



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

RAFAEL CHIESA AVANCINI

**CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE
TRAUMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

RIO GRANDE
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE
TRAUMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde. Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE
2019

Ficha Catalográfica

A946c Avancini, Rafael Chiesa .
Construção de ambientes éticos no contexto do serviço de
traumatologia de um Hospital Universitário / Rafael Chiesa Avancini.
– 2019.
86 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2019.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

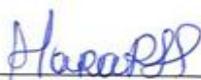
1. Traumatologia 2. Gestão em Saúde 3. Gerencia de Serviços de
Saúde 4. Enfermagem Administrativa 5. Médicos Gestores 6. Serviços
em Hospitais Universitários 7. Assistência Integral a Saúde I. Barlem,
Edison Luiz Devos II. Título.

CDU 616-001:17

RAFAEL CHIESA AVANCINI

**CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE
TRAUMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada em sua versão final no dia 16 de dezembro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.



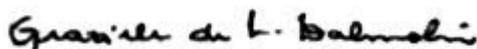
Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

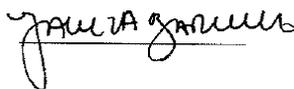
BANCA EXAMINADORA



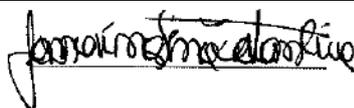
Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (FURG)



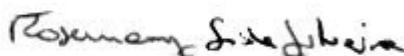
Dra. Grazielle de Lima Dalmolin – Efetivo Externo (UFSM)



Dr^a. Jamila Geri Tomaszewski Barlem – Membro Interno (FURG)



Dr^a. Janaína Sena Castanheira - Membro Interno (FURG)



Dra. Rosemary Silva da Silveira – Efetivo Interno (FURG)

Dra. Rafaela Andolhe – Suplente Externo (UFSM)

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Cecília, que acompanhou essa minha caminhada, grávida, trabalhando intensamente e dando suporte para que nos momentos livres eu pudesse desenvolver todo esse trabalho. E depois com nossa filhinha no colo e crescendo não mediu esforços para me apoiar nesse momento tão intenso de minha vida. Teu amor e compreensão foram fundamentais para eu chegar até aqui.

Aos meus filhos: Guilherme, meu filho mais velho, que soube entender e me apoiar nas minhas ausências e correrias; e a Rafaela, minha caçulinha, que além de ser a alegria e estímulo da minha vida, ajudou dormindo nas horas em que o papai mais precisava.

Aos meus pais, que nos momentos mais complicados da minha vida sempre estiveram ao meu lado dando apoio incondicional, e agora não foi diferente, foram apoio imprescindível, quando eu e a Cecília estávamos ausentes trabalhando, cuidando dos meus filhos e da nossa casa.

Ao meu orientador Edison, que exemplo, que energia, que bondade!!! Sem todo seu estímulo, competência, experiência e paciência eu jamais chegaria até aqui. As universidades precisam de mais professores assim!

Ao programa de pós-graduação em enfermagem/saúde e aos meus colegas de mestrado, a acolhida de vocês e o carinho com que me trataram e me ajudaram nesse período foram indescritíveis e emocionantes. Cresci e aprendi muito com vocês.

À Carol, Caroline Bettanzos Amorim, colega, amiga, parceira que o mestrado me deu. Apareceu do nada e foi minha base de tranquilidade e auxílio em todas as dúvidas e dificuldades que tive nesse mundo novo dos artigos, teses, resenhas e trabalhos. Tua paciência, competência e bondade não cabem em nenhum agradecimento, só espero poder um dia te retribuir tudo que fizeste por mim.

Ao meu grande professor, Flavio Amado Hanciau, fundador do nosso serviço, que com sua bondade, dedica seus mais de 40 anos de docência a todos que por ele passam. Meu exemplo e meu incentivo como homem e como médico ao longo desses muitos anos que tenho a honra e o privilégio de dividir minha profissão e minha vida pessoal. Você é fundamental e insubstituível.

Aos meus pacientes, residentes e colegas de trabalho que compreenderam meus dias de cansaço e de menos paciência e que, cada um a sua forma, contribuíram para essa minha nova caminhada. Aos colaboradores e participantes do meu trabalho, enfermeiras, técnicos, médicos e residentes, obrigado pelo seu precioso tempo e pelos ensinamentos que me deixaram durante esse período de pesquisa.

À Deus e aos espíritos de Luz, que me deram o suporte que ninguém vê, mas que sempre colocaram no meu caminho as pessoas certas e me levaram no caminho reto. Obrigado por nunca me abandonarem...

RESUMO

AVANCINI, Rafael Chiesa. **Construção de ambientes éticos no contexto do serviço de traumatologia de um Hospital Universitário**. 2019. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Os serviços de traumatologia estão diretamente ligados aos serviços de emergências dos hospitais e abrangem não apenas o atendimento no Serviço de Pronto Atendimento, mas também a internação hospitalar, o bloco cirúrgico e seguimento ambulatorial. Pela complexidade e variedade do serviço, conflitos éticos emergem nestes ambientes, o que pode repercutir na fragmentação e em baixa qualidade no atendimento prestado, fazendo-se necessário uma avaliação sobre as relações interprofissionais e com os pacientes no que diz respeito à construção de ambientes éticos, visto o grande volume de atendimentos e a diversidade de áreas envolvidas isolada ou simultaneamente. Esta pesquisa teve como objetivos compreender a percepção de profissionais da saúde atuantes em unidade de traumatologia acerca da construção de ambientes éticos; conhecer as principais barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em unidade de traumatologia. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa que foi realizada com os médicos, enfermeiros, residentes e técnicos em enfermagem, totalizando 10 participantes, do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. A coleta de dados ocorreu no período de setembro à outubro de 2019, por meio da técnica do grupo focal, sendo realizados três encontros com duração média de uma hora e meia. A coleta só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de número 175/2019. Os dados foram submetidos à Análise Textual Discursiva. A partir da análise foram elaborados dois artigos: o primeiro "Construção de Ambientes Éticos em uma unidade de traumatologia de um Hospital Universitário" em que as relações pessoais e as relações institucionais emergem como duas categorias distintas e importantes na construção do ambiente ético e, o segundo, "Barreiras e facilitadores para construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia" no qual os diferentes vínculos trabalhistas, a falta de protocolos, a burocracia e a falta de comunicação caracterizaram as principais barreiras e como facilitadores cruciais aparecem a realização de reuniões periódicas, confecção de protocolos, comunicação e capacitação com educação continuada dentro do serviço. Com essa proposta, foi possível identificar os principais conflitos éticos existentes no ambiente de traumatologia, objetivando-se a construção de ambientes éticos de atuação que permitam formas de atenção à saúde com maior qualidade, efetividade e segurança.

Descritores: Traumatologia. Gestão em saúde. Gerencia de serviços de saúde. Enfermagem administrativa. Médicos gestores. Serviços em Hospitais Universitários. Assistência integral a saúde.

ABSTRACT

AVANCINI, Rafael Chiesa. **Construction of ethical environments in the context of the traumatology service of a University Hospital.** 2019. 86f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Traumatology services are directly linked to hospital emergency services and cover not only emergency care, but also hospitalization, the operating room and outpatient follow-up. Due to the complexity and variety of the service, ethical conflicts emerge in these environments, which can have repercussions on fragmentation and low quality in the care provided, making it necessary to evaluate the inter-professional relationships and with patients with regard to the construction of ethical environments, given the large volume of services and the diversity of areas involved alone or simultaneously. This research aimed to understand the perception of health professionals working in a trauma unit regarding the construction of ethical environments; to know the main barriers and facilitators of multiprofessional work in a trauma unit. It was an exploratory, descriptive and qualitative research that was carried out with doctors, nurses, residents and nursing technicians, totaling 10 participants, from the Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. Data collection occurred in the period of September to October 2019, using the focus group technique, with three meetings lasting an average of one and a half hours. The collection only started after approval by the Research Ethics Committee under opinion number 175/2019. The data were subjected to Textual Discursive Analysis. Based on the analysis, two articles were prepared: the first "Construction of Ethical Environments in a trauma unit of a University Hospital" in which personal and institutional relationships emerge as two distinct and important categories in the construction of the environment and, the second, "Barriers and facilitators for building an ethical environment in a traumatology service" in which different labor ties, lack of protocols, bureaucracy and lack of communication characterized the main barriers and as crucial facilitators appear holding regular meetings, making protocols, communicating and training with continuing education within the service. With this proposal, it was possible to identify the main ethical conflicts existing in the traumatology environment, aiming at the construction of ethical performance environments that allow forms of health care with higher quality, effectiveness and safety.

Keywords: Traumatology. Health management. Health services management. Administrative nursing. Medical managers. Services in University Hospitals. Comprehensive health care.

RESUMEN

AVANCINI, Rafael Chiesa. **Construcción de entornos éticos en el contexto del servicio de traumatología de un Hospital Universitario.** 2019. 86f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

Los servicios de traumatología están directamente relacionados con los servicios de emergencia hospitalarios y cubren no solo la atención de emergencia, sino también la hospitalización, la cirugía y el seguimiento ambulatorio. Debido a la complejidad y variedad del servicio, surgen conflictos éticos en estos entornos, que pueden tener repercusiones en la fragmentación y la baja calidad en la atención brindada, por lo que es necesario evaluar las relaciones interprofesionales y con los pacientes con respecto a la construcción de entornos éticos, dado el gran volumen de servicios y la diversidad de áreas involucradas solas o simultáneamente. Esta investigación tuvo como objetivo comprender la percepción de los profesionales de la salud que trabajan en una unidad de trauma con respecto a la construcción de entornos éticos; Conocer las principales barreras y facilitadores del trabajo multiprofesional en una unidad de trauma. Fue una investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa que se llevó a cabo con médicos, enfermeras, residentes y técnicos de enfermería, con un total de 10 participantes, del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa Jr. La recopilación de datos se produjo en el período de Septiembre a octubre de 2019, utilizando la técnica de grupos focales, con tres reuniones que duran un promedio de una hora y media. La colección solo comenzó después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación con el número de opinión 175/2019. Los datos fueron sometidos a análisis discursivo textual. Con base en el análisis, se prepararon dos artículos: la primera "Construcción de entornos éticos en una unidad de trauma de un hospital universitario" en la que las relaciones personales e institucionales emergen como dos categorías distintas e importantes en la construcción del entorno y, el segundo, "Barreras y facilitadores para construir un ambiente ético en un servicio de traumatología" en el cual diferentes lazos laborales, falta de protocolos, burocracia y falta de comunicación caracterizaron las principales barreras y aparecieron facilitadores cruciales celebrando reuniones regulares, haciendo protocolos, comunicándose y entrenando con educación continua dentro del servicio. Con esta propuesta, fue posible identificar los principales conflictos éticos existentes en el entorno de traumatología, con el objetivo de construir entornos de desempeño ético que permitan formas de atención médica con mayor calidad, efectividad y seguridad.

Descriptor: Traumatología. Gestión de la salud. Gestión de servicios de salud. Enfermería administrativa. Gerentes medicos. Servicios en hospitales universitarios. Atención integral de salud.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	14
3. CONCEPÇÕES TEÓRICAS	15
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5. METODOLOGIA.....	27
5.1. Tipo de estudo	27
5.2. Local de estudo.....	27
5.3. Participantes do estudo	28
5.4. Coleta dos dados.....	28
5.5. Análise dos dados	30
5.6. Aspectos éticos	31
6. RESULTADOS	32
6.1 ARTIGO 1	33
6.2 ARTIGO 2.....	55
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
ANEXO A – APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.....	85
ANEXO B – PARECER APROVADO PELO CEPAS.....	86

1. INTRODUÇÃO

No contexto atual dos serviços de emergência, nos mais variados níveis de complexidade, fica evidente a necessidade absoluta da multidisciplinaridade como forma de atenuar as dificuldades e tensões, bem como de aumentar a eficiência e competência no atendimento ao paciente, que é o objetivo maior e principal de todo e qualquer serviço de atenção à saúde. No que se refere a realidade de equipes multidisciplinares, se faz necessário além de tê-las, que trabalhem de maneira harmônica, eficiente e de forma a integrar os seus saberes (SILVA; et al., 2011).

No hospital universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr já existe equipe instalada em torno do serviço de ortopedia e traumatologia que abrange os setores envolvidos no atendimento primário (emergência-SPA), secundário (bloco cirúrgico e internação) e terciário (ambulatório), e abrange também pessoal técnico, médicos, enfermeiros, estudantes da graduação e estudantes da pós-graduação. Essa equipe foi sendo modificada ao longo do tempo em função de alterações institucionais e foi tomando um formato definitivo e administrativo próximo do preconizado pelas normativas técnicas e pela aplicação de protocolos em gestão hospitalar.

Dentro dessa realidade de trabalho, se faz necessária uma avaliação profunda das relações funcionais e éticas entre os envolvidos, com o intuito de mapear as áreas de dificuldades e falhas para buscar excelência no atendimento em todos os níveis do serviço de traumatologia, indo ao encontro da construção de ambientes éticos de atuação (LUNARDI, LUNARDI FILHO, SILVEIRA, SILVA, MANCIA, 2016). Segundo Linton (2000, p.97)

"Sociedade é todo grupo de pessoas que vivem e trabalham juntas durante um período de tempo suficientemente longo para se organizarem e para se considerarem como formando uma unidade social, com limites bem definidos".

As relações interpessoais, assim como a vida em sociedade, possibilita a ocorrência de problemas. Assim, cabe aos indivíduos ter a capacidade de administrar, além dos seus próprios conflitos os da sociedade, bem como saber lidar com frustrações, injustiças e desentendimentos. O grande problema é que esses conflitos dentro de uma sociedade sempre se renovam, pois cada pessoa possui suas individualidades, costumes e características distintas, por isso essas situações são móveis e mutáveis, renovando-se a cada momento.

A palavra ética tem origem do grego “ethos” e é entendida como caráter, costume, hábito ou modo de ser. Compreende comportamentos que indicam uma cultura ou um grupo

de profissionais que utilizam valores. É compreendida como uma ferramenta social que orienta o comportamento humano e propicia valores, princípios e normas (OGUISSO; SCHMIDT, 2013). Ela possibilita momentos de reflexões assim como novas formas de pensar as ações humanas. Hoje em dia, a palavra ética é vastamente utilizada nas diversas áreas de atuação profissional. É usada em várias situações do cotidiano – por exemplo, na política, nas relações interprofissionais, na educação, no trabalho, entre outros. Na área de saúde, todo tempo fala-se em ética (LEAL, RAUBER, 2012).

De acordo com Brasil (2004, p. 13):

Moral e ética, às vezes, são palavras empregadas como sinônimos: conjunto de princípios ou padrões de conduta. Ética pode também significar Filosofia da Moral, portanto, um pensamento reflexivo sobre os valores e as normas que regem as condutas humanas. Em outro sentido, ética pode referir-se a um conjunto de princípios e normas que um grupo estabelece para seu exercício profissional (por exemplo, os códigos de ética dos médicos, dos advogados, dos psicólogos, etc.). Em outro sentido, ainda, pode referir-se a uma distinção entre princípios que dão rumo ao pensar sem, de antemão, prescrever formas precisas de conduta (ética) e regras precisas e fechadas (moral).

A prática de cuidados em saúde é considerada uma atividade moral, uma vez que a forma como os profissionais executam suas atribuições tem implicações morais. Na área da saúde, as ações, omissões e a forma como os profissionais agem, se relacionam não estão desprovidos de significado, valor ou desvalor (LUNARDI, LUNARDI FILHO, SILVEIRA, SILVA, MANCIA, 2016).

Os conflitos na relação entre médicos e enfermeiros são muito frequentes. Essas duas profissões são tidas como as principais responsáveis pela assistência ao paciente, e o conflito resultante delas é causado por vários motivos, que vão desde a constituição da equipe multiprofissional até questões econômicas, sociais, culturais e a relação de poder. Tais conflitos podem ser vistos, por exemplo, na forma de disputa de poder, onde ambos querem demonstrar a relevância no seu papel no tratamento do paciente (DELCARO, 2011).

Ter poder, geralmente, está associado ao fato de um indivíduo ou grupo exercer influência sobre outros a fim de alcançar resultados comuns. Estes conflitos têm aumentado consideravelmente em todas as áreas, por se tratar de fenômeno no qual existem diversificados interesses e conquistas (CHAVES, ALVES, 2012). Os problemas oriundos do relacionamento entre médicos e enfermeiros apresentam-se como relevante barreira à efetividade dos serviços de saúde e a construção de ambientes éticos (LIMA, BASTOS, 2007).

Segundo alguns teóricos interacionistas, os conflitos são necessários e servem como estímulo às organizações, no sentido de gerar crescimento. Podem ser de caráter construtivo ou destrutivo, segundo a forma como são gerados e conduzidos (STUMM, MAÇALAI, KIRCHNER, 2006). Já de acordo com Amestoy et al. (2014) o conflito é visto com um fator negativo que provoca confusões e falhas nas atividades.

Diariamente as relações de trabalho estão vulneráveis aos conflitos éticos. Essas relações são caracterizadas por pessoas de diferentes costumes, virtudes e valores, por isso cada vez mais tornam-se desafiadoras. Assim, cabe aos profissionais de saúde, rever os valores éticos e morais, visando alcançar o equilíbrio na tomada de decisões frente aos conflitos éticos (PEREIRA, et al., 2016).

No que diz respeito a efetivação dos ambientes éticos, primeiramente precisamos contar com duas funções importantes que seriam do médico administrativo e do enfermeiro administrativo, para guiarem a equipe no melhor caminho técnico e profissional. Ambos necessitam ter a habilidade de tomar decisões nem sempre simpáticas, mas, sobretudo técnicas e éticas, bem como saber identificar os conflitos e resolvê-los baseados nos mesmos conceitos (BARLEM, RAMOS, 2015). Ainda, de acordo Oliveira e Santa Rosa (2014), para a tomada de decisão é preciso que o profissional possua competência ética, científica e técnica, além de habilidade para estabelecer uma comunicação eficaz com a equipe, pacientes e familiares. Ainda, ter equilíbrio emocional, respeitar a opinião dos outros profissionais, executar suas atribuições com autonomia, entre outros.

Os conselhos federais de medicina e enfermagem descrevem claramente as competências e atribuições de cada profissional e sua importância nos ambientes de atenção à saúde e nos atos a serem executados em prol do paciente, bem como a importância de gestores administrativos técnicos envolvidos com a área de atuação direta e não apenas administradores, justamente para que não haja descuido dos aspectos éticos na saúde (COFEN, 2017; CFM, 2009). Porém dentro de alguns ambientes, verifica-se maior complexidade por inserção em outros níveis como a universidade e os hospitais universitários, com seus estudantes de graduação e pós-graduação e todas suas demandas, ansiedades e inexperiências, que são fatores de estresse, conflito e desgaste, mas que devem ser controlados de forma ética justamente pelos responsáveis de cada área.

Por fim, acrescenta-se que no campo e nas relações de trabalho entre os profissionais de enfermagem, a ética assume um papel de grande importância. Ela é um elemento que deve está presente nas relações entre o enfermeiro e outros profissionais, entre este e a instituição/organização e, entre o paciente (LACERDA, 2014).

Este estudo **justificou-se** em virtude da escassez de pesquisas que discorram sobre a formação de ambientes éticos, com especial destaque para o desenvolvimento de relações multiprofissionais. Pautado em uma realidade local e inerente a Universidade ao qual se insere este Programa de Pós-Graduação, e do qual faço parte desde sua fundação e onde venho desenvolvendo e praticando minha profissão há 22 anos, percebendo ao longo dos anos as dificuldades e com o crescimento e as mudanças contemporâneas vieram outros fatores mais discutidos atualmente como o ambiente de trabalho, a segurança do paciente e os conflitos éticos associados a sensibilidade moral. O Hospital Universitário serve como grande laboratório de ensino, pesquisa e extensão, a relevância desta proposta é evidenciada ao buscar proporcionar mudanças no ambiente de atuação de estudantes e profissionais vinculados a esta universidade, o que proporcionará melhorias no atendimento de saúde a comunidade local, uma vez que a pesquisa foi feita dentro do próprio serviço e com ampla divulgação de seus objetivos junto a equipe e ao grupo administrativo.

Considerando este contexto e suas características, apresentaram-se as seguintes questões **norteadoras**: quais são os conflitos éticos entre os envolvidos no processo de funcionamento do serviço de traumatologia? Como a equipe multiprofissional vem conduzindo as situações de conflito entre os níveis profissionais envolvidos na assistência? Quais as dificuldades/barreiras para constituição/estabelecimento de um ambiente ético na traumatologia?

2. OBJETIVOS

- Compreender a percepção de profissionais da saúde atuantes em unidade de traumatologia acerca da construção de ambientes éticos de atuação;
- Conhecer as principais barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional, com vistas à construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia.

3. CONCEPÇÕES TEÓRICAS

A construção de um ambiente ético é um grande desafio nos dias atuais para as gestões modernas das empresas de qualquer segmento de mercado, incluindo as empresas da área da saúde e os hospitais, que durante muito tempo permaneceram a margem dessa visão e quase sempre com um tipo de gestão de pessoas muito confuso e corporativista.

