação e conexão. Os valores obtidos em cada categoria foram comparados por meio do teste do qui-quadrado considerando como hipótese nula a homogeneidade da amostra a um erro de 5% e grau de confiança de 95%.

2.2.3 Procedimentos éticos

A pesquisa foi realizada em consonância com os parâmetros éticos do uso do participante humano na pesquisa e na integridade na pesquisa no planejamento, coleta e análise de dados e divulgação, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CAEE 48091515400000100).

²⁵Jossiana W. Faller et al. "Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities", *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, Vol. 24(2015): 128-137.

²⁶Reni Aparecida Barsaglini et al. "Compaixão, piedade e deficiência física: o valor da diferença nas relações heterogêneas", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. 22(2015): 781-796.

2.3 Resultados e Discussão

A análise da fala dos participantes do grupo focal no geral demonstrou predomínio de expressões de valores, quando comparadas com fragilidades, crenças e potencialidades (Figura 2). No entanto, ao serem analisados os grupos separadamente, foi verificado que, além dos valores, o grupo de funcionários assistenciais/operacionais apresentou também altas frequências de expressões indicativas de potencialidades, quando comparado aos funcionários administrativos e técnicos (Figura 2).

A expressão de valores e potencialidades mais pronunciada no grupo 1 foi relacionada também com o tempo de vínculo com a instituição, maior do que um ano, reiterando que a instituição proporciona o aprendizado diariamente. A formação dos valores e a perspectiva de compaixão foram identificadas nas falas dos participantes do grupo focal: *“Eu penso que esta casa nessa instituição, no formato que ela é ela proporciona, assim as pessoas aprenderem a ter um olhar de compaixão, e isso a gente vê e não somente com as pessoas que aqui trabalham, mas muitas vezes a gente recebe uma pessoa que só vem uma vez para trazer uma doação que só entra aqui por um momento e acaba tendo uma forma diferente de olhar o mundo”* (participante grupo 1). O participante demonstrou estar inserido no contexto, ao identificar igualmente no outro o impacto da compaixão na sua expressão imediata.

Para Barsaglini²⁷, a compaixão e a piedade são sentimentos que envolvem emoções e significados que são despertados diante do corpo diferente, como na deficiência física, e que envolvem uma interpretação e que esta remete a uma ação do sujeito. Complementarmente, destacamos a perspectiva de Le Breton²⁸ de que a visibilidade da deficiência se constitui de um poderoso atrativo operando discursos e emoções e destacando o poder da presença e do imaginário que resultam em uma ordem simbólica oriunda de uma desordem ontológica.

²⁷David Le Breton. “A sociologia do corpo”. (Petrópolis: Vozes, 2006).

²⁸Helena Ayako Mukai et al. “Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 21(2013): 340-347.

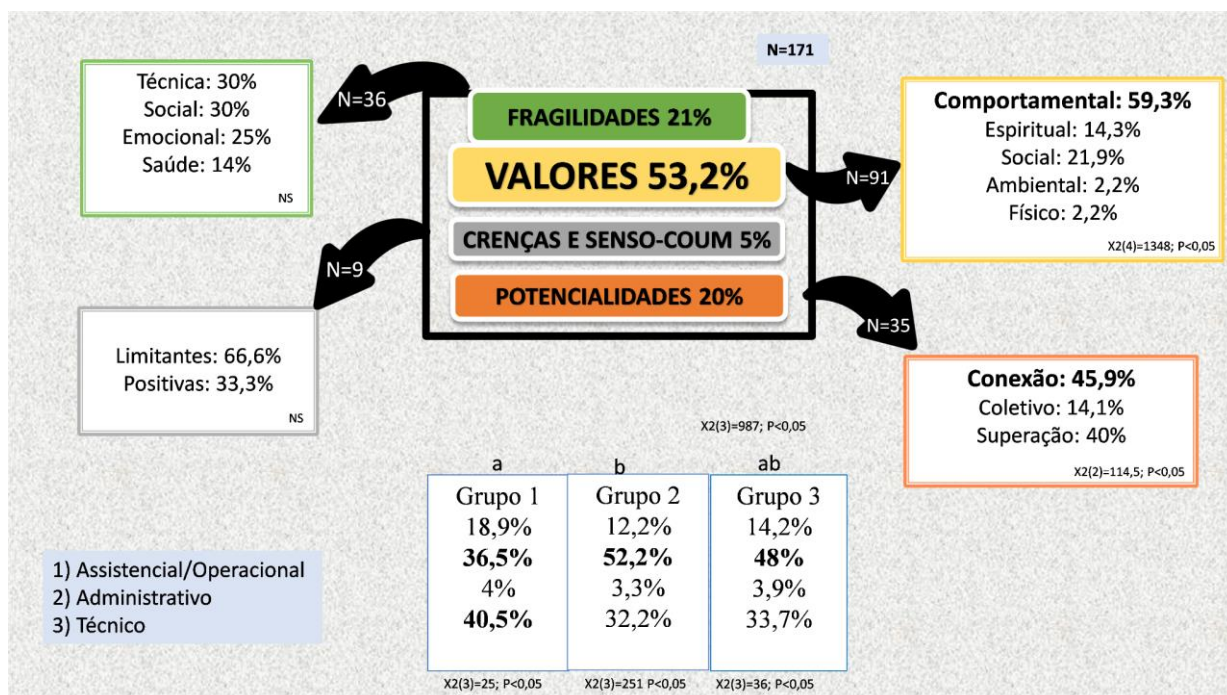


Figura 2

Frequência relativa dos eixos fragilidades, valores, crenças e potencialidades identificadas nas falas de funcionários do segmento assistencial, administrativo e técnico do Pequeno Cotelengo a respeito da perspectiva da compaixão no seu exercício profissional

Fonte: dados da pesquisa

2.3.1 Fragilidades

As limitações referentes à atuação técnica foram categorizadas em oito percursos (Figura 3). O primeiro percurso do debate se referiu ao diagnóstico dos assistidos que residem no Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo do Paraná. Os assistidos apresentam diferentes diagnósticos, sendo comum casos de transtornos mentais, paralisia cerebral, comprometimento neurológico, deficiências intelectual e física, todos com algum grau de deficiência, que requerem assistência desde a mais básica até a mais complexa. Nesse contexto, o grupo debateu sobre as dificuldades que os profissionais enfrentam no seu dia a dia já que são eles que realizam todas as atividades que envolvem o cuidado, desde as mais básicas como banho, alimentação, locomoção, que geralmente são assumidos por algum familiar ou cuidador com vínculo afetivo, até as atividades que exigem conhecimento e formação técnica na área de saúde. O estudo de Mukai²⁹ ressaltou a importância do dimensionamento adequado da equipe da enfermagem, que deve ser suficiente para atender às necessidades de cuidados dos pacientes psiquiátricos, mesmo em nível de dependência discreta.

O ato de cuidar, segundo Boaventura³⁰, é complexo, pois o cuidador e a pessoa a ser cuidada apresentam sentimentos contraditórios e diversificados. Cuidar é um ato que deve ser realizado levando-se em conta que o ser a quem se presta o

²⁹Luiz Carlos Boaventura et al. "Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos", Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, Vol. 21(2016): 3193-202.

³⁰Maria Júlia Paes Silva. "Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas", Revista Paulista de Enfermagem, Vol. 21(2002): 5-11.

cuidado é digno de tê-lo de maneira respeitosa³¹. Assim, para De Sá Santos³², o cuidador principal normalmente é a pessoa referência por maior disponibilidade, instinto, vontade ou capacidade, geralmente sem formação básica orientada. Pode ser alguém da família ou afim, sem necessariamente formação na área de saúde. Ela é incumbida de cuidar de um ente familiar, portanto, pressupomos que tenha cumplicidade e compromisso. No Pequeno Cotelengo, a grande maioria dos assistidos não possui vínculos com familiares ou até desconhece a existência de parentescos; em grande parte dos casos são pessoas que foram abandonadas pela família ainda na infância. Esse fato impacta ainda mais na complexidade dos atendimentos e cuidados realizados, exigindo do profissional mais do que simplesmente a execução da atividade técnica, sendo necessária prática diária do cuidado humanizado, com olhar de compaixão e empatia pelo outro. Na fala dos participantes, notamos a naturalidade com que percebem o vínculo afetivo no dia a dia de trabalho: *“A gente não o trata só como assistido como paciente, mas a gente já começa a tratar eles até como um familiar. É um carinho que a gente eu não sei explicar. É um amor realmente é muito complicado explicar por que eu tenho um carinho muito grande por todos, todos, todos mesmo”* (participante grupo 1). Observamos, na fala do participante, o sentimento envolvido em seu trabalho no processo de cuidar quando o compara ao vínculo ou ao sentimento que teria por um familiar e o prazer que demonstra em realizar o seu trabalho. Para Bittencourt³³, a compaixão é entendida pelo sentido de *“paixão-com”*, a qual permite uma interpretação afirmativa dessa disposição ética e existencial, pois o “eu” e o “outro” partilham, em uma relação de alteridade, as suas vivências particulares, visto que a palavra “paixão”, na sua raiz grega de *pathos*, apresenta diversidade semântica que não se esgota somente na ideia de dor ou sofrimento, mas também de afeto e de sentimento. De acordo com Do Nascimento (2020), existe a satisfação por compaixão, caracterizada pelo bem-estar no trabalho, resultante do ato de ajudar alguém.

