

Ética e gestão na saúde pública, uma análise crítica

Ethics and management in public health, a critical analysis

Ética y gestión de la salud pública, un análisis crítico

RESUMO

A Gestão Pública em Saúde emerge como uma ação política terminante para garantir a qualidade dos serviços e a eficiente alocação de recursos. Nesse sentido, a gestão em saúde não apenas organiza e administra os sistemas de saúde, mas também reflete valores éticos e morais que buscam o bem-estar coletivo e a justiça social, constituindo-se como uma expressão concreta da responsabilidade política para com a sociedade. No cenário da área da Saúde Pública, a ética surge como um pilar fundamental, para contribuir com a gestão em saúde que não atenda apenas às demandas individuais, mas, sobretudo, beneficie o coletivo, traçando um caminho mais humanizado e equitativo dentro da perspectiva da Saúde Coletiva.

DESCRITORES: Gestão em Saúde; Saúde Pública; Ética; Equidade.

ABSTRACT

Public Health Management emerges as a decisive political action to guarantee the quality of services and the efficient allocation of resources. In this sense, health management not only organizes and manages health systems, but it also reflects ethical and moral values that seek collective well-being and social justice, constituting a concrete expression of political responsibility towards society. In the Public Health area, ethics emerges as a fundamental pillar, to contribute to health management that does not only meet individual demands, but, above all, benefits the collective, tracing a more humanized and equitable path within the perspective of Public Health.

DESCRIPTORS: Health Management; Public health; Ethic; Equity.

RESUMEN

La Gestión de la Salud Pública ha surgido como una acción política clave para garantizar la calidad de los servicios y la asignación eficiente de los recursos. En este sentido, la gestión sanitaria no sólo organiza y administra los sistemas de salud, sino que también refleja valores éticos y morales que buscan el bienestar colectivo y la justicia social, constituyendo una expresión concreta de responsabilidad política hacia la sociedad. En el campo de la Salud Pública, la ética surge como un pilar fundamental para contribuir a una gestión sanitaria que no sólo atienda a las demandas individuales, sino que sobre todo beneficie a la colectividad, trazando un camino más humanizado y equitativo dentro de la perspectiva de la Salud Colectiva.

DESCRIPTORES: Gestión de Salud; Salud Pública; Ética; Equidad.

RECEBIDO EM: 29/04/2024 **APROVADO EM:** 01/07/2024

Como citar este artigo: Araújo E.F, Paulino C.S, Araújo P.F, Araújo W.F, Araújo M. F, Pereira. A.C. Ética e gestão na saúde pública, uma análise crítica . Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2024 [acesso ano mês dia];14(91):13460-13465. Disponível em: DOI: 10.36491/saudecoletiva.2024v14i91p13460-13465.

- ID Enoque Fernandes de Araújo**
Dentista. Filósofo. Teólogo. Mestre. Doutorando em Odontologia, área de Saúde Coletiva (FOP- UNICAMP).
ORCID: 0000-0003-3239-1467
- ID Cristiane dos Santos Paulino**
Dentista. Mestra. Doutoranda em Odontologia, área de Saúde Coletiva (FOP- UNICAMP).
ORCID: 0000-0002-9596-0818
- ID Pedro Fernandes de Araújo**
Enfermeiro (UNESP). Estudante de medicina (FITS-PE).
ORCID: 0000-0002-1435-8834
- ID Wanderley Fernandes de Araújo**
Médico clínico (UNIFACISA-PB). Educador Físico (UEPB).
ORCID: 0000-0001-8190-5052
- ID Margarida Fernandes de Araújo**
Enfermeira (UFCG-PB). Especialista em Enfermagem do trabalho.
ORCID: 0000-0003-0193-5222
- ID Antonio Carlos Pereira**
Docente titular da Fop-Unicamp. Dentista (Fop-Unicamp).
ORCID: 0000-0003-1703-8171

INTRODUÇÃO

A gestão em saúde é uma ação política em práticas de saúde com vínculo no exercício de governar. A qual pode introduzir regras e procedimentos que aparentemente limitam a autonomia individual, mas isso pode ser necessário para garantir a qualidade dos serviços, a segurança do paciente, a qualidade dos cuidados e a alocação eficiente de recursos^{1,2}. A governança em saúde também pode ser uma ferramenta para padronizar práticas e promover a adoção de diretrizes baseadas em evidências, o que pode ser benéfico para a qualidade do atendimento e organização da gestão em saúde. Compreende um conjunto de atividades que visam a administração, organização e planejamento desses serviços, abrangendo desde a alocação de recursos até a implementação de políticas de saúde³.