A organização hospitalar apresenta uma estrutura orgânica extremamente complexa, na medida que exige conhecimentos específicos necessários para gerir recursos físicos e humanos. Em épocas passadas, era administrada por curiosos, religiosos, militares e médicos que não tinham conhecimentos suficientes para geri-la. Nos dias atuais ainda existem muitas estruturas hospitalares geridas dessa forma, pouco profissionalizada. No entanto, pela lógica do mercado, sobrevive o hospital que produz melhores produtos por meio de uma política de incorporação tecnológica e de um crescente aperfeiçoamento e controle de seus processos internos, sendo um dos mais importantes a criação do ambiente ético no contexto multiprofissional exigido pelos serviços (LINTON, 2000).

"Sociedade é todo grupo de pessoas que vivem e trabalham juntas durante um período de tempo suficientemente longo para se organizarem e para se considerarem como formando uma unidade social, com limites bem definidos" (LINTON, 2000, p.97). Em geral, quando analisamos alguns comportamentos não éticos dentro de um ambiente hospitalar, percebemos que são em decorrência da quebra das regras sociais pela natureza extremamente competitiva, onde há a busca predominante da vantagem, seja sobre algo ou seja sobre alguém.

Para ser um bom profissional não basta conhecimento acadêmico, técnico e experiência, é preciso que haja também a preocupação com a conduta no ambiente de trabalho.

Entende-se por ética profissional o conjunto de regras e valores que devem ser seguidos e adotados na conduta do profissional em relação ao público, à sociedade, aos funcionários, aos superiores e à concorrência. Ocorre que cada profissão e profissional possuem seu próprio código de ética, no qual se baseiam para suas condutas diárias rotineiras e para tomada de decisões em momentos de conflito. E quando colocamos no mesmo ambiente, profissionais de diferentes formações e especialidades, com suas funções

específicas, se baseando em códigos de ética diferentes, acabamos por criar um ambiente de trabalho permeado por conflitos e não um ambiente ético.

Em um ambiente hospitalar universitário, colocamos nesse mesmo ambiente, médicos, enfermeiros, graduandos e pós-graduandos, todos envolvidos entre si e com o objetivo maior de aprender e prestar uma assistência qualificada e eficaz. Porém para atingir seus objetivos, os diferentes envolvidos acabam por pautar suas decisões e atitudes em bases éticas diferentes e em geral produzindo conflitos de difícil controle e que acabam por prejudicar o objetivo e o resultado final.

Portanto, mesmo que cada profissão tenha seu próprio código de ética e valores, existem alguns valores que devem ser da pessoa, e devem guiar suas condutas dentro do seu ambiente de trabalho. São eles: honestidade, competência, responsabilidade, humildade e sigilo. O profissional deve ter *honestidade* com as questões financeiras, na relação com seu trabalho e com as pessoas que convive; *competência* para capacitar-se e para saber abdicar das tarefas para as quais não está apto; *responsabilidade* em entender que trabalha em grupo e que suas atividades afetam outras pessoas e a si mesmo, devendo ter responsabilidade com o próximo; *humildade* para entender que ninguém é superior a ninguém e que todos desempenham funções diferentes e importantes para o conjunto; e *sigilo* para ser utilizado nos momentos em que a situação exige, seja relacionado ao hospital, aos colegas, pacientes ou aos chefes. (PEGORARO, 2009).

"Ninguém é ético para si mesmo, mas em relação aos outros e ao mundo exterior. Portanto, a ética nunca é exclusivamente subjetiva; refere-se sempre pelo menos a outra pessoa, seja ela humana ou divina: somos seres éticos em relação à alguém. Esta é a ética das relações interpessoais, chamada também microética" (PEGORARO, 2009, p.101).

Um ambiente ético bem construído e com valores fortes faz com que exista uma maior coesão e harmonia entre os envolvidos, bem como coma as pessoas externas ao ambiente cotidiano de trabalho que são a sociedade e o público específico. A ética profissional e pessoal aplicada em um ambiente hospitalar acaba por melhorar a relação entre colegas e chefia, melhora o desempenho do setor, reduz conflitos, reduz problemas de saúde ocupacional, transformando não só o ambiente profissional num local mais agradável e produtivo, mas também interfere positivamente no ambiente pessoal do colaborador.

Portanto a ética é presente e indispensável para a vida em sociedade, e devemos nos basear nela e no bom senso para criarmos ambientes éticos e livres de conflitos prejudiciais, pois o bom senso de cada envolvido passa a ser fundamental nesse contexto, pois fica inviável controlar todo mundo o tempo todo. Com esse pensamento e conduta passa a ser possível

contribuir para a disseminação de comportamentos e ambientes éticos a partir de um pequeno grupo que faça parte de um todo, no caso, um setor dentro de uma engrenagem hospitalar que buscará obedecer e lutar pelo que é ético e justo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão foi feita no intuito de encontrar lacunas na literatura que reforçassem a importância em se pesquisar o que há em torno da construção de ambientes éticos no contexto do serviço de traumatologia.

Foi realizada a revisão integrativa com busca no portal PubMed no período de 2014 a 2019 utilizando os Mesh terms health professional and ethics and decision-making. Foram critérios de inclusão: ser artigo original redigidos em português, inglês ou espanhol; publicados no período de 2014 a 2019; apresentando resumo para uma primeira análise e apresentar texto completo no próprio portal. Foram selecionados 10 artigos para compor a amostra dos 452 artigos encontrados, após aplicar os critérios de inclusão e foram avaliados títulos e resumos. Logo, 439 foram excluídos por não ter relação com o tema e não se encaixarem nos critérios de inclusão. Os artigos selecionados para a análise estão descritos no quadro 1, sendo referenciados ao longo do texto conforme sua numeração na tabela.

Quadro 1 – Descrição dos artigos analisados. Rio Grande, 2019

Nº	Ano	Revista	Título	Principais Resultados	NE
20	2016	Crit Care Med.	Conflict Management Strategies in the ICU Differ Between Palliative Care Specialists and Intensivists	Gestão de Conflitos – uso da comunicação para solucionar diversos conflitos.	6
21	2018	World Journal of Surgery	Decision-Making in Management of the Complex Trauma Patient: Changing the Mindset of the non-trauma Surgeon	Desafios específicos da tomada de decisão cirúrgica avançada (trauma complexo) - pensar fisiologicamente; a aplicação de reanimação e cirurgia de controle de danos; prioridades e gerenciamento de tempos diferentes; impacto do ambiente; gerenciar recursos limitados; falta de habilidades cirúrgicas gerais; comportamento cultural diferente; e	6

Nº	Ano	Revista	Título	Principais Resultados	NE
				questões éticas.	
22	2015	BMC Medical Ethics	Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands	Problemas éticos no contexto da admissão e alta da UTI: quando (decidir) admitir um paciente na UTI do pronto-socorro, sala de cirurgia ou uma enfermaria geral; durante a internação de um paciente na UTI; quando (decidindo sobre) a alta de um paciente da UTI.	6
23	2018	Nursing Ethics	Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability	Relação entre intuição, anos de experiência trabalhada e capacidade de tomada de decisão ética percebida de enfermeiros de emergência.	6
24	2018	Asian Nursing Research	How Competitive Orientation Influences Unethical Decision-making in Clinical Practices?	Orientação competitiva influencia na tomada de decisão e no conflito de relacionamento.	6
25	2017	BMC Medical Ethics	How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model	Facilitadores e barreiras que influenciam a implementação um modelo de tomada de decisão ética.	6
26	2018	International Journal of Environmental Research and Public Health	Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting	Fatores envolvidos nas relações interpessoais de profissionais: Idealização do trabalho em equipe: realidades da prática; as enfermeiras são como a "cola" da unidade; comunicação e falta de apoio; estereótipos profissionais: médico especialista, enfermeiro obediente e assistente submisso; e impacto de relações interprofissionais e trabalho em equipe na autonomia do paciente.	6
27	2015	Nursing Ethics	Information-sharing ethical dilemmas and decision-making for public health nurses in Japan	Compartilhamento de informações - autonomia do paciente.	6
28	2017	BMC Medical Ethics	Must we remain blind to undergraduate medical ethics education in Africa? A crossectional study of Nigerian medical students	Inclusão da ética médica em cursos de graduação; dilema da má comunicação.	6
29	2017	BMC Health Services Research	Care-managers' professional choices: ethical dilemmas and conflicting expectations	Tomada de decisões administrativas – alocação de recursos por profissionais da saúde.	6

Fonte: Elaboração Própria

Em relação aos anos de publicação dos artigos, quatro eram de 2018, três de 2017, um de 2016, dois de 2015. Pode-se ver que nos últimos anos a preocupação com a temática vem

umentando. Todos os artigos foram publicados em periódicos internacionais. Esses estudos foram agrupados em três categorias de análise, devido à similaridade, sendo elas: A tomada de decisão vista como um problema ético; As relações interpessoais e os problemas éticos; alternativas para gestão dos problemas éticos.

A tomada de decisão vista como um problema ético

Nessa categoria foi possível identificar os aspectos que os profissionais da saúde consideram como um problema ético a partir de uma tomada de decisão. Neste sentido, percebe-se algumas situações vivenciadas pelos profissionais como desencadeadora de problemas éticos. O artigo 21 descreveu os desafios específicos da tomada de decisão cirúrgica avançada, seja civil, humanitária ou militar de especialistas em trauma experientes. Oito desafios educacionais foram encontrados para representar domínios, incluindo os aspectos que eram particularmente difíceis de dominar, mas que são necessários para a tomada de decisão na gestão do trauma complexo do paciente.

Os desafios foram classificados pelos especialistas em: (1) pensar fisiologicamente, (2) a aplicação de reanimação e cirurgia de controle de danos, (3) prioridades e gerenciamento de tempo diferentes, (4) impacto do ambiente, (5) gerenciar recursos limitados, (6) falta de habilidades cirúrgicas gerais; (7) comportamento cultural diferente; e (8) questões éticas.

As questões éticas, que são foco principal da presente revisão, no estudo 21 referem-se que ao cuidar de pacientes com trauma é altamente importante sempre fazer o melhor para o mesmo, inclusive se é para tratar ou paliar. Tais questões éticas podem ocorrer, por exemplo, durante a priorização e tratamento de vítimas em massa e nessa situação é necessário tomar uma decisão, que muitas vezes pode configurar um problema ético. Um desafio expresso pelos especialistas foi que os participantes precisam lidar com questões éticas além daquelas a que estão acostumados na assistência médica habitual.

Já o estudo 22 revelou problemas éticos no contexto da admissão e alta da UTI. No contexto do processo de admissão e alta da UTI, os problemas éticos surgem em diferentes momentos: quando (decidir) admitir um paciente na UTI do pronto-socorro, sala de cirurgia ou uma enfermaria geral, durante a internação de um paciente na UTI; quando (decidindo sobre) a alta de um paciente da UTI. Pode-se ver que todas as situações são consideradas problemas éticos relacionados à tomada de decisão.

A pressão por leitos da UTI causa severos problemas para alas gerais (incluindo a sala de emergência). Quando pacientes necessitam de cuidados na UTI e admissão na UTI está atrasada ou às vezes até recusada e cirurgias eletivas são canceladas porque não há leito de

UTI pós-operatório disponível, a complexidade torna-se ainda maior, o que implica em possíveis consequências negativas para a saúde do paciente, levando a frustração tanto do paciente quanto de sua família, bem como dos profissionais da saúde.

Vários enfermeiros descreveram no artigo 22 a combinação de estar próximo ao paciente, mas não ser aquele que toma as decisões, o que pode levar a uma sensação impotência. Para os médicos da ala geral entrevistados, também, essas situações podem ser difíceis, especialmente quando eles têm a impressão de que são os únicos responsáveis pelo bem-estar desse paciente.

Outro achado do estudo 22 é que devido à dependência mútua da UTI e da ala geral, a colaboração entre os profissionais de saúde de ambas as unidades é importante para garantir o fluxo e o atendimento ideais ao paciente. O pessoal da ala geral percebe a UTI e seu pessoal como diferentes das alas “regulares” e isso possivelmente se deve em parte à separação física da UTI do resto do hospital (ala separada, portas fechadas, necessidade de tocar a campainha antes de entrar etc.) e, em parte, à distância psicológica percebida entre as diferentes enfermarias. Termos como “arrogante”, “torre de marfim” e “ilha” foram usados com frequência, embora os participantes tenham mencionado que a situação melhorou ao longo do tempo, e o comportamento varia entre as pessoas. Em particular, os enfermeiros da enfermaria geral descreveram que às vezes percebiam uma barreira quando precisavam ligar para a UTI sobre um paciente, por isso um bom relacionamento entre as equipes de saúde é imprescindível.

Ainda no estudo 22, há também um problema ético relacionado à transferência de pacientes para outras unidades. Nesse quesito os profissionais entram em conflito, pois discordam do modo de avaliar a situação de cada paciente, ou seja, usam critérios diferentes para tomar essa decisão. Assim, ficou claro no artigo que os médicos preferiam (e ainda usavam) uma abordagem baseada no risco; o paciente com o menor risco de transporte seria o único a ir, mas isso ainda era potencial para problemas éticos.

Questões em torno da futilidade do tratamento foram uma das fontes mais mencionadas de dilemas éticos no artigo 22 especialmente entre médicos e enfermeiros da UTI. Embora geralmente haja consenso em torno da decisão de admitir um paciente na UTI e iniciar tratamento intensivo, em alguns casos, os envolvidos discordam sobre a coisa certa a fazer para o paciente em questão. Segundo os participantes, a expectativa de qualidade de vida após a alta hospitalar parece ser o principal fator decisivo em dilemas sobre a possível futilidade do tratamento na UTI.

Outro problema ético evidenciado também no artigo 22 é a questão de decidir tratar baseada em informações imprecisas/incompletas, inerente à medicina intensiva é a necessidade de tomar decisões em situações agudas: um paciente gravemente doente é levado para a sala de emergência, ou uma enfermaria geral um paciente em parada cardíaca. Esse contexto às vezes leva a decisões baseadas em informações imprecisas, como a decisão de ressuscitar alguém que, posteriormente, encontra uma ordem de não ressuscitar. Essas decisões espontâneas podem levar a dilemas complexos, especialmente quando o paciente permanece em condição estável, porém séria, após a ressuscitação, com a família do paciente indicando que o paciente em questão não quis assim.

Semelhante às diferenças de opinião em torno da admissão de um paciente na UTI, pode haver uma diferença de opinião sobre se deve continuar ou retirar o tratamento de manutenção da vida de um paciente já internado na UTI, seja entre familiares e hospitalares, entre médicos e enfermeiros, ou entre profissionais de saúde individuais. Quando os participantes do artigo 22 descrevem essas situações, a diferença de perspectiva entre enfermeiros e médicos torna-se muito aparente. Quando os médicos têm uma perspectiva de “cura” e têm um papel decisório, os enfermeiros trabalham a partir de uma perspectiva de “cuidado” e passam mais tempo na cabeceira do paciente, em contato direto com o mesmo e sua família. Sem exceção, os entrevistados indicaram que, geralmente, quando há uma diferença de opinião sobre a futilidade do tratamento contínuo, é a equipe de enfermagem que é a favor da suspensão do tratamento, enquanto os médicos querem manter.

Quando se decide suspender o tratamento de manutenção da vida na UTI, ainda no artigo 22, a expectativa é de que o paciente morra em breve. Em alguns casos, no entanto, o paciente em questão permanece em condição estável, e embora ainda seja esperado que ele morra em um futuro próximo, é impossível prever exatamente quando. Estritamente falando, tal paciente não precisa mais de cuidados na UTI e está ocupando um leito de que outros pacientes necessitam urgentemente. Aqui, novamente notamos uma diferença clara de conflito ético na tomada de decisão, entre os médicos da UTI e aqueles que ficam nas ações de cuidado, os enfermeiros da UTI. Nesta perspectiva os enfermeiros estão focados nas necessidades do paciente individualmente e de sua família, e os médicos também são responsáveis por otimizar o fluxo do paciente para dentro e para fora da unidade.

Os resultados do estudo 23 exploraram as relações entre intuição, tomada de decisão ética percebida e anos de experiência de trabalho de enfermagem. A intuição foi considerada como uma importante ferramenta ética de tomada de decisão para enfermeiros. Uma relação entre a intuição e a capacidade de tomada de decisão ética percebida ($r = 0,252$, $p = 0,001$).

Por outro lado, não foram observadas relações significativas entre anos de experiência e intuição de enfermagem trabalhada (experiência) ou anos de experiência de enfermagem trabalhada e percepção de tomada de decisão ética. Nesse sentido, é preciso considerar que as tomadas de decisões nem sempre são baseadas em critérios bem definidos, mas sim por intuições que podem ter a ver com a melhor opção para o momento.

O artigo 24 leva em consideração o estímulo a competitividade de alguns serviços estimulando os conflitos éticos e tomada de decisões equivocadas, e após uma ampla pesquisa através de questionários específicos ficou claro que existe uma interferência relevante do estímulo a competitividade na tomada das decisões antiéticas e como isso afetava todos os profissionais envolvidos, fica claro que a utilização de técnicas de incentivo ao cooperativismo trariam resultados muito mais produtivos e menos conflitantes.

O artigo 27 aborda a questão do compartilhamento de informações que é considerado um dos meios mais importantes de enfermeiros de saúde pública colaborarem com outros profissionais de saúde e membros da comunidade, mas existem questões com implicações éticas importantes no processo. As enfermeiras de saúde pública frequentemente enfrentam dilemas éticos no compartilhamento de informações em instâncias em que há conflitos entre respeitar a autonomia do paciente e esses três conceitos: beneficência, regulamentações administrativas e direitos da população. Embora os participantes dessem um grande valor ao respeito à vontade dos pacientes e de suas famílias, se os enfermeiros sentissem que determinada ação poderia colocar em risco o paciente, eles tenderiam a tomar medidas preventivas, mesmo que tal ação conflitasse com a autonomia do paciente.

Os dilemas tendiam a ser ainda mais graves, no artigo 27 quando a falta de compartilhamento de informações era percebida como uma ameaça à vida do paciente. Das participantes que responderam, aproximadamente 77,1% experimentaram conflitos no compartilhamento de informações em algum momento de sua prática diária. Quando as enfermeiras de saúde pública enfrentavam conflitos sobre o compartilhamento de informações, os participantes responderam que consideravam se o compartilhamento de informações protegeria a saúde e a vida do paciente e se o compartilhamento de informações respeitaria a autonomia do paciente.

O artigo 29 aborda a questão de gerentes de cuidados que são responsáveis pela administração pública das decisões individuais de saúde e decidem sobre o volume e o conteúdo dos serviços comunitários de saúde dados a uma população. Esses gerentes de cuidado vivenciam frequentemente conflitos e os dilemas éticos além de sofrerem constante pressão na execução de suas tarefas. Os recursos são limitados e esses ficam com a

responsabilidade de alocá-los de forma adequada. Diversos são os dilemas éticos envolvidos nessas questões. Ressalta-se que tal problema é visto durante o dia a dia dos profissionais da saúde, os quais se deparam com recursos limitados e precisam tomar decisões rápidas e conscientes. Atenta-se para o fato de que gerenciar recursos limitados também foi um fator de conflito encontrado no estudo 21.

As relações interpessoais e os problemas éticos

Nessa categoria, identificou-se que as relações interpessoais estão intimamente ligadas aos problemas éticos, uma vez que o entendimento do que é profissional e técnico nem sempre se aplica da melhor forma quando as relações interpessoais estão envolvidas. O objetivo do artigo 26 foi analisar as capacidades de tomada de decisão dos pacientes a partir das perspectivas dos enfermeiros de relações interprofissionais usando a ética foucaultiana. Muitos fatores envolvidos nas relações interprofissionais foram detectados, assim como diferenças no discurso com base na experiência profissional, idade, anos de serviço e unidade. Relacionamentos baseados em modelos hierárquicos de acordo com categorias profissionais, em que cada um dos agentes envolvidos construiu seus próprios estereótipos profissionais e os dos demais membros da equipe, dominaram a discussão.

O conceito de trabalho em equipe destaca-se como difuso no artigo 26, sem características claras. Os enfermeiros, em vez de definir um esforço conjunto com os membros da equipe, descrevem microequipes. O médico é considerado a melhor pessoa da equipe. A prática médica é destacada como prioridade, relegando as demais atividades de enfermagem. A tomada de decisão dentro da equipe é atribuída ao médico. Um papel de liderança para os enfermeiros para uma melhor comunicação entre os membros da equipe é proposto como chave para o bom funcionamento da equipe.

Ainda no artigo 26, o médico é identificado como responsável no que se refere ao fornecimento da informação, sendo que, a enfermeira expande a informação devido ao curto período de tempo que o médico gasta com o paciente. Os enfermeiros com mais anos de experiência na unidade possuem maior preocupação com o bem-estar dos pacientes e apesar disso, é observada em seus discursos problemas com os membros da equipe. O enfermeiro assume um forte papel de supervisão e controle do bom funcionamento da unidade e do atendimento ao paciente.

Todos os enfermeiros entrevistados no artigo 26 compartilham a ideia de ser um elemento-chave no funcionamento da unidade. A dependência do médico domina. A tomada de decisão sobre o paciente, mesmo sobre os cuidados básicos, segue as indicações do

médico, pois este tem domínio sobre as decisões. Grandes lacunas do processo de comunicação ocorrem entre os dois profissionais, causando conflitos com o paciente. Enfermeiros com mais anos de experiência, embora assumam seu papel como dependentes do médico, exercem o poder de maneira sutil.