³¹Alessandra Alcides de Sá Santos et al. “Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral”, *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol. 9(2010): 503-509.

³²Renato N. Bittencourt. “Justiça, caridade e compaixão na Metafísica da Ética de Schopenhauer”, *Revista Voluntas: estudos sobre Schopenhauer*, Vol. 1(2010): 49-70.

³³Maria Júlia Paes Silva. “Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde” (São Paulo: Loyola, 1996).

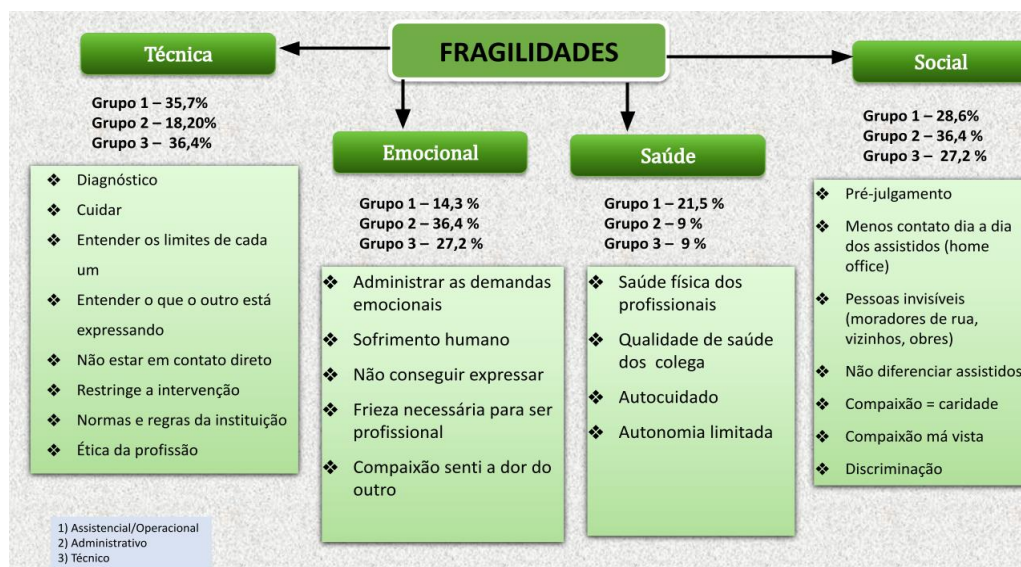


Figura 3

Limitações ou fragilidades elencadas pelos participantes das oficinas foram relacionadas com questões técnica, emocional, saúde e social

Fonte: dados da pesquisa

Em todos os grupos, foi possível identificarmos fragilidades na dimensão emocional pelo fato de os profissionais de saúde conviverem, na sua rotina diária de trabalho, com o sofrimento humano. Foi muito pontuada no grupo 3 a questão da formação técnica que muitas vezes limita a expressão dos sentimentos ou emoções frente à dor do outro. Como reflexo, tem-se o julgamento de que são pessoas “frias” ou sem compaixão (Figura 3).

Os participantes da pesquisa relataram, ainda, que a comunicação, na maioria das vezes, não é verbal ou clara, o que dificulta o entendimento e a interpretação do que o outro está expressando e os limites de cada um. A comunicação com o paciente pode envolver expressões verbais ou não verbais, sendo a verbal aquela realizada por meio de palavras expressas tanto pela linguagem escrita quanto pela falada, e deve ser clara a fim de que o outro compreenda o que se pretende dizer³⁴. A comunicação não verbal ocorre quando se interage com outro com ou sem a utilização de palavras, sendo que essa interação apresenta significados para o emissor e para o receptor³⁵. É realizada através de expressões faciais, gestos, pela maneira como os objetos estão dispostos no ambiente ou por posturas corporais, por exemplo. A comunicação não verbal tem por finalidades básicas complementar o verbal, substituí-lo, contradizê-lo ou demonstrar sentimentos. Contudo, nem sempre é possível se utilizar a comunicação verbal, nesse sentido, entendemos a importância de o profissional atentar para os sinais não verbais e interpretá-los, pois estes complementam o que é expresso verbalmente, oferecendo subsídios para se compreender melhor o outro.

³⁴Maria Júlia Paes Silva. “Comunicação tem remédio...”

³⁵Ingrid de Almeida Barbosa et al. “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”, Revista Brasileira de Enfermagem, Vol. 60(2007): 546-551.

Para que a enfermagem realize um cuidado humanizado, segundo Barbosa³⁶, é importante que se atente à comunicação durante toda a assistência, desde os mínimos atos. Outros pesquisadores como Stefanelli³⁷ e Mendes³⁸ também destacaram o importante papel da comunicação no trabalho do enfermeiro. Seja através da comunicação verbal ou não, ela tem como objetivos diminuir possíveis conflitos, sanar dúvidas além de ser o instrumento básico da assistência efetiva de enfermagem. Esses teóricos afirmaram que é apenas através da comunicação que é possível se compreender o doente como um todo e identificar o significado que o problema tem para ele. Barbosa³⁹ ainda destacou que o enfermeiro, conhecendo as técnicas de comunicação terapêuticas adequadas, tem mais um recurso a seu favor, dando um enfoque mais humanístico à comunicação e às relações interpessoais que mantém. Por seu turno, Lacerda e Valla⁴⁰ alertaram que a qualidade da relação médico-paciente é fundamental à cura e ao cuidado em saúde. Assim, podemos afirmar a importância da qualidade dos vínculos e da comunicação estabelecida como elementos fundamentais no processo de cuidar. Levar em conta o que cada paciente está passando ajuda a equipe a ser mais flexível, mesmo tendo que seguir as normas e regras da instituição.

Os participantes demonstraram, em suas falas, a percepção sobre a qualidade do vínculo afetivo, quando comparado a quem está no cuidado direto do assistido com outros profissionais, mesmo da área da saúde, como exemplo, o assistente social, que não permanecem grande período do dia em contato próximo: *“... é muito mais fácil por exemplo para um psicólogo ou até mesmo para alguém da enfermagem que está nos cuidados diretos com os assistidos vivenciando conhecendo ele pelo olhar às vezes pelo modo com que estende a mão tá vendo se ele quer ou se ele não quer essa coisa, do que para nós que não estamos no cuidado direto”* (participante grupo 3). Por outro lado, o mesmo participante, que tem mais de um ano de casa, relatou sobre sua dificuldade em enfrentar, nas diferentes situações do seu cotidiano, o cumprimento das normas técnicas da profissão e ao mesmo tempo poder demonstrar seus sentimentos ou suas atitudes de compaixão *“... por exemplo assim é possível fazer tal coisa para tal assistido, naquele momento tecnicamente de acordo com os nossos protocolos respondo que não é possível em virtude disso e depois eu penso poxa gente não é possível tecnicamente fazer mais daria para eu ter feito de uma outra forma que não burlasse ali as nossas regras e os códigos de ética enfim mas que atendesse de uma certa forma aquilo... então acho que isso também é um modo de compaixão nem que ele não seja externado... nem que tecnicamente possa ser naquele momento”* (participante grupo 3).

Ainda nesse contexto, outro participante do mesmo grupo 3 (técnico assistencial) em sua fala expressou a existência da crença de que não é profissional se emocionar com o assistido (Figura 4) ou que o fato de demonstrar seus

³⁶Maguida Costa Stefanelli. “Comunicação com paciente – teoria e ensino”. 2. ed. (São Paulo: Robe Editorial, 1993).

³⁷Isabel Amélia Costa Mendes. “Enfoque humanístico da comunicação em enfermagem”. (São Paulo: Sarvier, 1994).

³⁸Ingrid de Almeida Barbosa et al. “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”, Revista brasileira de enfermagem, Vol. 60(2007): 546-551.

³⁹Alda Lacerda et al. “Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde”, In: “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”. (2003): 169-196.

⁴⁰Izabel Cristina Rios. “Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde”, Revista brasileira de educação médica, Vol. 33(2009): 253-261.

sentimentos seria infringir as normas éticas ou regras da instituição ou da profissão: *“... . a gente aqui tem vários fatores que a gente precisa entregar e cumprir, a gente não é somente aqui humano, mas a gente é primeiro profissional... . a gente cumpre normas regras sejam da instituição sejam éticas da nossa profissão... . eu acho que é um pouco a característica de alguns profissionais da Saúde essa “frieza” que ela é de certo modo um pouco necessária para que seu trabalho seja profissional técnico”* (participante grupo 3). Para Rios⁴¹, a humanização é essencial nas práticas das ações técnicas e éticas desenvolvidas na área da saúde. Segundo a autora, o agir ético, se refere à reflexão crítica dos profissionais da saúde a respeito do dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, modo de ser e pensar e agir no sentido do bem. Schraiber⁴² ressaltou que, durante muito tempo, a proximidade com o paciente era quase um imperativo técnico para o exercício da boa medicina. No tempo em que na medicina havia poucos recursos para o diagnóstico e tratamento, a presença do médico ao lado do paciente, observando-o minuciosamente, acompanhando sua evolução, ampliando o conhecimento acerca de sua vida e hábitos, era necessária ao próprio exercício da profissão.