Tardiamente, a partir de 1990, o Brasil iniciou a regulamentação das leis aprovadas em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF). A Nova Gestão Pública (NGP) redefiniu as funções do Estado em relação à Gestão Pública em Saúde (GPS), de modo

que fosse mínima e estratégica, pois, a NGP assumiu o compromisso de aumentar a governança do Estado, no sentido de prevalecer a sua capacidade administrativa para governar de forma eficaz e eficiente, transferindo para o setor privado uma fração significativa de execução dos serviços à população⁴.

Os desafios enfrentados pela gestão pública em saúde são diversos e complexos, inclusive na dimensão da ética prática. Desde questões relacionadas ao financiamento insuficiente até a escassez de recursos humanos qualificados, os gestores de saúde enfrentam constantes dilemas na busca por garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Além disso, a gestão eficaz dos serviços de saúde requer a implementação de modelos de gestão adequados, que possibilitem a otimização dos recursos disponíveis e a melhoria contínua da qualidade do atendimento prestado à população^{1,3,5}.

O SUS enfrenta desafios inerentes do modelo atual de gestão, o qual não consegue concretizar os pressupostos do SUS de forma equânime e ética^{4,6}. O SUS enfrenta problemas que chegam a ser considerados crônicos no setor da gestão, a saber, falta de recursos, gestores

incapacitados e infraestrutura deficiente, desigualdades regionais¹. Este contexto apresenta um paradigma alheio aos princípios éticos por supervalorizar o aspecto da governança e não equilibrar com uma prática pautada pela ética^{6,7}.

A ética desempenha um papel fundamental na gestão em saúde pública, pois envolve questões morais e valores que orientam as decisões dos gestores e profissionais de saúde no planejamento, implementação e avaliação das políticas e programas de saúde⁶. A gestão em saúde pública requer uma abordagem ética que considere não apenas os interesses individuais, mas também o bem-estar coletivo e a justiça social⁷.

Em um contexto de recursos limitados e demandas crescentes por serviços de saúde, os gestores enfrentam constantes dilemas éticos relacionados à alocação de recursos, priorização de serviços e equidade no acesso à saúde. Decisões difíceis devem ser tomadas levando em consideração princípios éticos como justiça, beneficência, não maleficência e autonomia, buscando sempre o maior benefício para a maior quantidade de pessoas⁸.

Já se passaram mais de três décadas da criação do SUS e, olhando para o passa-

do com fulcro no presente, observa-se problemas antigos de gestão que continuam a ser caracterizados como atuais. Isso provoca lacunas negativas em todos os setores, irreparáveis muitas vezes, porque são tratados como banais pelos gestores, desencadeando atrasos nas esferas micro e macro do sistema público de saúde. Não esquivando-se dos prejuízos em relação aos profissionais de saúde que ficam impedidos de dar o melhor em prol da saúde pública. Vale salientar, nesta perspectiva, que uma gestão em saúde pautada por atitude ética humaniza o SUS^{1,3,6,7}.

Este estudo se propõe a realizar uma crítica sobre a gestão pública em saúde e a ética, com o intuito de analisar de forma abrangente os desafios enfrentados e o impacto na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

ANÁLISE DA LITERATURA

Os investimentos em saúde pública no Brasil despencaram na última década, conforme aponta uma pesquisa conduzida pelo IEPS (Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde). O SUS, por sua vez, enfrenta problemas de subfinanciamento, o que impacta negativamente na capacidade de fornecer serviços de qualidade, dificultando uma gestão com resultados positivos⁹. O Gráfico 1 mostra o perfil de investimento em saúde, comparativo entre 2013 e 2023.

Os investimentos em saúde sofreram um drástico declínio de 64,2% entre 2013 e 2023, caindo de R\$16,8 bilhões para R\$6 bilhões. Observa-se, desse modo, estagnação no orçamento destinado para saúde, com crescimento de apenas 2,5% em 10 anos, segundo o IEPS e Uname⁹.

O mutante destinado à saúde é direcionado primordialmente para a ampliação da infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a construção de postos de saúde. Estes recursos deveriam ser alocados para a reforma de alas desativadas em postos de saúde, a construção de novas unidades básicas, centros

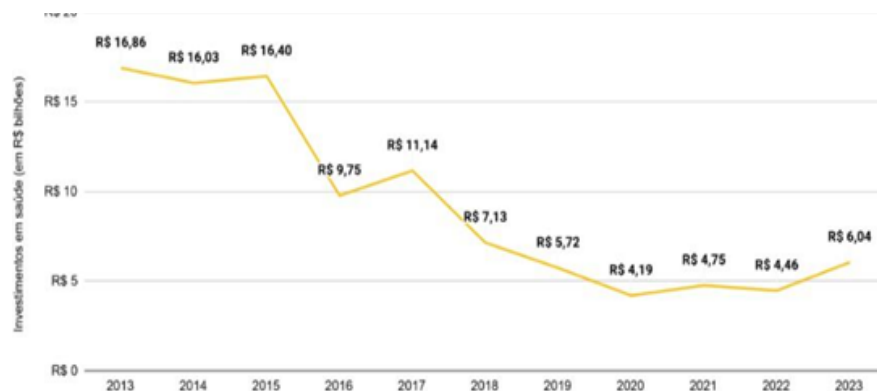
de pesquisa e laboratórios, com o intuito de expandir a rede e garantir a cobertura do SUS a brasileiros ainda desassistidos⁹. Em visto disso, sublinha-se a desigualdade alarmante e crescente no país. O coeficiente de Gini apresenta um panorama desse cenário atual (Gráfico 2).sociedade¹². Essas barreiras, muitas vezes aparentemente invisíveis, são erigidas para manter os privilégios de alguns em detrimento dos direitos e oportunidades negados a outros. Nesse contexto, os espaços públicos tornam-se palcos onde as hierarquias sociais se reproduzem, limitando o acesso e a participação popular¹³.

Levantamentos epidemiológicos du-

rante a pandemia evidenciaram e confirmaram as fissuras já existentes na estrutura social brasileira¹⁴. O estrato mais marginalizado da população foram os mais pobres, enfrentando não apenas os desafios da crise sanitária, mas também as consequências devastadoras das desigualdades econômicas e políticas¹³. A informalidade e a precariedade da gestão em saúde, aliadas à ausência de políticas públicas eficazes, expuseram os limites das redes de proteção social, deixando milhões à mercê de miséria e de exclusão¹⁴.

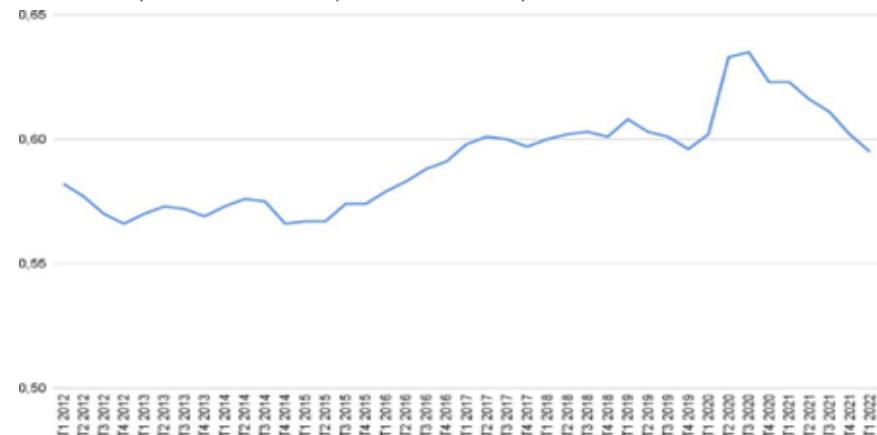
A pandemia também revelou a face da educação no Brasil, especialmente para as crianças pertencentes às camadas mais

Gráfico 1: Investimento em Saúde Pública



Fonte: IEPS com dados do SIAFI, 2023. Valores reais corrigidos pela inflação. Nota: Foram desconsiderados gastos com Covid-19.

Gráfico 2: Coeficiente de Gini no conjunto das regiões metropolitanas brasileiras (dados trimestrais, de 2012 a 2022)



Fonte: Bógus e Magalhães, 2022.

vulneráveis da sociedade¹⁴. Com o fechamento das escolas, milhões de crianças pobres foram privadas não apenas do direito à educação, mas também de uma alimentação adequada, muitas vezes proveniente das refeições servidas nas instituições de ensino. Essas privações não são apenas questão de acesso a recursos materiais, mas, sobretudo, negação do direito à dignidade e ao desenvolvimento humano pleno¹¹⁻¹⁴.

Diante desse panorama sombrio, é categórico questionar não apenas as consequências imediatas da pandemia¹⁴, mas também as estruturas sociais e a gestão que permitiram que tais desigualdades se mantivessem mascaradas^{11,12}. É hora de repensar as gestões e os tipos de gestores em saúde do país^{4,6}.

Diante desse anseio por renovação, observa-se que as desigualdades sociais, que estão intrinsecamente entrelaçadas com a condição humana, transmudam-se para o âmbito da saúde¹⁵. Essa dinâmica não é fortuita; antes, é um reflexo das profundas injustiças que permeiam as estruturas sociais. As disparidades de saúde ecoam e amplificam as disparidades sociais, tornando-se um espelho da realidade que assola a sociedade¹⁶.

Na tessitura complexa das desigualdades em saúde, encontramos não apenas a privação de oportunidades de cuidado e tratamento, mas também a negação da própria dignidade humana¹¹. As diferenças no acesso aos recursos médicos não são meramente questões de distribuição de recursos; são sintomas de um sistema social desigual, onde o valor da vida é arbitrariamente atribuído conforme a posição social. Assim, as desigualdades em saúde não apenas perpetuam, mas também legitimam as injustiças estruturais presentes no Brasil¹⁵.

Vale salientar que, no turbilhão de gestões ineficientes, os trabalhadores da saúde e a participação popular, podem surgir como protagonistas, lutando contra inimigos da saúde e as falhas sistêmicas que persistem. As quais, muitas vezes, conduzem o SUS à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Oxalá, não para um

como não induzido¹⁸. Desde os bastidores até a linha de frente, os trabalhadores da saúde, de forma geral, são sinônimo de esperança e heróis¹¹. No entanto, os Governos Federais costumam falhar: não ofereceram o apoio e a estrutura necessários; baixos salários para algumas categorias; e não assistência aos problemas de saúde decorrentes da atividade exigida pelo serviço prestado à saúde. Estão à mercê de um destino incerto, onde as vulnerabilidades são expostas e a coragem é testada¹⁶⁻¹⁹.



Diante desse anseio por renovação, observa-se que as desigualdades sociais, que estão intrinsecamente entrelaçadas com a condição humana, transmudam-se para o âmbito da saúde¹⁵.



As desigualdade na distribuição de profissionais da saúde reflete e perpetua a marginalização de parcelas da população, que são privados do acesso adequado aos serviços de saúde essenciais^{18,21}. Neste contexto, a Figura 1 evidencia a distribuição espacial dos médicos por região, revelando as disparidades geográficas e a provisão de cuidados de saúde.

As capitais brasileiras concentram

54% dos médicos, o que equivale a uma média de 6,21 médicos por mil habitantes, enquanto no interior do país, cai para 46%, com apenas 1,72 profissional para cada mil habitantes. Essa desigualdade na distribuição de médicos pelo país é um reflexo da falta de atrativos e das condições precárias de trabalho fora dos grandes centros urbanos²². A implementação de políticas públicas pode incentivar a migração de profissionais para o interior e para cidades de menor porte, além de medidas que garantam a permanência desses médicos nessas regiões^{18,21}.

A concentração de profissionais de saúde nas grandes metrópoles, à custa das áreas rurais e cidades de menor porte, é reflexo do formato de gestão que assola o sistema de saúde brasileiro¹¹⁻¹⁶. A ausência de médicos, enfermeiros, técnicos e outros especialistas comprometem não apenas a qualidade, mas também a abrangência dos serviços oferecidos, especialmente em regiões remotas e economicamente desfavorecidas²². Portanto, cabe aos gestores ser transparentes e éticos para assegurar a boa gestão dos recursos públicos e reconquistar a confiança no sistema de saúde²³.

Além disso, frente ao cenário de gestão da saúde pública no Brasil, é plausível antever uma crescente série de desafios que corroem a saúde da população e a eficácia do sistema nas próximas décadas^{23,24}. Por isso, emerge a ética, muitas vezes negligenciada pelo gestor. Sua importância na gestão não é apenas uma questão de adesão a um conjunto de normas ou regulamentos, mas almejar resultados positivos na qualidade de vida da população^{6,7}.

Em primeiro lugar, a ética na gestão assegura que os recursos públicos sejam utilizados de maneira justa e eficiente, atendendo às necessidades da população de forma equitativa e sem desperdícios. Isso implica em tomar decisões transparentes e baseadas em critérios objetivos, garantindo que os recursos sejam direcionados para onde são mais necessários, independentemente de interesses pessoais ou políticos²⁶.

Tabela 1: Proporção de profissionais de saúde por capital e região metropolitana ou interior e grandes regiões (Brasil, 1º trimestre de 2020)

Região	Médicos		Enfermeiros de nível superior		Enfermeiros de nível médio		População brasileira	
	Capital e RM	Interior	Capital e RM	Interior	Capital e RM	Interior	Capital e RM	Interior
Norte	81,4%	18,6%	61,7%	38,3%	57,2%	42,8%	39,2%	60,8%
Nordeste	83,7%	16,3%	62,4%	37,6%	52,1%	47,9%	33,9%	66,1%
Sudeste	71,0%	29,0%	55,0%	45,0%	55,2%	44,8%	47,2%	52,8%
Sul	49,9%	50,1%	49,9%	50,1%	37,9%	62,1%	29,8%	70,2%
C.O.	74,4%	25,6%	70,8%	29,2%	56,3%	43,7%	46,0%	54,0%
Brasil	70,8%	29,2%	57,7%	42,3%	52,3%	47,7%	40,3%	59,7%

Fonte: Microdados Pnad Contínua Trimestral/IBGE22.

Além disso, a ética na gestão promove a transparência e a prestação de contas, elementos essenciais para manter a confiança da população nas instituições e nos gestores responsáveis pela administração dos serviços de saúde. A prestação de contas não apenas garante que os recursos sejam utilizados de forma adequada, mas também permite que a sociedade acompanhe e avalie o desempenho das políticas e programas de saúde²⁷.

A integridade e a responsabilidade são valores éticos fundamentais que orientam as ações dos gestores, garantindo que suas ações sejam honestas, imparciais e comprometidas com o bem comum. Isso implica em evitar conflitos de interesse, assumir a responsabilidade por eventuais erros ou falhas e tomar decisões baseadas em evidências e para o benefício de todos²⁷. Além disso, a ética na gestão promove a justiça e a equidade, assegurando que todos os usuários tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica, étnica, cultural ou de saúde²⁸.

Do mesmo modo, a ética na gestão contribui para a eficiência e eficácia dos serviços de saúde, promovendo uma cultura de qualidade e excelência em todos os aspectos da administração^{28,29}.

“

A integridade e a responsabilidade são valores éticos fundamentais que orientam as ações dos gestores, garantindo que suas ações sejam honestas, imparciais e comprometidas com o bem comum.

”

Desse modo, fortalece as relações interpessoais e institucionais, promovendo o trabalho em equipe, a colaboração e a cooperação entre os diferentes atores

envolvidos na prestação de serviços de saúde²⁷⁻²⁹.

Portanto, a ética fomenta a construção de uma gestão em saúde mais justa, solidária e responsável, onde o bem-estar e a saúde de todos sejam considerados valores fundamentais e prioritários. Haja vista ser, responsabilidade compartilhada por todos os envolvidos na administração dos serviços de saúde, o compromisso contínuo com a ética em todas as dimensões da gestão²⁸⁻³⁰.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os desafios estruturais na gestão em saúde no Brasil destacam a urgência de ações éticas e transparentes por parte dos gestores públicos. A ética se mostra como um pilar fundamental para a superação das desigualdades e a efetivação de políticas que atendem às necessidades de toda a sociedade. Diante desse panorama complexo, a integridade e a moralidade no exercício da gestão se apresentam como elementos essenciais para a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e eficiente para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Belotti M, Andreatta PP, Constatinidis TC, Dias ATB, Reis LB, Iglesias A. Concepção dos trabalhadores de uma rede municipal de saúde sobre a relação serviço-gestão. *Psico-USF*. 2022;27(2):279–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270206>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Galavote HS, Franco TB, Freitas P de SS, Lima E de FA, Garcia ACP, Andrade MAC, et al.. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saude soc*. 2016/oct;25(4):988–1002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158633>
4. Fernandes FS, Bordin R. Desempenho da gestão hospitalar por parcerias público/privadas no Sistema Único de Saúde. *Read Rev eletrôn adm (Porto Alegre)*. 2022sep;28(3):754–69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.367.122332>
5. Pimenta AL. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. *Saude soc*. 2012may;21:29–45. Disponível em: [10.1590/S0104-12902012000500003](https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500003)
6. Santana VS, Castilho EA de. Pontuações sobre ética na saúde coletiva. *Rev Assoc Med Bras*. 2011may;57(3):249–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000300002>
7. Barata RB. Ética e epidemiologia. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2005sep;12(3):735–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300006>
8. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto contexto - enferm*. 2014apr;23(2):417–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
9. Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/orcamento-da-saude-cresceu- apenas-25-em-10-anos-revela-pesquisa-do-ieps-e-umane/>
10. Costa S. Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil. In: Pires RR, organizador. *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: IPEA; 2019.
11. Bógus LMM, Magalhães LFA. Desigualdades sociais e espacialidades da Covid-19 em regiões metropolitanas. *Cad CRH*. 2022;35:e022033. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v35i0.50271>
12. Salata AR, Ribeiro MG. Boletim desigualdade nas metrópoles n° 8 Porto Alegre: Observatório das Metrópoles, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v35i0.50271>
13. NERI, MC. Mapa da Nova Pobreza. FGV Social, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://cps.fgv.br/videos/mapa-da-nova-pobreza-marcelo-neri-fgv-social>
14. Bógus LMM, Magalhães LFA. Desigualdades socioespaciais e pandemia: a dimensão metropolitana da Covid-19. In: Leite RP, Vieira E. (org.). *Distopias urbanas Aracajú: Criação Editora*, 2021. p. 47–66.
15. Barreto, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017, v. 22, n. 7, pp. 2097–2108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
16. Deaton, A. *The great escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press; 2015.
17. McMullin J. *Understanding social inequalities: Intersection of class, age, gender, ethnicity, and race in Canada Ontario*: Oxford University Press; 2004.
18. Magri, Giordano, Fernandez, Michelle e Lotta, Gabriela. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 27, n.11, pp.4131–4144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.01992022>
19. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SO, Stroobants S, Van de Velde S, Vist GE. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. *Psychiatry Res* 2020; 293:113441
20. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Found; 2010
21. Oliveira VE. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. *Saude soc*. 2016oct;25(4):880–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016172321>
22. Santos AL, Manzano M, Krein A. Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19. *Cadernos do desenvolvimento, Rio de Janeiro*, vol. 16, n. 28, p. 197–219, jan.-abr. 2021.
23. Catlett C, Grion BM. Corrupção no setor de saúde: um grande desafio na perspectiva de três grandes países. 2015. Disponível em: <http://www.lecnews.com/artigos/2015/02/25/corruptao-no-setor-de-saude-um-grande-desafio-na-perspectiva-de-tres-grandes-paises/>
24. Cebes - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. A desconstrução do SUS alimenta a corrupção no DF. 2010. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2013/10/desconstrucao.pdf>
25. Koerich, M. S.; Erdmann, A. L. Nitschke, R. G. Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. *Revista - Centro Universitário São Camilo - 2009*;3(2):252–255. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/71/252-255.pdf>
26. Gomes d, Ramos fr. Ética e comprometimento não profissional da saúde pós- reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. *Interface*. 2014;18(49):289–300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200289&script=sci_abstract&lng=pt
27. Montenegro et al. Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. *Av Enferm*. 2016;34(3):226–235. Disponível em: doi: 10.15446/av.enferm.v34n3.45590
28. Paraizo CB, Bégin L. Ética organizacional em ambientes de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 25, n. 1, pp. 251–259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28342019>
29. Silva DS, Gibson JL, Sibbald R, Connolly E, Singer PA. Clinical ethicists' perspectives on organizational ethics in healthcare organisations. *J Med Ethics* 2008; 34:320–323
30. Bégin L, Langlois L. La construction d'un dispositif éthique: l'expérience d'une tension problématique. *Pyramides*. 2011; 22(2):115–136. Disponível em: <http://journals.openedition.org/pyramides/907>