Não há canais de comunicação adequados entre o médico e o enfermeiro, causando um aumento na carga de trabalho devido aos esforços para recanalizar as informações entre eles. Notavelmente, para os enfermeiros com mais experiência na unidade, a má comunicação com o médico não causa uma atitude reativa e frustrada, como acontece com os enfermeiros menos experientes. Experiência profissional, senioridade e nível de experiência na unidade são fontes de tensão dentro da equipe de saúde.

A rejeição de novos profissionais foi notada, principalmente por enfermeiros com maior experiência. Enfermeiros com menos experiência na unidade definem os enfermeiros mais velhos e mais experientes como estando confinados a práticas e padrões históricos. Empatia profissional limitada por outros profissionais. A falta de consenso sobre o cuidado e a falta de satisfação do enfermeiro no serviço prestado também parecem ser fatores que dificultam o trabalho em equipe.

A enfermeira descreve o médico no artigo 26 como um especialista profissional, de quem são dependentes, e às vezes é considerado fora da equipe. Estes estereótipos do médico baseado no modelo biomédico estabelecido no sistema de saúde, são caracterizados pela falta de comunicação, limitações impostas aos enfermeiros na tomada de decisões sob o julgamento do médico e limitações no tempo gasto pelo médico com o paciente. O enfermeiro tem um estereótipo submisso baseado nas relações hierárquicas do domínio do médico na prática clínica, o que significa que o enfermeiro assume uma série de responsabilidades delegadas e atua meramente como executor das ordens do médico. A instituição de saúde é referida como uma organização excessivamente hierárquica que distribui cargas de trabalho e a capacidade de participar na tomada de decisões do centro com base em categorias profissionais. Essa situação causa estereótipos inflexíveis que são resistentes a mudanças e cria situações que limitam a capacidade de decisão dos pacientes.

A fluidez na comunicação, deve vir da enfermeira e depende da atitude do médico, pois existe um sentimento de resignação presente por parte do enfermeiro quando a comunicação com o médico é insuficiente. Os fluxos de comunicação são estabelecidos durante as mudanças de turno, nos quartos dos pacientes e no posto de enfermagem. Entre os enfermeiros, ocorre a comunicação direta e eles compartilham informações ou preocupações em relação aos pacientes.

As dificuldades de comunicação na equipe fazem com que a comunicação com o paciente e a família seja ruim e geram confusão devido à falta de consenso entre os profissionais. A falta de trabalho em equipe causa desconforto ao paciente e atividades repetitivas, bem como falhas e erros. Nos casos de erros não fatais, eles respondem com corporativismo para evitar desconfiança dos profissionais por parte dos pacientes. Para que o enfermeiro se sinta seguro e apoiado, ele precisa de um parceiro de trabalho competente e de trabalhar em equipe, ou pelo menos de colaborar. Sem essa relação, o grau de satisfação profissional diminui e impacta na qualidade do atendimento ao paciente. A carga de trabalho resulta em poucas oportunidades e espaços para trabalhar coletivamente. Ainda no artigo 26 foi possível perceber que uma mudança estrutural na organização seria necessária para criar mais tempo disponível.

Diante dos resultados apresentados fica evidente a necessidade de uma comunicação efetiva entre os profissionais, uma vez que impactam na relação profissional-profissional, profissional-paciente e na assistência prestada a esse paciente. Além de que, contribui para a redução dos problemas éticos no ambiente profissional.

Estratégias para gestão dos problemas éticos

Nessa categoria, foi verificado que é necessário buscar estratégias para enfrentar os problemas éticos decorrentes do ambiente hospitalar, para isso algumas medidas podem ser tomadas para extinguir ou amenizar a presença desses problemas, conforme apresentado a seguir. O estudo 20 comparou os estilos de gestão de conflitos de especialistas em Cuidados Paliativos e Intensivistas em UTI's sobre as decisões de tratamento no fim da vida. Os especialistas em cuidados paliativos realizam mais comunicação de construção de relacionamento e menos comunicação focalizada na tarefa por conferência familiar em comparação com os intensivistas. Os especialistas em cuidados paliativos realizam significativamente menos tarefas focadas e uma tendência para uma comunicação de construção de relacionamento mais intenso em comparação aos intensivistas.

Em relação ao uso de comunicação focada em tarefas pelos especialistas em cuidados paliativos, no estudo 20, os especialistas em cuidados paliativos usaram 45% menos declarações de comunicação focadas na tarefa em comparação com os intensivistas. Essa relação permaneceu estatisticamente significativa ao se ajustar para anos clínicos na prática, gênero, etnia e participação frente o status de companheiro. Entende-se aqui que a

comunicação efetiva pode ser uma maneira de gerenciar os conflitos éticos, nesse caso, principalmente referentes as decisões de tratamento no fim de vida.

O objetivo do estudo 25 foi buscar conhecer quais facilitadores e barreiras influenciam a implementação de um modelo de tomada de decisão em ética médica na rotina diária. Um modelo de tomada de decisão sobre ética médica foi introduzido em três unidades de terapia intensiva e duas enfermarias geriátricas. As respostas à pergunta “Na sua experiência, quais fatores apoiam ou impedem o uso do modelo?” Poderiam ser divididas em quatro categorias principais, a saber: “cultura/contexto”, “estruturas/recursos”, “modelo/ ética como tal”, e “nível individual”. A falta de presença e aceitação, recursos e pessoal de tempo insuficiente, colaboração interprofissional deficiente, ausência de competência ética e não reconhecimento de problemas éticos foram identificados como inibidores da implementação do modelo.

Nesse sentido, acredita-se que para auxiliar na resolução de problemas éticos a implementação de um modelo de tomada de decisão pode passar a ser considerada pelos profissionais, uma vez que poderia até apresentar critérios bem definidos para diversos tipos de tomadas de decisão e também guiaria a atitude dos profissionais. Outra maneira de se buscar amenizar os problemas éticos pode estar presente na inclusão de ética médica nas universidades, assim o estudo 28 buscou investigar as opiniões dos estudantes de medicina nigerianos sobre educação ética médica, questões éticas relacionadas à relação médico-paciente e dilemas éticos / profissionais com que são confrontados.

Os achados foram que embora a Universidade não tenha um programa formal de treinamento em ética médica, a maioria dos estudantes afirmou que eles haviam sido formalmente expostos em graus variáveis à ética médica em seus cursos de graduação; com uma proporção considerável desses estudantes não sendo capaz de especificar o tipo de exposição formal obtida e nenhuma sendo capaz de especificar claramente o título de qualquer leitura de livro de ética médica ou aula didática já recebida na escola.

A maioria dos 140 entrevistados (97,9%), do artigo 28 eram da opinião de que a ética médica deveria ser introduzida e ensinada formalmente como um curso. A maioria dos estudantes (47,4%) apoiava o início do ensino formal de ética médica nos anos clínicos, nomeadamente 3ª classe MBBS (Patologia e Farmacologia como temas centrais), 4ª classe MBBS (Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Medicina Comunitária como temas centrais) e 5ª classe MBBS (Medicina e Cirurgia como temas centrais).

Ainda de acordo com o estudo 28, as respostas dos estudantes também foram buscadas em algumas afirmações de percepção relevantes para a relação médico-paciente. Suas respostas em relação às opções "concordar" e "discordar" foram distribuídas uniformemente

em três das afirmações de percepção investigadas, a saber: "As crianças nunca devem ser tratadas sem o consentimento de seus pais/responsáveis", "Os pacientes devem ser sempre informados de todos os erros médicos "e" "Parentes próximos devem sempre ser informados sobre a condição dos pacientes ".

Ainda, a maioria (60,7%) era da opinião de que "um médico deve sempre dar o melhor de si, independentemente dos desejos do paciente". Os dilemas da má comunicação entre médicos e pacientes, e a prestação de cuidados sub-padrão foram relatados mais altos com relação a serem encontrados "frequentemente", do artigo 28.

5. METODOLOGIA

A seguir serão apresentadas as etapas que foram utilizadas para a operacionalização do estudo.

5.1. Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa tem como base as práticas cotidianas e o conhecimento acerca dos fenômenos investigados por parte dos próprios participantes, utilizando-se de interpretações diversas que tem o objetivo de revelar os aspectos da subjetividade do contexto pesquisado (FLICK, 2009).

Já a pesquisa exploratória tem o intuito de divulgar o que foi descoberto através da investigação de tal fenômeno. Por outro lado, a pesquisa descritiva visa "desenhar um quadro" de uma situação, pessoa ou evento, mostrando como as coisas relacionam-se em si (GREY, 2012).

5.2. Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, instituição vinculada a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e que disponibiliza serviços de atendimento em saúde a população em geral. Mais especificamente, foi realizado na Unidade de Traumatologia do referido Hospital.

A FURG é uma Entidade Educacional Pública Federal designada à promoção do ensino superior, pesquisa e extensão. A instituição foi fundada em 20 de agosto de 1969 e

possui 53 cursos de graduação, 10 programas de residência médica, 02 de residência multiprofissional, 23 cursos de especialização, 21 cursos de mestrado e 11 cursos de doutorado (FURG, 2012).

A unidade de Traumatologia do hospital universitário existe há longa data, mesmo antes de o hospital universitário funcionar onde atualmente está, mas no formato atual, de serviço de emergência e com residência médica, iniciou suas atividades em 2006. A iniciativa partiu do professor Flavio Hanciau, que obteve credencial do MEC e SBOT(Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia) e foi apoiado pelos ortopedistas no sentido de dar consistência ao serviço, sempre alinhado com a realidade nacional e local no que diz respeito a importância do trauma e seu aumento exponencial. O serviço vem tentando crescer continuamente para atender a demanda da especialidade local e das cidades referência pelo SUS. Está implantado numa área de cerca de 400 m², onde acontecem os atendimentos ambulatoriais e emergências, as aulas aos pós-graduandos em uma biblioteca especializada física e virtual, as aulas práticas aos graduandos do curso de medicina e onde se desenvolve parte importante do internato dos últimos anos da faculdade.

Atende cerca de 2.000 pacientes por mês a nível ambulatorial e emergência, realizando cerca de 180 procedimentos cirúrgicos todo mês. Conta com mais de 20 leitos que possuem 100% de ocupação. É formado por 14 ortopedistas, 09 residentes divididos em 3 anos, 6 enfermeiros, e 12 técnicos de enfermagem divididos em quatro turnos de trabalho, formando assim, um serviço 24hs com equipe especializada em tempo integral.

5.3. Participantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo médicos, enfermeiros, residentes e técnicos de enfermagem da Unidade de traumatologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Os critérios de inclusão consistiram em: atuar como médico, residente, técnico de enfermagem ou enfermeiro na unidade de traumatologia e fazer parte do quadro funcional há pelo menos seis meses. Foram excluídos profissionais que não atuavam regularmente na unidade.

5.4. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2019, por meio da técnica do Grupo Focal. O Grupo Focal apresenta como propósito a realização de um

processo de discussão de um tema comum, possibilitando a reflexão mediante as manifestações de cada participante, de forma a incitar os participantes a interagirem e trocarem suas experiências (BACKES; et al., 2011).

Nesse sentido, Morgan (1997) também define os grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa, que preza a comunicação entre os participantes do estudo, a fim de fornecer dados, sendo assim considerado um método que estimula a interação, visto que os participantes são encorajados ao diálogo e a troca de conhecimento.

No primeiro encontro foi realizado o questionamento inicial: Quais são os conflitos éticos vivenciados pelos profissionais médicos, residentes, técnicos de enfermagem e enfermeiros no desenvolvimento das atividades na traumatologia? Desse modo, foi solicitado a cada participante que descrevesse uma situação problema vivenciada na unidade e qual foi sua conduta; após, cada profissional realizou a leitura para que as situações fossem discutidas pelo grupo e houvesse colaboração dos demais participantes para encontrar formas de solucionar os problemas relatados.

No segundo encontro foi entregue aos participantes um diagrama contendo uma síntese das situações apresentadas no primeiro encontro. Após, foi solicitado a cada participante que elencasse três barreiras e três facilitadores para a construção de um ambiente ético, as quais também foram discutidas pelo grupo.

No último encontro foi direcionada a discussão em vias de propor formas de enfrentamentos dos principais problemas éticos apresentados no primeiro encontro, buscando dessa forma elencar as principais barreiras a serem enfrentadas e os principais facilitadores que podem ser utilizados. O terceiro e último encontro iniciou com um resgate dos encontros anteriores, seguido de uma apresentação da síntese do que foi produzido. Ao final, iniciou-se uma discussão que teve como alvo a construção de ambientes éticos em unidade de traumatologia, tendo como foco a multiprofissionalidade.

Para a formação do grupo, Dall'agnol e Trench (1999) mencionam que o ideal para o GF é um número de seis a quinze participantes, que foram contemplados conforme o explícito em 5.3. Ainda, a seleção dos participantes deve preservar a homogeneidade entre os mesmos e deve ser intencional ou planejada. (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Nesse caso, a característica comum dos participantes foi trabalhar no mesmo serviço. Sendo assim, participaram do estudo 10 profissionais.

Foi necessário, ainda, um espaço que assegurasse a privacidade e o conforto, de fácil acesso e que se configurasse como facilitador das discussões e permitisse que os participantes pudessem manter contato visual (DEBUS, 1997). Com isso, os encontros ocorreram na

unidade de traumatologia do hospital universitário, no anfiteatro local em horário reservado e privativo. O grupo focal contou com a presença de um coordenador/moderador dos encontros (no caso, o pesquisador principal), o qual tem a função de facilitar os debates. Juntamente com o moderador, teve um observador, que foi escolhido previamente, o qual auxiliou nas atividades do encontro com as gravações em áudio, anotações e nas dinâmicas, quando necessário.

Desse modo, no intuito de realizar um aprofundamento teórico acerca da temática, foram realizados três encontros, com duração média de 1h e 30 min a 2h, para que houvesse um bom proveito das discussões, evitando a fadiga entre os participantes, conforme recomendação de Debus (1997).

5.5. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir da Análise Textual Discursiva, que se trata de um processo de desconstrução e reconstrução dos dados obtidos, baseando-se em um processo de leitura rigorosa e profunda onde os dados são organizados em categorias por meio da produção de novos entendimentos dos discursos analisados.

A análise textual discursiva é capaz de atingir uma produção mais qualificada de um conhecimento já existente, para tanto, é exigido do pesquisador uma análise rigorosa em busca de um novo entendimento do que foi dito.

O processo de análise baseia-se em quatro elementos: a unitarização (desorganização dos textos em unidades formadas por ideias em comum que facilita o encontro de uma nova compreensão); a categorização (onde o pesquisador une as ideias inicialmente fragmentadas em categorias que se assemelham); comunicação (o pesquisador integra significados comuns tornando aberto o que compreendeu do tema pesquisado gerando produções com maior qualidade) e por fim o processo auto-organizado (capaz de promover novos entendimentos de pesquisas realizadas) (MORAES, GALIAZZI, 2013).

O primeiro elemento, conhecido como unitarização, constitui-se da desorganização dos textos escolhidos para análise em busca de unidade definidas de acordo com o objetivo da pesquisa. Essas unidades são formadas por ideias em comum que possibilitaram, após a releitura do toda a elaboração de um significado mais completo para si. Consiste em uma etapa trabalhosa que exige o domínio completo do material analisado, porém, facilita o surgimento de uma nova compreensão do material obtido nas entrevistas (MORAES; GALIAZZI, 2013).

O segundo elemento, a categorização, é responsável por unir as partes que foram inicialmente desconstruídas e leva ao agrupamento de elementos com significados parecidos. Além disso, busca nomear e definir as categorias obtidas. Esse passo pode ser construído através de três métodos: o dedutivo, onde o pesquisador, antes mesmo de fazer a leitura do texto, consegue criar categorias de acordo com os fundamentos de sua pesquisa; o indutivo, em que as categorias são criadas após a leitura do texto, a partir da comparação e organização dos elementos parecidos e por fim, intuitivo, método que exige um intenso conhecimento do tema escolhido, pois consegue promover certa uniformidade dos dois métodos anteriores através de momentos de inspiração do pesquisador (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A captação do novo emergente é o terceiro elemento da análise textual discursiva, onde se busca descrever e interpretar os sentidos comuns do que foi produzido ao longo da pesquisa e torna compreensível o entendimento da mesma para os leitores (MORAES; GALIAZZI, 2013). A partir desses três elementos citados anteriormente se chega ao quarto e último elemento, que é denominado processo auto organizado, pois este é capaz de criar e recriar uma nova compreensão da pesquisa após a desordem que foi feita durante todo o processo (MORAES; GALIAZZI, 2013).

5.6. Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que traz as diretrizes para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ); logo após a sua aprovação, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, CEPAS-FURG. A coleta dos dados teve início somente após receber parecer favorável sob número 175/2019 (ANEXO B).

Os dados foram coletados mediante autorização e assinatura do TCLE (APÊNDICE A), que teve duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa. Após o término da pesquisa, os resultados foram e ainda serão divulgados e se tornaram públicos por meio de eventos e artigos científicos. O TCLE e os dados (gravações, transcrições) foram armazenados pelo período de cinco anos no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – NEPEF-FURG sob a supervisão do professor orientador Edison Luiz Devos Barlem, garantindo assim o monitoramento da segurança dos dados.

Para garantir o anonimato as falas foram representadas pela letra P de participante, seguida do número de sua ordem de fala no grupo (Ex.: P1, P2....P15). As informações coletadas somente foram utilizadas para os fins dessa pesquisa.

6. RESULTADOS

Os resultados e as discussões dos dados obtidos nesta dissertação serão apresentados no formato de dois artigos científicos, os quais se encontram elaborados e formatados de acordo com as normas específicas de cada revista escolhida previamente pelo pesquisador principal e orientador.

O primeiro artigo intitulado “**Construção de Ambientes Éticos em uma unidade de traumatologia de um Hospital Universitário**”, teve como objetivo *compreender a percepção dos profissionais da área da saúde atuantes em um serviço de traumatologia acerca da construção de ambientes éticos.*

O segundo artigo intitulado “**Principais Barreiras e Facilitadores do trabalho multiprofissional e da construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia**”, teve como objetivo *analisar as barreiras e facilitadores do trabalho no serviço de traumatologia e suas influências na qualidade da assistência em saúde.*

6.1 ARTIGO 1

Construção de Ambientes Éticos em uma unidade de traumatologia de um Hospital Universitário

RESUMO

Objetivo: compreender a construção de ambiente ético de trabalho na perspectiva de profissionais da área da saúde atuantes na traumatologia. **Método:** estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma unidade de traumatologia de um hospital universitário público federal. Participaram 3 médicos, 2 enfermeiros, 3 residentes e 2 técnicos em enfermagem. Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2019, por meio de Grupo Focal e submetido à Análise Textual Discursiva. **Resultados:** emergiram duas categorias percebidas no processo da construção de ambiente ético, a das relações pessoais e das relações institucionais, em que surgiram fatores dependentes de cada uma delas e que convergiam em direção ao ambiente ético. **Conclusão:** a construção de ambientes éticos dentro de uma unidade hospitalar está associada a fatores pessoais/interpessoais e profissionais, mas o ambiente propício precisa ser criado e conduzido pela instituição através de diferentes ferramentas administrativas.

Descritores: Traumatologia. Gestão em saúde. Gerencia de serviços de saúde. Enfermagem administrativa. Médicos gestores. Serviços em Hospitais Universitários. Assistência integral a saúde.

INTRODUÇÃO

A formação na área da saúde tem exigido profundas modificações ao longo dos últimos anos. Os avanços tecnológicos, os novos desafios globais de um mundo severamente desigual e os diferentes problemas de saúde surgem com uma velocidade maior que os próprios avanços científicos e demonstram a insuficiência da ciência enquanto paradigma norteador de ações. Urge construir e consolidar conhecimentos e ações que se direcionem para práticas mais éticas e sustentáveis, produzindo novos referenciais no que diz respeito ao trabalho na área da saúde^(1,2).

Os princípios éticos, até recentemente a base inquestionável do ensino, aprendizado e trabalho na área da saúde, mostram-se insuficientes diante de tão complexas relações. Assim, a percepção, discussão e utilização da ética torna-se uma necessidade inter-profissional e inter-disciplinar em hospitais universitários, devendo ser capaz de problematizar dilemas contemporâneos, de forma que os profissionais possam lançar mão da ética e de uma sensibilidade moral para o reconhecimento, resolubilidade e até evitar que os problemas morais e éticos se manifestem^(3,4).

A construção de um ambiente ético é um grande desafio para as gestões modernas das empresas de qualquer segmento de mercado, incluindo as empresas da área da saúde e os hospitais, que durante muito tempo permaneceram à margem dessa visão e quase sempre com um tipo de gestão de pessoas muito confuso e corporativista. A traumatologia é uma especialidade de alta especificidade e complexidade dentro da dinâmica de um hospital, lidando na maioria das vezes com situações extremas e de emergências, o que acaba aumentando o nível de tensão e responsabilidade além de necessitar de profissionais especializados para o desempenho da função. Dentro dessa realidade de trabalho, se faz necessária uma avaliação profunda das relações pessoais, funcionais e éticas entre os envolvidos, para mapeamento das áreas de dificuldades e falhas para a busca de excelência no atendimento em todos os níveis do serviço de traumatologia, indo ao encontro da construção de ambientes éticos de atuação⁽⁵⁾.