A convivência diária com os mais vulneráveis promove o desenvolvimento da compaixão. O grupo 2 de profissionais administrativos trouxe, em vários momentos em suas falas, a importância do contato com os assistidos e que, no ambiente do Pequeno Cotelengo, o conhecimento das necessidades e dores do outro faz despertar sentimentos que geram ações boas. Para esses profissionais, o momento da pandemia, em que foi necessário o distanciamento, foi muito sentido e limitante, pois, quando não se tem contato próximo com os mais vulneráveis, as pessoas menos favorecidas tornam-se seres “invisíveis”, o que impossibilita se identificar as reais necessidades e desejos do outro, e nesse sentido acaba muitas vezes por somente se desenvolver o sentido de caridade ou piedade, virtudes diferentes da compaixão. Para Boff⁴³, o cuidado não corresponde a mais um procedimento técnico específico, não há fórmulas que ensinam a cuidar. Esse termo é, antes, uma referência ética que deve enraizar todas as práticas em saúde construídas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais profissionais da área. O cuidar, segundo Boff⁴⁴, é mais que um ato, é uma atitude, logo, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Para o autor, representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Na oficina do grupo 1, os profissionais da assistência direta, como cuidadores, auxiliares e técnicos de enfermagem, debateram sobre a preocupação que apresentam frente à saúde física dos profissionais e colegas de trabalho em razão do nível de exigência e tempo de dedicação que essa assistência requer, mostrando-se importante manterem o autocuidado e evitarem a sobrecarga física e emocional. A sobrecarga de trabalho é uma perturbação resultante do lidar com a

⁴¹Lilia Blima Schraiber. “No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina”, Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Vol. 1(1997): 123-140.

⁴²Leonardo Boff. “Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra”. 9. ed. (Petrópolis: Vozes, 2003).

⁴³Leonardo Boff. “Saber cuidar: ética ...

⁴⁴Teresa Martins et al. “Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais”, Rev Esc Enferm USP, Vol: 49(2015): 236-244.

dependência física e incapacidade mental do indivíduo alvo de atenção e cuidados⁴⁵. Indivíduos neurológicos cadeirantes podem ser dependentes (incapazes de realizar determinadas tarefas sozinhos), embora tenham total autonomia (capacidade de decisão), mas também podem ter ambas comprometidas, tanto a capacidade de decidir como a de executar, consequências dos comprometimentos físico e mental. Vale salientarmos que, mesmo a pessoa sendo dependente, nem sempre ela perde sua autonomia, e isso deve ser respeitado, não se devendo privá-la de tomar decisões, independentemente de encontrar-se em um estado de limitação física, não sendo capaz de realizar total ou parcialmente determinada tarefa. A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com o nível de satisfação do cuidador, tanto que um bom nível de satisfação pode prevenir complicações na saúde deste⁴⁶.

2.3.2 Crenças

As crenças e o senso-comum expressos pelos participantes da pesquisa foram predominantemente limitantes (Figura 4). As crenças e o senso comum contribuem para a concepção do problema e para a inserção na esfera de vulnerabilidade e de agente moral. Conforme Fischer e colaboradores⁴⁷, o diálogo interdisciplinar representa um meio de se identificar vulnerabilidades e debater soluções para se promover a inclusão.

Em todos os grupos da pesquisa, foram identificadas com maior predomínio crenças com potencial limitante, relacionadas com a interpretação da dor do outro ou ainda com o distanciamento que acreditam por vezes ser necessário para serem considerados um “bom profissional”. Nesse sentido, os profissionais de todos os grupos trouxeram, em suas falas, a preocupação em realizarem cuidado igualitário entre os assistidos, praticando-o com respeito, sem discriminação ou pré-julgamentos. Othero⁴⁸ pontuou que, ao longo da História, as pessoas com deficiência foram consideradas ora amaldiçoadas, ora seres semidivinos, mas sempre excluídas do contexto social e objeto de caridade da comunidade. Marques⁴⁹ apontou que as pessoas com deficiência, independentemente de suas potencialidades, estão amordaçadas em uma ideia totalizante de incapacidade, que diminui suas possibilidades de realização no mundo (sejam materiais, afetivas, educacionais, políticas e sociais). Assim, consolida-se o estigma⁵⁰, ou seja, a pessoa é reduzida à condição dita negativa, na sua relação com os outros e com os

⁴⁵Silvia Cristina Mangini Bocchi. “Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 12(2004): 115-12.

⁴⁶Marta L. Fischer et al. “E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética”, Revista Bioética, Vol. 30(2022): 258-271.

⁴⁷Marília Bense Othero et al. “Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola”, Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Vol. 13(2009): 177-188.

⁴⁸Carlos Alberto Marques. “Implicações políticas da institucionalização da deficiência”, Educ. Soc., Vol. 19(1998): 105-122.

⁴⁹Erving Goffman. “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”. 4. ed. (Rio de Janeiro: LTC, 1988).

⁵⁰José Cantor Magnani. “Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas”. In: Eunice Ribeiro Durham et al. “A aventura antropológica: teoria e pesquisa”. Org. por Ruth C. L. Cardoso. (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986), p. 127-40.

diferentes contextos. Segundo Magnani⁵¹, a representação é tomada usualmente como uma imagem mental da realidade, composta pelas experiências individuais decorrentes da vida cotidiana do ator, envolvendo a família, a vizinhança, o bairro, a categoria profissional, a vinculação política e a classe social, entre outros aspectos. Os “olhares diferentes” para a pessoa com deficiência evidenciam a negação da dignidade, como citado por Vaitsman⁵². É importante ressaltarmos que os preconceitos e os tabus sobre a deficiência também estão presentes no encontro profissional-usuário, pois tanto o técnico quanto o paciente têm suas concepções e valores, a partir de sua história individual e social.

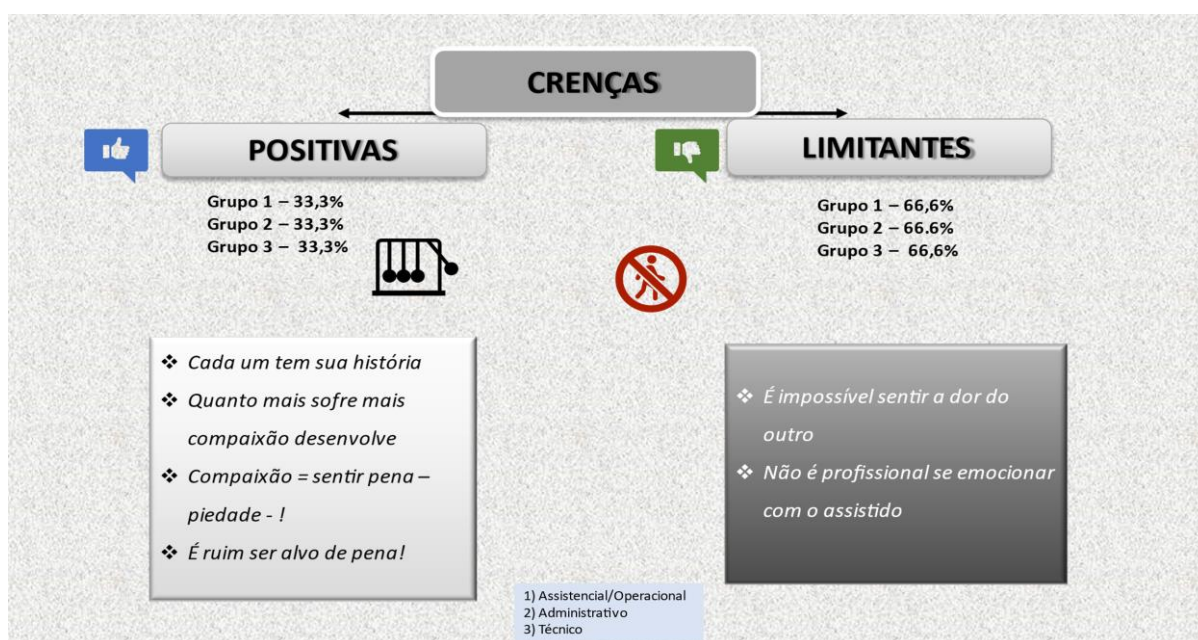


Figura 4

Categorização das crenças e senso comum expressos pelos participantes das oficinas

Fonte: dados da pesquisa

As crenças positivas também foram identificadas nas falas, porém com menor incidência (33, 3%) em todos os grupos. Para Fischer e colaboradores⁵³, a identificação das crenças e do senso comum permite se reconhecer quais são as âncoras utilizadas para se consolidar a concepção coletiva sobre as problemáticas e quais devem ser debatidas e confrontadas a fim de se libertar o agente moral para tomadas de decisões críticas, conscientes e autônomas.