Dessa forma, um ambiente ético bem construído, pautado em valores fortes faz com que exista uma maior coesão e harmonia entre os envolvidos, bem como com as pessoas externas ao ambiente cotidiano de trabalho que são a sociedade e o público específico. A ética profissional e pessoal aplicada em um ambiente hospitalar acaba por melhorar a relação entre colegas e chefia, melhora o desempenho do setor, reduz conflitos e problemas de saúde ocupacional, transformando não só o ambiente profissional num local mais agradável e produtivo, mas também interferindo positivamente no ambiente pessoal do colaborador⁽⁶⁾.

Quando se entende que o hospital é um local de expressão da ética implica dizer que as relações e ação de cada profissional preveem uma ética intrínseca e complementar a de seu colega, equipe e paciente, o que implica, logicamente, em responsabilidade ética compartilhada. Toda ação realizada no hospital tem implicações e repercussão sobre o outro (profissional ou paciente) demonstrando que a ética se expressa nos processos pessoais, interpessoais e institucionais do hospital. É, portanto, neste cenário que a ética se expressa ininterruptamente nas ações profissionais e exerce seu papel de importância inequívoca nos dias de hoje.

Quando se estuda e se analisa com cuidado a ética em saúde, nos chama a atenção um ponto comum e essencial: a linguagem, traduzida pela comunicação. Sendo essa capacidade o único elemento comum ao ser humano e sendo a partir daí que ele adquire e transmite sua identidade e visão do mundo, temos aí uma ferramenta relevante e indispensável para junto com o desenvolvimento da ética e sua prática, construir um ambiente saudável e ético buscando atingir a melhor qualidade do serviço com a consequente humanização e segurança do paciente⁽⁷⁾.

A percepção do ambiente em que vivemos se dá com o auxílio das temáticas individuais em que cada ser vivo está inserido, ou seja, com as opções e ensinamentos que podemos ter, de acordo com a consciência espacial de cada indivíduo. Quer dizer que cada individualidade percebe o meio em que está inserido de forma diferente, de acordo com suas experiências anteriores⁽⁸⁾.

Assim, a formação de um profissional competente e sua atuação em um serviço multiprofissional, visa passar pela formação ética, pela atuação com o pensamento crítico-reflexivo considerando as normas, crenças e valores, atentos ao desenvolvimento pessoal e profissional que podem se solidificar a partir e através da prática da ética no ambiente de trabalho em que está inserido, uma vez que profissionais vinculados a hospitais universitários possuem um vínculo duradouro devido a característica de sua admissão, ou seja, concurso público federal com suas nuances e estabilidades.

Levando-se em consideração ao exposto, o estudo justifica-se pela relevância do tema e pela escassez de produção acerca da percepção dos profissionais da área da saúde do hospital universitário sobre as variáveis envolvidas na construção de um ambiente ético. E tem como objetivo compreender a percepção de profissionais da saúde atuantes em unidade de traumatologia acerca da construção de ambientes éticos.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 3 médicos, 2 enfermeiros, 2 residentes e 2 técnicos em enfermagem de um Hospital Universitário. Para a obtenção dos dados, elegeu-se a técnica de Grupo Focal (GF), a qual promove ampla e horizontalizada problematização da temática⁽⁹⁾. Realizaram-se três encontros nos meses de setembro e outubro de 2019, nos quais todos os participantes estiveram presentes. Cada encontro prolongou-se por, no máximo, 1h e meia e foi coordenado pelo moderador e acompanhado por um observador. Todos os encontros foram realizados no anfiteatro da unidade de traumatologia e os participantes selecionados assinaram o TCLE conforme modelo anexo a fim de garantir a privacidade e confidencialidade dos dados coletados.

No primeiro encontro foi realizado o questionamento inicial: Quais são os conflitos éticos vivenciados pelos profissionais médicos e enfermeiros no desenvolvimento das atividades na traumatologia? Desse modo, foi solicitado a cada participante que descrevesse uma situação problema vivenciada na unidade e qual foi sua conduta; após, cada profissional realizou a leitura para que as situações fossem discutidas pelo grupo e houvesse colaboração dos demais participantes para encontrar formas de solucionar os problemas relatados.

No segundo encontro foi entregue aos participantes um diagrama contendo uma síntese das situações apresentadas no primeiro encontro. Após, foi solicitado a cada participante que elencasse três barreiras e três facilitadores para a construção de um ambiente ético, as quais também foram discutidas pelo grupo.

No último encontro foi direcionada a discussão em vias de propor formas de enfrentamentos dos principais problemas éticos apresentados no primeiro encontro, buscando dessa forma elencar as principais barreiras a serem enfrentadas e os principais facilitadores que podem ser utilizados. O terceiro e último encontro iniciou com um resgate dos encontros anteriores, seguido de uma apresentação da síntese do que foi produzido. Ao final, iniciou-se uma discussão que teve como alvo a construção de ambientes éticos em unidade de traumatologia, tendo como foco a multiprofissionalidade.

O conteúdo do GF foi gravado, transcrito e submetido à Análise Textual Discursiva. O processo de análise textual discursiva foi baseado em quatro elementos, unitarização, categorização e captação do novo emergente e processo auto-organizado⁽¹⁰⁾. O primeiro elemento, conhecido como unitarização, constituiu-se pela desconstrução dos textos, objetivando avaliar os materiais em seus detalhes, visando à elaboração de um significado mais amplo e a percepção de diferentes sentidos do texto⁽¹⁰⁾.

O segundo elemento, a categorização, foi responsável por unir as partes que foram inicialmente desconstruídas e levou ao agrupamento de elementos com significados parecidos. Além disso, busca nomear e definir as categorias obtidas. Esse passo foi construído através de uma perspectiva indutiva e intuitiva, em que as categorias foram criadas após a leitura do texto, a partir da comparação e organização dos elementos parecidos e por fim, de um intenso conhecimento do tema⁽¹⁰⁾.

A captação do novo emergente foi o terceiro elemento da análise textual discursiva, onde se buscou descrever e interpretar os sentidos comuns do que foi produzido ao longo da pesquisa e tornou compreensível o entendimento⁽¹⁰⁾. A partir desses três elementos citados anteriormente foi possível chegar ao quarto e último elemento, que é denominado processo auto-organizado, pois este foi capaz de criar e recriar uma nova compreensão da pesquisa após a desordem que foi feita durante todo o processo⁽¹⁰⁾.

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética Local (175/2019) e seguiu todos os preceitos com relação à ética em pesquisa com seres humanos, conforme resolução 466/12. O anonimato foi garantido por meio da codificação dos participantes pela letra “P” seguido de um número arábico, em ordem crescente, correspondente à ordem das falas dos participantes, “P1, P2...” até chegar ao número total de participantes.

RESULTADOS

Após análise dos dados obtidos nas reuniões de grupo focal, emergiram duas categorias percebidas como importantes para construção de ambiente ético: as relações interpessoais e as relações institucionais, cada qual com suas subdivisões características. A figura 1 apresenta de forma resumida os resultados obtidos.

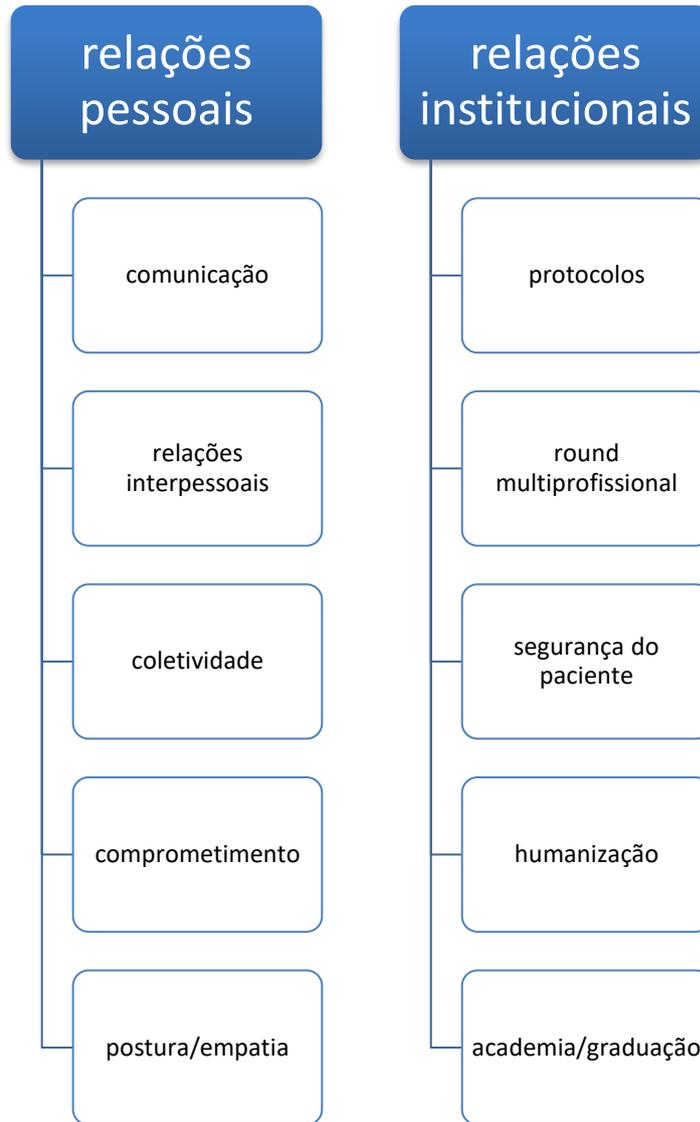


Figura 1: apresentação das categorias e unidades de sentido. Rio Grande, 2019.

As relações pessoais como construtoras de ambiente ético

A tensão natural que permeia um serviço hospitalar, pela sua particularidade e delicadeza do fato de lidar com a vida e com a morte, acaba sendo um ambiente complexo e propício para exacerbação de conflitos pessoais entre os envolvidos no processo de assistência a saúde. Porém, é nesses ambientes que encontramos profissionais empenhados em trabalhar por um objetivo comum, com alto grau de qualificação e que cada vez mais percebem a importância de se construir um local melhor e mais saudável para se conviver e trabalhar, um ambiente ético.

Imbuídos desse espírito no seu dia a dia, os participantes do estudo elencaram repetidamente as **relações interpessoais** como ponto de partida para criação de ambiente ético de trabalho. É a partir do bom relacionamento entre os membros da equipe que o clima

para criar um ambiente ideal de trabalho se constrói, e esse relacionamento deve ultrapassar a barreira do profissional e estender-se ao pessoal, pois é importante que os membros de uma equipe além de respeitarem-se profissionalmente nutram uma admiração profissional por cada indivíduo, que é construída através do tempo e sustentada pela assistência ao paciente.

Em um hospital há uma grande diversidade de categorias profissionais com diferentes formações, atuando com situações de estresse a maior parte do tempo, o que favorece que o ambiente se torne tenso e desgastante. Além do mais, no cenário atual, onde se cobra o tempo todo qualidade, indicadores, resultados, as pessoas têm pouco tempo para parar e dar atenção umas às outras e sabemos que através dos relacionamentos é possível obter resultados, portanto são essas **relações interpessoais** e suas nuances que são percebidas pelos membros da equipe como importantes para construção de um ambiente ético.

[...] as relações interpessoais pra mim, são gritantes, assim como o problema ético, tanto entre profissionais da mesma categoria quanto aos diferentes da equipe.[...]P1

[...]A relação entre equipe, e isso faz falta, e isso está gerando dilemas éticos por exemplo, como quando eu vou dar uma orientação pós-operatória de coluna, estou acostumada também há 20 anos aqui, estava aqui no ambulatório quando iniciou o serviço de residência e a gente realmente trabalhava melhor, por uns bons anos, porque a gente tinha mais esse convívio, a gente conversava, a gente participava.[...]P5

A relação interpessoal pressupõe pelo menos duas pessoas que se relacionem entre si e para que essa relação se desenvolva precisamos que haja **comunicação** entre as pessoas, e por esse motivo a comunicação entre as pessoas, entre as equipes e com os pacientes é colocada como pedra fundamental na construção de ambientes éticos. É através de uma comunicação efetiva, onde existe contato visual, compreensão da mensagem, escuta ativa e discussões saudáveis, que se começa a alicerçar as bases de um ambiente ético e produtivo de se trabalhar e produzir resultados com segurança e efetividade. Os participantes percebem que a comunicação entre os profissionais da saúde é fundamental para o estabelecimento de um cuidado seguro e de qualidade, e que essa mesma comunicação é capaz de prevenir erros e minimizar falhas.

[...]a falta de comunicação, acho que a maioria das coisas, sendo frio na conversa, a maioria das coisas a gente resolve conversando né, hoje é difícil conversar, tirar uma conclusão de algum assunto.[...]P7

[...]e nós temos que nos conhecer, temos que conversar mais , acho que a convivência é o que vai fazer que a gente consiga produzir.[...]P9

Emerge das discussões do grupo a percepção da necessidade do senso de coletividade, tão importante para vida cotidiana e não menos para a vida profissional no ambiente hospitalar. Adicionar a **coletividade** nas relações interpessoais e com uma comunicação efetiva é a certeza da construção de um ambiente melhor para se viver, conviver e trabalhar pelo próximo.

[...]Outra coisa é ficar chamando o residente no setor, é lógico que a gente sabe que não pode dar consulta, mas se não está prescrito, eu não administro, porque eu não tenho respaldo médico, se não tiver assinatura, eu posso matar alguém com dipirona, quem disse que não, se ele for alérgico, não sei, nem ele sabe as vezes. Se eu não tiver a assinatura do meu colega, eu não vou administrar, isso é fato, então a gente chama e se os guris estão ocupado aqui e nós sem respaldo de lá, paciência, os pacientes de novo fica, fica, não é abandonado, mas ele fica pra depois[...] P3

Em contra-partida, parece senso comum entre os participantes, que para que haja coletividade é preciso outro ingrediente que é o **comprometimento**. Trata-se da congruência entre atitudes, comportamentos e palavras. O indivíduo comprometido se esforça para sempre honrar seus compromissos. A responsabilidade é inseparável do comprometimento e, portanto, uma pessoa que se mostra irresponsável dificilmente será comprometida com seus afazeres. A ausência de compromisso acaba prejudicando toda uma cadeia de ações que visam qualificar e aperfeiçoar a assistência, e dessa forma não contribuindo para construção de um ambiente ético de trabalho.

[...]Tudo atrasa, dai chegou o cardiologista e a gente, a chegou esse paciente agora que tem uma solicitação foi operada, daqui a pouco não da pra tu dar uma olhada nela, "a mas eu preciso de tal, tal, exame[...] P2

Por fim, ainda percebemos a importância da **postura e empatia** do profissional da área da saúde dentro do serviço e nas suas relações de sociedade, onde o sujeito que não tiver postura adequada com seu ambiente de trabalho, com seus colegas e com sua profissão desarmoniza totalmente esse ambiente. Podemos definir postura profissional como a maneira

que você se comporta e se relaciona no seu ambiente de trabalho e a empatia representa a capacidade de compreender emoções de outra pessoa, de se colocar no lugar dela. A empatia no trabalho tem grande valor, pois contribui para um ambiente mais harmonioso e de cooperação. Esses dois ingredientes conferem ao ambiente de trabalho uma característica saudável e ética de se construir relações e prestar assistência com humanidade e segurança.

[...]De todos os lados ouvimos falar de postura e de empatia com os outros. Postura e empatia... a gente vê muito a empatia de alguns fazendo a diferença, porque a gente perde muito para a burocracia,[...]P1

As relações institucionais como construtoras de ambiente ético

A segunda categoria engloba ações desencadeadas pela instituição em que está inserido o serviço, através de normas e ações organizacionais no sentido da criação de um ambiente ético e eficaz de trabalho, agradável e saudável para os trabalhadores e com qualidade e resolutivo para os pacientes. Nesse sentido, os participantes elegeram que uma das principais atitudes a ser tomadas para melhoria do serviço, com impactos para elaboração de um ambiente ético seria a **implantação de protocolos**. A utilização de protocolos, hoje em dia, faz parte de um dos pilares da boa gestão em saúde, possibilitando o uso eficaz do conhecimento em benefício dos serviços, por meio da construção de protocolos médico-assistenciais-administrativos, vindo a sistematizar o trabalho e as ações técnico-administrativas, levando a uma diminuição da burocracia, sempre muito criticada, e tornando as atividades assistências muito mais eficazes e produtivas.

[...]acho que faltam os protocolos na maioria das vezes né, e acho que todo mundo tem a sua culpa né, nós como Preceptores, os residentes, o pessoal que fica, todo mundo tem sua culpa nessa história. Acho que o que gera mais é essa falta de protocolos, um vem aqui e diz para sentar, lá o outro diz que não pode sentar, que é deitado, quer dizer cada um diz uma coisa, e assim acontece em varias atitudes tanto na assistência como administrativa.[...]P4

[...]esses protocolos tem que ser desenvolvidos juntos, para que todos falem a mesma língua, pra que não tenha um ou outro cada hora, todo ano, a

maioria das vezes que eu vejo que da problema é assim, um fala uma coisa, o paciente, ai foi o outro não não é isso, ai vem o pessoal da enfermagem e cada um fala alguma coisa,[...]P5

[...]Não tem que ficar aguardando um protocolo maior do hospital inteiro. Ponto estratégico, protocolo. Agilizar a questão dos protocolos para agilizar o fluxo do serviço para que todos no serviço trabalhem melhor[...]P10

Outra ação que pode corroborar para a construção de um ambiente ético, apesar de depender do profissional da assistência para ser executada com eficiência, é a criação dos **rounds multiprofissionais e as reuniões clínicas do serviço**. Esses mecanismos passaram a chamar a atenção das equipes pelo fato de já terem sido implantados em muitos serviços privados de ponta e pela ausência na maioria dos serviços públicos.

Na lógica atual de que a equipe de assistência a saúde é e deve sempre ser multiprofissional, nada mais óbvio do que esses profissionais que atuam isoladamente reunirem-se com determinada frequência para discutirem as condutas e dificuldades de cada caso no intuito de melhor solucionarem o problema, no menor tempo possível, com maior eficiência e com benefício e segurança ao paciente. A realização de reuniões clínicas periódicas de todos os membros do serviço ratificam as discussões, reavaliam protocolos e incrementam as relações interpessoais de todos os membros da equipe, por promover e estimular a importância técnica de cada colaborador na engrenagem da unidade de saúde.

[...]não sei de que maneira conseguir isso, mas uma sugestão seria que de vez em quando fizesse uma reunião, enfermagem, médico, residente, acadêmicos, para discutir ou dar casos, para eles participarem, podem dar habilitação nesses setores, nós temos a reunião semanal, poucos aparecem, mas assim de repente não ser banal assim, sigam a de todos, acho muito importante, para um serviço.[...]P7

[...] acho que o round que ele fazia (multiprofissional), um round por semana e a enfermeira participava, acho que era de suma importância, a gente se preparava pra esse round, a gente tinha que ter as informações que são básicas, necessárias para o serviço, mas a gente dava um impulso, porque que a gente sabia que ia ter um round, que tinha que ter os dados ali, e a gente opinava.[...]P2

Também foi destacada a inserção em um hospital universitário público, onde misturam-se a esses profissionais de várias categorias os alunos da **graduação e seus**

professores que utilizam a estrutura da assistência e seus pacientes para transmitir informação e levar aprendizado as turmas de discentes, principalmente da medicina e enfermagem. Todos estão sob a mesma instituição e com seus vínculos empregatícios variados submetidos a uma mesma gestão, que deve promover meios adequados para que haja uma convivência saudável e ética entre todos, servindo de forma de qualificação não só na assistência ao paciente mas também para o ensino aos alunos. Essa seria mais uma atitude institucional que acabaria por incrementar e consolidar a formação de um ambiente ético de trabalho, administrando e agregando e transformando as diferenças em prol de um bem maior: o paciente.

[...] Integrar mais essa multiprofissionalidade, porque nós temos um serviço, isso aí, nós temos acadêmicos, temos pós-graduandos, nós temos médicos e enfermeiros, e os graduandos de enfermagem, e eles não estão circulando e não estão interagindo[...]P9

[...]nós sentimos a falta de um ambiente mais acadêmico dentro do serviço, apesar de termos muitos acadêmicos, sim, nós estamos dentro de um hospital universitário. O ambiente acadêmico também pra enfermagem deveria ser desenvolvido, porque a gente não tem envolvimento da enfermagem dessa parte aqui, que poderia estar aqui[...]P10

Durante as discussões nas reuniões do grupo focal, uma preocupação emergiu de forma contundente: **humanização da assistência**, que é uma abordagem de cuidado à saúde pautada no respeito à dignidade humana e bem-estar de todos os envolvidos no processo assistencial, ou seja, pacientes, seus familiares e equipe multiprofissional. Trabalhar em um ambiente mais humano, com o foco no paciente e com a tranquilidade de estar fazendo o melhor possível, torna esse um ambiente muito mais fácil de se conviver e executar a árdua tarefa de assistir o paciente e ser ético na maior parte do tempo.