2.3.3 Valores

As expressões dos participantes das oficinas mostraram maior predomínio de valores relacionados com a questão comportamental. Contudo observamos, também, em grande proporção, valores espirituais e sociais (Figura 5). Valores que

⁵¹Jeni Vaitsman. “Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira”, Cad. Saúde Pública, Vol. 18(2002): 37-46.

⁵²Marta L. Fischer et al. “E-caminho do diálogo...”

⁵³Reni Aparecida Barsaglini et al. “Compaixão, piedade e deficiência física...”

demonstram que o grupo como um todo apresenta características humanitárias, que vão além do desenvolver sua rotina de trabalho diária para os mais vulneráveis.

Os valores relacionados com a questão comportamental ficaram mais evidentes no grupo 1, cujos participantes demonstraram, em suas falas, que sentem gratidão em fazer algo para o outro e igualmente se sentem realizados pois percebem a reciprocidade dos assistidos pelo sorriso, pela felicidade, pelo amor e partilha de alegria diariamente. Um dos participantes do grupo 1 coloca em sua fala a alegria que sente nos assistidos: *“A gente vê no rosto dos, nossos assistidos aqui, quando a gente recebe eles, acolhe, dá um bom dia, um oi, eles ficam todos felizes”* (participante grupo 1). Outro participante do mesmo grupo também fala sobre a percepção de alegria que identifica nos assistidos, mesmo diante das limitações destes, e coloca isso como um aprendizado de vida: *“A gente nunca vê eles triste, sempre alegre isso daí é tipo um aprendizado para a gente nunca vê eles assim, triste, sempre sorridente”* (participante grupo 1). Em relação aos profissionais que estão em contato direto com os assistidos, como a equipe da enfermagem, foi mencionado em sua fala o sentimento de gratidão com o trabalho realizado : *“É uma coisa assim muito gratificante para mim como funcionária, como a auxiliar de enfermagem aqui dentro do Cotelengo...”* (participante grupo 1) ... *“o Sorriso deles é mais gratificante do que qualquer valor”* (participante grupo 1). Ainda ficaram evidentes o acolhimento e a reciprocidade que os profissionais sentem durante a realização do seu trabalho. Um participante do setor de manutenção reconhece em sua fala esse sentimento: *“eles é que me fortalecem, eles que me carregam, eles que me dão energia para o meu dia a dia lá fora, muito mais do que eu dou para eles...”* (participante grupo 1).

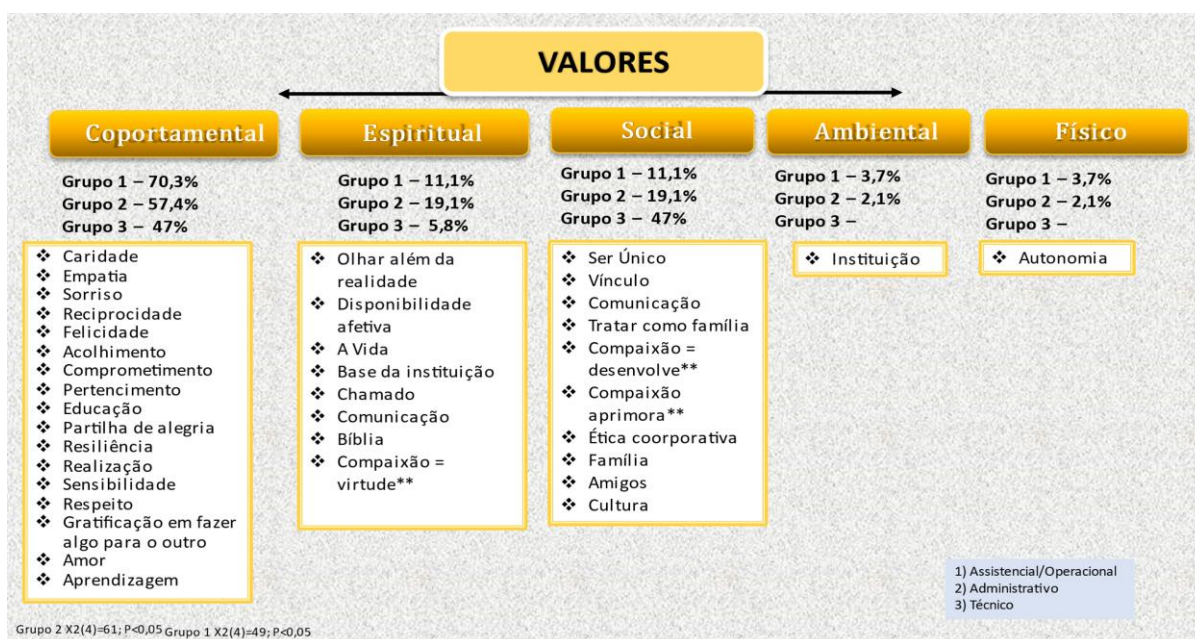


Figura 5

Categorização dos valores demonstrados pelos participantes das oficinas

Fonte: dados da pesquisa

O cuidado profissional às pessoas com deficiências foi evidenciado pelas profissionais de enfermagem no estudo de Lago e Mauyama⁵⁴ que relataram que o cuidar de pessoas com deficiência física é especial, requer paciência, carinho e proximidade, destacando-se como essenciais a comunicação, o contato físico e a troca de “experiências” na convivência. Os autores complementam dizendo que esse cuidado às pessoas com deficiência física não se limita a um cuidado técnico, mas ao reconhecimento dos modos como elas se expressam. Entendem que o profissional, nesse contexto, aprende um modo particular de interação e de cuidar, que ressignifica seu trabalho; a vida e o crescimento profissional e pessoal são evidenciados, ficando claro o prazer que demonstram em trabalhar, e enxergam isso como uma troca de experiências. No entanto, o cuidado do profissional a essas pessoas também é marcado pelo despreparo, pois, ao longo do tempo, a sociedade costumava segregar esses indivíduos por considerá-los inválidos⁵⁵.

Os participantes do grupo 2 relacionaram o trabalho desenvolvido nas diferentes áreas, operacional, administrativo ou técnico, com um “chamado”, algo divino, espiritual. Em sua visão, as pessoas que ali desenvolvem seu trabalho manifestam um olhar além da realidade, têm disponibilidade afetiva e acreditam que a compaixão é praticada diariamente no desenvolvimento das atividades. Ainda nesse sentido referem acreditar que muitos desenvolvem ou aprimoram a compaixão quando ingressam na instituição, pois, além do contato com a dor do outro, são estimulados a olhar e ter atitudes compassivas que estejam em acordo com os ensinamentos da Bíblia e da Igreja, que são as bases principais da instituição. São Luís Orione, o santo fundador do Pequeno Cotolengo, foi uma personalidade marcante com aspectos de rica espiritualidade. Diante das interrogações de seu tempo, dom Orione soube dar respostas adequadas que compuseram aquilo que denominamos de carisma orionita⁵⁶. Esse carisma é propagado até hoje dentro da instituição como percebemos na fala dos profissionais: *“Nós somos uma instituição religiosa né então aqui a gente sempre fala que foi Dom Orione que colocou cada pecinha aqui para desenvolver o trabalho na sua excelência”* (participante grupo 2).

O discurso dos participantes evidenciou a presença do vínculo afetivo que têm com os assistidos no desenvolvimento das atividades e dos cuidados. Percebemos uma relação de cuidado que vai além da prática profissional, da ética corporativa, das regras da instituição ou da profissão. Eles realizam o trabalho com olhar para as necessidades do outro e sentem gratidão em fazerem algo pelo outro, reconhecendo, no olhar dos assistidos, nos sorrisos, a felicidade e reciprocidade de amor e acolhimento. Os participantes referiram ainda um sentimento de pertencimento e de família dentro da instituição. Segundo Santos⁵⁷, quando o sujeito se sente pertencente a uma organização, cria-se uma identidade coletiva, conforme as características que a organização apresenta. Para Barbosa⁵⁸, a cultura de uma

⁵⁴Inacia Sátiro Xavier de França et al. “Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem”, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Vol. 43(2009): 178-185.

⁵⁵Orionitas. O carisma. https://orionitas.com.br/mjo_o_carisma_orionita/ 2022.

⁵⁶Sérgio Ribeiro Santos. “Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual”, Cogitare Enfermagem, Vol. 12(2007): 229-235.

⁵⁷Livia Neves de Holanda Barbosa. “Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração”, Revista de Administração de Empresas, Vol. 36(1996): 6-19.