[...]Então, é tudo muito no papel, é no comprimento daquilo ali e sem fugir a regra, mas eles tem que entender que o paciente é o paciente, não é uma folha de papel, então de repente se ele pegar junto com a gente e resolver essa parte deles, com certeza o paciente vai permanecer por menos tempo, a infecção vai diminuir, as outras coisas que cercam, as outras patologias que vem se agregando vão diminuir, tudo isso vai colaborar, só que eu acho que não só a gente vai conseguir isso, tem que contar com eles.[...]P1

Para o grupo nada faria sentido se no centro de todos as discussões e ações não estivesse a **segurança do paciente**, que de tão importante e ao mesmo tempo tão esquecida outrora, tornou-se atualmente um dos programas oficiais do governo federal de maior

relevância na área da saúde. Um paciente seguro é aquele que recebeu todos os cuidados necessários para que fossem minimizados, ao máximo, os riscos envolvidos na assistência de saúde prestada a ele.

Nesse sentido, a segurança do paciente não pode ser a causa de discussões e conflitos e sim o objetivo comum de todos os envolvidos, que as vezes parecem esquecer disso e preferem criar atritos ou tomar medidas pessoais e muitas vezes empíricas, prejudicando a segurança do paciente e prejudicando a construção de um ambiente de trabalho mais ético.

Muitos conflitos entre as equipes surgem exatamente por buscarem essa segurança dessa forma desordenada e muitas vezes pessoal e não institucional, tornando difícil o ambiente de trabalho e perdendo em qualidade e quantidade a segurança do paciente. Não restam dúvidas que desempenhar suas funções de assistência a saúde em um local que preze por essa segurança acaba por não só diminuir os conflitos éticos e morais mas também por criar um ambiente eticamente saudável.

[...]e outra coisa que eu acho que a gente pode fazer também, é tentar reduzir o tempo de internação dos pacientes pelo serviço assim que além de reduzir o risco de infecção do paciente, reduzir a chance de óbito também e de complicações e agravos em saúde, a gente liberaria também maior número de leitos que é um grande problema pra nós no serviço[...]IP3

[...]Eu acho que nesse, nessa parte da permanência do paciente, tem que diminuir esse número de dias do paciente, também entra nas dependências da gestão para que ela entenda que tem que pegar junto, porque se não fica difícil, a gente depende daquele diagnóstico, a gente depende daquele exame que vai fora, que vai fazer fora, a gente depende de autorização, então a gente depende que eles peguem junto, peguem o hospital, se a assistência, se o hospital está doente, se a nossa traumato está precisando de ajuda, mas é a ajuda de todos, e eles não tem, parece que não tem ciência do trabalho que a gente faz[...]IP2

DISCUSSÃO

Para os profissionais envolvidos na assistência prestada no serviço de traumatologia, a importância e necessidade da construção de um ambiente ético é fundamental para qualificar o atendimento, melhorar as relações entre os membros da equipe e assim promover ações que priorizem a segurança do paciente. A percepção dessa necessidade e do ambiente em si que se encontram, traz as relações pessoais e as relações institucionais como pilares dessa construção.

No que se refere as relações pessoais foi possível identificar com clareza a importância da comunicação de forma efetiva em um serviço e suas conseqüentes contribuições para construção de um ambiente melhor. Alguns fatores têm sido considerados cruciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes, consciência situacional – esta se refere à compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros⁽¹¹⁾.

Estabelecer diálogo com o paciente e seus familiares ou responsáveis contribui para ajustar o planejamento terapêutico as suas necessidades, respeitar as crenças e cultura do paciente e atender as expectativas das partes, e isso deve ser feito por toda a equipe e entre os membros da mesma, com a finalidade de garantir qualidade e segurança no tratamento, bem como incrementar o clima ético dentro da equipe. Porém, pesquisas tem mostrado que os profissionais da assistência em saúde tem dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe, seja por diferenças hierárquicas, seja por poder ou seja pelos conflitos do ambiente, o que acaba por influenciar diretamente no modo como a comunicação acontece⁽¹²⁻¹³⁾.

Sem a comunicação adequada não haverá relações interpessoais saudáveis e adequadas ao meio, pois o relacionamento interfere diretamente no clima organizacional do serviço. Em outro tempo e momento, a experiência profissional e formação acadêmica eram os principais quesitos para o sucesso profissional. Agora, o comportamento, a relação com o outro ganha a mesma importância, especialmente em ambientes em que o trabalho em equipe é fator indispensável para a qualidade do atendimento e serviços, como é o caso da saúde. No ambiente de trabalho, local onde as pessoas costumam passar grande parte do seu dia, essas relações devem ser o mais saudável possível, a fim de que as pessoas enxerguem a organização como um ambiente agradável e os conflitos organizacionais sejam evitados⁽⁵⁾.

Um dos fatores que favorecem ou não o desenvolvimento do trabalho é o relacionamento interpessoal, pois o fazer da enfermagem estabelece uma mobilização relacional contínua com outras pessoas, fazendo com que as relações sociais gerem influências tanto no trabalhador quanto nos doentes⁽¹⁴⁾. Nessa perspectiva, esse processo é complexo, pois relaciona o autoconhecimento, empatia, autoestima, cordialidade, ética e principalmente a comunicação. E considerando essa interação entre pessoas diferentes, em um meio competitivo e ambíguo, hora favorecendo a melhorias no ambiente e hora contribuindo

para destruir o clima saudável do serviço, a comunicação deve ser considerada ferramenta essencial e trabalhada pelos gestores setoriais e gerais.

Outro desafio a ser assumido pelos profissionais de saúde é a coletividade em suas práticas cotidianas. Isso se torna indispensável à medida que suas prerrogativas apontam para um maior vínculo e o fortalecimento das relações entre os profissionais de saúde e das interações destes com os usuários dos serviços, o que, inevitavelmente, acarretará em significativas transformações no pensar/fazer saúde⁽¹⁵⁾. O senso de coletividade dentro de um serviço de saúde só traz benefícios em todas instâncias e é fundamental para que os outros fatores possam se manifestar e contribuir para a assistência e para o ambiente ético.

É pertinente pensar que com a prática da coletividade podemos diminuir os riscos do caráter imprevisível do processo saúde-doença-assistência, que determina a cura ou a morte dos indivíduos, pois existe um alto grau de subjetividade nas relações entre profissionais e usuários do sistema. Essa subjetividade e imprevisibilidade podem ser controladas pelo senso de coletividade e não devem ser negadas sob o risco de estarmos excluindo elementos essenciais para compreensão das dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde⁽¹⁶⁾.

Ante a esse modo de ver as relações pessoais importantes para construção de um ambiente ético, o comprometimento pessoal, individual ou coletivo é extremamente importante para que um serviço possa ter uniformidade de ações e facilidades para executá-las. Comprometimento no trabalho significa ser leal aos propósitos de um serviço, de uma instituição, e é isso que ajuda um colaborador a manter seu foco e conseqüentemente atingir seus objetivos. O indivíduo comprometido se esforça para sempre honrar seus compromissos. A responsabilidade é inseparável do comprometimento e, portanto, uma pessoa que se mostra irresponsável dificilmente será comprometida com seus afazeres.

Atualmente, apesar dos tempos de incerteza, instabilidade e mudanças, acredita-se que o comprometimento é um tópico que tem sido cientificamente investigado, pois implicações relacionadas ao comprometimento tem sido apontadas como pontos de desequilíbrio, positivo ou negativo, no desempenho das atividades assistenciais⁽¹⁷⁾.

A proposta principialista de Beauchamp e Childress teve grande impacto no desenvolvimento da bioética e seu êxito se deve, em parte, à simplicidade de suas propostas teóricas e à fácil aplicação da teoria à tomada de decisões nos casos concretos da assistência em saúde e, em parte, ao acerto na escolha dos princípios (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) que verdadeiramente contêm os pontos cardeais da vida moral, determinando a construção uma postura individual e coletiva, dentro de um grupo organizacional⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, dentro de um ambiente hospitalar, a postura tem papel marcante e determinante nas condutas profissionais e nas relações pessoais. Associada a empatia, a postura ajuda a completar uma série de componentes importantes na construção de um ambiente profissional eficiente, com relações saudáveis e dentro do melhor clima ético.

Quando há empatia entre os membros de uma equipe, torna-se possível alcançar metas maiores do que quando é levado em conta apenas o resultado pessoal. Incentivar esta habilidade dos colaboradores harmoniza o ambiente de trabalho e promove a construção de laços mais afetivos na equipe⁽¹⁹⁾. Empatia é definida no dicionário como o exercício de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria nas mesmas circunstâncias⁽²⁰⁾.

Uma vez que estamos inseridos dentro de um ambiente institucional, com suas normas e metas, precisamos criar uma relação saudável e profissionalmente efetiva com esta para que a função assistencial seja realizada com a maior eficácia e segurança ao paciente, e ao mesmo tempo esta relação espera da instituição uma contrapartida em vários tópicos essenciais para além do atendimento de qualidade e humano, tenhamos um ambiente ético e agradável para desenvolver nossas funções.

Para os participantes, a criação de protocolos, tanto institucionais quanto operacionais, é ponto de partida para minimizar conflitos e melhorar a relação dentro das equipes e qualificar a assistência. A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial atual e tem sido amplamente estudada pelas novas gestões. Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna⁽²¹⁾ que apoia a tomada de decisão do profissional⁽²²⁾, possibilita corrigir as não conformidades⁽²³⁾, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa.

Além disso, a adoção de protocolos pode proporcionar maior satisfação para a equipe e para o paciente⁽²⁴⁾, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente. Percebe-se que um ambiente organizado institucionalmente contribui em muitos aspectos na construção de um ambiente ético.

Nessa mesma linha de organização, e sabendo das especificidades de um serviço de traumatologia e toda sua multi-profissionalidade, o desenvolvimento de um round multiprofissional e interdisciplinar se faz imprescindível. O modelo clássico, centrado no médico, impossibilita respostas conclusivas ou satisfatórias a muitos problemas que surgem

no transcorrer da internação, principalmente associados aos componentes sociais, culturais e/ou subjetivos que acompanham em maior ou menor grau o processo de adoecimento⁽²²⁾.

Por isso a construção de um round multiprofissional se faz necessária para agrupar profissionais de várias áreas relacionadas ao cuidado do paciente, para que além de definir tecnicamente as atitudes a serem tomadas, possam conviver e desenvolver um respeito mútuo baseado no profissionalismo com grande possibilidade de extensão a vida pessoal, o que leva a construção de um ambiente ético de forma sustentada e segura⁽²⁵⁾.

A humanização tem relação estreita com defesa a vida, e dessa forma acaba mobilizando todos envolvidos na assistência em prol de um bem maior, por ser um objetivo permanente e ter se tornado política pública desde 2003, que fala diretamente sobre o "ser humano", que vem caindo no esquecimento na sequência lógica do atendimento e do trabalho médico assistencial contemporâneo. A experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, etc⁽²⁸⁾.

Em 2013, no Brasil, foi lançado o programa nacional de segurança do paciente, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, com o intuito de reduzir danos causados por erros, procedimentos incorretos e outros desvios no atendimento. Infelizmente, erros e acidentes trazem grandes prejuízos ao sistema de saúde, seja ele público ou privado. As consequências são as mais variadas, indo de um incômodo passageiro até complicações extremamente graves como sequelas permanentes ou morte do paciente, nos piores casos. Por esse motivo a segurança do paciente possui relevância não apenas para assegurar ao paciente um melhor resultado, mas também para manter o nível de resolutibilidade e eficiência da equipe sempre alto e assim manter um clima ameno e ético dentro do serviço pela tranquilidade da certeza de tomada de decisões corretas⁽²⁶⁾.

Nas últimas décadas, a segurança do paciente tem se tornado um dos temas mais debatidos na área da saúde, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada pela equipe assistencial. Aliás, a segurança do paciente representa um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no serviço de saúde, uma vez que as condições de trabalho comprometem a qualidade do cuidado em todo o país, principalmente na Rede Pública de Saúde. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que gestores

considerassem as expectativas dos cidadãos na tomada de decisão, determinando que a segurança do paciente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes⁽²⁷⁾.

Por fim está o papel do hospital como escola, inserido nesse ambiente assistencial, adicionando graduandos e pós graduandos na linha de atendimento/assistência/aprendizado e somando-se aos outros profissionais formando um grupo heterogêneo e extremamente plural, o que dificulta a formação de um ambiente ético, saudável, eficiente e capacitado. Universidades são instituições onde muitas pessoas vivem e experimentam diferentes aspectos de suas vidas: pessoas aprendem, trabalham, socializam e aproveitam seu tempo de lazer, além de, em muitos casos, utilizarem serviços oferecidos⁽²⁸⁾.

Universidades, portanto, têm um amplo potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar de estudantes, funcionários (acadêmicos e não acadêmicos) e a comunidade, em toda sua abrangência, pelas políticas e práticas empregadas e dessa forma acaba tendo papel importante dentro de um serviço público de assistência a saúde em um hospital universitário. Cabe a instituição enquanto parte da universidade proporcionar meios e organizações para que essa miscelânea não prejudique o ambiente de trabalho e em ultima instancia o paciente⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

A percepção de um ambiente ético e dos ingredientes que o constroem é muito variável, estando na dependência do próprio ambiente/serviço e dos profissionais que participam do grupo assistencial/administrativo, e em geral os participantes tem dificuldade inclusive de compreender o que seria um ambiente ético e seus componentes e de como construí-lo e mantê-lo. Ainda assim, foi possível identificar que os participantes entendiam que para criar um ambiente ético no serviço de traumatologia necessita-se de duas relações distintas: as pessoais e as institucionais. Ambas se completariam nessa construção e interdependeriam durante todo o processo, com funções e necessidades específicas.

No que diz respeito as relações pessoais, ficou evidente que a busca da comunicação efetiva seria a mola propulsora das outras atitudes, pois sem ela não haveriam as relações interpessoais, tão importantes para o trabalho em equipe, que leva a construção de um senso de coletividade, que nada mais é do que um agrupamento de indivíduos com interesses em comum e voltados para o bem comum.

Esse movimento das relações pessoais ainda necessita que haja um comprometimento pessoal e profissional para que se rompa o ciclo vicioso, muitas vezes presente, da acomodação. Atualmente, o trabalho em saúde se desenvolve em um ambiente pouco salutar, muitas vezes longe da humanização e segurança desejadas, e precisamos desempenhar nosso papel profissional e social diante da nossa população, e que isso, apesar de todas dificuldades, nos permitam manter a postura adequada e ética associada a empatia, que em outras palavras, significa colocar-se no lugar do outro, perceber o problema e ajudar a buscar a solução transmitindo compreensão.

Posteriormente foi possível adentrar no espectro das relações institucionais, onde ficou claro o importante papel organizacional da instituição hospital e sua responsabilidade maior no funcionamento e gerenciamento dos serviços e suas implicações no ambiente de trabalho. Foi possível perceber que precisa e deve partir da gestão a construção de protocolos para todas as atividades desenvolvidas e relacionadas à assistência ao paciente, pois é através deles que alcançamos um controle dos meios para chegar aos fins, que no caso em questão é a segurança do paciente e a humanização da saúde.

Não pode ficar à margem, o fato de que nesse contexto temos o ensino, com toda a academia e suas diversidades, que devem ser organizadas e canalizadas para elevar a excelência da assistência, e isto, também faz parte das relações institucionais influenciando o clima ético. Por fim, a organização administrativa com foco na eficiência e excelência de atendimento e resoluções, deve instituir, obrigatoriamente, o round multiprofissional e as reuniões de serviço, como ferramentas indispensáveis que são, para contribuir para construção de um ambiente ético, humano e seguro.

Este estudo permitiu analisar e conhecer a percepção dos profissionais do serviço de traumatologia acerca da construção de ambientes éticos e inferir que inicialmente, na maioria das vezes, existe uma tendência a só relatar e perceber dificuldades, barreiras e vícios em suas atividades, porém também possibilitou que os mesmos percebessem que haviam problemas, que esses poderiam sofrer intervenções e ser modificados. E que é necessário mudar, mudar não só para o bem de uma parte, é necessário mudar para garantir respeito e dignidade a todos, para que não percamos nosso tempo rodando ao redor do mesmo ponto. É necessário ir além e reunir estímulos e forças para construir um ambiente melhor para se trabalhar e servir ao próximo.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Lolas-Stepke F, Almeida-Cabrera R. Competências éticas no currículo de graduação em medicina: a experiência espanhola Abstrato. [Internet] 2019 [Citado 2019 Nov. 28]; 57(5):493–503.
2. Silva LA, Muhl C, Moliani MM. Ensino Médico E Humanização: Análise a Partir Dos Currículos De Cursos De Medicina. *Psicol Argumento*. [Internet] 2015 [Citado 2019 Nov. 28]; 33(80):298-309. Doi 10.7213/psicol.argum.33.080.AO06
3. Magalhães ÁB, Natálle M, Pereira S, Nonato B, Nascimento P, Danilo M.; et al. Fisioterapia Sobre a Ética Na Profissão. [Internet] 2016 [Citado 2019 Nov. 28]; 24(2):322–31.
4. Tas Arslan F, Calpbiniçi P. Moral Sensitivity, Ethical Experiences and Related Factors of Pediatric Nurses: A Cross- Sectional, Correlational Study. *Acta Bioeth*. [Internet] 2018 [Cited 2019 Nov. 28]; 24(1):9–18. Available From: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00009.pdf>
5. Feitosa MR, Máximo ALP. A influência do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho: um estudo bibliográfico. In: *Semana de Iniciação Científica, 6., Juazeiro do Norte*.
6. Pereira et al. Conflitos éticos vividos na prática da equipe de enfermagem no intraoperatório. In: *5o Convibra - Gestão, Educação e Promoção da Saúde – 2016*.
7. Meyer DEE. Abordagens Pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: MEYER, D.E. e PARISO, M.A. *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. Belo Horizonte, Mazza Edições, 2012.
8. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurse Ethics*. [Internet] 2015 [Cited 2019 Nov. 28]; 22(5):608-15 Available From: <https://doi.org/10.1177/0969733014551595>

9. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Santos SSC, Lunardi VL, Pohlmann FC. Grupo focal como técnica de coleta de dados. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2013 [Citado 2019 Nov. 28]; 18(2): 358-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32586>.
10. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2 ed. Editora Unijuí. 2013.
11. Johnson HL, Kimsey D. Patient safety: break the silence. *AORN J*; [Internet] 2012 [Citado 2019 Nov. 28] 95(5): 591-601. Doi: 10.1016 / j.aorn.2012.03.002.
12. Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G., et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs.* [Internet] 2013 [Cited 2019 Nov. 28]; 21(3):168-72. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>
13. Maxfield DG, Lyndon A, Kennedy HP, Keeffe DO. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015 [Cited 2019 Nov. 28]; 20(3): 636-640 Disponível em:
14. Palagi S., et al. Relações humanas no trabalho da enfermagem: Diferenças e Semelhanças na atuação em atenção básica e no hospital. In: Seminário Internacional sobre O Trabalho na Enfermagem, 3., 2011, Bento Gonçalves.
15. Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/engravidando%20palavras%20o%20caso%20da%20integralidade.pdf>
16. Pinheiro R, Luz M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.
17. Bastos AVB, Correa NCN, Lira SB. Padrões de comprometimento com a profissão e a organização: o impacto de fatores pessoais e da natureza do trabalho. *Revista de administração de empresas*. 1-15. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad1998-rh-27.pdf>

18. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricas na bioética contemporânea. São Paulo (SP): Loyola; 2005.
19. Marchand M. Should family physicians be empathetic? No. *Can Fam Physician*. [Internet] 2010 [Cited 2019 Nov. 28]; 56 (8): 745-7. Available From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920768/pdf/0560741.pdf>
20. Baptista, S A empatia na intersubjetividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Fam*. [Internet] 2012 [Citado em Nov. 28];28(3): 224-6. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v28n3/v28n3a11.pdf>
21. Honório RPP, Caetano JA. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. *Rev Eletr Enf* [Internet] 2009 [Citado 2019 Nov. 28];11(1):188-93. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a24.pdf>
22. Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [Citado 2019 Nov. 28];20(spe):131-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>
23. Viana DG, Cabanas A, Antón LMTB. Proposta de protocolo para uso de EPI em UBS. *Rev Eletrônica Enferm do Val do Paraíba* [Internet]. 2012 [Citado 2019 Nov. 28];1(2):37-59. Disponível em: <http://unifatea.com.br/seer3/index.php/REENVAP/article/view/80/69>
24. Uña Cidón E, Cuadrillero Martín F, Hijas Villaizán M, López Lara F. A pilot study of satisfaction in oncology nursing care: an indirect predictor of quality of care. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2012 [Cited 2019 Nov. 28];25(2):106-17. DOI: 10.1108 / 09526861211198272
25. Guzinski, C. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet] 2019

[Citado 2019 Nov. 28];40(spec.): e20180353. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rgef/v40nspe/1983-1447-rgef-40-spe-e20180353.pdf>

26. Brasil. **Portaria nº 529, 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 28 Nov. 2019.

27. Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2011 [Citado 2019 Nov. 28];13(2):347-54. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a22.pdf>

28. Benevides, R Humanização na saúde: um novo modismo? Interface - Comunicação, Saúde, Educação. [Internet] 2005 [Citado em 2019 Nov. 28]; 9(17):389-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>

6.2 ARTIGO 2

BARREIRAS E FACILITADORES PARA CONSTRUÇÃO DE UM AMBIENTE ÉTICO EM UM SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

RESUMO

Objetivo: Conhecer as principais barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional, com vistas à construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia. **Método:** estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado com 10 profissionais de uma equipe multiprofissional de uma unidade de traumatologia de um Hospital Universitário. Participaram 3 médicos, 2 enfermeiros, 3 médicos residentes e 2 técnicos em enfermagem. Os dados foram coletados de setembro a outubro de 2019, por meio de Grupo Focal e foram submetidos à Análise Textual Discursiva. **Resultados:** Os dados permitiram a construção de duas categorias principais: as barreiras encontradas e os facilitadores encontrados para construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia. **Conclusão:** Existe um caminho a ser percorrido em direção à construção de um ambiente ético de trabalho, tendo sido identificado claramente as barreiras e facilitadores para que esse processo seja efetivo, levando o serviço ao encontro da meta principal que é a humanização da assistência e segurança do paciente.