⁵⁸Arthur Schopenhauer. “Sobre o fundamento da...”

organização pode ser delineada por meio de normas, crenças, valores e padrões centrais que estruturam a dinâmica organizacional.

2.3.4 Potencialidades

As potencialidades foram identificadas na fala dos participantes em todas as oficinas (Figura 6), sendo visíveis elementos de coletividade e de conexão no grupo 2 (administrativo), que colocam a importância de o contato com os assistidos ao presenciarem as dificuldades destes, fazendo-os repensar sua vida, seus objetivos; ao mesmo tempo a oportunidade de conviverem com os assistidos é uma troca de experiências em que todos ganham. A proximidade no dia a dia, mesmo da equipe administrativa, mostra-se importante para se entender as necessidades do assistido, o que este almeja. Identificar a alegria nas expressões e sorrisos dos assistidos é uma importante força motriz da instituição que trabalha sempre buscando pessoas para comporem seu quadro de funcionários que tenham olhares diferenciados, humanos. Pontuam os participantes: *“... a gente busca pessoas que têm esse outro olhar, olhar de compaixão de caridade ... O nosso trabalho é muito mais do que o vínculo trabalhista, a gente tem um vínculo de amor a gente tem um vínculo de compaixão eu não sei a dor do assistido, eu não sinto a dor do assistido eu não sinto eu não sei a história do assistido o que eu sei é que eu posso dar o meu amor meu carinho eu sei que eu posso fazê-lo sentir melhor, e fazer com que ele se sinta amado nessa instituição ele se sinta cuidado.... Então esse aqui que para mim é o combustível né retroalimentação todo sempre né é problemas que a gente tem desafios a gente tem mas acho que move mesmo né esse amor essa compaixão esse carinho... .”* (participante grupo 2). Notamos, na fala do participante do setor de gestão de pessoas, a preocupação em buscar pessoas, desde o processo seletivo, que tenham os mesmos valores e princípios que a instituição, que possam desenvolver um trabalho humano e com olhar de compaixão, independente da área em que forem atuar: *“... nós queremos que o Cotelengo tenha profissionais desde um que limpe, que cuide, que aplique, que faça uma punção, ou que faça um atendimento psicológico ou que seja um médico fazendo um prognóstico que a gente tenha a compaixão, que a gente viva a compaixão, não é apenas tê-la em mente, mas é vivê-la”*. Outro participante do grupo administrativo coloca, em sua fala, o valor que reconhece em seu trabalho. Mesmo que este não seja executado no cuidado direto, são notórios a importância e o valor que esse trabalho traz para o cuidado de cada assistido: *“existe uma representatividade na ação que eu faço lá na frente do computador para aquilo que está chegando aquela pessoa que teve um abandono, mas que está recebendo um Cuidado um abraço um afeto pelo pequeno Cotelengo* (participante grupo 2).

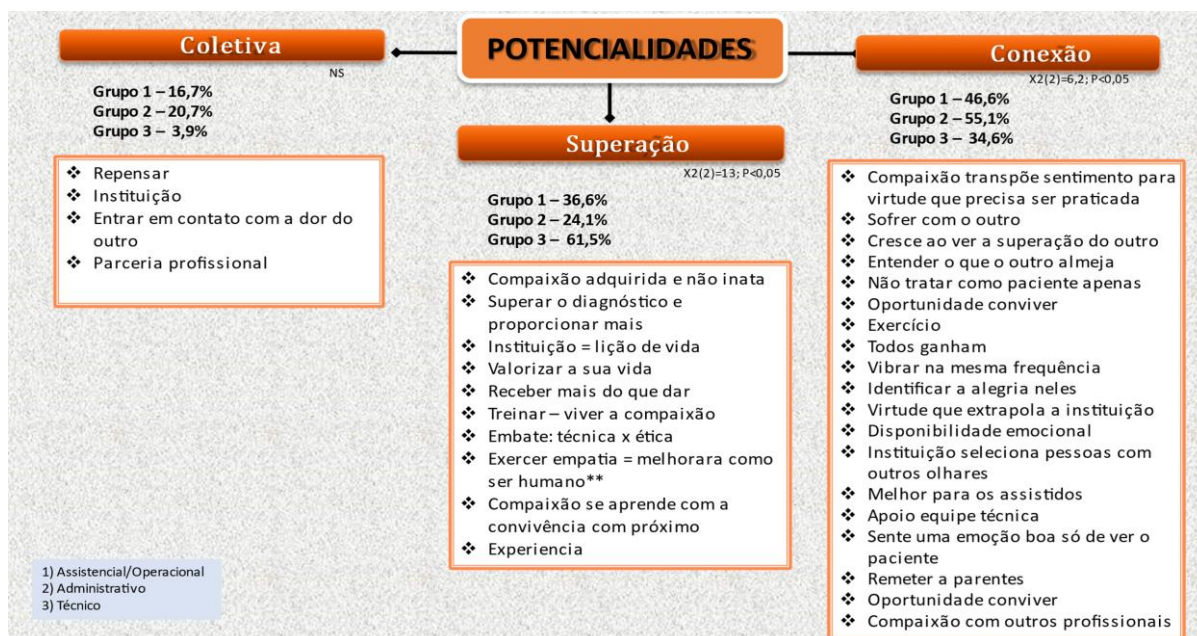


Figura 6

Categorização das potencialidades identificadas pelos participantes das oficinas

Fonte: dados da pesquisa

2.4 Considerações Finais

A presente pesquisa, no recorte proposto, permitiu respondermos à pergunta norteadora e caracterizarmos como a compaixão, desdobrada em acolhimento e atendimento, é identificada pelos profissionais que trabalham com os moradores e pacientes do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo Paranaense. Sendo assim, foi possível atingirmos o objetivo de compreender a compaixão sob a perspectiva dos profissionais que trabalham com pessoas que apresentam deficiências múltiplas. Consequentemente, possibilitou a identificação das fragilidades, valores e potencialidades que poderão servir como subsídios para se implementar e propor melhorias contínuas no desenvolvimento do cuidado.

A análise dos resultados possibilitou o estabelecimento de trilhas interpretativas, destacando-se o segmento profissional e o tempo de instituição como fatores condicionantes que refletem nos participantes a compaixão e o cuidado. Uma das limitações da pesquisa foi a ausência de representante dos profissionais médicos que, por questões de horários, não puderam participar da oficina. Contudo, essa limitação não foi um impeditivo para caracterizarmos o cenário proposto, uma vez que outros profissionais técnicos estiveram presentes representando uma das variáveis da pesquisa.

A partir das narrativas dos profissionais de acolhimento, foi possível entendermos a compaixão como amparo e como a força motriz de inovação para o cuidado em saúde, principalmente de populações vulneráveis. Também foi possível estabelecermos a confluência entre a compreensão da compaixão como uma qualidade única do ser humano, virtude e cuidado e os princípios da bioética. A identificação de situações que persistem em colocar em risco a dignidade, autonomia e qualidade de vida do ser humano, em especial dos mais vulneráveis

que necessitam do cuidado integral, é um recurso para não comprometer a sua sobrevivência.

Na compaixão, segundo Schopenhauer⁵⁹, caem as barreiras da individualidade e, com isso, do egoísmo. Nesse sentido esse teórico diz, ainda, que a compaixão é um mistério, pois, na medida em que eu sinto com o outro, em que percebo seu sofrimento como meu, são suspensas a minha identidade e a do outro. Portanto, a universalidade da compaixão não é quantitativa, mas qualitativa. Ela nega a dimensão em que geralmente vivemos e devemos viver, quando nos distinguimos dos outros, seja em atitude egoísta ou altruísta.

Com este estudo, esperamos despertar maiores debates sobre o cuidado de pessoas que sofrem de múltiplas vulnerabilidades, pautados nos princípios bioéticos e direitos humanos da assistência em saúde. Partindo do princípio de que as vulnerabilidades se estendem aos profissionais bem como à própria instituição, a presente pesquisa sustenta a sugestão de implementação das ações com a constituição de um comitê de bioética aos moldes dos comitês de bioética hospitalar⁶⁰. O comitê multidisciplinar, intermediado por bioeticistas, visa, por meio da deliberação coletiva, ao consenso na tomada de decisão a respeito de condutas, garantindo a preservação dos direitos humanos, obviamente apoiando a autonomia e a decisão compartilhada. O fortalecimento dos princípios do cuidado integral igualmente objetiva inspirar e despertar, nos profissionais, a compaixão, para seguirem enfrentando desafios diários no desenvolvimento das suas atividades de trabalho. Dessa forma, vislumbramos a transformação da cultura corporativa local, cujo exemplo e a divulgação de resultados positivos podem se constituir de multiplicadores e inspiração para que mais instituições invistam na qualidade de vida de trabalhadores e pacientes por meio da qualidade das relações interpessoais balizadas pela compaixão.

Agradecimentos

À toda equipe do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo, aos funcionários e assistidos que contribuíram de forma direta ou indireta na construção deste estudo

Referências

Barbosa, Ingrid de Almeida; Silva, Maria Júlia Paes. “Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário”. Revista brasileira de enfermagem, Vol: 60(2007): 546-551.