Descritores: Traumatologia. Gestão em saúde. Gerencia de serviços de saúde. Enfermagem administrativa. Médicos gestores. Serviços em Hospitais Universitários. Assistência integral a saúde.

INTRODUÇÃO

A palavra ética tem origem do grego “ethos” e é entendida como caráter, costume, hábito ou modo de ser. Compreende comportamentos que indicam uma cultura ou um grupo de profissionais que utilizam valores. É vista como uma ferramenta social que orienta o comportamento humano e propicia valores, princípios e normas¹. A ética é presente e indispensável para a vida em sociedade, e devendo ser a base para criação ambientes éticos, livres de conflitos.

Os conflitos, segundo alguns teóricos interacionistas, são necessários e servem como estímulo às organizações, no sentido de gerar crescimento. Esses podem ser de caráter

construtivo ou destrutivo, segundo a forma como são gerados e conduzidos². Porém, de acordo com Amestoy et al.³ o conflito é visto com um fator negativo que provoca confusões e falhas nas atividades.

Verifica-se que diariamente as relações de trabalho estão vulneráveis aos conflitos éticos. Essas relações são caracterizadas por pessoas de diferentes costumes, virtudes e valores, por isso cada vez mais se tornam desafiadoras. Na área da saúde, os conflitos na relação entre médicos e enfermeiros são muito frequentes. Essas duas profissões são tidas como as principais responsáveis pela assistência ao paciente, e o conflito resultante delas é causado por vários motivos, que vão desde a constituição da equipe multiprofissional até questões econômicas, sociais, culturais e a relação de poder⁴. Tais conflitos podem ser vistos, por exemplo, na forma de relações de poder, onde ambos querem demonstrar a relevância no seu papel no tratamento do paciente. Os problemas oriundos do relacionamento entre médicos e enfermeiros apresentam-se como relevante barreira à efetividade dos serviços de saúde e a construção de ambientes éticos⁵.

A construção de um ambiente ético é um grande desafio nos dias atuais para as gestões modernas das empresas de qualquer segmento de mercado, incluindo as empresas da área da saúde e os hospitais, que durante muito tempo permaneceram à margem dessa visão e quase sempre com um tipo de gestão de pessoas muito confuso e corporativista. Dentro dessa nova realidade de trabalho é importante que os profissionais da área da saúde entendam essa mudança de condução na gestão como uma ferramenta para o auxílio no desenvolvimento da prática da assistência com maior efetividade e qualidade⁶.

Ainda, é evidente a necessidade absoluta da multidisciplinaridade como forma de atenuar as dificuldades e tensões, bem como de aumentar a eficiência e competência no atendimento ao paciente, que é o objetivo maior e principal de todo e qualquer serviço de atenção à saúde. Dentro da realidade de equipes multidisciplinares, se faz necessário além de tê-las, que trabalhem de maneira harmônica, eficiente e de forma a integrar os seus saberes⁷.

Dessa forma, um ambiente ético bem construído e com valores fortes faz com que exista uma maior coesão e harmonia entre os envolvidos, bem como coma as pessoas externas ao ambiente cotidiano de trabalho que são a sociedade e o público específico. A ética profissional e pessoal aplicada em um ambiente hospitalar acaba por melhorar a relação entre colegas e chefia, melhora o desempenho do setor, reduz conflitos, reduz problemas de saúde ocupacional, transformando não só o ambiente profissional num local mais agradável e produtivo, mas também interfere positivamente no ambiente pessoal do colaborador.

Com base no exposto, configurou-se como problema de pesquisa o desconhecimento acerca das principais barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional, com vistas à construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia. O objetivo do estudo foi *conhecer as principais barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional para a construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia.*

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com três médicos, dois enfermeiros, três médicos residentes e dois técnicos em enfermagem de um Hospital Universitário. Para a obtenção dos dados, elegeu-se a técnica de Grupo Focal (GF), a qual promove ampla e horizontalizada problematização da temática⁸. Realizaram-se três encontros nos meses de setembro e outubro de 2019, nos quais todos os dez participantes estiveram presentes. Cada encontro prolongou-se por, no máximo, 1h e meia e foi coordenado pelo moderador e acompanhado por um observador.

No primeiro encontro foi realizado o questionamento inicial: Quais são os conflitos éticos vivenciados pelos profissionais médicos e enfermeiros no desenvolvimento das atividades na traumatologia? Desse modo, foi solicitado a cada participante que descrevesse uma situação problema vivenciada na unidade e qual foi sua conduta; após, cada profissional realizou a leitura para que as situações fossem discutidas pelo grupo e houvesse colaboração dos demais participantes para encontrar formas de solucionar os problemas relatados.

No segundo encontro foi entregue aos participantes um diagrama contendo uma síntese das situações apresentadas no primeiro encontro. Após, foi solicitado a cada participante que elencasse três barreiras e três facilitadores para a construção de um ambiente ético, as quais também foram discutidas coletivamente pelo grupo.

No último encontro foi direcionada a discussão em vias de propor formas de enfrentamentos dos principais problemas éticos apresentados no primeiro encontro, buscando dessa forma elencar as principais barreiras a serem enfrentadas e os principais facilitadores que podem ser utilizados. O terceiro e último encontro iniciou com um resgate dos encontros anteriores, seguido de uma apresentação da síntese do que foi produzido. Ao final, iniciou-se uma discussão que teve como alvo a construção de ambientes éticos em unidade de traumatologia, tendo como foco a multiprofissionalidade.

O conteúdo do GF foi transcrito e submetido à Análise Textual Discursiva. O processo de análise textual discursiva foi baseado em quatro elementos, unitarização, categorização e captação do novo emergente e processo auto-organizado⁹. O primeiro elemento, conhecido

como unitarização, constituiu-se pela desconstrução dos textos, objetivando avaliar os materiais em seus detalhes, visando à elaboração de um significado mais amplo e a percepção de diferentes sentidos do texto⁹. O segundo elemento, a categorização, foi responsável por unir as partes que foram inicialmente desconstruídas e levou ao agrupamento de elementos com significados parecidos. Além disso, busca nomear e definir as categorias obtidas. Esse passo foi construído através de uma perspectiva indutiva e intuitiva, em que as categorias foram criadas após a leitura do texto, a partir da comparação e organização dos elementos parecidos e por fim, de um intenso conhecimento do tema⁹.

A comunicação foi o terceiro elemento da análise textual discursiva, onde se buscou descrever e interpretar os sentidos comuns do que foi produzido ao longo da pesquisa e tornou compreensível o entendimento⁹. A partir desses três elementos citados anteriormente foi possível chegar ao quarto e último elemento, que é denominado processo auto-organizado, pois este foi capaz de criar e recriar uma nova compreensão da pesquisa após a desordem que foi feita durante todo o processo⁹.

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética local (175/2019) e seguiu todos os preceitos com relação à ética em pesquisa com seres humanos. O anonimato foi garantido por meio da codificação dos participantes pela letra “P” seguido de um número arábico, em ordem crescente, correspondente à ordem das falas dos participantes, “P1, P2...” até chegar ao número total de participantes.

RESULTADOS

A partir da análise de dados, foram construídas duas categorias: barreiras para construção de ambiente ético no serviço multiprofissional de traumatologia e facilitadores para construção de ambiente ético no serviço multiprofissional de traumatologia

Barreiras para construção de ambiente ético no serviço multiprofissional de traumatologia

Pela característica do tipo de serviço desenvolvido na unidade avaliada, no que diz respeito a variedade de situações enfrentadas no dia a dia, pelos diferentes níveis de formação dos envolvidos, pelo volume de trabalho e pelas constantes mudanças, encontram-se importantes barreiras para construir um ambiente ético de trabalho e obter o nível desejado de qualidade do serviço e segurança do paciente, sendo que os principais indicadores foram

percebidos da seguinte forma no quesito barreiras: *presença de conflitos diante dos diferentes vínculos empregatícios, falta de protocolos, limitação de espaço físico, burocracia e falta de comunicação.*

Com a adesão do hospital universitário à administração e gestão da EBSEH(empresa brasileira de serviços hospitalares), que foi um movimento nacional e uma ação governamental no sentido unificar as gestões dos hospitais universitários brasileiros, bem como torna-los mais eficientes e auto sustentáveis, criou-se um novo vínculo empregatício para admitir funcionários de forma mais rápida e ligados a CLT, diferentemente do anterior já existente que era o RJU(regime jurídico único). Dessa forma passaram a trabalhar no mesmo ambiente funcionários com mesmas funções, porém com remunerações, carga horária e planos de carreira e benefícios diferentes, o que tem gerado conflitos nos setores de trabalho e impedido um melhor relacionamento e integração entre as equipes e até mesmo dentro delas.

[...] Acho que a principal barreira é atualmente aqui no HU, é a diferença de vínculos empregatícios, de regime jurídico, eu acho que isso é um dos maiores problemas pelo menos visivelmente, de problemas éticos, naquele encontro e o despreparo da gestão que não estabelece prioridades, acho que de alguma maneira a gente teria que unificar os vínculos, ou pelo menos os direitos e deveres, de ter uma equidade nas relações profissionais[...].P6

[...isso ai é confuso, e até a condição, a relação interpessoal, parece que às vezes o pessoal do andar, entre turnos, entre nós ... está tendo uma coisa assim tipo contrato universidade e contrato EBSEH, a empresa universidade e a empresa EBSEH. Às vezes parece que aquilo está em choque, isso ai a gente sente no dia a dia: parece que nem todos falam a mesma língua[...].P8

Outra característica negativa identificada no serviço, ao longo dos anos e atualmente na transição administrativa, é a falta de protocolos assistenciais. Essa ausência é percebida desde a simples prescrição de um medicamento até a mais complexa definição do tratamento final do paciente, passando pelas orientações pré e pós-operatórias e pelos exames a serem realizados. Essa ausência produz importantes divergências de conduta entre profissionais do mesmo setor, que mesmo na melhor das intenções, acabam por atrasar o tratamento e confundir o paciente, comprometendo a segurança do paciente.

[...]Acho que o que gera mais conflitos é essa falta de protocolos, um vem aqui e diz para sentar, o outro diz que não pode sentar, que é deitado, quer dizer cada um diz uma coisa, e como fica a cabeça do paciente?[...].P5

*[...]vejo como uma particularidade muito importante que gera conflitos: as divergências de condutas de cada período de residentes. Como é uma situação cíclica, todo ano tem esse conflito, cada um vem de um hospital, cada um vem de uma formação, cada um vem de uma vivência, e isso acaba gerando conflitos, não só entre eles residentes e enfermagem, os residentes dos próprios setores. Como já foi falado, a gente deve tentar construir protocolos, como em várias situações, só que protocolo não é simplesmente, a eu faço assim porque eu faço assim, protocolo tem que ser embasado, tem que fazer embasamento, condutas dos protocolos e construídos juntos, os protocolos de enfermagem, os protocolos, protocolos ortopédicos específicos, os protocolos clínico, pós operatório, que é atualmente, isso não é documentado, a gente não tem documentação, não tem estabelecido os protocolos[...]*P4

Não menos importante que tantas dificuldades das instituições de saúde, o espaço físico no hospital universitário tornou-se um grave problema devido não só ao crescimento populacional e a dificuldade de expansão, mas sobretudo pela crise da saúde que assola o país, o estado e mais especificamente a cidade que é referência para 28 municípios da região. A alta demanda de atendimentos é um determinante para a qualidade do serviço, do atendimento, da segurança do paciente e um importante entrave na construção de ambientes éticos multiprofissionais.

*[...] um exemplo, quantos exames conseguimos fazer em coluna, quando a demanda não é absurda, acho que ai acaba entrando na questão de estrutura, estrutura de hospital mesmo, de demanda, uma demanda absurda, que talvez a gente não acompanhou o hospital melhor, não acompanhou esse crescimento e o paciente, e acaba gerando esse conflito[...]*P7

*[...] questão de otimizar um pouquinho a questão de serviço só, talvez tentar se adequar a nossa realidade, melhorar um pouco a estrutura do hospital, no serviço em si né, desde o bloco, material do bloco, quantidade de cirurgias eletivas, das emergências que as vezes tem, a quantidade de leitos que nós temos né, uma quantidade de municípios que a gente acaba[...]*P9

*[...]então hoje a gente tem um hospital que é referência na em múltiplos lugares né, tem 14 Preceptores que nem se falou, tem o serviço de traumatologia, com alta complexidade e, então acho que começa por ai, quer ter uma estrutura, se não quer é aquela coisa, tu coloca a carroça na frente dos bois. Contratou um monte de gente, mas esse pessoal vai trabalhar como? A não tem meio, não tem estrutura, não tem instrumento. Acho que a maioria dos conflitos parte é por essa demanda né, que o hospital acaba regulando a saúde pública e tendo que resolver, e na verdade isso é um hospital universitário[...]*P1

A burocracia está muitas vezes associada ou confundida a sobrecarga de trabalho e até mesmo a falta de autonomia, ou até categorizando pejorativamente os protocolos. É preciso

diferenciar bem do que se trata cada um no ambiente de trabalho, para entender que a burocracia vem crescendo numa proporção muito maior do que os protocolos e do que as organizações institucionais, visto que muitos entendem sua necessidade como forma de proteção às boas práticas e à gestão. Porém, num ambiente de saúde, a burocracia pode ser a responsável pela dificuldade em se ter um serviço ágil, funcional e resolutivo e em última instância prejudicar de forma importante a prática da assistência em saúde ideal, levando a um prejuízo ao paciente, as vezes irreparável.

*[...]eu acredito e também concordo com os colegas que a burocracia vem primeiro ... o paciente foi decaindo nessa escala de direcionamento, foi chegando papel, o aval de alguém e o paciente foi caindo nessa escala e ficou na pirâmide, o paciente que deveria estar lá em cima (prioridade), acabou ficando lá embaixo, então tem vários conflitos[...]*P2

*[...]o que gera conflito é isso, é um hospital, entretanto, cheio de pessoas. Marca-se uma cirurgia, passa por um, passa por outro, coisas que antigamente não tinha e as coisas funcionavam, faziam mais cirurgias antes, quando não tinha esse número de pessoas que tem contratadas hoje. Antes faziam 180 cirurgias por mês, hoje 100 com muito mais gente, então eu acho que algumas coisas são assim, o conflito ético acho que é esse, uma estrutura pequena, com uma grande demanda[...]*P7

*[...]A questão burocrática na frente da igualdade e equidade, eles querem tratar os pacientes de forma igual, e não de forma inclusiva, o certo é que cada um tem uma necessidade diferente, é então assim, a questão de a gente tem tantos leitos disponíveis e tantos leitos masculinos, sendo que a unidade cirúrgica as vezes está com bastante leitos disponíveis, tem como remanejar os pacientes e eles não querem porque é dois masculino e dois feminino né, então as vezes não se pensa muito no paciente[...]*P10

A falta de comunicação efetiva, destacada pelos participantes, foi indicada como fator impeditivo em relação a construção de ambientes éticos e de um serviço de qualidade. A falta de comunicação em todos os níveis, interpessoal, profissional, com a instituição e com o paciente traz prejuízos irreparáveis não só para a boa convivência, mas também para a boa prática assistencial, uma vez que a informação é primordial para o entendimento do paciente acerca de seus problemas e para o entendimento e tomada de condutas dentro da equipe assistencial. O déficit de comunicação tem trazido à tona muitos conflitos entre as equipes multiprofissionais no serviço de traumatologia e refletido diretamente na relação da qualidade de assistência prestada e a segurança do paciente.

A falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e a burocracia são variáveis acusadas de influenciarem na comunicação não efetiva dentro do serviço. O serviço e o profissional

comprometidos com a prática da comunicação efetiva acaba por se destacar pelo simples fato de poder desenvolver discussões saudáveis, de possuir compreensão da mensagem e da conduta a ser tomada e assim acaba por passar a ter liderança clara na cadeia da assistência de qualidade.

*[...] os pacientes parecem que as vezes não falam a mesma linguagem, porque o paciente, eu chego lá, e falo bom dia, então conto qual é o plano pra aquela manhã, só que cada um de vocês, dos residentes parece que falam uma linguagem[...]*P3

*[...] porque as vezes a, um fala que tem que ser de uma forma, o outro já discorda, vai lá, então o paciente fica numa só confusão e que credibilidade ele vai ter em mim, se eu sei que ele tem que fazer isso, isso e isso, a senhora tem que sentar, a senhora tem que se posicionar, pra não ficar, levou tudo aquelas, aquelas instruções, que confiança ele vai ter em mim, se o meu colega foi lá e disse que ele tá, pode levantar.[...]*P9

Facilitadores para construção de ambiente ético no serviço multiprofissional de traumatologia

Com relação as condições que facilitariam o trabalho e a construção de ambientes éticos no serviço de traumatologia, os participantes elencaram a percepção de que existem distintos facilitadores e que alguns desses exigem mudanças a serem implantadas para que se atinja o objetivo principal da assistência em saúde que é o atendimento com qualidade e segurança ao paciente dentro de um ambiente ético. As reuniões periódicas são uma prática comum e fundamental dentro da rotina das empresas há muito tempo, e vem sendo modificadas, melhor elaboradas e adaptadas as realidades contemporâneas e aos membros das equipes. No ambiente hospitalar não deve ser diferente, mesmo porque atualmente as gestões hospitalares têm se aproximado muito das gestões empresariais, no sentido de buscar resultados sem perder a humanização, característica da assistência a saúde.

A pluralidade de profissionais favorece a construção de estratégias que facilitam a construção de ambientes éticos, pois suas mais variadas formações pessoais e profissionais, as mais variadas idades e perspectivas de vida favorecem um olhar plural e amplo, construindo positivamente as equipes multiprofissionais. Nesse sentido infere-se a importância de reuniões periódicas nos serviços hospitalares porque é nelas que se tem a oportunidade de estudar melhor os assuntos de interesse comum e onde cada um deve trazer seu ponto de vista e sua maneira de buscar a solução. As reuniões devem fazer parte da dinâmica de um serviço, de

uma instituição, visando o bom desempenho de toda equipe em prol de seus ideais e também de sua satisfação, levando assim a satisfação do nosso objetivo central que é o paciente.

*[...]É acho que, é a convivência, então esse negócio, não convivemos, somos uma equipe. Cada um está num setor, mas não falam com a gente, elas não se conhecem, ou porque, está certo, e acho que isso é uma coisa muito importante pra nós, pra ela ter a tranquilidade[...]*P4

*[...]não sei de que maneira conseguir isso, mas uma sugestão seria que de vez em quando fizesse uma reunião, enfermagem, médico, residente, acadêmicos, sei lá, para discutir ou dar casos, para eles participarem, podem dar habilitação nesses setores[...]*P8

[...]A relação entre equipe, e isso faz falta, e isso estão gerando dilemas éticos por exemplo, como quando eu vou dar uma orientação pós-operatória[...] P1

*[...]eu diria que a gente deveria ter uma maior convivência entre as equipes médicas e enfermagem, e acho que deveriam acontecer reuniões periódicas pra discutir o andamento do serviço né com uma frequência maior, e os protocolos, que seriam muito interessante como um facilitador do serviço[...]*P6

Na mesma direção da importância e relevância das reuniões periódicas, identificamos os rounds multiprofissionais ou interdisciplinares como fundamental ferramenta de qualificação do serviço e aproximação da equipe na busca pela segurança do paciente. As falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais da saúde são os principais fatores que acarretam em erros médicos, eventos adversos e redução da qualidade do cuidado prestado. São exatamente esses pontos e objetivos que a realização dos rounds multiprofissionais contempla, além de serem excelentes ferramentas administrativas e executivas para o cuidado assistencial, ainda trazem como benefício a aproximação da equipe em conhecimentos e relações interpessoais.

[...]a questão da presença do médico no andar é essencial, a gente teria que ter mais esse convívio com o médico, ter disponibilidade médica né, acho que o round que ele fazia essas terapias, fez por um tempo no round por semana e a enfermeira participava, acho que era de suma importância, a gente se preparava pra esse round, a gente tinha que ter as informações que são básicas, necessárias para o serviço, mas a gente dava um pulso, porque que a gente sabia que ia ter um round, que ia tinha os dados ali, e a gente opinava[...] P8

*[...]Integrar mais essa multiprofissionalidade, porque nós temos um serviço isso aí, nós temos acadêmicos, temos pós-graduandos, nós temos médicos e enfermeiros, e os graduandos de enfermagem, e eles não estão circulando e não estão interagindo[...]*P2

Protocolo é o conjunto das informações, decisões, normas e regras definidas a partir de um ato oficial, como audiência, conferência ou negociação, por exemplo. Na realidade, a palavra “protocolo” abrange um leque de significados extenso, podendo variar desde um conjunto de formalidades até os critérios a serem cumpridos no detrimento de determinada atividade, por exemplo, dentro de um sistema organizacional hospitalar, baseado em evidências e metas administrativas. Esse conceito quando bem utilizado e aliado a outras estratégias apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia da assistência em saúde, ampliando a segurança do paciente e diminuindo os riscos de erros e eventos adversos.