Barbosa, Lívia Neves de Holanda, “Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração”, Revista de Administração de Empresas, Vol: 36(1996): 6-19.

Bardin, Laurence. Análise do conteúdo. (São Paulo: Edições 70, 2011).

⁵⁹ Kelson Kawamura et al. “Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades”, Revista Bioética, Vol. 20(2012): 140-149.

⁶⁰ Mariana Sayago, Rogério Amoretti. “Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação”. Revista Bioética, Vol. 29(2022): 832-843

Barsaglini, Reni Aparecida; Biato, Emília Carvalho Leitão, “Compaixão, piedade e deficiência física: o valor da diferença nas relações heterogêneas”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol: 22(2015): 781-796.

Bittencourt, Renato N. “Justiça, caridade e compaixão na Metafísica da Ética de Schopenhauer”, *Revista Voluntas: estudos sobre Schopenhauer*, Vol: 1, n. 1 (2010): 49-70.

Boaventura, Luiz Carlos; Borges Heloise Cazangi; OzakiArmando Hitoshi, “Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos”, *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, Vol: 21, n. 10(2016): 3193-202.

Bocchi, Silvia Cristina Mangini, “Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 12(2004): 115-121.

Boff, Leonardo, “Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra”. 9. ed. (Petrópolis: Vozes, 2003).

Boff, Leonardo, “O princípio de compaixão e cuidado”. 4. ed. (Petrópolis: Vozes, 2009).

Comte-Sponville, André. *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*. Tradução: Eduardo Brandão. 1 edição. (São Paulo: Martins Fontes, v. 392, 2009).

De Sá Santos, Alessandra Alcides et al. “Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral”, *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol. 9, n. 3(2010): 503-509.

Faller, Jossiana W.; Teston, Elen F.; Marcon, Sonia S. “Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities”, *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, Vol: 24(2015): 128-137.

Fischer, Marta L. et al. “Caminho do diálogo II: ampliando a experiência bioética para o ensino médio”. *Revista Bioética*, Vol: 28(2020): 47-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Ng7bBVX5594LYV7cC4Xsxxr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2022.

Fischer, Marta L. et al. “Caminho do diálogo: uma experiência bioética no ensino Fundamental”. *Revista Bioética*, Vol: 25(2017): 89-100. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/t5TqGkvgy5y9r45sXkRbTkC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 set. 2022.

Fischer, Marta Luciane et al. “E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética”. *Revista Bioética*, Vol:30(2022): 258-271.

França, Inácia Sátiro Xavier de et al. “Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43(2009): 178-185.

Goffman, Erving, “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. (Rio de Janeiro: LTC, 1988).

Gonçalves, Anna Beatryz et al. “Pacientes psiquiátricos institucionalizados e empatia: pesquisa-intervenção realizada com universitários”. VII CONEDU -Conedu em Casa. (Campina Grande: Realize, 2021). Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79856>>. Acesso em: 22 set. 2022.

Heidemann, Ivonete T S Bet al. “Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde”, *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, Vol:26(2017). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/pdf/HS9bS8fqwp5BTcPqL64L/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 set. 2022.

Hollanda, Aurélio Buarque de. Aurélio. Dicionário básico de língua portuguesa. São Paulo, 1988. Júnior, Cleber Soares et al. “Tolerância, coragem e compaixão: virtudes cardinais do cirurgião”, *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Vol. 39, (2012): 155-158.

Kawamura, Kelson et al. “Comitê hospitalar de bioética: êxitos e dificuldades”, *Revista Bioética*, Vol. 20, n. 1(2012): 140-149.

Lago, Daniely Beatrice Ribeiro do et al. “Significados do cuidado no contexto da deficiência física”, *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol. 13, n. 2(2014): 372-380.

Le Breton, David, “A sociologia do corpo”. (Petrópolis: Vozes, 2006).

Magnani, José Cantor. “Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas”. In: Durham, Eunice Ribeiro et al. “A aventura antropológica: teoria e pesquisa”. Org. por Cardoso, Ruth CL. (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986), p. 127-40.

Marcu, Afrodita et al. “Analogies, metaphors, and wondering about the future: lay sensemaking around synthetic meat”, *Public Understanding of Science*, Bristol, Vol. 24, n. 5(2015): 547-562.

Marques, Carlos Alberto, “Implicações políticas da institucionalização da deficiência”, *Educ. Soc.*, Vol. 19, n. 62(1998):105-122.

Martins, Teresa et al. “Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais”, *Rev Esc Enferm USP*, Vol: 49(2015): 236-244.

Mendes, Isabel Amélia Costa, “Enfoque humanístico da comunicação em enfermagem”. (São Paulo: Sarvier, 1994).

Mukai, Helena Ayako; Jericó, Marli de Carvalho; Perroca, Márcia Galan. “Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 21(2013): 340-347.

Orionitas, “O carisma”. Disponível em: <https://orionitas.com.br/mjo__o_carisma_orionita/>. Acesso em: 22 set. 2022.

Othero, Marília Bense; Dalmaso; Ana Sílvia Whitaker. “Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola”, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 13(2009):177-188.

Paes da Silva, Maria Julia, “Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações”. (São Paulo: Edições Loyola, 1996).

Paes da Silva, Maria Júlia, “Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas”, *Revista Paulista de Enfermagem*, Vol. 21, n. 1(2002): 5-11.

Paraná, Pequeno Cotelengo do <<https://www.pequenocotelengo.org.br/como-atuamos>> 2022.

Rios, Izabel Cristina, "Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde, Revista brasileira de educação médica, Vol. 33(2009): 253-261.

Rodrigues, Mariana de Sousa Dantas et al. "Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo", Revista Mineira de Enfermagem, Vol. 25(2021):1-13.

Santanna Carolina; Hennington Élide Azevedo; Junges José Roque, "Prática médica homeopática e a integralidade", Interface (Botucatu), Vol. 12(2008): 233-246.

Santos, Sérgio Ribeiro, "Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual", Cogitare Enfermagem, Vol. 12, n. 2(2007): 229-235.

Sayago, Mariana; Amoretti Rogério, "Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação", Revista Bioética, Vol. 29(2022): 832-843.

Schopenhauer, Arthur, "Sobre o fundamento da moral". (São Paulo: Martins Fontes, 2001).

Schraiber, Lilia Blima, "No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina", Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Vol.1(1997): 123-140.

Silva, Elizeu do Nascimento, "A importância do desenvolvimento da compaixão em estudantes de enfermagem", Revista Científica UMC, Vol. 5, n. 3(2020).

Souza, José H A, "Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia doCovid-19". Pubsáude, Maringá, Vol.3 (2020): 1-2.

Stefanelli, Maguida Costa, "Comunicação com paciente – teoria e ensino". 2.ed. (São Paulo: Robe Editorial, 1993).

Vaitsman, Jeni, "Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira", Cad. Saúde Pública, Vol. 18, supl. (2002): 37-46.

Vásquez, Adolfo Sanchez, "Ética", 20. ed. (Rio de Janeiro:Civilização Brasileira, 2000).

Zoboli, Elma, "A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética", Revista Iberoamericana de Bioética, Madrid, Vol. 2(2016): 1-19. Disponível em: <<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7348>>. Acesso em: 22 set. 2022.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto dos avanços tecnológicos e inovações, o foco do cuidado dos profissionais de saúde com os pacientes muitas vezes deixa de ser individual, humano e com olhar de compaixão ao próximo, tornando-se automático ou robotizado.

Em meio a tantos dilemas éticos ocasionados pelos avanços tecnológicos crescentes, não poderão ser omitidos o respeito e a proteção à dignidade humana. A escolha de recursos a serem utilizados tomando-se como base o quadro clínico, diagnóstico ou prognóstico do paciente em relação à ação terapêutica, deve ser realizada com cuidado, com olhar humano às necessidades e desejos do paciente.

Assim, a comunicação entre os profissionais da saúde e com o paciente e seus familiares deve ser clara e honesta, com espírito de compaixão e solidariedade; atitude que não é possível de ser programada e realizada por meio do uso de nenhum tipo de tecnologia ou inteligência artificial, pois envolve emoções e sentimentos humanos no cuidado com a saúde do próximo.

É a compaixão que nos move, sem refletirmos, a tomar uma ação para levarmos alívio aos que sofrem. O saber científico não pode ficar guardado em si mesmo. Os profissionais da assistência e cuidados em saúde necessitam dialogar expondo e explorando diversos posicionamentos em busca de levarem conforto e alívio ao ser humano vulnerável, fazendo da técnica um caminho entre a ciência e o paciente.

A compaixão tem grande importância para o bem-estar emocional individual e da sociedade. Só existe compaixão quando se reconhece o sofrimento ou iminência do sofrimento de outra pessoa.

As pessoas devem estar abertas para verem pelo viés do outro e tomarem atitudes que levem ao bem-estar coletivo. A compaixão é responsável por ações altruístas, ou seja, atitudes em benefício do outro que podem não ser as melhores para si mesmo.

Com este estudo, esperamos o fortalecimento dos princípios do cuidado integral, e, igualmente, inspirar e despertar, nos profissionais de saúde, o olhar de

compaixão com respeito aos valores e princípios éticos que permeiam todas as fases da vida.

Neste estudo, ficou evidente que a alegria que vem dessa intenção altruísta de compaixão é um remédio poderoso para nossas aflições, nossas dores. Ver o outro como igual e tão complexo como nós gera a sensação de não estarmos sozinhos, de não nos fecharmos em nossos problemas individuais, de entendermos que somos parte de um meio e que podemos agir a favor disso para o nosso bem e o de todos.

A partir das narrativas dos profissionais, podemos destacar que, pelo encontro com o outro, a compaixão pode ser o amparo, mas também a força motriz de inovação para o cuidado em saúde, principalmente de populações vulneráveis. Ao ficar a par do problema de outra pessoa, o indivíduo com compaixão pensa em estratégias para resolver a questão.

Ainda que não seja possível se eliminar o problema do outro definitivamente, é possível se amenizar a forma como a pessoa se sente. O desejo de tornar a existência de alguém mais tranquila é ter compaixão.

Os profissionais que trabalham com situações de vulnerabilidades necessitam ser estimulados continuamente para reconhecerem, em suas capacidades individuais, a importância do diálogo no enfrentamento dos desafios diários para o olhar compassivo. Dessa forma, vislumbramos a constante transformação da cultura corporativa local, cujo exemplo e a divulgação de resultados positivos proporcionam multiplicadores para toda a sociedade.

Esperamos que esta dissertação possa contribuir com a ampliação dos protocolos e aperfeiçoamento de processos humanizados, efetivando melhorias no local de trabalho, bem como agregar novas funcionalidades como referência de atendimento. Deixamos como sugestões a implementação de um Comitê de Bioética dentro do Complexo de Saúde Pequeno Cotelengo bem como a realização de novos estudos voltados para os funcionários com o tema fadiga por compaixão.

Acreditamos ser esses possíveis meios de se efetivar melhorias no local de trabalho bem como de se redefinir novidades e inovação ao cuidado e qualidade de

vida de quem cuida e de quem é cuidado, neste caso os funcionários do Complexo e os assistidos portadores de deficiências múltiplas.

REFERÊNCIAS

- BARSAGLINI, R. A.; BIATO, E. C. L. Compaixão, piedade e deficiência física: o valor da diferença nas relações heterogêneas. **Hist. cienc. saude**, Manguinhos, v. 22, n. 3, p. 781-796, jul./set. 2015.
- BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BITTENCOURT, R. N. Justiça, caridade e compaixão na metafísica da ética de Schopenhauer. **Revista Voluntas**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 49-70, 1.Sem. 2010.
- BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CORRADI-PERINI, C.; PESSINI, L.; SOUZA, W. **Bioética, humanização e fim de vida**: novos olhares. Curitiba: CRV, 2018.
- FERREIRA, P.; SOUZA, G. As pessoas com deficiência segunda as constituições brasileiras de ontem e de hoje: políticas públicas, direitos e garantias fundamentais. **Revista Via Iuris**, Bogotá, Colombia, n. 20, p. 29-50, Enero-Junio. 2016.
- GARRAFA, V.; SOARES, S. P. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. **Bioethikos**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 247-258, 2013.
- GILLIGAN, C. **Uma voz diferente**: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.
- GYATSO, T. **Compaixão e o indivíduo**. Disponível em: <https://www.dalailama.com/messages/compassion-and-human-values/compassion>. Acesso em: 20 nov. 2022.
- KITTAY, E. **Love's labor**: essays on women, equality and dependency: Nova Iorque: Routledge, 1998.
- LAKSHMI. **A menina-deusa**. Documentário: Discovery Channel, 45 min., Inglaterra, 2008.
- LANE, H. Construction of deafness. In: DAVIS, L. **The disability studies reader**. Nova Iorque: Routledge, 1997. p. 153-171.
- OLIVEIRA, L. A.; AYRES, J. R. de C. M.; ZOBOLI, E. L. C. P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 363-375, jun. 2011.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Doc. A/61/611. Nova Iorque: ONU, 13 dez. 2006.

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

POTTER, V. R. **Ponte para o futuro**. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

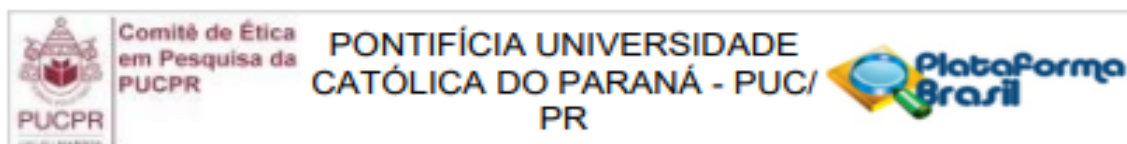
ROSANELI, C. F. Diante da dor dos outros. *In*: ROSANELI, C. F. **Fomes Contemporâneas**. Curitiba: PUC PRESS, 2020. p. 8-14.

SILVA, M. J. P. da; GIMENES, O. M. P. V. Eu-o cuidador. **Mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 306-309, jul./ago. 2000.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004.

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Bioética ConVida você a percorrer o Caminho do Diálogo - 4a versão

Pesquisador: Marta Luciane Fischer

Área Temática:

Versão: 9

CAAE: 48091515.4.0000.0100

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.756.058

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda ao projeto, sendo que a proposta é avaliar a efetividade do uso de metodologias de ensino inovadoras da Bioética para crianças do ensino fundamental. Através do método de ensino adotado por Aristóteles denominado de peripatético. Nesta Emenda serão incluídos novos participantes para oficinas com novas temáticas, de acordo com a carta de justificativa anexada na PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1734072_E4.pdf, de 12/05/2021.

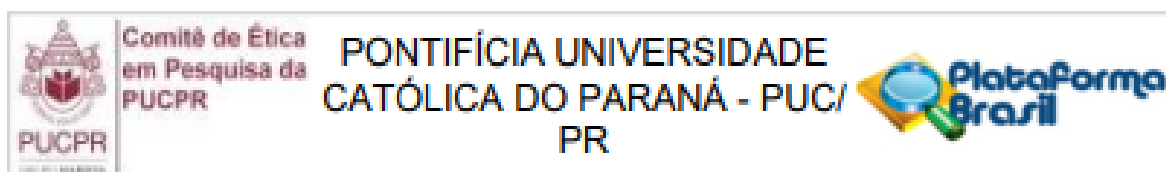
Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário nesta etapa IV - Ampliar a aplicação do método de deliberação bioética em espaços virtuais

Os objetivos secundários na etapa IV:

- Avaliar como cada tema foi trabalhado e construído; - Avaliar os valores são demonstrados pelo público trabalhado no grupo focal;
- Analisar a relação estabelecida entre os mestrandos, profissionais e sociedade
- Avaliar como foi a interação e receptividade de envolvidos com as temáticas: Compaixão na narrativa de profissionais de ; acolhimento de pessoas com deficiências múltiplas; narrativa de profissionais de saúde diante dos enfrentamentos durante a Pandemia Covid-19 e Cuidados paliativos em animais de companhia

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 4.756.058

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É possível que aconteçam desconfortos ou riscos aos participantes (profissionais e sociedade). Aplicadores da ação (mestrandos e docentes) tais como a sensibilização e mobilização emocional, que podem ocorrer na abordagem dos temas. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: o participante da ação não será obrigado nem coagido a participar de nenhuma atividade ou responder qualquer pergunta, além disso será assegurado que será mantido total anonimato, sendo os dados arquivados codificados e jamais associado com autor. O participante se sentir mais confortável também pode entrar anonimamente na oficina e participar via chat. Em decorrência do próprio método bioético que traz intrinsecamente nos espaços deliberativos uma perspectiva de acolhimento e direcionamento das falas para promover a sinergia dos agentes morais, como medida mitigatória se prevê oficinas de capacitação dos acadêmicos que irão conduzir a oficina com apoio de docentes do PPGB atuantes nesse segmento e que estarão presentes durante a ação para orientar a condução do diálogo, intervindo em situações que possam colocar o participante em risco.

Benefícios:

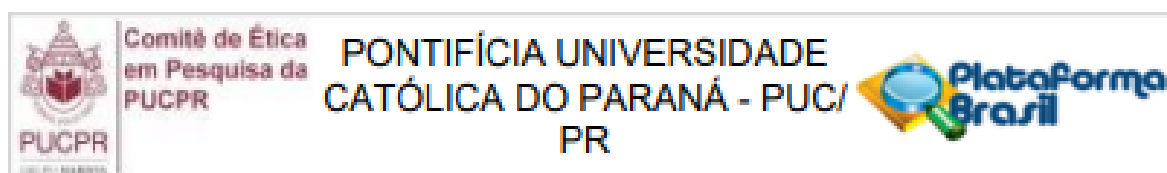
Os participantes (profissionais e sociedade), Aplicadores da ação (mestrandos e docentes) irão contribuir para mobilização da sociedade com intuito de englobar uma abordagem multi e interdisciplinar da Bioética. Os participantes terão a possibilidade de vivenciar e protagonizar a construção de formas sobre pensar as questões de inclusão e contribuir para elaboração de um material bibliográfico posterior à ação, contudo não terão benefícios diretos imediatos ou a longo prazo com os resultados que serão originados desta pesquisa.

Obs: Riscos e benefícios extraídos literalmente do que consta na PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1734072_E4.pdf, de 12/05/2021.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consta na carta anexada na PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1734072_E4.pdf, de 12/05/2021, que a presente ementa visa a solicitação de alteração da inclusão de três novas oficinas da Ação E-Caminho do diálogo aprovado como formato remoto da ação presencial do Caminho do diálogo. A

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 4.756.058

ação foi realizada em dezembro de 2020 durante o III Congresso Iberoamericano de Bioética com intuito de testar a metodologia. Os resultados foram analisados e submetidos para avaliação para publicação em revista científica e como componente de uma obra literária em estágio final de produção. Contudo, os pesquisadores sentiram a necessidade de inclusão de testar a metodologia diante de outros grupos focais, além do corpo de bioeticista testado na primeira versão. Assim, solicita-se a inclusão de três novas oficinas e seus respectivos grupos:

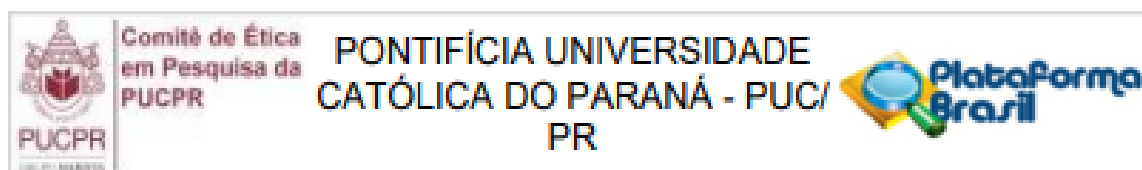
a) Tema: Compaixão na narrativa de profissionais de acolhimento a pessoas com deficiências múltiplas - Grupos: amostra será composta por 5 grupos: profissionais da alimentação da produção, distribuição e que oferta dieta aos pacientes; profissionais da saúde ligados ao cuidado (área da medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e nutrição); profissionais da higienização, hotelaria, serviços gerais e manutenção, profissionais da educação e profissionais da gestão (Recursos humanos, diretoria, pesquisa e serviços gerais). Período de realização: julho de 2021

b) Tema: Narrativa de profissionais de saúde diante dos enfrentamentos durante a Pandemia Covid-19. Grupos: amostra será composta por 3 grupos: profissionais da saúde ligados à área de ensino, profissionais de saúde que tiveram formação prévia em bioética e profissionais que atuam na linha de frente sem formação prévia em bioética. Período de realização: julho de 2021

c) Tema: Cuidados paliativos em animais de companhia. Grupos: amostra será composta por 3 grupos: tutores, médicos veterinários e protetores animais. Período de realização: julho de 2021

O grupo focal será realizado em salas virtuais, mantendo o formato restrito aos participantes inscritos e concordantes com o TCLE - limitados ao número de 10 participantes cada sala. Toda fundamentação, objetivos, hipóteses e propósitos se mantêm com os mesmos. A ação terá duração de cerca de 2h, as reuniões serão gravadas, nos comprometendo a destruir a gravação após os dados serem transpostos codificados para planilhas eletrônicas. Os participantes serão convidados a participarem espontaneamente por meio da divulgação da oficina em redes sociais de grupos vinculados aos temas desenvolvidos. Os participantes da oficina terão a oportunidade para debaterem a temática de interesses intermediados por mestres e doutores em bioética que detêm a habilidade de mediação. Conforme o debate se processa um mestrando montará um mapa mental que será apresentado aos participantes como produto do debate ao final da oficina. Um mestrando irá monitorar o chat que estará aberto ao diálogo durante a oficina. Os dados resultantes, serão analisados segundo metodologias de análise de conteúdo e serão veiculados no livro associado com a ação, bem como em artigos científicos. Assim, as mudanças relativas a esse

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-001
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 4.756.058

projeto correspondem apenas a mudança do ambiente real para virtual, sendo necessário o preenchimento da inscrição com assinatura de TCLE disponibilizado no sistema Qualtrics no endereço https://pucpr.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_0uGZghev4N5BeSO. Devido as necessidades de ajustes, o TCLE foi também alterado, sendo uma nova versão inserida no sistema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE que consta no link de acesso para inscrição dos interessados com ajustes nessa versão da proposta.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da carta da Emenda e dos dados que constam no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1734072_E4.pdf, de 12/05/2021 e considerando as pendências indicadas no Parecer 4.705.025, de 11 de maio do corrente ano, as pendências foram consideradas todas superadas nesta submissão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1734072_E4.pdf	12/05/2021 10:16:40		Aceito
Outros	justificativa_ementa_4.docx	12/05/2021 09:39:30	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Etapa_IV.docx	12/05/2021 09:38:50	Marta Luciane Fischer	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

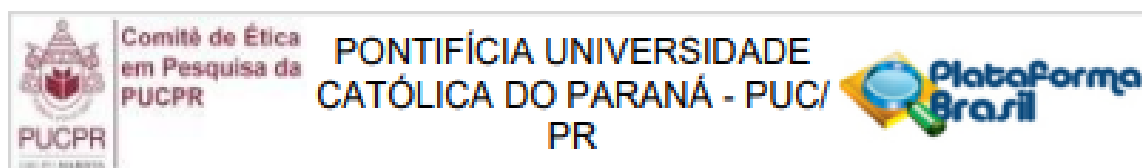
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 4.756.058

Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa_IV.docx	12/05/2021 09:38:50	Marta Luciane Fischer	Aceito
Outros	justificativa_ementa_4.pdf	11/04/2021 10:26:44	Marta Luciane Fischer	Aceito
Outros	questionario.pdf	04/11/2020 08:05:56	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes_acao_Etapalll_Eca minho.docx	04/11/2020 08:04:43	Marta Luciane Fischer	Aceito
Outros	justificativa_ementa3.docx	09/10/2020 17:14:24	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes_acao_Etapalll_novo.docx	09/10/2020 17:11:26	Marta Luciane Fischer	Aceito
Outros	E_Caminho_do_Dilogo_quest.docx	09/10/2020 17:10:05	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes_acao_Etapalll_corr.pdf	11/03/2020 07:24:43	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevistados_Etapalll_corr.pdf	11/03/2020 07:24:19	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Aplicadores_acao_Etapalll_corr.pdf	11/03/2020 07:24:04	Marta Luciane Fischer	Aceito
Outros	CARTA_DE_EMENDA_AO_PROJETO.pdf	03/02/2020 15:06:53	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevistados_Etapalll.docx	03/02/2020 15:06:31	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Participantes_acao_Etapalll.docx	03/02/2020 15:06:18	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Aplicadores_acao_Etapalll.docx	03/02/2020 15:05:19	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7a16.docx	10/05/2018 14:57:25	Marta Luciane Fischer	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 4.756.058

Ausência	7a16.docx	10/05/2018 14:57:25	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	menores18.docx	10/05/2018 14:56:45	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	16a18incompleto.docx	10/05/2018 14:55:24	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.docx	10/05/2018 14:54:42	Marta Luciane Fischer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Estudantes menores.doc	06/08/2015 15:58:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Estudantes maior 18.doc	06/08/2015 15:57:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Estudantes de 16 a 18.doc	06/08/2015 15:57:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Mestrandos.doc	06/08/2015 15:57:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE graduandos.doc	06/08/2015 15:57:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Professores.doc	06/08/2015 15:56:59		Aceito
Folha de Rosto	diálogo.jpg	06/08/2015 15:11:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BioÉtica ConVida você a percorrer o Caminho do Diálogo.docx	06/08/2015 07:48:12		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-001

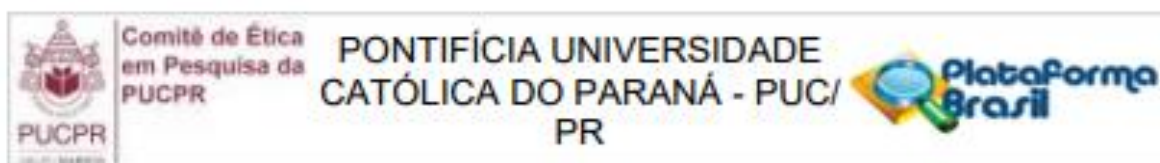
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 4.756.058

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Junho de 2021

Assinado por:
Ana Carla Efig
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br