Nesse sentido a indicação da confecção de protocolos claros e exequíveis dentro do serviço foi um tema recorrente quando se discutia os facilitadores do trabalho em equipe e da construção de ambiente ético no serviço de traumatologia, e com extensão ao ambiente macro hospitalar. E para que o conceito funcione na prática, é fundamental que a gestão hospitalar conscientize e engaje os profissionais, porque alguns ainda relutam em adotar os protocolos, alegando que podem funcionar como limitadores da autonomia. Mas no momento atual, principalmente no serviço de traumatologia, fica claro que a adoção de protocolos não é só bem-vinda, como extremamente necessária, pois sabe-se que a metodologia, os protocolos, não excluem outros métodos e conhecimento médico.

*[...]já tínhamos falado da falta de protocolos, que cada um falou de uma forma, uma forma de pensamento, uma forma de ação, cada um com seu lado, e no fim dificulta bastante, atrasa diagnóstico, atrasa o paciente, o tempo que o paciente poderia ficar, a outra, a demora, então são a liberação de exames, toda aquela parte burocrática que tem que passar por mil pessoas para assinar, não é um documento que poderia ser destrinchado de outra forma e muito mais rápido e o nosso espaço físico que não comporta a demanda de forma alguma[...]*P5

*[...]e como facilitadores eu acho que o desenvolvimento de protocolos né, protocolos baseados em evidências, acho que seriam interessantes para a integração desenvolver atividades de capacitação, integrando as equipes né, e uma melhor distribuição principalmente assistencial. Melhor distribuição do trabalho[...]*P8

A comunicação é um processo que envolve troca entre dois ou mais interlocutores por meio de sinais e regras mutuamente entendíveis. Ou seja, a comunicação é uma ação primitiva e primária e que foi se desenvolvendo ao longo dos tempos, e hoje vivemos a era da comunicação, em todos os sentidos e de todas as formas. Nesse sentido parece um contrassenso que a necessidade de comunicação tenha surgido em vários momentos das

reuniões e sempre com apelo de importância, mas cabe ressaltar que existem vários fatores que mesmo nos dias atuais justificam a dificuldade de comunicação, como a falta de tempo, as diferentes atividades no mesmo vínculo, as diferentes faixas etárias e suas peculiaridades de comunicação e também a presença de conflitos dentro de uma mesma equipe e um mesmo serviço.

A medida que exercemos uma comunicação efetiva, ou seja, onde há compreensão, discussão saudável, escuta ativa e contato visual, temos a garantia que um dos pilares para garantir o cuidado em saúde com segurança. Atualmente a comunicação efetiva tornou-se meta internacional de segurança do paciente, prevenindo falhas e lapsos no processo assistencial e melhorando a integração das equipes.

[...]fala um pouco mais grosso, as pessoas as vezes levam pro lado pessoal uma questão que é do trabalho, do serviço que deveria ser uma obrigação na verdade né, porque estão no hospital e acaba gerando alguns conflitos, tanto brigas com outros colegas de enfermagem, como também até com outros colegas médicos[...]P6

[...]Então não é assim, então acho que teriam que conversar mais entre ele e todos saberem daquele paciente, porque no fim de semana vai ser outro que vai ficar, e aquele tem que saber de todos, numa emergência eu vou chamar o que está de plantão[...]P4

[...]a falta de comunicação, acho que a maioria das coisas, sendo frio na conversa, a maioria das coisas a gente resolve conversando né, hoje é difícil conversar, tirar uma conclusão de algum assunto[...]P7

Em sendo o profissional da área da saúde o componente fundamental na assistência, torna-se essencial que ele seja absolutamente capacitado para tal função e que permaneça sempre em constante aprendizado e evolução de acordo com as necessidades de seu serviço. Diante da concorrência atual já manifestada na intensa procura por vagas em concursos, torna-se indispensável que tenhamos qualidade e capacidade para desempenhar funções específicas e predeterminadas, bem como existir um programa de educação continuada institucional para manter o nível de qualidade e competitividade saudável entre os membros da equipe e por conseguinte elevar o nível do serviço.

Durante muito tempo existiu a tendência, e porque não dizer o hábito, da acomodação após a obtenção de uma vaga em serviço público, o que foi tornando os serviços obsoletos, despreparados e principalmente não produtivos, características essas que já não são mais

suportadas pelo sistema atual e pelas novas diretrizes e formas de fazer gestão hospitalar. Essa percepção já é uma realidade entre a maioria dos membros das equipes, porém é necessário que essa capacitação e educação continuada seja oferecida de maneira igualitária a todos, e só a partir desse momento existir a hierarquização e divisão de responsabilidades dos serviços.

[...]acho que quanto maior for o conhecimento de toda equipe, melhor será o ambiente de trabalho e melhor será a assistência ao paciente[...] P5

*[...]o serviço, a instituição deveria proporcionar de forma igualitária cursos de capacitação e de educação continuada em todos os níveis pra gente poder melhor atender e ate mesmo pra estimular nosso crescimento pessoal e profissional[...]*P1

DISCUSSÃO

A construção de ambientes éticos de trabalho em serviços de saúde vem ganhando força nas novas formas de gestão hospitalar, porém existem muitas resistências e dificuldades a mudanças, principalmente no setor público devido as suas características intrínsecas, o que gera muitas barreiras para a convivência harmônica e saudável, pois esse novo cenário produz um conjunto que favorece a competitividade, que nem sempre é bem administrada.¹

A presença de barreiras como a presença de diferentes vínculos empregatícios, a falta de protocolo, as limitações de espaço físico, a burocracia e a falta de comunicação, foram temas recorrentes entre os participantes e amplamente discutidos, bem como a evidencia dos facilitadores para todo o processo como a introdução das reuniões do serviço, a criação de protocolos eficientes e claros, o estímulo a comunicação efetiva entre os colaboradores, a realização de rounds multiprofissionais e a capacitação com educação continuada.

Foi possível perceber claramente que a presença de funcionários com vínculos diferentes em um mesmo setor gera desgaste nas relações pessoais e consequentemente profissionais dentro do serviço de traumatologia. Esse é um fato recente que veio com o advento da EBSEH, empresa privada que faz a gestão dos hospitais universitários pelo país, na qual seus funcionários estão vinculados pela CLT e vem sendo contratados para suprir as carências de pessoal pela ausência de novos concursos públicos há longa data, meio pelo qual outra parte dos funcionários estão vinculados ao hospital, ou seja, como estatutários¹⁰.

Na área da saúde, onde o ambiente já é bastante complexo, essa pluralidade veio a incrementar a presença de conflitos éticos e desgastes pessoais, devido a formas diversas de

tratamento, hierarquia, carga horária, plano de carreira e salários, apesar de desenvolverem as mesmas funções, no mesmo ambiente. Essa percepção vai ao encontro de um estudo realizado com profissionais na mesma situação em serviço semelhante e que revelaram desconfortos semelhantes e queixas que vão de encontro a nossa realidade dentro do hospital universitário, trazendo as diferenças de carga horaria e salarial para as mesmas funções como causa de conflitos e descontentamentos no mesmo setor¹¹.

No que diz respeito a falta de protocolo como uma das barreiras para construção de um ambiente ético de trabalho, ficou evidente em diversas falas o quanto esse fato interfere no trabalho, na organização da instituição, nas relações interpessoais e profissionais e principalmente no produto final dessa cadeia, e o mais importante, no paciente. Os protocolos são instrumentos que promovem a padronização de condutas, no caso medicas, e que auxiliam na uniformização de tratamentos e diagnósticos, eles organizam e facilitam as decisões e passaram a ser uma importante ferramenta de gestão hospitalar¹¹.

Esse conceito quando bem utilizado e aliado a outras estratégias apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia da atenção a saúde, ampliando a segurança do paciente e diminuindo o risco de erros e eventos adversos¹². Esse entendimento vai ao encontro com um estudo no qual se sustenta que na atualidade, valer-se desses instrumentos é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuário. Nesse sentido, a adoção dos protocolos para o cuidado é pertinente e dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho na assistência. Algumas instituições lançam mão dos protocolos para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis¹³.

Não menos importante do que muitas atitudes na assistência, a limitação ou falta de espaço físico é um grave problema na maioria dos hospitais públicos por dois grandes motivos: a grande demanda de atendimento determinado pelas referencias municipais locais e vizinhas e a dificuldade de expansão dos hospitais devido a falta de verbas e/ou impedimentos estruturais e legais. Essa falta de área física adequada gera entre tantas dificuldades o incremento dos conflitos diários entre os envolvidos na assistência, desde a desorganização gerada pela falta de espaço até a falta de leito para colocar e assistir ao paciente^{14,15}. A falta de conforto nas instalações físicas, falta de climatização, desorganização e falta de higiene acabam por afetar o ânimo do trabalhador e por consequência prejudicar sua produção, e todas essas situações se encontram nesse cruzamento de necessidade/obrigatoriedade de atender alta demanda com área física limitada¹⁴.

O assistencialismo em saúde sofreu significativas mudanças no sentido de profissionalizar-se e buscar metas não antes desejadas como, por exemplo, o aumento da lucratividade, o que provoca, direta e indiretamente, mudanças na estrutura geral de um hospital. As instituições de saúde, no ambiente de competitividade cada vez maior, assumem contornos empresariais, necessitando, em tal contexto, de uma gestão profissional, o que até então não havia e por isso chegamos mais rapidamente às dificuldades encontradas hoje. Nesse sentido, junto com a profissionalização, vem a burocracia, que faz parte do processo e muitas vezes é mal percebida¹⁶.

No que diz respeito a burocracia, mais do que um termo, mais do que uma etapa do processo, ela é vista por muitos como algo muito ruim, é vista como um atraso em diversos processos que na visão de muitos poderiam ser executados rapidamente, sem contar os gastos que ela é capaz de causar. Entretanto, muitas vezes, não somos capazes de perceber os pontos positivos que a burocracia nos traz. Por traz de toda a burocracia que enfrentamos no nosso dia a dia, encontramos uma hierarquia por traz dela^{15,17}.

Esta hierarquia abrange procedimentos que geram ordem na sociedade em que vivemos. E dentro do ambiente hospitalar e na assistência não deveria ser diferente, porém não se percebe assim e no dia a dia a burocracia tornou-se sinônimo de desorganização, lentidão, atraso e por fim, de prejuízo ao trabalho. É opinião comum aos participantes de que a burocracia além de gerar conflitos no ambiente de trabalho traz enorme prejuízo a assistência ao paciente, que tem ficado em último plano com em muitos serviços públicos com as mesmas características e em fase de mudanças de gestão¹⁷.

Nesse contexto de dificuldades encontradas na construção de um ambiente ético ainda temos como fator relevante, e na opinião de muitos autores, primordial, a falta de comunicação nos serviços de assistência e entre as equipes. Dentro dessa realidade, uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta¹⁸.

A comunicação é um processo no qual ocorre a emissão, recepção e a compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagem escrita e falada) e não-verbais. A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente. Na área de saúde, o processo de comunicação é vital para a atuação dos profissionais de saúde que buscam compreender e facilitar a interação com o outro e ainda enfrentar situações de conflitos pessoais, interpessoais e grupais^{19,20}.

Todavia, os participantes também entendem que estamos passando por momentos de profunda mudança de gestão e atitudes, reconhecem que a humanização da assistência e a segurança do paciente devem estar em primeiro plano e apesar de todas as dificuldades e barreiras encontradas, existem caminhos e facilitadores desse processo doloroso e conflituoso de mudanças dentro de um ambiente totalmente particular, que é o hospitalar, pela tensão natural vivida devido ao delicado fato de trabalhar com a vida das pessoas e diante da complexidade que permeia as possibilidades de cura ou melhora, indo ao extremo que é o temor pelo agravamento da doença ou a perda da vida.

Dentre esses facilitadores a inclusão de reuniões clínicas do serviço foi um dos primeiros tópicos a ser levantado, em função da sua extrema importância não só para a funcionalidade do trabalho, mas também para inclusão de todos os envolvidos nas discussões e decisões. Para alguns autores, a reunião, além de ser um espaço para elaboração de condutas que traduzam uma assistência de qualidade sob a perspectiva da interdisciplinaridade é também um momento onde favorece entre outros aspectos, o fortalecimento das relações interpessoais³⁰.

Na prática profissional vivenciamos as consequências que a má utilização da reunião pode trazer tanto no nível da assistência como no relacionamento entre os profissionais, e portanto os membros da equipe entendem esta como uma ferramenta sólida para facilitar a construção de ambientes éticos. Chiavenato¹ complementa ao descrever que reuniões podem ter como objetivos: informar, consultar, decidir, solucionar problemas e inovar. Ainda segundo o autor a empatia, o escutar bem, o encorajar, a confiança mútua e a criação de oportunidades entre outros constituem técnicas que melhoram a comunicação organizacional²¹.

Além dessas técnicas é preciso considerar a reunião como espaço democrático, isento de julgamentos preconceituosos e de valorização de desempenho dos membros da equipe, funcionando nessa lógica para além das cobranças. Deve ser um momento, onde todos são igualmente tratados, independentemente da formação e categoria profissional que apresentam sentindo-se responsáveis e motivados para o sucesso do trabalho. “As reuniões de equipe no cotidiano de trabalho são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões”²².

Alguns autores descrevem que a prática de reuniões deve pelo menos seguir quatro critérios: a periodicidade, o propósito, a delegação de responsabilidades e o acompanhamento. Quanto à periodicidade é importante ressaltar que as reuniões “não devem ser realizadas, apenas, para a cobrança do cumprimento de normas e rotinas da unidade, mas devem servir

para, a partir da identificação dos problemas, levantar sugestões, visando chegar a soluções mais concretas”²³.

Nessa mesma linha de entendimento, a formação e execução de um round multiprofissional parece ser um mecanismo que deve ser implantado o mais breve possível para solidificar as mudanças e incrementar positivamente o clima ético, unir as equipes e proporcionar maior qualidade e segurança nos resultados. Acompanhando a proposta do novo modelo de saúde do país, onde o centro de abordagem passou do indivíduo para a família, do técnico para o também humano, o desenvolvimento das práticas em saúde passou de ações técnicas individuais para ação integral com equipe multiprofissional. Esse processo de trabalho compartilhado, considerado um avanço nas práticas sanitárias, tornou-se um dos principais pressupostos do SUS e principalmente das gestões dos hospitais universitários unificadas pela administração EBSEH^{10,20}.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo configurada na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e em ambiente hospitalar, uma das ferramentas importantes a lançar-se mão para a efetividade da atenção integral é a visita multiprofissional.

Um estudo australiano sinaliza que embora os rounds tenham sido originalmente concebidos como um meio de educar estudantes de medicina, hoje sua utilização almeja apoiar a prática clínica. O estudo destaca que nos rounds o processo de comunicação entre a equipe multiprofissional tem como sujeito central o paciente e as prioridades são definidas em conjunto²⁴. O round multiprofissional seria o pilar de todas as outras mudanças, pois além de trazer benefícios administrativos e técnicos ao paciente, acaba por construir um ambiente mais ético e saudável de trabalho.

Quando se fala que o round é um pilar das novas formas de trabalhar na assistência em saúde é por que a partir desse instrumento criam-se todos os outros fatores importantes para desempenhar um trabalho com segurança, e dentre eles, a formatação de protocolos claros de atuação e execução. Apesar de muitos entenderem protocolo como burocracia, ou não respeitarem protocolos achando que estão perdendo autonomia, os membros do estudo manifestaram repetidamente a ânsia por protocolos e sua relação com a diminuição dos conflitos no setor¹².

A organização do trabalho depende da definição clara de normas, protocolos, regras e fluxos, os quais devem ser socializados e respeitados por todos os profissionais, de modo que as ações em conjunto atendam aos objetivos a que se propõe um serviço de saúde^{25,26}. Enfim, os protocolos servem para padronizar ações, nortear atitudes e para que se possa tornar o

atendimento rápido e organizado, aumentando assim as chances de sucesso em cada procedimento, e dessa forma colaborar para um clima saudável e ético entre as equipes envolvidas²⁷.

Verificou-se, através da ótica dos participantes, que outro agente facilitador a ser investido para solidificar a construção de um ambiente ético no trabalho seria melhorar a comunicação, entre as pessoas e com a instituição, para em última análise melhorar a comunicação com o paciente. Falar em comunicação e pedir incrementos nos dias atuais parece um paradigma, pois vivemos a era da comunicação e da globalização, mas em contrapartida as pessoas em geral acabaram por se isolar em suas comunicações virtuais e perderam o que se chama de comunicação efetiva. No ambiente hospitalar assistencial não foi diferente, equipes trocando casos por whats app, outros avaliando lesões por fotos, alguns trocando plantão por telefone e assim por diante. O que parecia um avanço na comunicação, tornou-se um problema para as relações interpessoais e profissionais na área da saúde²⁸.

Em um primeiro sentido, a comunicação é entendida como um processo horizontal, no qual o diálogo é sua principal característica. Já no segundo, a ideia da comunicação tem uma relação mais hierarquizada e menos mutável, onde o emissor detém o papel ativo de emitir a mensagem, cabendo ao receptor passivamente recebê-la²⁹.

Uma das metas internacionais para segurança do paciente e redução de erros é a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. A comunicação é uma ferramenta que auxilia na realização do cuidado integral e humanizado e, dessa forma, deve estar presente em todos os níveis de atenção, para um atendimento seguro³⁰. Falhas no estabelecimento da comunicação podem favorecer a ocorrência de eventos adversos, que são danos causados por erros cometidos pelas equipes de saúde durante o processo de cuidado²⁸. Por comunicação efetiva entende-se aquela em que existe o contato visual, uma escuta ativa, compreensão da mensagem, envolvimento de todos, discussões saudáveis e liderança clara.

Falhas na sequência de comunicação entre os profissionais que assistem o paciente implicam em dano ao mesmo e se caracterizam por lapso no processo assistencial, falta de integração entre os membros que assistem o paciente e incoerência/incompatibilidade de condutas^{31,32}. Diante do exposto, e da interpretação das informações obtidas através das reuniões do grupo focal, a necessidade local de melhorar a comunicação e torna-la efetiva vai de encontro as metas atuais das gestões em saúde pública e corrobora a bibliografia mais recente que coloca a comunicação como fundamental para que todo o processo possa ser desenvolvido e implementado.

Por fim, e não menos importante, a necessidade de capacitação e educação continuada vem nas discussões dos entrevistados como desfecho importante de uma sequência de melhorias e mudanças que não teriam sentido se não houvesse competência e conhecimento agregado aos valores da equipe. Contar com equipes multidisciplinares competentes e oferecer ambiente e infraestrutura de excelência são fatores primordiais para a promoção da saúde³⁰.

A gestão de qualidade deve ser encarada como prioritária, principalmente no que tange os aspectos gerenciais e de capacitação, que a curto e longo prazo promovem a melhoria na qualidade da assistência. Segundo Gomes et al.,²³ os principais problemas associados à formação dos profissionais são a dissociação teoria-prática, descompasso dos ciclos básico-clínico, antagonismo entre a clínica e a saúde coletiva, especialistas versus generalistas, falta de capacitação para atuar na maioria dos problemas das pessoas e desumanização, entre outros.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar que possuímos barreiras e facilitadores no cotidiano de um serviço hospitalar na busca da construção de um ambiente mais ético. Através da técnica do grupo focal obtivemos um panorama dos principais setores e profissionais envolvidos no sistema, que nos trouxeram suas considerações, angústias e ideias no sentido de colaborar para a construção desse ambiente. Suas opiniões convergiram na grande maioria das vezes, apesar de terem profissões e cargos diferentes dentro da unidade, o que acaba por reforçar nossos resultados e consolidar a discussão e intervenções futuras.

As divergências de opiniões e condutas são naturais e inevitáveis no local de trabalho, e o trabalho em equipe multidisciplinar possui três justificativas principais que são: a quebra da divisão do processo de trabalho; possibilidade de responsabilização de cada equipe por um conjunto de problemas bem delimitados; e a possibilidade de superação da inércia e da indiferença burocrática que caracterizam os serviços públicos atualmente. Essas relações podem propiciar, frequentemente, o (re)delineamento e a (re)definição de papéis, de modo a alcançar a adaptação da equipe as demandas específicas e locais para execução com excelência da atividade fim e por assim construir um ambiente ético, seguro e humanizado para o paciente.

Para os participantes, grande parte das barreiras são atribuídas ao processo administrativo e a instituição, como a falta de adequação de área física, excesso de demanda de pacientes para um número reduzido de profissionais, falta de protocolos e burocracia desordenada, falta de capacitação e educação continuada e o mais importante, falta de comunicação efetiva. É claro que existem barreiras que também dependem da postura e comprometimento do profissional com sua atividade, dependem da sua vontade de adquirir conhecimento e permanecer aprendendo além de adaptar-se as novas realidades e as novas normas, enfim, não permanecer em uma zona de conforto muito característica nos serviços públicos ate então.

Mas também foram identificados vários facilitadores para a construção de um ambiente saudável e eficiente, e todos eles acessíveis e possíveis de se implementar como as reuniões clínicas e rounds multidisciplinares que aumentariam a convivência e a relação entre as equipes, confecção de protocolos, adequação de estrutura física à demanda, melhorar e incentivar a comunicação efetiva em todos os níveis e por fim colocar em prática a assistência com humanização e segurança ao paciente.

Problematizar a realidade do trabalho num contexto conflitante é inerente às interações humanas e a presença de discussões é salutar para que possamos desencadear novos saberes e novas práticas, transformando a realidade a partir das iniciativas individuais e coletivas. Por fim, sugere-se que, baseado nos dados colhidos e na realidade atual, haja uma aproximação entre gestão e assistência, que se iniciem as intervenções pensando em melhorar a comunicação através das reuniões de serviço e rounds multiprofissionais, bem como elaboração de protocolos claros para que num primeiro momento possamos incrementar a segurança do paciente e a humanização do atendimento com atitudes simples e comprovadamente eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Chiavenato I. **Gestão de pessoas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2014.
2. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet] 2006 [Acesso em: 23 nov. 2019] 35:464-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a11.pdf>

3. Amestoy SC., et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros líderes no ambiente hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2014 [Acesso em: 23 nov. 2019] 35,(2):79-85. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgef/v35n2/pt_1983-1447-rgef-35-02-00079.pdf
4. Delcaro WR. As relações de poder estabelecidas no ambiente hospitalar. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade do Estado de Mato Grosso; 2011. Acesso em: 23 nov. 2019
5. Lima IB, Bastos LO. Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. Rev Enferm UFPE. [Internet] 2007 [Acesso em: 23 nov. 2019] 1: 19-27. DOI: 10.5205 / reuol.8-8762-1-LE.0101200703
6. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva PA, Mancia JR. Gestão de enfermagem e construção de ambientes éticos. Enferm. Foco. [Internet] 2016 [Acesso em: 23 nov. 2019] 7(3/4):41-45. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/914/344>
7. Silva JS, et al. Como o especialista em Ortopedia e Traumatologia avalia o atendimento ao trauma ortopédico no Brasil. Rev. Bras. Ortop. [Internet] 2011 [Acesso em: 23 nov. 2019] 46(1):9-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v46s1/04.pdf>
8. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Santos SSC, Lunardi VL, Pohlmann FC. Grupo focal como técnica de coleta de dados. Cogitare Enferm. [Internet] 2013 [Acesso em: 23 nov. 2019] 18(2):358-64. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32586/20702>
9. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise Textual Discursiva. 2 ed. Editora Unijuí. 2013.
10. EBSE RH - Solução integrada de gestão de pessoas - termo de referência v. 3.21, 2013 – Ministério da Educação Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/sites/default/files/consulta-publica/2019-02/Termo_de_Referencia-SolucaoRH-EBSE RHv321.pdf

11. Bernardo MH, Verde FF, Pinzón JG. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Campinas, SP) Cad. psicol. soc. trab. [Internet] 2013 [Acesso em: 26 nov. 2019] 16(1):119-133. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/77748/81742>
12. Azevedo C, Miranda L, Sá MC, Grabois V, Matta G, Cunha M. Entre Protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. Cad. de Saúde Publica [Internet] 2018 [Acesso em 26 Nov. 2019] Cad. Saúde Pública 2018; 34(6):e00043817. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00043817.pdf>
13. Krauzer IM, Dall'Agnoll CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. Rev Min Enferm. [Internet] 2018 [Acesso em: 26 nov. 2019] 22:e-1087 DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180017>
14. Rosa C, Menezes MA. Avaliação da Influência da Estrutura Física das Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Público do Município de São Paulo: Proposta para o Gerenciamento de Riscos de Queda. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. [Internet] 2015 [Acesso em: 26 nov. 2019] 4(1):55-70. DOI: 10.5585/rgss.v4i1.177
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde: normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília. Recuperado em 1 de junho de 2014, de 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf
16. Costa LA, Neves JA. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Soc. São Paulo. [Internet] 2013 [Acesso em: 26 Nov. 2019];22(4):1117-1131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/14.pdf>
17. Costa LA, Rocha DF. Burocracia e gestão pública: uma análise do Ministério da Saúde. Cad. Bras. Ter. Ocup. [Internet] 2018 [Acesso em: 26 Nov. 2019];26(3):632-645. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1639>

18. Nogueira J.W., Rodrigues M.C. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015 [Acesso em: 29 Nov. 2019];20(3): 636-640. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/40016-162735-1-PB.pdf>
19. Olinio L, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev. Gaúcha de Enferm.*[Internet] 2019 [Acesso em: 26 Nov. 2019];40(esp):e20180341. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/89779/51780>
20. Broca P, Ferreira M. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc. Anna Nery.* [Internet] 2015 [Acesso em: 26 Nov. 2019];19(3):467-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>
21. Voltolini B, Andrade S, Piccoli T, Odebos L, Andrade V. Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto contexto - enferm.* vol.28 Florianópolis 2019 Epub Apr 25, 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0477>
22. Grando M, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery (impr.)* [Internet] 2010 [Acesso em 26 nov. 2019] ;14(3):504-510. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11.pdf>
23. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira, TS, Arcuri, MB, Siqueira- -Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica.* [Internet] 2012 [Acesso em 26 nov. 2019] 36(4):541-549. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>
24. Novaretti MZ. Aplicação da análise causa raiz como ferramenta na gestão de segurança hospitalar. *Revista e Administração da UFSM.* [Internet] 2014 [Acesso em: 26 Nov. 2019];07(03):442-52. DOI: 10.5902/1983465916272

25. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. Rev Latino-Am Enferm. [Internet] 2014 [Acesso em 26 nov. 2019];20(1):19-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/04.pdf>
26. Sales C, Bernardes A, Gabriel C, Brito M, Moura A, Zanetti A. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. Rev. Bras. Enferm. [Internet] 2018 [Acesso em: 26 Nov. 2019];71(1):138-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
27. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? Rev pesquis Cuid fundam [Internet] 2014 [Acesso em: 26 Nov. 2019];6(2):841-7. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3007/pdf_1297
28. Aguiar FC, Mendes VLP. Acreditação hospitalar: A Importância da comunicação e da informação para a segurança do paciente. Revista Baiana de Saúde Pública. [Internet] 2017 [Acesso em: 26 Nov. 2019];40(1). Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2676>
29. Guzinski C, Lopes A, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Pai D. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do *round* interdisciplinar em cirurgia ortopédica. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2019 [Acesso em: 26 Nov. 2019];40(no.spe):e20180353. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>
30. Bohrer CD, et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. Revista de Enfermagem da UFSM; [Internet] 2016 [Acesso em 26 nov. 2019] 6(1):50-60. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1
31. Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospitalbased multidisciplinary lung cancer team. Eur J Cancer Care. [internet] 2013 [Acesso em 26 nov. 2019] 22(1):20-31.

32. Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. *Cogitare enferm.* [Internet] 2014 [Acesso em 26 nov. 2019]19(2): 287-93. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/36985/22757>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo geral proposto para a pesquisa foi alcançado, pois através da técnica utilizada foi possível conhecer a percepção dos participantes sobre ambiente ético de trabalho e como construí-lo, possibilitou conhecer as barreiras e facilitadores que interferem diretamente na formação de um ambiente ético e de como todos os envolvidos podem ajudar a modificar o momento atual. Dessa forma, os resultados dessa dissertação foram apresentados sob a forma de dois artigos: o primeiro intitulado " Construção de Ambientes Éticos em uma unidade de traumatologia de um Hospital Universitário". O segundo intitulado "Barreiras e facilitadores para a construção de um ambiente ético em um serviço de traumatologia".

No primeiro artigo ficou evidente que a construção de um ambiente ético não depende apenas da ética individual e das atitudes das pessoas envolvidas, mas sim de duas grandes relações: as pessoais e as institucionais, onde flutuam atitudes e obrigações de parte a parte para que estas sim, juntas, contribuam para a construção desse ambiente.

Dentro das relações pessoais chamou a atenção as atitudes necessárias para que o trabalhador ultrapasse a linha da individualidade e passe a agir como um coletivo, com objetivos comuns aos seus pares e dando a importância devida as relações interpessoais e a comunicação efetiva, fundamentais para modificar o ambiente de acomodação e evoluir para um ambiente onde o comprometimento, a postura e a empatia sobressaíam e completem esse conjunto indispensável de fatores e atitudes que dependem do indivíduo na construção do desejado ambiente ético.

No campo das relações institucionais, os participantes, representando os setores da assistência do serviço, mostraram a importância da mudança de atitude da instituição, como gestora e como responsável pela promoção de humanização no processo de assistência e como base legal para desempenho e efetividade na atividade fim que é a assistência ao paciente. Cabe a instituição, promover, criar e implementar protocolos, reuniões de serviço e os rounds multiprofissionais, todas ferramentas de suma importância para promover segurança e efetividade nas condutas, o que torna o hospital responsável e eficiente dentro do sistema de

saúde, e com isso colaborando definitivamente para a construção de um ambiente ético de trabalho.

No segundo artigo, ficou evidente, pela identificação feita pelos participantes, que existem dentro do serviço de traumatologia barreiras e facilitadores para construção de um ambiente ético e que essa identificação vai de encontro a percepção de como construir um ambiente ético, levando em considerações as pessoas e a instituição.

As barreiras foram repetidamente trazidas à discussão durante todas as reuniões com os participantes, que entendem que os diferentes vínculos e tratamentos de mesmos profissionais dentro de um mesmo serviço é gatilho para uma série de conflitos, e em conjunto com a falta de protocolos e a burocracia desordenada, criam obstáculos quase intransponíveis no momento. Já as limitações de espaço físico e a falta de comunicação, apesar de serem barreiras importantes, são percebidas como mais facilmente transponíveis e aceitáveis, desde que resolvidas com brevidade.

Mesmo que seja sempre mais fácil identificar problemas e dificuldades, foram identificados vários facilitadores para a construção salutar do ambiente ético, como por exemplo, qualificar progressivamente os funcionários com capacitação e educação continuada para tentar obter um grupo mais homogêneo e preparado tecnicamente, diminuindo assim os conflitos que surgem nesse quesito. A criação das reuniões clínicas e dos rounds multiprofissionais facilitariam a comunicação entre as pessoas e entre as equipes, trazendo também maior segurança para a assistência e humanização para o atendimento.

Percebe-se que em ambos artigos, a sensação da necessidade de construir um ambiente mais ético já está se tornando uma necessidade, e que, pela falta de abordagens sobre o tema nos cursos de graduação, pós graduação e capacitação tem-se uma imensa dificuldade de reconhecer e entender sobre ética, moral, empatia, e pior, em muitos casos entende-las de forma equivocada.

Foi importante reconhecer a identificação de vários problemas e dificuldades, pois o fato de olhar para as próprias barreiras e limitadores, faz com que as pessoas também entendam que existe a necessidade da mudança, não isolada e individual, mas em grupo e interdisciplinar. Com isso, considera-se necessário possibilitar mudanças desde a graduação sobre a abordagem do tema ética e sua importância para a vida do indivíduo como pessoa e como profissional, além de estimular mudanças importantes nos serviços de assistência em saúde na direção de aumentar a segurança do paciente e construir um ambiente ético saudável e sustentável.

Este estudo propiciou repensar a prática da assistência a saúde pautada na bioética, recorrer à análise do erro e das dificuldades focada também nas relações entre os envolvidos. Lembrar que o erro e as dificuldades se dão numa rede de relações, portanto, não devem ser vistos de forma individual, nem somente técnica, mas principalmente relacional, e buscar, dessa forma, a compreensão integral da realidade na busca do ambiente ético.

Dessa forma considera-se importante a realização de novos estudos voltados para a importância da ética dentro do complexo sistema de atenção a saúde em que vivemos na atualidade, onde os serviços ainda funcionam de forma individualizada na maior parte dos locais, mas mesmo com todas as dificuldades enfrentadas parece que no horizonte da humanização do atendimento e segurança do paciente, haverá o espaço importante e merecido para o estudo e a prática da ética e da moral.

REFERÊNCIAS

- AMESTOY, S. C., et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros líderes no ambiente hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 2, p. 79-85, jun., 2014.
- BACKES, D.S.; et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**. v.35, n.4, p.438-22, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf Acesso em: 23 Fev. 2019.
- BARLEM, E.L.D.; RAMOS, F.R.S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurse Ethics**. v.22 , n.5, p.608-15, 2015. Available From: <https://doi.org/10.1177/0969733014551595>
- COFEN. Resolução 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1931/2009. **Código de ética médica**. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm
- CHAVES, R.N.; ALVES, A.L. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. *Rev Dial Cien*. v.30, p.159-164, 2012.
- DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev Gaúcha Enf**. v.20, n.1, p.5-25, 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228> Acesso em: 23 Fev. 2019.
- DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, p. 96, 1997.
- DELCARO, W.R. As relações de poder estabelecidas no ambiente hospitalar. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade do Estado de Mato Grosso; 2011.
- FLICK, U.W.E. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GRAY, D.E. **Doing Research in the real world**. 2. ed. SAGE. London. 2012
- LACERDA, C.N. A ética nas relações de trabalho entre os profissionais de enfermagem. REBES (Pombal – PB, Brasil), v. 4, n. 4, p. 18-24, out.-dez., 2014.
- LEAL, D.F. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. *Rev. Min. Enferm.*; v.16, n.4, p.554-563, 2012.
- LIMA, I.B.; BASTOS, L.O Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. **Rev Enferm UFPE**. v.1, p. 19-27, 2007. DOI: [10.5205 / reuol.8-8762-1-LE.0101200703](https://doi.org/10.5205/reuol.8-8762-1-LE.0101200703)

LINTON, Ralph. O homem: uma introdução à antropologia. [tradução de Lavínia Vilela]. – 12ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; SILVEIRA, R.S.; SILVA, P.A.; MANCIA, J.R. Gestão de enfermagem e construção de ambientes éticos. *Enferm. Foco*. v. 7, n.3/4, p. 41-45, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/914/344>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.366, 2013. **Organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%B0-1366-2013-Centros-de-Trauma.pdf>

MORAES R; GALIAZZI M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2013.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications, 1997.

PEGORARO, Olinto A. *Ética e justiça*. 10ª. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PEREIRA, et al. Conflitos éticos vividos na prática da equipe de enfermagem no intraoperatório. In: 5o Convibra - Gestão, Educação e Promoção da Saúde – 2016.

SILVA, J.S.; et al. Como o especialista em Ortopedia e Traumatologia avalia o atendimento ao trauma ortopédico no Brasil. **Rev. Bras. Ortop.** v. 46, n.Suppl1, p. 9-12, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v46s1/04.pdf>

SILVA, A.C.C.; BARROS, L.C.B.; BARROS, C.E.C.; FERREIRA, G.E.; SILVA, R.F. Médicos e enfermeiras: o relacionamento numa unidade de emergência (UE). In: XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP); 9 a 11 out 2006; Fortaleza, CE; Anais do XXVI ENEGEP; Fortaleza: ABEPRO; 2006. p. 1-9.

STUMM, E.M.F.; MAÇALAI, R.T.; KIRCHNER, R.M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto & Contexto Enferm.* v.35, p.464-71, 2006.

Chiarchiaro J, White DB, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, Schuster RA, Arnold RM. Conflict Management Strategies in the ICU Differ Between Palliative Care Specialists and Intensivists. *Crit Care Med.* 2016 May ; 44(5): 934–942. DOI:10.1097/CCM.0000000000001583.

Sonesson L, Boffard K, Lundberg L, Rydmark M, Karlgren k. Decision-Making in Management of the Complex Trauma Patient: Changing the Mindset of the non-trauma Surgeon. *World J Surg.* 2018; 42:2392–2397. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4460-x>

Oerlemans AJM, Sluisveld NV, Leeuwen ESJV, Wollersheim H, Dekkers WJM, Zegers M. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics.* 2015; 16(9):1-10. DOI 10.1186/s12910-015-0001-4

Alba B. Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability. *Nursing Ethics.* 2018;25(7):855–866. DOI:10.1177/0969733016674769

- Li Y, Feng T, Jiang W. How Competitive Orientation Influences Unethical Decision-making in Clinical Practices? *Asian Nursing Research*. 2018; 12(3):182-189. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.07.001>
- Meyer-Zehnder B, Schleger HA, Tanner S, Schnurrer V, Vogt DR, Reiter-Theil S, Pargger H. How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. 2017; 18(16):1-14.
- Molina-Mula J, Gallo-Estrada J, Perelló-Campaner C. Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 15(49):1-16. DOI:10.3390/ijerph15010049
- Suzuki C, Ota K, Matsuda M. Information-sharing ethical dilemmas and decision-making for public health nurses in Japan. *Nursing Ethics*. 2015;22(5):533–547. DOI: 10.1177/0969733014549879
- Okoye O, Nwachukwu D, Maduka-Okafor FC. Must we remain blind to undergraduate medical ethics education in Africa? A crosssectional study of Nigerian medical students. *BMC Medical Ethics*. 2017; 18(73):1-8 DOI 10.1186/s12910-017-0229-2
- Tonnessen S, Ursin G, Brinchmann BS. Care-managers' professional choices: ethical dilemmas and conflicting expectations. *BMC Health Services Research*. 2017; 17(630):1-10. DOI 10.1186/s12913-017-2578-4



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

Eu, _____ informo que fui esclarecido de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar voluntariamente da pesquisa intitulada, “**CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JR**”, de autoria do mestrando Rafael Chiesa Avancini (rcavancini@hotmail.com) e do orientador Prof. Dr. Enfermeiro Edison Luiz Devos Barlem (ebarlem@gmail.com).

PROCEDIMENTOS: Fui informado (a) de que os objetivos do estudo serão “Compreender a percepção de profissionais da saúde atuantes em unidade de traumatologia acerca da construção de ambientes éticos de atuação; Conhecer as principais barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em unidade de traumatologia. A metodologia empregada prevê e realização de grupos focais, com a finalidade de realizar o aprofundamento teórico da temática construção de ambiente éticos e o serviço de traumatologia. A participação é livre e voluntária, podendo você participante, desistir a qualquer momento, retirando este consentimento sem penalização alguma.

DESPESAS: Eu não terei que pagar para participar do estudo, ou seja, não haverá custos e não haverá nenhuma forma de compensação financeira.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Minha identidade permanecerá em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente na publicação dos resultados.

ESCLARECIMENTO: A pesquisa não impõe riscos físicos aos participantes. Os riscos serão os mínimos previstos. No caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, será disponibilizada consulta com a psicóloga da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis ou Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Rio Grande para apoio emocional. O benefício deste estudo contribuirá para que se inicie uma reflexão a respeito das relações e conflitos éticos, motivando a equipe para uma mudança de conduta conjunta para minimizar os conflitos e otimizar o funcionamento do serviço.

Declaro que fui igualmente esclarecido da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso for emocionalmente afetado, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia. Caso existam dúvidas quanto a sua participação ou sobre a ética da pesquisa, por favor, contatar o pesquisador responsável Rafael Chiesa Avancini pelo telefone (53) xxxx.xxxx ou pelo e-mail: rcavancini@hotmail.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS/FURG):
(53) 3237.4652; www.cepas.furg.br; cepas@furg.com.br

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____.

Pesquisador Responsável

¹ O presente TCLE terá duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

**ANEXO A – APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA (GEP)**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA NO HU
FURG/EBSERH**

Título do Projeto:	CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ETICOS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA DO HU
Pesquisador principal:	RAFAEL CHIESA AVANCINI
Orientador:	Prof Dr Edson Barlem
Data da Solicitação:	15/04/2019
Encaminhamento Área Técnica Luis Fernando Guerreiro Gerência/ Divisão/ Setor/Unidade: Setor de Pesquisa e Chefe do Setor de Pesquisa: Inovação Tecnológica HU-FURG/EBSERH	
Parecer Área Técnica: Divisão Médica: Daniel Leopoldo Steinhaus Data Recebimento: ___/___/___ Descritivo: <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado () Não Aprovado () Com restrições Motivo: Responsável: Daniel Leopoldo Steinhaus Data: ___/___/___ <small>Responsável Técnico CRP 33535 Hospital Universidade Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. HU-FURG/EBSERH</small> (Assinatura e Carimbo)	
Parecer Final GEP: Data: 24/04/2019 <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado () Não Aprovado () Com restrições Motivo: Chefe do setor de Pesquisa inovação tecnológica: Luis Fernando Guerreiro HU-FURG/EBSERH (Assinatura e Carimbo)	

ANEXO B – PARECER APROVADO PELO CEPAS

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 214/2019

CEPAS 79/2019

Processo: 23116.004716/2019-01

Caae: 15723419.3.0000.5324

Título da pesquisa: Construção de ambientes éticos no contexto do serviço de traumatologia de um Hospital Universitário

Pesquisador responsável: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 175/2019, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: **“Construção de ambientes éticos no contexto do serviço de traumatologia de um Hospital Universitário”**

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2019.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 08 de agosto de 2019.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG