

MICHELE SALUM BULHOSA

SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

RIO GRANDE

2006



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

SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

MICHELE SALUM BULHOSA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi

RIO GRANDE

2006

*Nada te perturbe, nada te espante
Tudo passa, só Deus não muda.
A paciência tudo alcança.
Quem tem a Deus, nada lhe falta.
Só Deus basta.*

Santa Teresa de Ávila

RESUMO

BULHOSA, Michele Salum. Sofrimento Moral no trabalho da enfermagem. 2006. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Questões envolvendo problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral estão presentes no cotidiano do trabalho da enfermagem, pois ao cuidar do paciente, diferentes decisões precisam ser tomadas. Quando as trabalhadoras de enfermagem se sentem impossibilitadas, por constrangimentos institucionais ou por outros, de agir conforme sua tomada de decisão, podem apresentar sofrimento moral. Para compreender como as trabalhadoras de enfermagem vivenciam problemas, dilemas e sofrimento moral no cotidiano de seu trabalho, realizamos uma etnoenfermagem, proposta por Leininger, mediante observações e entrevistas com uma equipe de enfermagem, de uma Unidade da Clínica Médica, pertencente a um Hospital Universitário localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul. A partir da análise dos dados, foi possível construir duas grandes categorias: a) **o cuidado fragilizado da equipe de enfermagem como fonte de sofrimento moral: uma questão de organização do trabalho**, em que enfocamos a insuficiência de recursos materiais e humanos; o pouco controle das medicações, gerando, falta e sobra dos mesmos; o não reconhecimento do respaldo institucional para o exercício da autonomia da enfermeira; b) **o cuidado fragilizado do paciente como fonte de sofrimento moral: uma questão de humanização do trabalho**, focalizando a falta de humanização do cuidado, bem como, conflitos entre a equipe de enfermagem e os médicos residentes. Foram referidos, pelas trabalhadoras, sentimentos como raiva, indignação, culpa, tristeza, falta de esperança, frustração, impotência frente a problemas relacionados à (des)organização do trabalho na UCM. Tais sentimentos denotam o sofrimento moral, que, provavelmente, compromete o exercício autônomo e ético de cada membro desta equipe, podendo comprometer o cuidado dos pacientes. O sofrimento moral oriundo do enfrentamento, ou não, de situações dilemáticas ou de conflitos morais, ainda é pouco discutido e reconhecido no trabalho da enfermagem. O foco dos estudos está, geralmente, no sofrimento relacionado à (des)organização do trabalho, possivelmente, sem valorizar suficientemente a dimensão moral do trabalho da enfermagem e do modo como este trabalho está organizado, bem como suas implicações morais neste contexto. Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias institucionais de apoio e respaldo à equipe da enfermagem, quanto ao reconhecimento e enfrentamento dos problemas, dilemas e sofrimento moral, associados às questões organizacionais, considerando-se o cuidado destas trabalhadoras e o cuidado dos pacientes que buscam e confiam nas instituições hospitalares.

Descritores: Moral. Ética. Ética de Enfermagem.

ABSTRACT

BULHOSA, Michele Salum. Moral distress in nursing work. 2006. 94 p. Dissertation (Nursing Master's degree) – Post Graduation Program in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Issues concerning moral problems, dilemmas, and moral distress are part of the routine in nursing work since several decisions must be taken when caring for a patient. When workers in nursing feel that they cannot act according to their beliefs due to institutional or other kinds of constraints, they may go through moral distress. In order to understand how workers in nursing face moral problems, dilemmas, and moral distress in their everyday work, we have carried out an experiment in ethnonursing - proposed by Leininger - by doing observations and interviewing a nursing team at the Unit of Medical Clinic (UMC) in a university hospital in the very south of Rio Grande do Sul, Brazil. After the data analysis, two large categories were constructed: a) **fragile care given by the nursing team leading to moral distress: a matter of work organization**, in which we emphasize the lack of material and human resources; the lack of medication control, leading to both medication shortage and surplus; the lack of institutional support so that nurses can exert autonomy; b) **fragile care given to the patient as a source of moral distress: a matter of work humanization**, which focuses on the lack of humanization regarding care, conflicts among members of the nursing team and between this team and the residents. The workers reported feelings such as anger, indignation, guilt, sadness, lack of hope, frustration, and impotence towards problems concerning the work (dis)organization at the UMC. Such feelings denote the moral distress that is likely to interfere in the autonomous and ethical work carried out by each member of the team and may harm the care given to the patients. Moral distress that arises from facing, or not, dilemmas or moral conflicts is still little discussed and recognized in nursing work. Studies usually focus on the moral distress regarding the work (dis)organization, possibly without giving enough value to the moral dimension of nursing work and to how this work is organized, besides its moral implications for nursing care. The findings of this research point out the need to develop institutional strategies to support and assist the nursing team so that moral problems, dilemmas, and moral distress regarding organizational matters can be recognized and faced. Thus, workers and patients who look for and trust in these institutions may be taken care of.

Key words: Ethics. Ethics, Nursing. Moral.

RESUMEN

BULHOSA, Michele Salum. Sufrimiento moral en el trabajo de la enfermería. 2006. 94 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Postgrama de Posgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Cuestiones acerca de problemas morales, dilemas morales y sufrimiento moral están presentes en el cotidiano del trabajo de la enfermería, pues al cuidar de un paciente, diferentes decisiones necesitan ser tomadas. Cuando las trabajadoras de la enfermería se sienten imposibilitadas, por constreñimientos institucionales o por otros, a actuar de acuerdo con su tomada de decisión, pueden presentar sufrimiento moral. Para comprender como estas trabajadoras viven los problemas, los dilemas o los sufrimientos morales en el cotidiano de su trabajo, realizamos una etnoenfermería, propuesta por Leininger, mediante observaciones y entrevistas con un grupo de enfermería, de una Unidad de la Clínica Médica, perteneciente a un Hospital Universitário, localizado en el extremo sur del Rio Grande del Sur. A partir del análisis de los datos, fue posible construir dos grandes categorías: a) **el cuidado debilitado del grupo de enfermería como fuente de sufrimiento moral: una cuestión de organización de trabajo**, en que planteamos la escasez de recursos materiales y humanos; el mínimo control de las medicaciones, generando falta y sobra de las mismas; la inexistencia de apoyo institucional para el ejercicio de la autonomía de la enfermera; b) **el cuidado debilitado del paciente como fuente de sufrimiento moral: una cuestión de humanización del trabajo**, enfatizando la falta de humanización del cuidado, así como conflictos entre el grupo de enfermería y con los médicos residentes. Fueron referidos, por las trabajadoras, sentimientos de rabia, indignación, culpa, tristeza, falta de esperanza, frustración, impotencia frente los problemas relacionados a la (des)organización del trabajo en la UCM. Tales sentimientos denotan el sufrimiento moral, que, probablemente, compromete el ejercicio autónomo y ético de cada componente de este equipo pudiendo comprometer el cuidado de los pacientes. El sufrimiento moral, proveniente del enfrentamiento, o no, de situaciones dilemáticas o de conflictos morales, todavía es poco discutido y reconocido en el trabajo de la enfermería. El eje de los estudios está, generalmente, en el sufrimiento relacionado a la (des)organización del trabajo, posiblemente, sin valorar suficientemente la dimensión moral del trabajo de la enfermería y el modo como este está organizado, como también sus implicaciones morales en este contexto. Los resultados de esta pesquisa señalan la necesidad del desarrollo de estrategias institucionales de apoyo y respaldo al grupo de la enfermería, cuanto al reconocimiento y enfrentamiento de los problemas, dilemas y sufrimiento morales, asociados a las cuestiones organizacionales, sobretudo llevando en cuenta el cuidado de estas trabajadoras y el cuidado de los pacientes que buscan y confían en las instituciones hospitalares.

Palabras-llave: Ética. Ética de Enfermería. Morale.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	A ÉTICA E OS PROBLEMAS MORAIS VIVENCIADOS NO COTIDIANO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM	14
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	22
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
3.1.1	Etnoenfermagem.....	22
3.1.2	Local de Estudo.....	23
3.1.3	Coleta das Informações.....	24
3.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	28
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
3.4	UMA VISÃO DO AMBIENTE DA UCM.....	30
4	O CUIDADO FRAGILIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO FONTE SOFRIMENTO MORAL	38
4.1	O CUIDADO FRAGILIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL: UMA QUESTÃO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	38
4.1.1	A (des)organização do trabalho como fonte de sofrimento moral.....	38
4.1.2	Autonomia da Enfermeira x Respaldo Institucional.....	52
4.1.3	Recursos humanos: uma questão numérica?.....	58
4.2	O CUIDADO FRAGILIZADO DO PACIENTE COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL: UMA QUESTÃO DE HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	64
4.2.1	O cuidado como uma ação ética.....	64
4.2.2	Sofrimento moral frente aos conflitos inerentes ao trabalho em equipe....	70
4.2.3	O sofrimento moral como mobilizador para mudanças.....	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

O cuidado pode ser relacionado à vida. Um dos objetivos do cuidado é a manutenção, promoção e desenvolvimento da vida, podendo ser entendido como a ação de ouvir o paciente, de refletir, avaliar e construir, junto com ele e sua família, estratégias de reabilitação ou cura de acordo com seus hábitos culturais (COLLIÈRE,1989). Além disso, “o cuidado direto foi identificado pelas enfermeiras¹ como o mais importante”, como “o coração da enfermagem” (CHAMBLISS,1996, p. 68).

A enfermagem busca proporcionar bem-estar ao paciente através de um cuidado com qualidade². Além de uma atividade técnico-científica, o cuidado de enfermagem também é uma prática moral (SCOTT, 1998; NORTVEDT, 1998; BLONDEAU, 2002), já que o modo como as profissionais desempenham seu papel tem implicações morais por envolver a relação da enfermagem com o paciente, seus familiares, outros membros da equipe de saúde, num processo de escolha e decisão (GASTAMANS; DIERCKX; SCHOTSMANS, 1998). Estes processos referentes às tomadas de decisão da enfermagem quanto ao cuidado do paciente e ao seu compromisso neste fazer, podem constituir-se em conflitos e situações dilemáticas, no que diz respeito ao *que fazer, como fazer, porque fazer ou não fazer* e ao seu compromisso neste fazer, pois estas escolhas têm inúmeras implicações éticas tanto para si próprias, como para os pacientes por elas assistidos, para a equipe de saúde e para a sociedade (LUNARDI et al, 2004).

Assim, as profissionais da saúde, em especial, as da enfermagem necessitam responsabilizar-se e comprometer-se com as ações de cuidado que exercem onde atuam, ou seja, precisam disponibilizar seus conhecimentos técnico-científicos e responsabilizar-se por suas ações (LUNARDI, 1999). Frente à crença neste compromisso, Bulhosa (2004) ao conhecer como estava ocorrendo o processo de efetivação da proposta de Hospital Amigo da Criança (HAC), na maternidade de um Hospital Universitário do extremo sul do país (HU), após o recebimento deste título,

¹ Adotamos a predominância do feminino pelo predomínio deste sexo na enfermagem.

² Consideramos que cuidar o outro com qualidade é “um direito e dever, um compromisso social, uma responsabilidade profissional, primordial na construção da civilidade humana, no respeito à vida, à natureza e na promoção da saúde e do viver melhor da humanidade” (ERDMANN; LENTZ; 2004, p. 37).

deparou-se, então, não apenas com evidências de um insuficiente engajamento das profissionais de enfermagem com a proposta do HAC, como também, de insatisfação no trabalho, dificuldades de relacionamento entre os membros da equipe de saúde, falta de comprometimento com o cuidado dos pacientes e possíveis implicações éticas decorrentes.

Dilemas e conflitos morais são questões inerentes à prática de enfermagem (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005). Segundo Jameton (1993), as profissionais de enfermagem podem experienciar duas formas diferentes de problemas éticos: **dilemas morais e sofrimento moral**. Dessa forma, podem vivenciar um dilema moral quando está claro para a profissional “o conflito entre importantes e diferentes valores, mas não há como fazer uma escolha que preserve ambos” (JAMETON, 1993, p. 542). A identificação e o reconhecimento de uma situação dilemática pode ser entendida como um passo importante na constituição de sujeitos éticos (LUNARDI et al, 2004).

Já conflitos ou problemas morais, no cotidiano do trabalho, podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas, podendo acarretar dilemas e sofrimento moral (ERLEN; FROST, 1991). Quando as trabalhadoras de enfermagem se sentem incapazes, por constrangimentos na sua tomada de decisão, seja da estrutura institucional, seja de outros trabalhadores, de por em prática suas escolhas morais em relação aos pacientes, podem apresentar sofrimento moral (JAMETON, 1993).

O sofrimento moral, também, pode ser entendido como a dor ou angústia que afeta a mente, o corpo ou as relações profissionais, em resposta a uma situação na qual a trabalhadora reconhece sua responsabilidade frente aos conflitos, sabe a ação correta a seguir, porém percebe-se impedida de colocá-la em prática, por constrangimentos institucionais e/ou dos colegas de trabalho e reconhece como inadequada sua participação moral (NATHANIEL, 2002). As profissionais de enfermagem, também, podem vivenciar o sofrimento moral quando suas decisões morais são seguidas, mas confrontam-se com regulamentos legais ao buscar o bem-estar do paciente (KÄLVEMARK et al, 2004).

Assim, tais profissionais podem sofrer constrangimentos em decorrência de problemas, como a restrição de gastos numa instituição que podem comprometer a qualidade do cuidado, bem como quando discordam da decisão de outros no que se

refere ao cuidado prestado e/ou à terapêutica adotada, dentre outros, enfrentando freqüentemente dificuldades, até, para problematizar e enfrentar tais questões na própria equipe de saúde e de enfermagem. Por outro lado, quando trabalhadoras de saúde aceitam trabalhar em condições nas quais não podem exercer o que aprenderam a acreditar e valorizar, podem estar negando, a si próprias, a oportunidade de assegurar respeito a si mesmas e a sua profissão e, possivelmente, também estejam falhando em assegurar respeito aos seus pacientes (LUNARDI et al, 2004).

Neste sentido, outros estudos já realizados neste HU identificaram problemas relacionados ao modo como se organiza o trabalho da enfermagem e suas possíveis implicações morais, tais como: insatisfação das trabalhadoras com as condições de trabalho, sua organização e as relações interpessoais; dificuldade de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar (OLIVEIRA, 2003; AQUINO, 2004; LUNARDI FILHO, 1995; GALLO, 2005); descomprometimento da equipe com os cuidados dos pacientes, podendo não se identificar a eles antes de realizar procedimentos de enfermagem, desrespeitando, deste modo, direitos dos pacientes (OLIVEIRA, 2003; CHAVES; COSTA; LUNARDI, 2005); e direitos de colegas, com evidências de falta de responsabilidade com o seu trabalho, provocando estresse e sobrecarga na equipe (GALLO, 2005; BULHOSA; 2004; OLIVEIRA, 2003; SILVEIRA, 2000; LUNARDI et al, 2000). A delegação de muitos cuidados da competência da equipe de enfermagem para familiares ou aos próprios pacientes, também vem sendo constatada; dessa forma, o acompanhante, antes de representar conforto e companhia ao paciente, parece necessitar constituir-se, predominantemente, numa extensão desta equipe (OLIVEIRA, 2003; CHAVES; COSTA; LUNARDI, 2005).

Nesta mesma instituição, segundo Silveira (2000), a insatisfação com o trabalho foi relacionada ao aumento do absenteísmo, aos atrasos, às dificuldades de relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem e os demais membros da equipe de saúde. Foi constatada, também, dificuldade das enfermeiras de assumirem sua autonomia no fazer da enfermagem, provavelmente, pela centralização deste fazer na prescrição médica (LUNARDI FILHO, 2004), a qual, por vezes, e apesar disto, ainda não consegue ser cumprida corretamente, o que pode ser evidenciado pela constatação de sobra de medicações (SILVEIRA, 2000).

Foram constatados, também, conflitos entre as próprias integrantes da equipe de enfermagem com dificuldades no seu enfrentamento, possivelmente relacionadas

à falta de reconhecimento do seu trabalho, sobrecarga e desvio de função (LUNARDI FILHO, 1995; SIQUEIRA,1998; LUNARDI et al, 2000; GALLO, 2005). Estes problemas podem estar associados à insatisfação e ao sofrimento no trabalho das enfermeiras (LUNARDI FILHO, 1995), principalmente, pelo discurso dominante, em sua formação, voltado para um fazer tendo o paciente como centro do cuidado e as dificuldades para sua concretização no cotidiano do trabalho.

Apesar destas trabalhadoras defenderem que a essência moral de sua profissão é o bem-estar do paciente como um todo, suas ações podem estar sendo comprometidas por determinações e valores de outros profissionais, por restrições financeiras e pela sua própria dificuldade de enfrentamento destas relações de forças. Assim, em uma instituição onde o trabalho da profissional pode estar sendo fundamentalmente governado por outros, como pode ela própria reivindicar sua integridade moral³? (CHAMBLISS, 1996).

As trabalhadoras da enfermagem, assim como outros profissionais, muitas vezes, tomam decisões sem clareza de sua dimensão ética. Também, podem não perceber os dilemas envolvidos nas situações em que enfrentam dificuldades de decidir de acordo com sua convicção moral (ROSA, 2001). Cotidianamente, confrontam-se com ordens de outros profissionais, necessidades dos pacientes e de seus familiares, normas legais e burocráticas, além de seus próprios limites físicos e emocionais. Estes conflitos no trabalho podem ser percebidos apenas como problemas da organização do trabalho, no entanto, eles podem se constituir também em conflitos morais (ROSA, 2001; CHAMBLISS, 1996).

As profissionais de enfermagem estão inseridas em uma cultura que é parte integrante da personalidade das pessoas, exteriorizada pelos comportamentos, a qual se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, característicos de um grupo humano, e que guiam pensamentos, decisões e ações de forma padronizada (LEININGER, 1991). Existe, também, uma tendência universal, denominada etnocentrismo, com “propensão em considerar o seu modo de vida como o mais correto e o mais central”, sendo responsável, em seus casos extremos, pela ocorrência de numerosos conflitos sociais (LARAIA, 2006, p.72). Dessa forma, a cultura esta intrínseca nos modos de cuidar, nas posturas assumidas pelas profissionais diante de conflitos e dilemas morais.

³ Integridade moral da profissional diz respeito à “agir coerentemente em relação a princípios, valores e crenças” (KIEL; LENNICK, 2005, p.81).

Parece importante destacar que pouco se tem produzido e escrito no Brasil acerca dos conflitos e dilemas morais enfrentados no cotidiano do trabalho da enfermagem. É possível que tal situação ocorra, como já referido, porque muitas destas questões vivenciadas no dia a dia do trabalho sejam apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, com a administração e chefias, pacientes e familiares (LUNARDI, 1994, 1999; SIQUEIRA, 1998; SOARES, 2000) e não como problemas e dilemas fundamentalmente morais.

Neste sentido, Kelly (1998, p. 1139) realizou um estudo de seguimento com o objetivo de descrever, explorar e entender como enfermeiras, após dois anos de formadas, percebiam o mundo real da enfermagem, inseridas no contexto hospitalar, e qual a maior influência na manutenção e na mudança de seus valores morais e normas éticas. Assim, identificou manifestações de sofrimento moral nestas profissionais decorrentes do esforço de manter sua integridade moral, confirmando que muitas destas enfermeiras, recém-graduadas, experienciaram alterações em seus valores morais e éticos, a partir da sua adaptação à realidade do trabalho da enfermagem, tendo expressado que: “definitivamente não sou o tipo de enfermeira que eu queria ser”. Redman e Fry (2000) constataram que aproximadamente 33% de 470 enfermeiras experienciaram sofrimento moral, sendo que os constrangimentos institucionais tornam quase impossível seguir o que entendem como curso correto de ação.

Ainda, destacamos que no processo de enfrentamento de conflitos, muitos deles morais, a equipe de enfermagem depara-se com obstáculos burocráticos e divergências com colegas, podendo existir inúmeras formas de negociar quando se encontram nestas situações. O sofrimento pode advir, então, do enfrentamento de inúmeras e diferentes possibilidades de ação, sendo difícil prever os resultados decorrentes destas tomadas de decisão, já que cada uma pode envolver a necessidade de cooperação de outros profissionais, mobilizando diferentes percepções, sentimentos, além de provocar diferentes implicações éticas. Deste modo, as profissionais de enfermagem possivelmente não têm garantias do sucesso a partir de suas escolhas e, na maioria das situações, podem não conseguir resolver a contento as dificuldades enfrentadas (JAMETON, 1993).

Assim, tendo em vista o cotidiano do trabalho das profissionais de enfermagem e suas inúmeras tomadas de decisão no seu ambiente de trabalho, é

possível perguntar: Como as profissionais vêm enfrentando tais processos de tomada de decisão? Que sentimentos tais processos lhes têm provocado? Que estratégias vêm sendo adotadas para o enfrentamento destas situações? Como as profissionais vêm enfrentando o possível sofrimento moral oriundo de tais decisões? Terão compreensão da dimensão ética presente em tais situações de sofrimento vivenciado?

Deste modo, temos como objetivo geral: **Compreender como as trabalhadoras de enfermagem vivenciam problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral no seu cotidiano de trabalho.**

E como objetivos Específicos:

- **Conhecer a percepção das trabalhadoras de enfermagem acerca dos problemas morais vivenciados no cotidiano do trabalho;**
- **Conhecer os dilemas morais vivenciados pelas trabalhadoras de enfermagem no trabalho hospitalar;**
- **Conhecer as estratégias adotadas pelas trabalhadoras de enfermagem para o enfrentamento do sofrimento moral.**

A seguir, apresentamos o capítulo referente à ética e aos problemas morais cotidianamente enfrentados pela enfermagem no seu ambiente de trabalho.

2. A ÉTICA E OS PROBLEMAS MORAIS VIVENCIADOS NO COTIDIANO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Neste capítulo, abordamos **a ética e os problemas morais vivenciados no cotidiano do trabalho da enfermagem**. Assim, apresentamos as concepções de ética e moral, que utilizamos para respaldar este estudo, explicitando suas possíveis inter-relações, sua relevância para o trabalho da enfermagem e para as manifestações de sofrimento moral.

A revolução técnico-científica e social do século XX produziu mudanças que transformaram a concepção de saúde e dos cuidados dispensados com a saúde, intensificando um confronto entre valores e obrigações morais dos profissionais da saúde para com os pacientes e a sociedade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Estas mudanças refletiram-se nas instituições de saúde e no cotidiano do trabalho das profissionais, sendo que, atualmente, pode ser percebida uma crise ética e moral em muitas organizações da sociedade, fazendo com que os indivíduos apresentem-se às vezes confusos ou indecisos na sua forma de agir. Esta realidade suscita o seguinte questionamento: “como cuidar do ser humano, levando em conta a ética?” (VIEIRA; ROSA, 2006, p. 201)

De acordo com Beauchamp e Childress (2002, p. 18), “ética é um termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral”. Neste sentido, compartilhamos da definição de Segre e Cohen (1995, p. 17) de que a “ética se fundamenta em três pré-requisitos: a percepção dos conflitos, ou seja, a consciência de que se está frente a uma situação problemática; a autonomia, como a condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa” e autodeterminada e a “coerência” frente aos valores. Além disso, Segre e Cohen (1995, p. 21) afirmam “que o princípio fundamental da ética deva passar basicamente pelo respeito ao ser humano, como sujeito atuante e autônomo”.

A ética, também, pode ser considerada com a ciência “que tem por objeto os atos morais” (FERNANDES; FREITAS, 2006, p. 27); já a moral pode ser entendida como “um conjunto de direitos ou deveres do indivíduo e da sociedade”, sendo um sistema de valores que pressupõe três características: “1) seus valores não são questionados, 2) são impostos e 3) a desobediência às regras pressupõe um castigo”. Portanto, a moral é imposta e requer um ato de obediência, enquanto que a

ética precisa ser apreendida e percebida pelos sujeitos (SEGRE; COHEN, 1995, p. 18).

A moralidade, segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 141), “não é um conjunto de regras pessoais criadas por indivíduos isolados da sociedade, e os princípios morais têm autoridade sobre nossas vidas, em virtude de uma organização social e cultural independente de qualquer agente autônomo isolado.” Podemos, também, entender a moral como “os sistemas de regras e princípios que respondem à pergunta: ‘como devo agir?’; o que pressupõe, por parte do indivíduo, a experiência subjetiva de um ‘sentimento de obrigatoriedade” (LA TAILLE, 2006, p. 49).

Os atos morais podem ser considerados frutos da vivência prática e dos valores de um determinado grupo social, contextualizadas no espaço e no tempo; assim, a ética faz parte da natureza humana e as ações refletem as condutas humanas. Com isso, a ética volta-se para o agir consciente, livre e responsável, sendo essas condições fundamentais do ato moral (FERNANDES; FREITAS, 2006).

Dessa forma, a ética precisa “ser considerada como parte essencial da política da organização e imprescindível para o seu desenvolvimento e crescimento, uma vez que a opção por valores que humanizam o processo de trabalho e a relação com os clientes traz benefícios para a própria empresa e para a sociedade”, sendo que nas instituições de saúde essa preocupação tende a ser mais intensa, pois “o foco da atenção são as pessoas” (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005, p.14).

Assim, no ambiente hospitalar, as escolhas são possivelmente pautadas em “princípios técnico-científicos, além de princípios éticos construídos ao longo da vida” (DUARTE, 2004, p.20); ainda, o “conjunto de valores de uma profissão - ou *éthos*- está expresso nos códigos de ética. Na enfermagem, esses valores podem ser a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, a recuperação da saúde e o alívio do sofrimento” (OGUISSO, 2006, p.71). Um código profissional representa “uma declaração articulada do papel moral dos membros da profissão, e é nesse sentido que padrões profissionais se distinguem dos padrões impostos por instituições externas” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.21).

“Os valores éticos advindos do modo de viver de cada pessoa ajudam esta a tomar decisões ao se dirigir a algo ou alguém; neste sentido o próprio agir humano é uma forma de expressar valores” (FERNANDES; FREITAS, 2006, p. 33). Os valores

podem ser entendidos como norteadores das decisões, auxiliando as profissionais a assumir uma postura ética diante da equipe de trabalho. Além disso, a profissional “percebe que todas as coisas que a cercam possuem um determinado valor e, diante disso, sempre assume uma escolha, podendo aceitá-la ou rejeitá-la, mas por um ato de vontade, não é possível passar indiferente frente a esses valores” (DOMINGUES; CHAVES, 2004, p. 370).

Deste modo, a escolha da profissional por uma ou outra forma de agir em uma situação de conflito pressupõe responsabilidade e compromisso com o ser cuidado, pois “o homem a partir do momento que existe começa a responder pela sua existência” (FERNANDES; FREITAS, 2006, p. 37). Esta escolha pode pautar-se em experiências anteriores, no conhecimento técnico-científico, nos valores e normatizações da instituição (FERNANDES; FREITAS, 2006). Para que as tomadas de decisões “sejam respaldadas por preceitos éticos, fortalecendo o compromisso profissional”, faz-se necessário o “conhecimento da situação, o uso dos instrumentos éticos e legais, e o reconhecimento dos valores, crenças e convicções presentes nas situações” (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005, p.24).

Para fazer tais escolhas, a profissional precisa exercer sua autonomia. A palavra autonomia pode ter diversos significados, tais como “auto-governo, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade de vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo” (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002, p. 137). Entendemos que a autonomia está intimamente relacionada à responsabilidade, ou seja, o “agente autônomo é portanto responsável por suas ações” (SCOTT, 1998, p. 71), sendo que a autonomia da profissional pode ser limitada em algumas situações, principalmente, quando esta se percebe coagida a assumir certas tarefas; no entanto, a profissional continua detendo a liberdade do modo de executar esta tarefa.

A autonomia “é capaz de ser formada, desenvolvida, sustentada, ou não, diminuída, destruída pelo funcionamento de fatores internos ou externos” (SCOTT, 1998, p. 72). Pode se considerar que a autonomia se desenvolve juntamente com o desenvolvimento “psicológico, emocional, intelectual e físico do indivíduo” (SCOTT, 1998, p. 73). Porém, o sujeito não pode ser considerado autônomo por viver suas próprias regras e ser responsável por suas ações; parece necessário desenvolver uma autonomia moral entendida como “um subconjunto da autonomia pessoal geral”, incluindo fazer “escolhas consideradas morais. Estas escolhas são feitas

sobre o que o indivíduo entende como certo e errado” (SCOTT, 1998, p. 74) na sua interação com a sociedade, com a profissão, com o seu compromisso ético com o outro.

Deste modo, quando as profissionais de enfermagem identificam que o paciente poderá ser prejudicado por alguma decisão do médico ou de outro profissional da saúde torna-se uma “responsabilidade profissional e moral levar o assunto mais adiante” (SCOTT, 1998, p. 76), ou seja, buscar alternativas para que não seja implementada uma decisão que pode prejudicar o paciente. Assim, a profissional de enfermagem desenvolve e fortalece sua autonomia, pois a

(...) capacidade de criação para a concretização de um trabalho com espaços de liberdade, responsabilidade e instâncias diferenciadas de decisão podem constituir-se em possibilidades de exercício de autonomia do trabalhador, portanto, em possibilidades deste trabalhador vir a se tornar sujeito do trabalho que executa (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 95).

Acreditamos que "o exercício da autonomia é um valor a ser conquistado", pois “exercer a autonomia, respeitando a vida e a dignidade do outro, faz parte da conquista emancipatória do sujeito” (NIETSCHE; BACKES, 2000, p. 160). Exercer com autonomia o trabalho da enfermagem faz parte do exercício de um conjunto de atividades na busca do bem-estar do ser humano, seu principal objeto de trabalho (LUNARDI, 1999). Este trabalho é coletivo constituído por diferentes categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, que se articulam de modo a prestar o cuidado de enfermagem de forma organizada e com qualidade (SILVEIRA, 2000).

A enfermagem, também, pode ser entendida, no cotidiano dos serviços de saúde, como uma prática de relacionamentos, que se estabelecem entre as próprias profissionais de enfermagem, com os pacientes, com os demais integrantes da equipe de saúde, assim como com as instituições empregadoras e a sociedade em geral (MATUMOTO et al., 2001). Nestas relações, a enfermeira e demais componentes da equipe de enfermagem se confrontam, quase que diariamente, com situações das quais podem discordar, o que pode estar relacionado a seus valores, crenças, saberes, podendo assumir posturas de aceitação ou de resistência (FERNANDES, 2003), parecendo relevante ressaltar que assumir tanto atitudes de aceitação como de resistência podem provocar sofrimento moral.

Este sofrimento pode depender das convicções individuais de cada profissional, da sua compatibilidade com seus colegas, da instituição, do tipo de unidade de trabalho, ou da sensibilidade moral da enfermeira (TIEDJE, 2000). Cada sujeito percebe de forma diferente as situações e diversidades que ocorrem em sua vida, por ser único, diferente e complexo; logo, essas influem de forma diversa em sua vida, comportamento e trabalho (SIQUEIRA, 1998). Assim, a ocorrência de sofrimento moral está intimamente ligada ao contexto da situação moral, inclusive à sensibilidade moral da profissional (AUSTIN et al, 2005).

Freqüentemente, as trabalhadoras precisam atuar e compactuar com recursos materiais escassos, condições inadequadas de funcionamento e qualidade questionável, podendo expor os pacientes. Ao atuar neste contexto, as profissionais expõem sua integridade moral e possivelmente estarão suscetíveis ao sofrimento moral. Assim, “como cuidar adequadamente do outro, se quem se reconhece como cuidador é desrespeitado e permite que seu saber seja desrespeitado no que se refere às necessidades materiais do ambiente de trabalho?” (LUNARDI et al, 2004, p.935). Como pode a trabalhadora cuidar adequadamente do paciente quando sua própria integridade moral se encontra prejudicada?

Neste sentido, parece importante destacar que muito se tem escrito acerca da enfermagem como uma prática exercida predominantemente por mulheres cujas profissionais apresentam mais fortemente características de passividade, obediência, submissão, enfrentando dificuldades de reconhecimento social nos espaços em que atuam (YARLING; MC ELMURRY, 1986; ERLIN; FROST, 1991; GERMANO, 1993; LUNARDI, 1993,1994; LUNARDI FILHO, 1995; SOARES, 2000; BOWDEN, 2000; HAMRIC, 2000; HOLMES, GASTALDO, 2002), refletindo um modelo tradicional de enfermagem em que a enfermeira ainda é reconhecida como a “ ‘criada’ do médico, sendo encorajada a cultivar virtudes passivas de obediência e da submissão”(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.498-499). De um modo crescente, no entanto, trabalhos vêm apresentando evidências de exercício de poder das enfermeiras (LUNARDI FILHO, 2004; MCKEEVE, 1996; LIMA,1998), destacando as inter-relações e perigos presentes entre o não exercício de poder destas profissionais e uma atuação com possíveis comprometimentos éticos (LUNARDI; PETER; GASTALDO, 2002) e sofrimento moral.

Como já referido, o trabalho da enfermagem envolve aspectos científicos e de relação humana e as trabalhadoras constantemente precisam decidir como cuidar

do paciente; estas decisões podem entrar em conflito com outros profissionais, administradores, familiares (CHAMBLISS, 1996) e outras trabalhadoras da equipe de enfermagem. Quando estas trabalhadoras agem de modo contrário a seus valores pessoais e profissionais, pois se reconhecem como impossibilitadas de traduzir suas escolhas morais em ação, colocam sua integridade moral em risco (DOKA; RUSHTON; THORSTENSON, 1994). Já que a profissional precisa agir de uma forma que contradiz suas convicções pessoais e valores, ou seja, é impedida por constrangimentos institucionais e/ou por outros profissionais de saúde de fazer tudo o que poderia e deveria para cumprir suas obrigações morais (KELLY, 1998; CORLEY et al., 2001), pode começar a sofrer, por sentir-se moralmente responsável, mas impossibilitada de mudar o que está acontecendo (TIEDJE, 2000).

Quando nos referimos à integridade moral, seja como pessoa ou como profissional, esta integridade necessita ser considerada como um todo, como uma relação completa entre ações, valores e convicções (HARDIGHAM, 2004), o que vai ao encontro do nosso entendimento de ética. Assim, os profissionais da saúde “às vezes se recusam a concordar com os pedidos dos pacientes ou com as decisões de seus colegas, porque crenças intimamente ligadas à sua auto-imagem seriam comprometidas de maneira inaceitável” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.505) ou seja, comprometeriam de alguma forma sua integridade, pois a integridade moral “significa fidelidade na adesão às normas morais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.505)

Hardigham (2004) citando May (1996) considera a integridade moral relacionada a três aspectos: pensamento crítico; coerência de orientação de valor e compromisso de agir baseado em princípios. A integridade moral não pode ser compreendida como um conjunto de regras ou um código de conduta construído por outros, pois está relacionada à maturidade e à reflexão sobre os valores que norteiam a conduta de cada sujeito. Alcançar integridade significa desenvolver uma perspectiva crítica, um ponto de vista do qual podemos examinar e, então, aceitar ou rejeitar novas influências sociais. De fato, para as profissionais da enfermagem, este processo necessita iniciar-se na sua formação e prosseguir com sua socialização na profissão.

Nesta visão, os valores de uma pessoa são integrados na sua personalidade expressando-se em suas escolhas e aceitação de princípios e valores. Já tratando-se de enfermeiras recém-formadas com menor experiência, suas concepções éticas

personais podem ser mais influenciadas pelas normas do grupo onde se inserem (KELLY, 1998), frente a uma cultura organizacional e aos problemas enfrentados.

Tais problemas, comumente vivenciados pelas profissionais de enfermagem que atuam nas organizações hospitalares, podem levar a conflitos morais e ao sofrimento moral, tais como, regras da instituição que impedem as profissionais de cuidar dos pacientes de acordo com seus princípios e valores; procedimentos diagnósticos e terapêuticos fúteis⁴; decisão de manter ou retirar tratamentos de suporte vital; tratamento inadequado da dor; falta de consentimento informado prévio à realização de procedimentos; recursos humanos insuficientes, podendo comprometer o cuidado e falta de leitos (KÄLVEMARK et al, 2003; CORLEY et al, 2001; HEFFERMAN; STEVE, 1999; JAMETON, 1993).

Estes problemas são, freqüentemente, a origem de muitos conflitos institucionais sistemáticos que envolvem a enfermagem (CHAMBLISS, 1996). Assim, tais situações têm forte potencial para gerar conflitos quando são vistas da perspectiva da enfermagem e de suas obrigações morais com os pacientes, com os demais membros da equipe de saúde, com a profissão, com as chefias e com a própria profissional como um ser moral (JAMETON, 1993; CHAMBLISS, 1996).

Em países em desenvolvimento e com poucos recursos, muitas enfermeiras podem demonstrar não ter mais energia para lutar pelos interesses dos pacientes. Também, freqüentemente, trabalham em instituições que não valorizam suas observações e preocupações, além de não ter proteção no trabalho que as encoraje a resistir ao sistema quando necessário (GORDON, 2002).

É significativo ressaltar, ainda, que respostas para tais constrangimentos, possivelmente manifestações de sofrimento moral, podem ser vivenciados por outras categorias de profissionais da saúde, como médicos e farmacêuticos (KÄLVEMARK et al, 2003), incluindo sentimentos de frustração, raiva, culpa (JAMETON, 1993; GUTIERREZ, 2005) desamparo, desespero, resignação, autocrítica, autopunição, ansiedade, tensão e preocupação (KELLY, 1998; CORLEY, et al., 2000; HARDINGHAM, 2004), como também, tristeza, cansaço e perda de interesse pelo trabalho (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005; GUTIERREZ, 2005).

⁴ Tratamento fútil pode ser entendido como aquele que “não mais beneficia o doente em estado crítico, terminal, em estado vegetativo persistente (...), portanto fútil e inútil” (PESSINI, 2001, p.163).

Já foram identificadas manifestações somatizadas do sofrimento no trabalho, tais como: dores de cabeça e no estômago, má digestão e falta de apetite. A enfermagem, por se constituir em sua maioria por mulheres, está significativamente mais predisposta ao sofrimento, já que as trabalhadoras do sexo feminino tem seis vezes mais chance de apresentar sofrimento relacionado ao trabalho (BRANT; GÓMEZ, 2005).

Além disso, muitos problemas éticos da enfermagem não só são sistemáticos como envolvem usualmente dificuldades práticas, não sendo necessariamente dilemas individuais. As profissionais de enfermagem, freqüentemente, têm clareza do que acreditam ser correto, mas a implementação desta ação pode não ser bem aceita em seu ambiente de trabalho. Aparentemente, a maior parte destes aparentes dilemas decorrem de problemas que podem ser relacionados à falta de diálogo e aos conflitos entre grupos de profissionais de saúde do hospital. Os problemas podem não ser dilemas de consciência, mas manifestações de problemas entre trabalhadoras de enfermagem, outros profissionais, outras unidades, outras instituições e a sociedade com um todo (CHAMBLISS, 1996). Ao entendermos que as profissionais da área da saúde, em especial, as profissionais de enfermagem são agentes morais, reconhecemos que o sofrimento moral pode ser um “poderoso impedimento para uma prática ética”. Assim, parece ser imprescindível reconhecer este sofrimento moral e desenvolver estratégias para enfrentá-lo (HAMRIC, 2000, p. 201).

Então, apresentamos, a seguir, a descrição da trajetória metodológica percorrida para compreender como as trabalhadoras de enfermagem vivenciam problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral no seu cotidiano de trabalho.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizamos uma pesquisa qualitativa, a qual, conforme Minayo (2002), pode responder questões não mensuráveis, ou seja, um nível da realidade que não pode ser quantificado; que trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. A pesquisa qualitativa possui várias abordagens e dentre estas o método etnográfico que, de forma geral, se preocupa com o estudo de grupos numa perspectiva cultural. Pode ser definido como processo sistemático de análise do modo de vida das pessoas ou padrões particulares de uma cultura para compreender o modo de vida e os padrões de comportamento em seus ambientes (LEININGER, 1985). Neste estudo, por melhor se adequar aos objetivos, utilizamos a proposta etnográfica adaptada para os fenômenos da enfermagem, chamada de etnoenfermagem por Leininger (1985), pois está indicada como metodologia de pesquisa em situações que incluem o desconhecimento ou o conhecimento limitado sobre um fenômeno, existindo o desejo de descobrir o que está acontecendo, como está acontecendo e o significado ou a interpretação do que está acontecendo.

3.1.1 Etnoenfermagem

A etnoenfermagem é um processo sistemático de observação, registro, descrição e análise dos padrões de uma cultura ou subcultura, adotado para entender o modo de vida das pessoas (LEININGER, 1985). Neste estudo, realizamos uma etnoenfermagem, a qual enfocou uma área específica de investigação, com um número limitado de informantes, possibilitando conhecer o cotidiano do trabalho de uma equipe de enfermagem, inserida em seu ambiente de trabalho em uma cultura institucional, permitindo a descrição e análise de situações

que, possivelmente, provocam problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral.

3.1.2. Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário (HU), de uma instituição pública, localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul, que se caracteriza, conforme seu Regimento, por ser um hospital urbano, para pacientes de curta permanência; por atuar com base no conceito de atenção integral à saúde e de orientação preventiva, desenvolvendo ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; por ser referência na região, com área de abrangência definida; funcionando de forma descentralizada, visando cumprir suas funções com eficiência.

Este HU foi criado através de uma portaria da Reitoria, funcionando, inicialmente, nas instalações de um hospital beneficente, tendo sua estruturação e organização próprias apenas a partir de julho de 1985. Atualmente, desenvolve suas atividades em prédio próprio, possuindo capacidade para 188 leitos, no qual atuam 103 docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem, 463 técnicos em educação, 268 funcionários de uma Fundação de Apoio ao HU, 40 médicos residentes. Em 2005, foram realizadas 7.718 internações e realizadas 242.640 consultas ambulatoriais. Também, é utilizado como campo de estágio a cursos técnicos, de graduação e pós-graduação.

O HU atende uma população estimada de 270.000 habitantes; muitas vezes, também, atende pacientes oriundos de diferentes municípios próximos. Oferece à população serviços nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Ginecológica, Cirúrgica, Pronto Atendimento, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, Unidade de Tratamento Intensivo Geral, Hospital-Dia AIDS, dentre outros.

Especificamente, esta pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Clínica Médica (UCM), que se situa no segundo andar do HU, constituída por 49 leitos. A estrutura física desta unidade contempla um posto de enfermagem localizado no centro da unidade, com uma sala de lanche contígua, uma sala de prescrição, uma sala das enfermeiras, uma sala de estoque de material, uma sala de descanso e um

expurgo, além das enfermarias que, na sua maioria, possuem cinco leitos e um banheiro.

Na UCM, são assistidos pacientes graves e com cuidados semi-intensivos, em ventilação mecânica e com necessidade de monitoramento similar à Unidade de Terapia Intensiva, com traqueostomia e entubados. Outra característica desta unidade são pacientes dependentes, em estado terminal e muitos idosos, que demandam significativa atenção e cuidado por parte da equipe de enfermagem.

Esta unidade recebe pacientes que precisam de tratamento clínico, oriundos dos diversos serviços do HU, como do Serviço de Pronto Atendimento, que precisam esclarecer seu diagnóstico ou tratar doença aguda ou, geralmente, crônica; da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por já estarem aptos a deixar esta unidade, porém sem condições, ainda, de receber alta hospitalar; e da Unidade de Clínica Cirúrgica. Possui, também, leitos específicos para tratamento de pacientes com HIV/AIDS, tratando-se esta instituição de um hospital de referência para o seu tratamento.

Por apresentar estas características, consideramos a UCM um local fértil para o enfrentamento de problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral. Destacamos, também, que a maioria dos estudos sobre sofrimento moral tem como foco as enfermeiras (JAMETON, 1993; CHAMBLISS, 1996; CORLEY et al, 2001; KELLY, 1998; HARDINGHAM, 2004; HANNA, 2005; GUTIERREZ, 2005); entretanto, neste estudo, englobamos a integralidade da equipe de enfermagem. Assim, a UCM foi escolhida como campo para desenvolvimento desta pesquisa por ser reconhecida como um ambiente rico em experiências e oportunidades de aprendizagem para os futuros profissionais de saúde, da área da enfermagem e medicina, bem como pelas características dos pacientes e pelos cuidados que necessitam.

3.1.3 Coleta das Informações

As informações foram coletadas seguindo-se a técnica de investigação da etnoenfermagem, ou seja, coleta de dados, registro, descrição e análise dos padrões de uma cultura ou subcultura (LENINGER, 1985), para entender o cotidiano de trabalho das profissionais de enfermagem da UCM, enfocando possíveis conflitos,

problemas morais, sofrimento moral e seu enfrentamento no trabalho da enfermagem. Esta coleta de dados realizou-se através de entrevistas e observação.

O período de coleta de dados foi de 2 meses, de julho a agosto de 2006, totalizando 78 horas de observação, sendo cada permanência para observação no campo de 2 a 12 horas. Inicialmente, as observações tiveram duração de 1 a 2 horas; após começamos a permanecer mais tempo no campo até 6 horas. Nos plantões de final de semana e turnos noturnos, a permanência foi de até 12 horas no campo. Os períodos de observação ocorreram, predominantemente, em plantões seguidos.

A observação é essencial na etnoenfermagem, dado que possibilita a entrada da pesquisadora no mundo real dos informantes. Conforme Leininger (1985), existem 4 fases de observação: observação não participante, observação com alguma participação, participação com alguma observação e observação reflexiva. Cada uma destas fases deve refletir o foco dominante e ser orientada sistematicamente, sendo os dados colhidos registrados em um diário de campo.

Na primeira fase desta coleta, realizamos a observação não participante, na qual reconhecemos o campo, de modo a ter uma visão mais ampla e próxima da sua cultura, estabelecendo um contato inicial com as informantes. Primeiramente, realizamos a explanação dos objetivos da pesquisa e do método de coleta de dados para as trabalhadoras da UCM, dos turnos da tarde, noite um e noite dois. A opção por estes turnos fez-se em decorrência da nossa disponibilidade de tempo para o processo de coleta de dados. Posteriormente, em outro plantão, apresentamos o termo de consentimento livre e esclarecido, individualmente, às trabalhadoras destes três turnos, sendo que uma trabalhadora do turno da tarde e a equipe de enfermagem que atua em uma das duas noites não aceitaram participar da pesquisa, por referirem constrangimento pela observação de suas atividades.

Dessa forma, as informantes gerais foram todas as trabalhadoras da equipe de enfermagem da UCM, que aceitaram participar da pesquisa, sendo 4 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem e 13 auxiliares de enfermagem, que atuavam no turno da tarde e em uma das noites. Nesta fase, a pesquisadora parecia ser observada como um elemento estranho naquele contexto, tendo priorizado, então, observar as ações das trabalhadoras e seu relacionamento entre si, principalmente, no posto de enfermagem, como o trabalho era organizado, as

manifestações das trabalhadoras, as relações construídas, as dificuldades identificadas e como ocorriam as passagens de plantão.

Na segunda fase, de observação com alguma participação, gradualmente, começamos a participar das atividades das trabalhadoras. Simultaneamente a estas observações, foram sendo selecionadas as informantes-chave, a partir de alguns critérios: aceitar fazer parte do estudo; trabalhar no mínimo há 3 meses na UCM; no mínimo duas trabalhadoras de cada turno; e participar de situações observadas ou relatadas, identificadas como possíveis desencadeantes de problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral; e, conforme Leininger (1985), demonstrar potencial para revelar dados com pontos de vista similares e diferentes das situações. Assim, foram escolhidas como informantes-chave 10 trabalhadoras, as quais foram entrevistadas posteriormente, sendo 4 enfermeiras e 5 auxiliares de enfermagem e 1 técnica de enfermagem. Estas informantes-chave são, em sua maioria, do sexo feminino, com tempo de formação mínimo de 2 anos e no máximo de 23 anos, e cuja experiência de trabalho na UCM variou de 9 meses até 12 anos.

Nesta fase, começamos, então, a acompanhar estas informantes-chave, em suas atividades, para observar mais atentamente suas ações e reações durante o cuidado dos pacientes, sua relação com seus pares e demais membros da equipe de saúde e com a chefia de enfermagem. O momento do lanche constituiu-se em uma oportunidade muito rica para a coleta de dados, pois ao relatarem situações de conflito, as profissionais pareciam reviver o sofrimento experienciado, num aparente “desabafo” de seus sentimentos.

Já, na terceira fase, ocorreu a participação com alguma observação, ou seja, participamos de forma mais ativa das atividades das informantes, conforme recomenda Leininger (1985). E, ainda, permanecemos atentas para observar todos os aspectos da situação que estava ocorrendo, pois “a participação direta associada à continuidade da observação, favorece a aproximação com sentimentos e com as experiências vividas dos informantes, além de fortalecer os vínculos e a relação de confiança” (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003, p. 18).

Assim, ocorreu a participação e auxílio em algumas das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, como na higienização de pacientes mais dependentes, na realização de curativos, punção venosa, hemoglicoteste e administração de insulina, sondagem vesical, aspiração de tubo endotraqueal, preparo do corpo pós-morte, dentre outras. Também, intensificamos o compartilhamento de sentimentos e

experiências vividas no cuidado dos pacientes, principalmente, dos que estavam em estado terminal. Foi possível vivenciar, nesta fase, a transição de uma atitude de aparente desconfiança da equipe de enfermagem para uma atitude de aceitação e, até mesmo, de confiança em relação à nossa presença na UCM.

Foi nesta etapa, também, que foram realizadas as entrevistas, quando foi possível explorar as observações e experiências relatadas previamente de forma espontânea, com o foco nos problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral vivenciados pelas profissionais. Estas entrevistas foram semi-estruturadas e construídas a partir das observações de cada informante, durando em média 45 minutos. Foram realizadas no próprio local de trabalho das profissionais e gravadas, conforme a sua disponibilidade, na Sala das Enfermeiras ou na Sala de Descanso, para garantir a privacidade das informantes e o sigilo das informações.

Algumas questões foram comuns a todos informantes, tais como: Percebes que enfrentas dilemas⁵ morais no cotidiano do teu trabalho? Que situações percebes como fonte de sofrimento moral⁶ no teu trabalho? Como você percebe a sobra e falta de medicação? Que sentimentos têm em relação a esta situação? O que tem buscado realizar para enfrentar esta situação?

Outras questões foram individuais, a partir das observações e manifestações prévias, tais como: Como você percebe a falta de equipamentos para verificar a PA? Como vocês resolveram isso? Nas situações observadas, te referiste à falta de apoio da direção, por quê? Isso já aconteceu antes? Como vens enfrentando este problema?

A partir das respostas aos questionamentos, foi possível aprofundar sentimentos, percepções e estratégias de enfrentamento do sofrimento moral, sob o ponto de vista das informantes.

A quarta fase, denominada de observação reflexiva, foi o momento de afastamento do campo, para reflexão acerca de como se desenvolveu todo o processo, a partir das informações obtidas nas etapas anteriores (LEININGER,

⁵ Neste questionamento foi lembrado o conceito de dilema moral, que ocorre quando está claro para a profissional “o conflito entre importantes e diferentes valores, mas não há como fazer uma escolha que preserve ambos” valores (JAMETON, 1993, p. 542).

⁶ Neste questionamento foi lembrado o conceito de sofrimento moral que ocorre quando as trabalhadoras de enfermagem se sentem incapazes, por constrangimentos na sua tomada de decisão, seja da estrutura institucional, seja de outros trabalhadores, de por em prática suas escolhas morais em relação aos pacientes (JAMETON, 1993).

1985). Nessa fase, então, o foco foi a análise de todo o processo, quando refletimos sobre a implementação da metodologia, suas facilidades e dificuldades.

As observações foram registradas em um diário de campo, sendo identificada a informante observada, a situação e as manifestações percebidas, além de palavras-chave e possíveis questionamentos que contribuíssem para a descrição do observado e para subsidiar, posteriormente, a elaboração do roteiro das entrevistas e a análise dos dados. Adotamos, como critério para o término das observações e entrevistas, a saturação dos dados, ou seja, quando houve “a evidência de ter obtido tudo o que pode ser conhecido ou compreendido por um fenômeno sob estudo” (LEININGER, 1990, p. 43).

A escolha desta metodologia parece ter sido fundamental, pois várias pesquisas têm sido realizadas na UCM e as trabalhadoras referiram estar “cansadas” de responder apenas a questionários e entrevistas. Dessa forma, possivelmente tenham aceitado participar da coleta de dados, por tratar-se inicialmente, de observações, o que permitiu, gradativamente, construirmos uma relação de confiança, favorecendo a realização da coleta de dados. Por outro lado, o processo de observação constituído, inicialmente pouco participativo e gradativamente, com maior interação, possibilitou uma imersão mais aprofundada no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem, e uma maior apreensão de inúmeras situações vivenciadas que podem lhes provocar sofrimento moral.

3.2. ANÁLISE DOS DADOS

A análise ocorreu em quatro etapas, conforme Leininger (1990) propõe:

a) **coleta e documentação dos dados brutos** – esta fase desenvolveu-se a partir das observações registradas em diário de campo. Após várias leituras deste diário, estes dados foram organizados por informante, de acordo com as situações observadas. Identificamos circunstâncias que provavelmente resultaram em dilemas morais, problemas morais e sofrimento moral.

b) **identificação de descritores e componentes** – nesta fase, ocorreu o agrupamento dos dados por semelhanças e diferenças, de acordo com o comportamento individual das trabalhadoras, e conforme os objetivos propostos na

pesquisa. A partir disso, foram elaborados os roteiros individuais das entrevistas, nos quais haviam enfoques gerais, como também, individuais para cada informante-chave, com perguntas que permitiram explorar a sua percepção sobre as situações dilemáticas ou de sofrimento moral que percebemos durante as observações.

c) **análise contextual e de padrão** – nesta etapa da análise, realizamos a organização dos dados provenientes das entrevistas. Sua análise minuciosa, associada aos dados oriundos das observações, em busca dos padrões de comportamento, possibilitou a construção das seguintes pré-categorias: **sofrimento moral, problemas e dilemas morais relacionados à organização do trabalho; à equipe de enfermagem e à equipe de saúde**, as quais foram validadas, mediante sua apresentação para 3 informantes-chave, analisando o conteúdo destas pré-categorias.

d) **abstração das categorias e formulações teóricas** – nesta fase, uma das mais complexas de todo o processo, ocorreu a reflexão-teórica sobre os achados e a busca de respaldo na literatura, comparando os achados da pesquisa com os da literatura, na tentativa de fazer formulações teóricas e recomendações, sem a pretensão de esgotar a temática. Na tentativa, então, de responder aos objetivos do trabalho, apoiamo-nos na contribuição, principalmente, dos seguintes autores: Beauchamp e Childress (2002); Nortvedt (1998); Selli (2005); Chambliss(1996); Jameton(1993); Scott (1998); Segre e Cohen(1995), dentre outros.

Após as análises teórico-reflexivas, foram identificadas duas grandes categorias finais, as quais se mostram fortemente articuladas e imbricadas: **o cuidado fragilizado da equipe de enfermagem como fonte de sofrimento moral: uma questão de organização do trabalho; e o cuidado fragilizado do paciente como fonte de sofrimento moral: uma questão de humanização do trabalho.**

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, buscamos a autorização da direção da instituição para a realização do trabalho, encaminhando um ofício explicativo da proposta, e o projeto de pesquisa à Chefia do Serviço de Enfermagem, solicitando a sua permissão para a implementação deste estudo. Após aprovação da instituição, o projeto de pesquisa

foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), e aprovado, conforme parecer nº 059/2006 (Apêndice A).

A partir da aprovação do CEPAS, entramos em contato com as trabalhadoras de enfermagem da UCM, convidando-as a participar do trabalho. Apresentamos os objetivos do trabalho e a metodologia a ser adotada, garantindo-lhes a liberdade de participação, o direito de suspender ou, até mesmo, de retirar seu consentimento e optar por deixar de participar desse trabalho, sem sofrer qualquer prejuízo, assim como lhes foi assegurado o anonimato e o caráter confidencial das informações relatadas (Apêndice B).

Optamos por não identificar os depoimentos para assegurar o anonimato das informantes deste estudo e, por recear que algumas trabalhadoras pudessem ser identificadas no decorrer de suas falas. Além disso, há o compromisso com as trabalhadoras da UCM e com a direção do HU, de apresentar os resultados deste trabalho.

O diário de campo, as fitas cassetes e os registros das entrevistas encontram-se em posse das pesquisadoras e permanecerão guardados por um período de 5 anos, conforme os requisitos éticos.

Dando continuidade, apresentamos, a seguir, uma caracterização da UCM com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão do cotidiano de trabalho da enfermagem ali desenvolvido.

3.4 UMA VISÃO DO AMBIENTE DA UCM

A UCM é considerada a maior unidade do HU, possuindo 49 leitos, com uma taxa de ocupação que se aproxima dos 100%, sendo realizados cuidados intensivos, semi-intensivos, de alta dependência, intermediários e mínimos, conforme classificação da Resolução COFEN 189/96⁷. Esta variedade de classificação de

⁷ A Resolução COFEN-189/1996 estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, fundamentando-se no Sistema de Classificação de Pacientes, referendando o Sistema de Fugulin: **Cuidados Intensivos:** pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada; **Cuidados Semi-Intensivos:** pacientes recuperáveis, sem risco eminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada; **Cuidados de Alta Dependência:**

cuidados requer conhecimento técnico-científico amplo dos trabalhadores, que tanto podem estar cuidando de pacientes que necessitem de cuidados mínimos quanto de outros em ventilação mecânica. Os pacientes da UCM, em sua maioria, estão internados com o objetivo de esclarecer diagnósticos e/ou tratar doenças crônicas, tais como: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Hepatite C, pneumopatias, cardiopatias, Diabetes mellitus, Hipertensão arterial, neoplasias, Anemia falciforme, seqüelas de acidente vascular cerebral, dentre outras. Nesta unidade, também, existem pacientes que requerem cuidados paliativos e alguns destes demonstraram experienciar o medo frente ao desconhecido e à possibilidade da morte; outros, ainda, pareciam desejar a morte como “alívio” do sofrimento e da dor vivenciados com a doença.

No que se refere à área física da UCM, praticamente no seu centro, está o Posto de Enfermagem, em formato de “L”. Logo à sua entrada (num dos braços deste “L”), há uma mesa, ao lado da porta, onde geralmente fica a secretária da Unidade, das 8 h às 12 h e das 14 às 17:50 h, de segunda a sexta-feira.

Esta secretária assume a responsabilidade pelo agendamento de exames em serviços externos ao HU, bem como na própria instituição, por manter atualizado o quadro de pacientes, organizar a sala de prescrição, os prontuários dos pacientes, dentre outras.

Nesta mesa, também, está o telefone que pode ser atendido pela secretária, quando presente, a qual, geralmente, transfere a ligação para uma das enfermeiras para que esta forneça as informações solicitadas, tendo em vista que muitas questões parecem depender da tomada de decisão ou manifestações da enfermeira. Foi possível constatar que, mesmo na presença da secretária, não raro, o telefone é atendido por uma das enfermeiras, quando presente no Posto de Enfermagem. Percebeu-se que, na ausência da secretária, as enfermeiras atendem ao telefone, mesmo que haja outras profissionais de enfermagem no posto, as quais parecem indiferentes ao toque do telefone. Assim, freqüentemente, uma das

pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas; **Cuidados Intermediários:** pacientes estáveis do ponto de vista clínico e de Enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas; **Cuidados Mínimos:** pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

enfermeiras costuma interromper suas atividades para atender ao telefone, o que já havia sido constatado por Lunardi Filho (2004).

Ao lado desta mesa, existe um quadro na parede denominado “Quadro de pacientes” com a identificação dos 49 pacientes e de seus leitos. Nesta área, ainda, encontra-se o carrinho de emergência que é revisado diariamente pelas enfermeiras de um dos turnos, quando o ritmo de trabalho diminui; juntamente ao carrinho, há um frigobar, exclusivo para armazenar medicamentos que necessitam de refrigeração, como insulina, fator oito, dentre outros. Também, próximo à porta, mas um pouco mais ao fundo do posto, há 3 poltronas, em frente a um televisor (suspenso). As trabalhadoras da equipe de enfermagem costumam, quando não estão realizando procedimentos nos pacientes ou outras atividades, e quando não estão realizando o lanche, permanecer no posto, sentadas, nestas poltronas, conversando, vendo televisão ou lendo. O lanche ocorre, geralmente, após a administração da medicação das 16h e, à noite, após a medicação das 22h. Algumas trabalhadoras costumam interromper suas atividades para realizar seu lanche, enquanto que outras apenas o fazem após a realização dos cuidados considerados como prioritários. Geralmente, quando não há nenhuma funcionária da equipe de enfermagem de folga ou ausente por outro motivo, cada auxiliar ou técnica de enfermagem é responsável, em média, pelo cuidado de 6 pacientes, tendo sido observadas situações de uma auxiliar de enfermagem prestar cuidados para, até, 12 pacientes, por situações de atestado, folga ou férias de funcionárias.

No interior do Posto de Enfermagem (no outro braço do “L”), há armários tipo balcão e aéreos, em estado precário, onde estão armazenados diferentes materiais como pacotes de curativos, catéteres, material para punção, equipos de soro e sondas de diversos tipos, dentre outros materiais de consumo, além de equipamentos como oxímetros e monitores cardíacos. O glicosímetro fica acondicionado em uma gaveta chaveada, junto com os medicamentos controlados, cuja chave permanece apenas com as enfermeiras. Há, também, um armário aéreo denominado de “box”, com a identificação dos leitos da unidade, onde fica armazenada a medicação individual para cada paciente, oriunda da farmácia, para o período de 24hs. Na parte superior deste armário, encontram-se as medicações de uso comum, como pomadas e soluções.

Materiais como estetoscópio e esfigmomanômetro ficam guardados em uma gaveta e disponíveis a todos que circulam na UCM, ou seja, as trabalhadoras, os

acadêmicos, residentes, estagiários, dentre outros. Por problemas identificados como extravio e danificação de aparelhos de verificação de pressão arterial, a equipe de trabalho de cada turno (manhã, tarde, noite 1 e noite 2) recebeu um esfigmomanômetro e um estetoscópio, que fica sob sua responsabilidade para a aferição da Pressão Arterial (PA) dos pacientes. Cada membro da equipe de enfermagem possui cinco termômetros.

Nesta área, ainda, sobre o armário tipo balcão, acontece o preparo de medicações e a organização de bandejas para a realização de procedimentos. No desempenho destas atividades, pode ter apenas trabalhadoras da equipe de enfermagem, num número aproximado de 8 pessoas; com a presença de estudantes de enfermagem em atividades práticas e seus professores supervisores, este número pode aproximar-se a 20 pessoas. Ao lado deste balcão, há uma porta que separa o Posto de Enfermagem de uma pequena Sala de Lanches para a equipe de enfermagem, onde se encontra um refrigerador, um microondas, uma pequena mesa e cadeiras.

Logo ao lado do Posto de Enfermagem, há uma Sala de Prescrição com uma mesa grande e bancos, onde geralmente os médicos, estagiários e estudantes de enfermagem e medicina permanecem, manuseando prontuários, discutindo casos clínicos, realizando registros. Também, na UCM, há uma sala para armazenamento de soros; uma Sala de Descanso, comumente, utilizada pelas profissionais do turno da noite; e uma sala das enfermeiras, que dispõe de armários pessoais, alguns materiais de uso da UCM e onde costuma ser realizada a passagem de plantão, entre as enfermeiras dos dois turnos.

Como, já referido, nesta unidade, como também, no Posto de Enfermagem, transitam acadêmicos de enfermagem e de medicina, médicos residentes e estagiários do Curso Técnico de Enfermagem, sendo que, em dias de grande afluxo, pode ultrapassar o número de 30 pessoas. O tom de voz elevado do grande número de pessoas que circula no Posto de Enfermagem, assim como a televisão ligada, de início, chamam a atenção, tornando o ambiente ruidoso e parecem atrapalhar a concentração; porém, aos poucos, este ruído, vai se “naturalizando”.

Já os pacientes estão alojados em 8 enfermarias de 5 leitos, 3 enfermarias de 2 leitos e 1 enfermaria de 3 leitos. Há dois horários de visitas, das 11:30 às 12:30 horas e das 17:30 às 18:30 horas. Esses horários não costumam ser respeitados,

pois, nos horários que não de visita, parece haver total liberdade de trânsito de familiares nas enfermarias.

É permitido que todos os pacientes tenham um acompanhante durante as 24 horas do dia. A equipe de enfermagem orienta o paciente e seu familiar que deve permanecer apenas um acompanhante, junto ao leito, porém isto não parece ser respeitado pelos familiares. Geralmente, há mais de um acompanhante por paciente. Aparentemente, não há o controle pelos funcionários da Portaria da presença de apenas um familiar junto a cada paciente. Possivelmente, este problema esteja associado à existência de diversos acessos à UCM, o que permite um trânsito mais livre à unidade. Além da presença de familiares, foi possível constatar a circulação de pessoas que procuram a unidade clínica cirúrgica, dentre outras unidades e serviços, pois a UCM encontra-se no trajeto de diferentes serviços e unidades, o que também, aumenta o fluxo de pessoas e parece dificultar o controle de visitantes e acompanhantes.

Assim, a maioria dos pacientes possui acompanhantes, que costumam permanecer ao lado do seu leito, em cadeiras próprias da unidade. Comumente, os familiares permanecem junto aos pacientes, durante a realização de procedimentos, alguns, questionando a equipe de enfermagem acerca dos procedimentos realizados em seu familiar. Alguns sabem identificar o nome da auxiliar de enfermagem ou da técnica de enfermagem responsável pelo cuidado de seu familiar, outros se referem apenas a alguma característica física da profissional. A enfermeira costuma ser identificada pelos pacientes e acompanhantes como a “enfermeira chefe”.

Diariamente, o plantão de cada equipe de trabalhadoras de enfermagem deveria iniciar com sua chegada nos horários estipulados para as trocas dos três turnos, ou seja, 7h, 13h e 19h, sendo que foram observados, como já dito, apenas os turnos tarde e noite. Cerca de 30 minutos antes do término do plantão, as enfermeiras solicitam às auxiliares e técnicas de enfermagem que relatem o estado dos pacientes sob sua responsabilidade, as ações que estão em andamento ou as que não puderam ser concretizadas e que precisam ser comunicadas e transferidas para o próximo turno.

Geralmente, as trabalhadoras apresentam-se para receber o plantão da equipe que está de saída, de um modo gradativo, iniciando-se sua chegada aproximadamente 10 minutos antes do horário de início do plantão, concluindo-se em até 30 minutos após seu início. À medida que os membros da equipe de

enfermagem vão se apresentando no Posto de Enfermagem da UCM, vão sendo, de modo informal, relatadas as intercorrências dos pacientes.

A passagem de plantão entre as auxiliares e técnicas de enfermagem ocorre no próprio Posto de Enfermagem, podendo ocorrer de paciente a paciente, quando a trabalhadora se apresenta no horário; ou ser transmitidas apenas informações de pacientes, que requerem mais cuidados, para as funcionárias que já se apresentaram na unidade, para que estas repassem, às colegas retardatárias, as informações.

Já, as enfermeiras realizam a passagem de plantão, entre si, na Sala das Enfermeiras, informando dados de cada paciente, suas principais intercorrências e pendências. Após a passagem de plantão, as enfermeiras, que estão iniciando o turno de trabalho, elaboram uma escala diária, ou apresentam uma escala, geralmente já elaborada no dia anterior, distribuindo as atividades e os leitos entre os membros da equipe de enfermagem.

A partir da distribuição de tarefas no início do plantão, as trabalhadoras iniciam suas atividades, tais como: cópia, a partir da prescrição médica, dos horários e medicações que o paciente receberá no seu turno de trabalho; retirada das medicações do box do paciente, quando podem detectar falta ou sobra de medicação; preparo e posterior administração de medicamentos; deslocamento até os quartos dos pacientes, com a realização de mudanças de decúbito, higienização, conforme solicitação do paciente ou de seu familiar, ou quando avaliado como necessário; transporte e acompanhamento de pacientes para exames e Raios X. Comumente, três auxiliares de enfermagem, respectivamente, de acordo com a uma escala semanal, além dos pacientes pelos quais são responsáveis pelo cuidado, têm como atribuição, individualmente, de preparar os materiais e levá-los até o Centro de Material e Esterilização, trazendo materiais estéreis para a unidade; de trazer os medicamentos da farmácia; e de organizar e abastecer o Posto de Enfermagem.

As técnicas e auxiliares de enfermagem registram os sinais vitais e possíveis alterações na folha de controle do paciente, localizada junto ao leito do paciente, bem como os controles de diurese e outros. Quando ocorre um óbito, o preparo e encaminhamento do corpo, imediatamente após a morte, é feito pelo auxiliar ou técnica de enfermagem que cuidava do paciente, juntamente com a participação de outra colega e da enfermeira.

Há uma rotina de divisão de tarefas na UCM, tais como troca de punção venosa, de cateter nasal, curativos de intracath, de equipos de soro, dentre outras atividades, que são distribuídas entre todos os turnos de trabalho. Porém, esta rotina nem sempre parece respeitada.

Foi possível observar que, durante as higienizações, os pacientes, geralmente, não são protegidos por biombos, o que pode estar associado ao número reduzido de biombos e por sua qualidade, considerados pelas profissionais como transparentes, protegendo muito pouco a privacidade do paciente. As profissionais costumam solicitar que os acompanhantes se retirem da enfermaria no momento da higienização dos pacientes ou quando necessitam realizar algum procedimento que exponha fisicamente o paciente.

As duas enfermeiras de cada turno coordenam as atividades da unidade, dividindo a unidade entre si e a implementação das diferentes atividades. Assim, realizam a escala diária de atividades, a escala mensal, negociando folgas e férias; realizam a visita diária aos pacientes, cuidados diretos como hemoglicoteste (HGT), punções venosas, sondagens vesicais e nasoentéricas, aspiração endotraqueal, participando na higiene dos pacientes e no preparo do corpo pós-morte; atuam nas intercorrências e realizam registros no Livro de Ocorrências.

Freqüentemente, as enfermeiras são solicitadas para a liberação de leitos para internação, resolução de problemas relacionados às dietas dos pacientes, controle dos pacientes que irão realizar exames, autorização para entrada de televisores e outros materiais de pacientes, bem como, para a presença de acompanhantes, com idade inferior a 14 anos, nas enfermarias, dentre outras atividades. Na ausência da secretária ou quando acontece algum imprevisto, também, as enfermeiras providenciam transporte do paciente para exames em serviços externos ao HU e transporte do paciente após a alta. Além de questões de falta de material, de equipamentos e de medicamentos, mobilizam-se, ainda, para resolver problemas relativos à falta de recursos humanos. As enfermeiras são constantemente solicitadas pelos demais membros da equipe de saúde e de enfermagem, para resolução de problemas e negociar conflitos com os familiares e pacientes.

No período noturno, as enfermeiras fazem o levantamento dos pacientes que irão realizar exames e procedimentos no dia seguinte e que exijam jejum; preparam avisos que são distribuídos para os pacientes, distribuem frascos para a coleta de

material para exames, como de exame qualitativo de urina (EQU) e orientam sobre os exames a serem realizados, já no início do plantão, entre 21 e 22h. Às 24 horas, inicia-se a implementação de uma nova prescrição médica, sendo conferidas, pelas auxiliares de enfermagem, as novas medicações que vêm da farmácia, sendo retiradas, dos boxes, as medicações que não foram utilizadas, ou seja, as sobras. Também, observamos que à noite, além das atividades de trabalho, do horário previsto para lanches e descanso, após as 24 hs, as trabalhadoras realizam um revezamento para um descanso mais prolongado, em torno de duas horas e trinta minutos, sendo que as que ficam em vigília responsabilizam-se por toda a unidade.

Assim, também, as enfermeiras do turno da noite dão início à nova folha do Livro de Ocorrências, no qual são registradas informações como: número do leito e nome do paciente, patologia, intercorrências e pendências a serem repassadas para os outros turnos de trabalho. Foi estabelecido que cada turno usa uma cor diferente de caneta para registrar neste livro. Houve a informação de que outros registros de enfermagem, como a evolução de enfermagem, no prontuário, eram realizadas, mediante a divisão das enfermarias entre as enfermeiras dos 4 turnos, porém esta prática foi gradualmente deixando de ser priorizada e, atualmente, a evolução de enfermagem diária não está mais sendo implementada como uma rotina da UCM.

A seguir, apresentamos o capítulo referente à análise dos dados, com as duas grandes categorias: o cuidado fragilizado da equipe de enfermagem como fonte de sofrimento moral: uma questão de organização do trabalho e o cuidado fragilizado do paciente como fonte de sofrimento moral: uma questão de humanização do trabalho.

4. O CUIDADO FRAGILIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO FRAGILIZADO DO PACIENTE COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL

Neste capítulo, então, apresentamos inicialmente a categoria o cuidado fragilizado da equipe de enfermagem como fonte de sofrimento moral: uma questão de organização do trabalho, que se subdivide nas seguintes subcategorias: **A (des)organização do trabalho como fonte de sofrimento moral; Autonomia da enfermeira x Respaldo Institucional; e Recursos humanos: uma questão numérica?**

4. 1 O CUIDADO FRAGILIZADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL: UMA QUESTÃO DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

“cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência” (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2002, p. 282)

4.1.1 A (des)organização do trabalho como fonte de sofrimento moral

No que se refere ao modo como o trabalho está organizado e, em especial, quanto aos recursos materiais necessários para a realização de procedimentos e a implementação de cuidados, constatamos várias situações em que a equipe de enfermagem enfrentou problemas relacionados a falta destes recursos para realizar o cuidado do paciente.

Assim, especificamente, destacamos a falta de esfigmomanômetro e estetoscópio para verificação da pressão arterial (PA), um procedimento realizado, como rotina, no mínimo uma vez a cada 6 horas na UCM. Conforme a organização de trabalho adotada nesta unidade, cada equipe de enfermagem que atua nos diferentes turnos (manhã, tarde, noite 1, noite 2) recebeu, da administração, um esfigmomanômetro e um estetoscópio, pelo qual são responsáveis. Segundo as

informantes, esta medida, ocorreu, pois os equipamentos estavam seguidamente danificados e alguns foram extraviados. Neste sentido, durante as observações realizadas, foi possível constatar a falta destes dois instrumentos em um dos turnos de trabalho, dentre outros necessários à realização de cuidados de enfermagem, conforme relato abaixo:

No primeiro plantão que a gente pegou não tinha nenhum estetoscópio. Eu solicitei estetoscópio emprestado; isso deve fazer uns 4 plantões atrás, para mais. A gente fez um documento para a chefia de enfermagem, comunicando que nós não tínhamos material para trabalhar e até agora não tive retorno. Liguei, entrei em contato com a chefia, no outro plantão, dizendo que eu já tinha mandado documento (...). Também, já aconteceu, em plantões de final de semana que a gente não tinha soro, não tinha material pra punccionar paciente. A gente acaba tendo que deixar o paciente ficar muito mais tempo com uma punção, com risco de fazer uma flebite, por não ter material pra punccionar adequado. Não ter medicação, não ter antibiótico, isso acontece com freqüência.

(...) hoje liguei pra coordenação e disse “a partir de hoje eu não verifico mais os sinais, não verifico mais a pressão dos pacientes porque eu não tenho aparelho e eu tô cansada de ficar mendigando aqui e ali material (...). Como é que tu vai trabalhar em uma unidade, que tu tem paciente entubado, paciente grave e não tem um aparelho pra verificar a pressão dos pacientes? Uma unidade com 49 pacientes, como não vai ter um aparelho de pressão, tem que ser no mínimo três”.

Em seus relatos, as informantes referem-se às diversas estratégias adotadas frente à impossibilidade de verificar a PA pela falta de material, tais como: no primeiro plantão, houve a solicitação de empréstimo de esfigmomanômetro e estetoscópio de outras unidades, frente ao seu desaparecimento do Posto de Enfermagem ao serem deixados sobre um dos armários ao final do último plantão, concomitante à elaboração e ao envio de um ofício com solicitação de um novo equipamento à chefia de enfermagem. No plantão seguinte, o empréstimo do esfigmomanômetro começa a ser negado pelos trabalhadores das outras unidades, sem retorno de resposta do documento enviado no plantão anterior à chefia de enfermagem, assim como sem o esclarecimento deste desaparecimento; assim foi realizado um contato telefônico com a chefia de enfermagem, quando a equipe recebe a orientação de registrar no livro de ocorrências a impossibilidade de verificar a PA dos pacientes; neste mesmo plantão, a equipe de enfermagem refere sua discordância à proposta da coordenação de apenas registrar a problemática e não verificar a PA dos pacientes. No próximo plantão, ocorreu um novo contato telefônico

da enfermeira com a chefia de enfermagem, explicando a situação e exigindo material adequado de trabalho e comunicando a decisão da equipe de enfermagem de não verificar nenhum dos sinais vitais, enquanto não recebessem este material. Neste plantão, a chefia de enfermagem solicita um esfigmomanômetro da UTI geral e o cede temporariamente à UCM.

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 27), “os dilemas morais podem surgir de princípios e regras morais conflitantes”, o que parece se aproximar do vivenciado pela equipe de enfermagem que, no quarto plantão, ao não ter a resolução do problema de falta de equipamentos para verificar a PA, decide que não verificaria novamente os sinais vitais dos pacientes, até que tivesse condições mínimas de trabalho para a realização desta atividade. Uma decisão que, também, lhes deve ter trazido sofrimento, afinal: *a gente, pensa assim, como é que tu fica em uma unidade, tens paciente hipertenso, paciente com dopa, comatoso, com ventilação mecânica, como é que tu não vai verificar os sinais?*

Uma outra informante, ao relatar a mesma situação, diz que o objetivo da “intimidação” de não verificar os sinais vitais serviria como uma forma de “chocar” a chefia direta, para que esta se mobilizasse e assumisse uma atitude mais contundente para resolver a falta do material imprescindível para o trabalho da equipe. Também, a profissional simultaneamente reconhece esta decisão da equipe de enfermagem de não verificar os sinais vitais como um “absurdo”, pois como administrar medicamentos que exigem controle de PA, dentre outros, aos pacientes, sem detectar previamente uma possível variação da sua PA?

Entretanto esta “intimidação”, como estratégia, aparentemente obteve sucesso, pois a equipe recebeu um novo esfigmomanômetro, porém apenas um esfigmomanômetro para um total de 49 pacientes internados nesta unidade. Pode se considerar que uma condição mínima de trabalho para a realização de um cuidado foi assegurada, não uma situação adequada ou ideal de trabalho.

Frente à falta de recursos materiais, percebemos na equipe de enfermagem sentimentos de desvalorização das trabalhadoras e, como um reflexo destes sentimentos, um possível comprometimento da auto-imagem e auto-estima das profissionais:

(...)á fica muito difícil, aí fica difícil também a questão de tu, frente a teus funcionários, porque, poh! Quanto plantão a gente tá pedindo e até agora nada.(...) Aí fica bem complicado, é esse tipo de coisa que desgosta um pouco.

O comprometimento da auto-imagem da profissional pode influenciar negativamente seu desempenho no trabalho, pois o “que pensamos e sentimos sobre nós mesmos afeta o cuidado físico e emocional que damos a nós próprios e o cuidado que prestamos aos outros” (CHANEY, 1999, p. 358). Conforme Elpern; Covert; Kleinpell (2005), o sofrimento moral pode afetar a auto-imagem da profissional, a qual está relacionada ao orgulho pelo trabalho que faz, à realização profissional, ao sentir-se útil e produtiva, estando intimamente relacionada à “predominância do sentimento de valorização”. Esta valorização da profissional pode

ter relação com o momento da organização, caracterizado por investimentos na produção, na qualidade dos serviços e na sua imagem diante do público. Esses elementos podem ser favoráveis ao sentimento de orgulho e utilidade, que estão na base da valorização. (MENDES; TAMAYO, 2001, p.43)

As profissionais que se sentem desvalorizadas, geralmente, apresentam baixa auto-estima podendo comprometer sua relação com outros membros da equipe de trabalho e com os pacientes, pois “a pessoa que se sente desvalorizada recebe pouco respeito dos outros”. A auto-estima pode ser derivada de duas fontes, “o eu e os outros”; sendo assim, a auto-estima compreende “nosso sentimento de auto-valorização; é uma avaliação que o indivíduo faz e mantém sobre si próprio”. (CHANEY, 1999, p 358).

Percebemos, durante as observações, também, na maioria das trabalhadoras, um aparente sentimento de desvalorização do seu trabalho e do local de trabalho. As trabalhadoras relacionam esses sentimentos, em parte, ao “descaso” com a organização do ambiente da unidade. Observaram-se, no posto de enfermagem, armários quebrados e com cupim, pastas de prontuário em más condições, materiais sem um local próprio para serem armazenados. Também, Lunardi Filho (1995) constatou a pouca atenção à manutenção e à reforma do ambiente como causadoras de desgaste físico e sofrimento no trabalho.

Ressaltamos que a valorização “é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor por si mesmo, é importante e significativo para a organização e a sociedade” (MENDES; TAMAYO, 2001, p. 41); e o sentimento de reconhecimento deste trabalho “é o sentimento de ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade” (MENDES; TAMAYO, 2001, p. 41). A percepção de falta de valorização e de reconhecimento do trabalho, desenvolvido pela equipe de

enfermagem, pode estar gerando sofrimento e desgaste em relação ao trabalho, contribuindo para uma sensação de cansaço, desânimo e insatisfação com o trabalho (MENDES; TAMAYO, 2001).

Os hospitais, em sua maioria, ainda não têm elaborado políticas efetivas de valorização dos seus recursos humanos, pois têm associado a qualidade do cuidado ao aumento da tecnologia (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2005; MIGOTT, 2001). Partindo das manifestações das trabalhadoras de que a administração e a chefia de enfermagem poderiam valorizar mais as trabalhadoras da UCM, pois a “valorização e o reconhecimento dependem das outras pessoas, ou seja, das que possuem cargos mais elevados e também dos que usufruem do fazer profissional” (LENTZ et al, 2000, p. 11), esta atitude de valorização poderia implicar no reforço positivo do cuidado prestado.

O reconhecimento da qualidade do trabalho e dos esforços das trabalhadoras para executá-lo parece fundamental “na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho”, ou seja, na motivação para o trabalho (DEJOURS, 1999, p. 34). Além disso, ao reconhecer a qualidade do trabalho, também são reconhecidas angústias, dúvidas, frustrações e desânimo, e todo sofrimento vivenciado ganha um sentido (DEJOURS, 1999).

Assim, o enfrentamento da situação de falta de esfigmomanômetro e estetoscópio parece ter provocado vários sentimentos nos membros da equipe de enfermagem desde revolta, indignação, frustração e preocupação por não conseguirem verificar a PA de pacientes hipertensos e graves. Tais sentimentos parecem associados a um aparente descaso possivelmente relacionado ao gerenciamento de uma instituição pública que não apresenta a mesma agilidade da iniciativa privada em relação ao provimento dos recursos materiais mínimos para realizar o trabalho, apesar do envio de correspondência escrita e da comunicação oral, por telefone, comprometendo o trabalho da equipe de enfermagem, pois a “falta de condições físicas interfere no agir do profissional tanto em nível técnico como ético” e compromete, também, a “sua qualidade de vida” (MIGOTT, 2001, p. 147).

Estes sentimentos da equipe frente a esta situação, ainda, podem estar vinculados aos seus conhecimentos, valores e ao seu entendimento de ética, num entendimento da ética relacionada à capacidade de perceber conflitos, com autonomia e coerência em posicionar-se frente a estes conflitos (SEGRE; COHEN, 1995). O sentimento de indignação pode ser entendido como uma “espécie de

cólera, desencadeado por um *juízo negativo* feito por quem a experimenta, sendo que tal juízo é de *ordem moral*”, referindo-se “essencialmente a um conteúdo preciso da moral, a saber, a justiça” (LA TAILLE, 2006, p. 123).

A realidade do cotidiano de trabalho desta equipe de enfermagem parece impor-lhe o desafio de assumir uma postura coerente frente aos conflitos do seu dia-a-dia. Diante destes conflitos, a tomada de decisão moral ou ética pode ser considerada como parte da sua rotina diária, pois “o ser humano encontra-se inserido na experiência ética e moral, vivendo em meio a dilemas e ambigüidades” (FERNANDES; FREITAS, 2006, p. 53). A escolha da profissional por uma ou outra forma de agir em uma situação de conflito pressupõe responsabilidade e compromisso para com o cuidado de si e também do outro. Esta escolha pode pautar-se em experiências anteriores, no conhecimento técnico-científico, nos valores e normatizações da instituição (FERNANDES; FREITAS, 2006; MARQUIS; HUSTON, 2005).

Além disso, a profissional “percebe que todas as coisas que a cercam possuem um determinado valor e, diante disso, sempre assume uma escolha, podendo aceitá-la ou rejeitá-la, mas por um ato de vontade, não é possível passar indiferente frente a esses valores” (DOMINGUES; CHAVES, 2004, p. 370). Baseadas neste compromisso de cuidar o outro, no conhecimento técnico-científico e em seus valores, as trabalhadoras da UCM, especialmente quando se mostram mais comprometidas com o cuidado dos pacientes, parecem reconhecer dificuldades de assumir suas atribuições junto aos pacientes internados nesta unidade, sob sua responsabilidade, pela falta de recursos materiais mínimos. Ressaltam seu sofrimento por estarem próximas ao paciente, com responsabilidade de cuidá-lo, porém sem conseguirem prestar o cuidado adequado de verificação dos sinais vitais: *“Daí fica muito complicando pra gente que tá aqui, vivendo junto, porque se eu tivesse em casa, não estou vivenciando, não estou vendo o que está acontecendo, talvez fosse fácil não vou verificar e acabou!”*, pois quem

está prestando serviço direto ao cliente é afetado diante de problemas que deve solucionar. Em caso de falhas de qualquer origem, estas são mais visíveis, tornando-o mais sensível para uma tomada de decisões, pois ele está na linha de frente, é o mediador e o ouvinte das situações mais inusitadas possíveis na organização (PROCHNOW, 2004, p.29).

Já, Almeida (1986) reconhece que, apesar das condições adversas de trabalho, a enfermagem se constitui uma parcela significativa do contingente de recursos humanos do setor saúde, sendo responsável pela realização da maior parte dos cuidados prestados aos pacientes. Parece importante ressaltar que a falta de recursos materiais no trabalho da enfermagem pode ser percebida como uma situação “natural”, ocorrendo comumente sua aceitação, sem resistência, frente a esta realidade precária de trabalho (LUNARDI FILHO, 2004, p. 102); o que já foi constatado nesta instituição, em que o uso do “improvisado”, aparentemente, resolve o problema imediato da falta de recursos (ÁVILA, 2006).

Por outro lado, mesmo o usual improvisado para enfrentar a falta de material, também, foi reconhecido como um desgaste: *“esse desgaste da falta de material, tem que ficar improvisando. A gente sabe que a enfermagem é uma arte, mais aqui nós somos mais do que artistas”*. Nesse sentido, as

restrições quanto à disponibilidade de recursos materiais exigem uma constante adaptação do profissional para a execução das tarefas diárias, significando muitas vezes, maior tempo despendido, o que contribui para a existência de um ambiente insatisfatório (PEREIRA; FÁVERO, 2001, p.11).

Também, Batista e Bianchi (2006), ao buscarem o nível de estresse dos enfermeiros que atuam em unidades de emergência de hospitais públicos e privados, constataram que a falta de condições para o desempenho das atividades do trabalho constituem-se em um indicativo para o alto nível de estresse, sendo que o sofrimento moral, em parte, pode decorrer de más condições de trabalho (PETER; LIASCHENKO, 2004), em especial, quando há o reconhecimento da sua responsabilidade e compromisso frente ao cuidado do outro, principalmente, no que se refere à prescrição médica, pois a exigência de uma frequência maior de verificação da PA pode estar associada, ainda, a uma centralidade do cuidado na prescrição médica (LUNARDI FILHO, 2004).

Dessa forma, esta mobilização da equipe de enfermagem, em busca da obtenção de uma condição mínima para poder atuar, e também, proteger sua integridade moral, agindo conforme suas convicções e valores, parece mostrar uma estratégia de enfrentamento ao possível sofrimento moral frente às inadequadas condições de trabalho e a uma tentativa de romper com esta cultura do “improvisado”.

As profissionais referem-se, ainda, ao longo período de tempo necessário para a resolução de problemas relacionados à falta de material, mesmo após sua comunicação verbal e escrita à coordenação:

E ela (chefe de enfermagem) disse que acha que eu tô certa, porque ela já pediu pra fulana, (...) Quer dizer, nós fizemos um documento pra ela e ela fez um documento pra alguém. Esse alguém, com certeza, deve tá fazendo um documento pra mais alguém. (...) dá uma sensação assim de frustração (...)

Este fato nos fez questionar como se dá o processo de aquisição de material nesta instituição. Existiria uma falta de interesse da administração em prover os recursos materiais? A falta desses recursos pode estar relacionada à crise financeira das instituições de saúde pública do Brasil. Outra possibilidade é ser decorrente da burocracia das organizações públicas, quando, apesar da disponibilidade de recursos financeiros ou dos equipamentos, parece ocorrer um hiato de tempo entre a liberação dos recursos e seu destino final. A morosidade na aquisição de um novo equipamento para verificar a PA pode estar relacionada ao processo de aquisição de recursos materiais das instituições públicas de saúde, através de processos licitatórios (CASTILHO; GONÇALVES, 2005), entendidos como “o conjunto de procedimentos legais a ser observados pela Administração Pública, quando da realização de contratações de obras, serviços, compras e alienações” (BRASIL, 2005, p. 113).

Tais licitações podem ser feitas por concorrência; tomada de preços; convite; concurso; leilão e pregão, dependendo do objetivo e valor estimado da contratação. Comumente para a aquisição de recursos materiais são utilizadas concorrências e tomada de preços, porém estas modalidades apresentam

exigências mais rigorosas quanto à habilitação das empresas interessadas em participar do certame; à obrigatoriedade de publicar o aviso de licitação em Diário Oficial e em jornal diário de grande circulação; a maiores prazos a ser observados entre a publicação do aviso e o recebimento das propostas, assim como para interposição de recursos pelos licitantes, resultando em um procedimento licitatório mais longo (BRASIL, 2005, p.117).

O processo de aquisição de recursos materiais envolve a detecção da falta do equipamento, o encaminhamento de solicitação escrita à chefia de enfermagem, a qual repassa a informação à administração da instituição, que provavelmente inicia a elaboração uma licitação, um processo que exige um determinado tempo. No entanto, a percepção das trabalhadoras parece clara em relação à função

administrativa da instituição, independentemente das pessoas que assumem e desempenham tais atribuições, considerando este problema como “histórico” na instituição, apesar de referirem perceber uma “*maior atenção aos recursos materiais*” na gestão atual.

Comumente, a enfermagem é considerada como responsável pela administração de materiais nas unidades de internação. As enfermeiras, principalmente, podem ser responsabilizadas pela “previsão, provisão, organização e controle de materiais” (CASTILHO; LEITE, 1991, p. 75) com o objetivo de garantir a qualidade do cuidado prestado ao paciente e condições de executar este cuidado às trabalhadoras de enfermagem (CASTILHO; LEITE, 1991). Porém, a “operacionalização destas atividades dependerá do sistema de gerenciamento de materiais implantado na organização hospitalar” (CASTILHO; GONÇALVES, 2005, p. 169). A organização do trabalho nas unidades de internação de um hospital pressupõe uma “macro-organização do trabalho responsável pela programação geral, previsão e distribuição de recursos materiais e humanos necessários à realização do próprio trabalho como um todo” (LUNARDI FILHO, 2004, p. 14).

A administração do HU preconiza e busca, conforme seu regimento, no artigo 10,

o desenvolvimento de um sistema de administração de recursos materiais visando ao abastecimento eficaz, eficiente e oportuno dos bens de uso e de consumo, para o adequado cumprimento das diversas atividades do HU; definir as normas de uso, cuidado, controle e avaliação dos bens de uso e de consumo; desenvolver uma política de manutenção preventiva, baseada no uso, na revisão e manutenção periódica por pessoal especializado.

Todavia, a disponibilização dos recursos materiais à unidade de internação, devido à burocracia das organizações públicas, pode ser morosa (ÁVILA, 2006) e aparentar falta de interesse da gerência, mas o que de fato parece existir é um complexo sistema burocrático. Porém, no cotidiano do trabalho hospitalar, diversas são as atividades e decisões que precisam ser tomadas de forma imediata e precisam de respostas, também, imediatas, sendo que a morosidade da organização pode limitar a atuação da profissional, no cumprimento de suas obrigações, além de provocar uma sensação de permissividade frente à necessidade de cumprimento destas obrigações, gerando sofrimento moral.

Além disso, um questionamento foi feito por uma das informantes:

O que teria acontecido com os esfigmomanômetros? Teria alguém levado pra casa? Aquela coisa, assim sabe, chata né, então, realmente, tu fica xarope com a situação.

Há uma aparente dificuldade de controle e cuidado com os estetoscópios e esfigmomanômetros, como de outros materiais e equipamentos, pela grande circulação de pessoas na UCM. Muitas vezes, foi observado que acadêmicos, estagiários, médicos e residentes, após utilizarem materiais ou equipamentos da unidade, não os recolocam no mesmo local de onde os haviam retirado, denotando uma falta de cuidado, de controle e de disciplina, remetendo a um possível círculo vicioso de irresponsabilidade e danificação, pois parece que ninguém se reconhece como responsável pela conservação dos recursos materiais imprescindíveis para o trabalho da equipe de saúde.

Realizar o controle de tais equipamentos é imprescindível, porém, atribuir esta responsabilidade exclusivamente à equipe de enfermagem não parece resolver o problema, pois dificilmente esta equipe poderia realizar tal atribuição de forma eficiente, pelo grande afluxo de pessoas na UCM, pelo ritmo e volume de trabalho intensos, parecendo necessária uma mobilização da administração, neste sentido, já que

o controle é uma das funções clássicas da administração de qualquer entidade, seja pública ou privada, sendo precedido pelas atividades administrativas de planejamento, organização e coordenação. Na administração pública, esta função é mais abrangente e necessária em virtude do dever de prestação de contas a que todo ente estatal está submetido (BRASIL, 2005, p.17).

As trabalhadoras e todos que circulam e desempenham atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, no HU, como acadêmicos de enfermagem e medicina, médicos e estagiários, necessitam assumir a responsabilidade e conscientizar-se da importância de zelar pela conservação dos equipamentos necessários ao cuidado do paciente.

Parece existir, no Brasil, falta de discernimento do público e do privado, sendo comum, às pessoas, utilizarem os recursos públicos, de uso coletivo, como se fossem privados e de uso particular, fazendo-se necessário romper com o pensamento predominante de que "o que é público não é de ninguém" (FRANÇA, 2000). Como, já afirmava Faoro, em 1977, desde a colonização do Brasil, existe sempre que possível a apropriação dos recursos públicos pelas pessoas que podem usufruir desses recursos, havendo uma dicotomia, já que, ao mesmo tempo que as

peças, freqüentemente, fazem uso do público como se fosse privado, não apresentam o mesmo zelo e cuidado como se o equipamento público fosse privado.

Nesta problemática referente à necessidade de zelo com o material, há diferentes interfaces: a equipe de enfermagem e sua responsabilidade sobre o material que lhe foi confiado; a responsabilidade da administração em prover os recursos materiais para a realização do trabalho e adotar um sistema de gerenciamento e controle destes recursos; e a responsabilidade dos médicos, residentes, acadêmicos e estagiários de zelar pelo equipamento. A partir dessa constatação, surgem alguns questionamentos de modo a garantir o melhor gerenciamento dos recursos da UCM e o cuidado dos pacientes, além de evitar o sofrimento moral da equipe de enfermagem: como o controle de materiais pode ser feito de forma conjunta com a administração, com as trabalhadoras e com os demais pessoas que circulam e desempenham atividades assistenciais, de ensino e pesquisa na UCM? Como prever os recursos materiais de forma mais adequada?

A falta de recursos materiais é um problema moral complexo por ter vários setores envolvidos, porém o diálogo e a negociação são apontados como uma estratégia fundamental para o seu enfrentamento.

Outra questão relacionada à organização do trabalho na UCM refere-se à **sobra ou falta de medicamentos**⁸.

Durante as observações, o problema de sobra e falta de medicação foi percebido como uma aparente rotina vivenciada na UCM. Nas passagens de plantão⁹, durante as trocas de turno, não foi observada uma prática sistemática de controle da medicação presente, ou não, no box dos pacientes. Assim, por outro lado, temos que considerar que a chegada das trabalhadoras, a cada turno de trabalho, começa aproximadamente dez minutos, antes do seu início, concluindo-se em até trinta minutos depois do horário previsto de chegada. Apesar de algumas

⁸ Cada paciente internado na UCM tem, no Posto de Enfermagem, um box identificado com o número do seu leito, no qual é armazenada sua medicação, conforme a prescrição médica, enviada, pela farmácia, para o período de 24hs. Dessa forma, na passagem de plantão de cada turno, devem continuar no box apenas os medicamentos necessários, para o próximo turno de trabalho, até o início de uma nova prescrição médica. Portanto, medicações em excesso ou em falta, neste box possivelmente, corresponde à não administração dos fármacos ou sua perda (Silveira, 2000), configurando-se em falta ou sobra de medicações.

⁹ A passagem de plantão é o momento em que acontece a troca de informações entre os profissionais que terminam e os que iniciam o período de trabalho. Este é o momento oportuno para serem abordados o estado dos pacientes, terapêutica, cuidado prestado, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que precisam ser observados (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

trabalhadoras terem manifestado sua contrariedade e desconforto com o atraso de algumas colegas de turno, aparentemente, esta situação é aceita como uma “normalidade” fazendo parte da cultura organizacional desta unidade. Apenas alguns auxiliares de enfermagem, quando passavam entre si o plantão, comunicavam a existência do problema de falta de medicação, dos pacientes por eles cuidados, aos seus pares.

Quando a falta de medicação era constatada, no decorrer do turno de trabalho, a auxiliar ou técnica de enfermagem que detectava ou confirmava a existência deste problema, numa tentativa de resolução, o comunicava à enfermeira. Geralmente, a partir desta comunicação, a enfermeira solicitava uma nova prescrição, ao médico residente, e, após, uma das trabalhadoras se dirigia à farmácia, para buscá-la e, dessa forma, o problema imediato parecia resolvido. Já, as sobras de medicação eram apenas acondicionadas em uma gaveta e raramente este fato era comunicado à enfermeira. Aparentemente, as manifestações ocorriam apenas, entre as auxiliares de enfermagem.

Nesta mesma instituição, porém em outra unidade de internação, Silveira (2000), já em 1998, constatou a problemática referente à sobra de medicações, um problema que continua presente, possivelmente comprometendo o cuidado do paciente; além das questões econômicas envolvidas. Esta questão, que parece se reproduzir ao longo dos anos, referente à sobra de medicação parece naturalizada, embora ainda cause sentimentos de indignação, revolta e frustração, apesar destes sentimentos se mostrarem ainda insuficientes para mobilizar a equipe de enfermagem a tomar uma atitude mais resolutiva. Tais situações podem provocar sofrimento moral, pois as trabalhadoras, quando percebem que o paciente pode não estar recebendo esta medicação em outros horários, manifestaram insatisfação:

A gente fica assim meio frustrado, meio triste. Porque eu me coloco no lugar do paciente, imagina: como é que tu gostaria que a dose fosse aplicada em ti? Como é que tu gostaria que fosse aplicada num familiar teu?

Então, percebemos a sobra e falta de medicação como um problema aparentemente crônico da UCM: “Isso ai é uma rotina na unidade, são as medicações faltando, receita de controlado faltando, isso é uma rotina”, possivelmente pela sua dificuldade de enfrentamento e resolução que, na percepção das trabalhadoras, parece depender de outro serviço e da sua articulação com a

enfermagem. Uma possível solução mencionada pelas informantes seria que as medicações viessem da farmácia embaladas individualmente, em dose unitária, com horários e identificação conforme prescrição médica. Esta modalidade, conhecida como Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária, já implantada em outras instituições hospitalares, tem diminuído o tempo utilizado para armazenar e preparar a medicação, com provável aumento na qualidade do cuidado, permitindo que a equipe de enfermagem disponha de mais tempo junto ao paciente, na busca de um cuidado individualizado, destacando-se uma menor incidência de erros na administração ou na diluição da medicação, além de reduzir desvios e perdas (COIMBRA et al, 1998).

Por outro lado, há que se considerar que a administração de medicamentos é uma das responsabilidades da equipe de enfermagem, geralmente, realizada por técnicos e auxiliares de enfermagem, sob supervisão da enfermeira (COIMBRA; CASSIANI, 2001), podendo cumprir um papel fundamental na implementação da terapêutica do paciente e na sua recuperação (CARVALHO; CASSIANI, 2002; TELLES FILHO; CASSIANI, 2004; GROU et al, 2004). Para isso, faz-se necessário “responsabilidade, conhecimentos e habilidades, fatores estes que garantem a segurança do paciente” (GROU et al, 2004), sendo que a responsabilidade significa “responder pelos seus atos e/ou de outras pessoas envolvidas na realização de um determinado ato” (OGUISSO, 2006, p. 70). Além disso, pode-se considerar que a:

conscientização da responsabilidade não poderá acontecer isoladamente no contexto técnico-científico, pois há uma interação complexa envolvendo o enfermeiro e o indivíduo a ser cuidado. Esta interação imbui a experiência de vida, a responsabilidade ética, moral e profissional do enfermeiro, respeitando-se os direitos legais, culturais e os valores do indivíduo a ser assistido. Faz-se necessário que o processo de administrar medicamentos tenha algum significado para o enfermeiro, mais do que simplesmente um procedimento técnico (COIMBRA; CASSIANI, 2001, p.57).

É importante, porém não parece suficiente, ter a compreensão, como manifestado, de que *“se não for pelas tuas mãos, o teu paciente não vai receber”*. Arelado a este entendimento, parece necessário investir na conscientização da responsabilidade da profissional e da importância de seu papel na administração de medicamentos, como também, parece fundamental, para o enfrentamento e a superação deste problema, o reconhecimento coletivo de que pacientes e familiares

confiam na instituição de saúde e nos profissionais que ali atuam e possivelmente não tenham dúvidas de que estão sendo adequadamente cuidados.

Além disso, quando ocorre “uma atuação errônea por parte da enfermagem, seja ela uma ação ou omissão, que leve a um prejuízo moral ou físico, em que a relação do ato ou omissão de administrar e o prejuízo estejam presentes, é cabível um processo civil” (COIMBRA; CASSIANI, 2001, p. 58). Dessa forma, pode-se considerar a não administração de uma medicação não apenas como uma possível falta de compromisso com o paciente como, também, uma omissão, por esta aparente “normalização” frente à sobra e à falta de medicação. A omissão de dose é apontada por Toffoleto e Padilha (2006) como o mais freqüente destes erros, entre os possíveis erros de medicação, como medicamento errado e dose inadequada.

Os sentimentos de frustração e tristeza das trabalhadoras de enfermagem podem estar relacionados à falta de compromisso e responsabilidade dos profissionais que utilizam a medicação do paciente A para o paciente B, muitas vezes, sem repor esta medicação e deixando o paciente A sem receber a dose prescrita, o que poderia prolongar sua internação, dificultar sua reabilitação e aumentar a possibilidade de tornar o agente causador da sua doença resistente à medicação, em se tratando de antibioticoterapia:

Acaba se tornando rotineiro, cansativo e tu tá sempre batendo na mesma tecla e nunca vê nada mudar. Isso traz um pouco até de vontade de se acomodar, mas não podemos (...). Eu acho que tem que continuar tentando, pelo menos incomodando (...). Mas isso é uma rotina no hospital, como é uma unidade grande, eu sei que o meu turno também deixa problema pros outros. Muitas vezes, eu consigo perceber e outras não. Só que a gente não consegue enxergar quem é que tirou a medicação e botou nas sobras e isso é uma coisa que acontece com freqüência: a gente achar medicação, que deveria estar no box, nas sobras. Porque acontece? A gente não sabe, não consegue identificar onde isso acontece, não pode dizer que foi manhã, que foi tarde, que foi noite, porque a gente não consegue identificar, mas é uma realidade que acontece na unidade e é cansativo.

Parece importante destacar, ainda, que percebemos duas posturas das auxiliares e técnicas de enfermagem frente à detecção da sobra de medicação: relatar o fato à enfermeira ou permanecer em silêncio: *Geralmente, eu não falo, fico quieta, mas eu não gosto. Não falo muito, pra não ficar assim: “fulana tá fazendo fofoca!” Cada um faz o seu serviço, sabe do seu serviço.*

Quando ocorre a detecção da sobra de medicação e seu relato, este se caracteriza de um certo modo, como uma denúncia, pela exposição de um ato

incorreto ou inadequado de uma profissional da equipe de enfermagem a outros. Entretanto, apesar desta comunicação poder-se caracterizar como uma denúncia, aparentemente, permanece sem uma investigação ou busca de resolução, pois parece não haver “mobilização coletiva concomitante” ao relato (DEJOURS, 1999, p. 25). É possível constatar, nesta fala, que “as pressões sociais do trabalho” (DEJOURS, 1999, p. 31) parecem imobilizar e impedir a profissional de fazer o que julga correto, o que pode lhe causar, também, sofrimento moral.

As profissionais reconhecem e não parecem estar indiferentes a esta problemática, porém seu aparente imobilismo e tolerância podem constituir-se em uma estratégia para enfrentar o sofrimento (DEJOURS, 1999), um sofrimento moral associado a uma prática de negligência na assistência prestada aos pacientes.

Porém, um compromisso coletivo além do individual precisa ser estabelecido, não apenas para a garantia da administração correta da medicação de cada paciente. Parece necessária uma mobilização coletiva a respeito da questão mais ampla da sobra e falta de medicação: como isto está acontecendo? Por que não está acontecendo o controle sobre as medicações de cada paciente? A quem caberia tal responsabilidade? Como a equipe de enfermagem da UCM pode mudar esta realidade? Que estratégias podem ser elaboradas para o enfrentamento de um problema que compromete o cuidado dos pacientes internados?

É importante destacar que o enfrentamento de muitos problemas organizacionais da UCM, assim como possivelmente de outras unidades de internação, estão relacionados com a mobilização da própria equipe de enfermagem que atua nestes ambientes, porém parece mostrar-se, também, fortemente articulado tanto a decisões como ao apoio institucional.

4.1.2 Autonomia da Enfermeira x Respaldo Institucional

Durante a permanência no campo, pôde-se observar a seguinte situação: um acadêmico de enfermagem percebeu uma relação diferenciada de um pai com o filho internado na UCM. Diante da suspeita de abuso sexual do pai em relação ao filho, comunicou sua percepção às enfermeiras. A partir desta manifestação, várias atitudes foram tomadas. Primeiramente, houve o contato das enfermeiras com a assistente social que declarou apoiá-las, caso estas proibissem o pai de entrar na

unidade de internação, mas explicitando que a decisão seria apenas das enfermeiras e, portanto, de sua responsabilidade. Os demais integrantes da equipe de enfermagem, sabedores de tal suspeita, manifestaram sentimentos de indignação e cobrança enfática de uma atitude mais firme das enfermeiras. Os pacientes da mesma enfermaria e seus familiares perceberam o comportamento do pai e referiram sentir-se constrangidos com sua atitude.

Houve, ainda, uma mobilização da residente responsável pelo paciente, que contactou o preceptor responsável pela enfermaria, na qual o paciente estava internado, o qual aconselhou o isolamento do paciente, de modo a permitir o acesso do pai, ao filho, neste ambiente mais restrito. Porém, a equipe de enfermagem, a assistente social e a residente discordaram desta orientação. Assim, por último, foi realizada pelas enfermeiras uma comunicação por escrito desta situação à direção do HU. Por outro lado, não houve qualquer manifestação da direção em relação a esta problemática, no sentido de resolver o problema. No entanto, após, ocorreu uma denúncia anônima desta situação e por ordem judicial, este pai foi proibido de visitar seu filho.

Assim, frente a este problema vivenciado, as profissionais manifestaram que se sentiam sem respaldo da direção do HU para uma tomada de decisão em relação ao pai do paciente, reconhecendo encontrar-se frente a vários dilemas: prosseguir autorizando a visita do pai ao filho ou não, isolar ou não este paciente, dentre outras. As enfermeiras referem, também, já terem vivenciado situações anteriores em que tomaram uma decisão, entendida por elas como a mais adequada, porém não identificaram apoio da direção a sua tomada de decisão.

Esta situação reconhecida como falta de apoio institucional à equipe de enfermagem para uma tomada de decisão suscitou diversos sentimentos, dentre eles, os evidenciados na fala:

A gente se sente assim de pés e mãos atadas, porque tu tem uma postura profissional e uma concepção de vida do que tu acha que tem que ser feito. Aí, tu faz parte de uma instituição, de um sistema que não vê as coisas do mesmo jeito. Então, a gente se sente meio que sem ter o que fazer, a gente se sente impotente, frustrada. (...) é porque eu já não esperava muita coisa da direção. Então, eu vou fazer até onde eu acho que posso ir e vou ver o que o outro serviço pode fazer por mim, mas já não é aquela situação assim de esperar muita coisa. Tu começa a te sentir frustrada e começa a perder a esperança no outro, seja como setor ou serviço, como direção ou individualmente, um colega ou outro. Tu começa a perder a esperança.

Os sentimentos relatados como impotência, frustração e desesperança, podem manifestar-se quando o trabalhador reconhece ter utilizado o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoativas, de aprendizagem e de adaptação e acha como resposta a insatisfação (DEJOURS,1999), a falta de resolução dos problemas, a perda da crença na possibilidade de mudanças positivas na organização do seu trabalho. A frustração pode ocorrer, principalmente, quando uma necessidade do profissional não pode ser atendida; esta frustração pode acarretar “desorganização do comportamento, agressividade, reações emocionais, alienação, apatia e desinteresse pelo alcance dos objetivos frustrados” (CHIAVENATO, 1993, p.165-166).

Assim, a dificuldade de enfrentamento e resolução dos problemas organizacionais podem acarretar sofrimento moral e conseqüências como desmotivação e acomodação, com possível comprometimento do exercício da sua autonomia, como pode ser constatado na fala a seguir:

Tu começa a pensar: “até que ponto eu tenho que me envolver e batalhar por uma situação se os outros não sentem esta necessidade?”.

Na maioria das situações, os problemas morais enfrentados pela enfermeira não envolvem incerteza do que é a ação moralmente correta (GRACE, 2001), porém, freqüentemente, apesar de saber a atitude certa a seguir, parece haver um impedimento de sua realização pelos obstáculos institucionais, sendo que tais obstáculos dificilmente podem ser sobrepujados por esforços individuais (CHAMBLISS, 1996). A autoridade e a autonomia da profissional parecem estar limitadas, dificultando a resolução de uma série de problemas, pela dependência de instâncias superiores (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). Deste modo, as enfermeiras permaneceram convivendo com uma situação desconfortável, não apenas para si, mas também para os demais pacientes e membros da equipe de enfermagem, predominando um sentimento de ineficiência e incapacidade frente à situação vivida: “A gente se sente assim de pés e mãos atadas”. Estes sentimentos já foram caracterizados por Erlen e Frost (1991) como manifestações de sofrimento moral.

Ressaltamos que o apoio das enfermeiras pela administração da instituição, para uma atuação pautada na ética e na moral, pode encorajar estas profissionais ao enfrentamento de situações conflituosas e dilemáticas (RODNEY, STARZOMSKI,

1993; ERLÉN; FROST, 1991; SHOTTON, 2000). Este “suporte institucional não apenas favoreceria o exercício de resistência das enfermeiras nas diferentes relações de poder que enfrentam, mas principalmente sua atuação ética e moral, podendo reduzir o sofrimento moral e ético que comumente enfrentam no cotidiano do trabalho” (LUNARDI; PETER, 2003, p.155).

Algumas das informantes relataram ter tido pesadelos com o problema relacionado à suspeita de abuso sexual, o que parece demonstrar a sua preocupação com o bem-estar do paciente, sendo que apresentar sonhos relacionados com o trabalho configura-se numa das manifestações de sofrimento moral constatadas por Gutierrez (2005).

Destacamos o potencial da enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes, o que requer das suas profissionais uma “compreensão do que são estes direitos e liberdade para barrar as forças que estão infringindo estes direitos” (GRACE, 2001, p.156), bem como reconhecer a autonomia do paciente, sendo sua responsabilidade moral prover-lhe o melhor cuidado possível (GRACE, 2001). Entretanto, quando a profissional de enfermagem se vê impedida de colocar em prática seu julgamento moral, por falta de respaldo institucional, pode vivenciar sofrimento moral (JAMETON,1993).

Além disso, ressaltamos que o não reconhecimento do respaldo institucional, novamente, parece reforçar a percepção de desvalor da UCM, tantos dos trabalhadores como dos pacientes ali internados, que pode ser traduzida na seguinte manifestação: *“É super complicado, porque tu não tem apoio de ninguém; parece realmente que a UCM é o expurgo do hospital”*. O expurgo é o local onde são desprezados lixos contaminados e dejetos de toda espécie. Assim, nesta percepção da unidade como um expurgo do HU, denota-se o forte sentimento de desvalorização desta equipe de enfermagem, sendo que a luta pelo reconhecimento do valor do cuidado e, principalmente, do cuidado prestado, é uma luta histórica, na busca de ratificar a profissão “como uma atividade de valor, um valor que está implícito no cuidado, mas que fica invisível” (MIGOTTI, 2001, p.30). Lunardi Filho (1995, p. 113) já havia constatado que “a clínica médica é percebida pelos que lá trabalham e pelos que receiam vir a trabalhar nesta unidade, como um local onde existe muita cobrança, um maior volume de trabalho e, praticamente, nenhum reconhecimento pelo trabalho realizado”.

Perceber no outro e em quem administrativamente lhe é superior, desimportância no que faz, como já referido, possivelmente, fragilize sua auto-estima e a auto-imagem das profissionais, podendo contribuir por fragilizar, também, o compromisso presente em suas ações, a sua percepção de conflitos e problemas, a necessidade de ações pautadas na autonomia e em coerência com seus valores, o que caracteriza ações éticas (SEGRE; COHEN, 1995), podendo fragilizar e “amortecer” seu ser ético. Esta “amortização” do seu ser ético poderia favorecer a aceitação, ou melhor, uma aparente “normalização” de práticas moralmente questionáveis que originalmente, seriam reconhecidas como inaceitáveis por parte das trabalhadoras de enfermagem.

Ainda, em relação aos problemas morais vivenciados, relacionados ao exercício da autonomia, há relatos de ordens recebidas de quem se encontra em posição hierarquicamente superior, como pode ser ilustrado na fala abaixo:

uma ordem (...) que eu tinha que assumir as duas unidades: a cirúrgica e a clínica médica. E eu disse pra ela que não podia assumir as duas unidades, porque tinha sete pacientes graves aqui, inclusive dois entubados, oito pacientes com intracath, 20 HGTS, sozinha, e ela disse: “tu vai assumir, sim! Porque eu tô te mandando”. E desligou o telefone na minha cara.

Considerando o número de pacientes internados na UCM e a complexidade de cuidados que requeriam, estar responsável por esta e por outra unidade, como a Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC) com pacientes em pré-operatório e pós-operatório imediato e tardio, foi considerado, pelas enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, como mais uma sobrecarga de trabalho. Havia, também, a preocupação da exposição dos pacientes a possíveis riscos, além de uma menor disponibilidade de tempo para realização de seus cuidados. Houve, provavelmente, um arrefecimento da qualidade do cuidado prestado aos pacientes, pois a enfermeira, ao se submeter à ordem recebida, teve menor disponibilidade para supervisionar e/ou implementar cuidados, principalmente, os que lhe são privativos.

A enfermagem como uma profissão, “como uma prática social”, é regida por legislações específicas, dentre elas, a Lei do Exercício Profissional, a lei 7498/86, (BRASIL, 1986), que estabelece as atribuições de cada profissional; dentre estas, o “que é privativo do enfermeiro, o que não pode ser delegado, garantindo o desenvolvimento da área de enfermagem, (...) mas mais do que isso, a qualidade da assistência aos clientes”. Dessa forma, “buscar condições para que cada profissional

assuma o que é de sua competência legal” (LUNARDI et al, 2004, p.934) precisa ser um compromisso de todas as trabalhadoras da equipe de enfermagem como da administração das instituições.

Além disso, os registros no prontuário dos pacientes, como a evolução de enfermagem, ficaram, ainda, mais comprometidos, pois a enfermeira disponibilizou menor tempo para realizá-los, pois, possivelmente, precisou priorizar outras atividades de cuidado direto. Entretanto, os registros, também, são importantes, dentre outras razões, por dar visibilidade ao trabalho da enfermagem (LUNARDI FILHO, 2004). Deste modo, esta postura da administração parece reforçar os sentimentos de desvalor do trabalho da enfermagem, bem como, pode ter dificultado a realização de suas “ações específicas da forma mais eficiente possível para si e para clientela” (MIGOTT, 2001, p. 145), provavelmente, comprometendo a integridade moral, que diz respeito à “agir coerentemente em relação a princípios, valores e crenças” (KIEL; LENNICK, 2005, p.81).

A profissional percebeu-se impedida de responsabilizar-se pelas duas unidades de internação, bem como de prestar um cuidado com qualidade aos pacientes, manifestando seu sofrimento moral, na seguinte fala: *Me posicionei, achei que não era certo, muito embora, eu tenha ficado com as duas unidades, porque não tive alternativa.* Nesta mesma instituição, Silveira (2000, p. 86) também questionou a supervisão de mais de uma unidade pela enfermeira: “Porque nós, enfermeiras, aceitamos supervisionar várias unidades, ao mesmo tempo, realizando um trabalho desumano, para nós, com implicações também desfavoráveis para o cuidados dos clientes?”

Possivelmente, diante desta atitude da administração, esta não seja percebida como um apoio para a enfermeira, por não estar contribuindo para seu exercício de autonomia, já que a “autonomia real é a iniciativa tomada, é a criação e o poder de decisão diante de uma situação imprevista” (ROSENFELD, 2003, p.357). Deste modo, este tipo de constrangimento institucional faz com que as enfermeiras se sintam “incapazes para atuar diante de suas opções morais e juízos” o que lhes acarreta sofrimento moral (HAMRIC, 2000, p. 199). Tais experiências são lembradas, mesmo que se passem muitos anos (HAMRIC, 2000), o que foi percebido nesta pesquisa, pois quando realizávamos as observações, seguidamente, as informantes relatavam acontecimentos vivenciados por elas, há anos, com riqueza de detalhes, parecendo reviver aquele sofrimento moral.

Por outro lado, apesar da enfermeira se reconhecer coagida a assumir as duas unidades, é possível perceber manifestações do seu exercício de autonomia, através da elaboração de um documento escrito e de sua comunicação oral à chefia de enfermagem, provavelmente questionando esta ordem recebida, como uma estratégia de enfrentamento do seu sofrimento moral. Neste sentido, ressaltamos a importância de um engajamento coletivo para exigir condições adequadas de trabalho, pois também “é necessário envolvermos as pessoas, compartilharmos condutas, trocarmos idéias críticas, para que possamos avançar para uma ação mais abrangente e coletiva, tendo em vista o nosso cuidado como o cuidado do outro” (SILVEIRA, 2000, p. 87).

4.1.3 Recursos humanos: uma questão numérica?

Discutimos, nesta subcategoria, a insuficiência de recursos humanos como uma questão relacionada à organização do trabalho, uma questão não apenas numérica, mas também, associada a sua qualificação e competência para o desempenho das atividades.

Durante o período das observações, pôde ser percebido que a UCM é uma unidade de internação com grande volume de trabalho. Comumente, há duas enfermeiras responsáveis por turno de trabalho, porém quando uma delas está ausente, por folga, atestado ou férias, a unidade permanece sendo coordenada por apenas uma enfermeira. Numa destas ocasiões, nesta, unidade, havia vários pacientes graves, exigindo cuidados intensivos da enfermeira e dos demais profissionais da equipe de enfermagem:

Na verdade, eu estava abraçando tudo sozinha. E, naquele momento, eu parei e pensei, é mesmo, porque tô aqui me matando. Se acontecer alguma coisa, fui eu que não atendi direito. Tive que ligar pra chefia de enfermagem pedir ajuda, e disse: “que não ficava sozinha outro dia, se não tivesse ninguém comigo, não vinha trabalhar no outro dia!”. Realmente em uma situação como essa, que tu vê que a unidade que tu trabalha não tem importância, pode trabalhar de qualquer jeito lá que não vai acontecer nada, qualquer coisa que fizer no paciente tá bom e não é assim. Isso aí vai te deixando indignada, frustra a ti, quem trabalha contigo e vai desmotivando.

Nesta situação, a profissional percebeu-se sobrecarregada e reconheceu que poderia incorrer em negligência com algum paciente, pois, em especial naquele

período, havia pacientes graves internados, prescrição de Hemoglicoteste (HGT) de 15 em 15 minutos para uma das pacientes e outros dois pacientes encontravam-se em ventilação mecânica. Tendo isso em vista, a enfermeira ameaçou a chefia de enfermagem de “não ir trabalhar no outro dia, se continuasse sozinha na UCM”. A partir de sua manifestação, no dia seguinte, havia outra enfermeira na UCM para auxiliá-la.

A sobrecarga de trabalho pode ser considerada a “fonte de maior risco para estresse”, e “um dos fatores que gera insatisfação ao indivíduo” (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999, p. 421); também pode ser considerada fonte de sofrimento moral, pois a insuficiência de recursos humanos pode impedir as profissionais de realizarem o cuidado dos pacientes de uma forma adequada (GUTIERREZ, 2005).

A informante, porém, apesar do sentimento de alívio por ter sido designada uma outra profissional para compartilhar suas atribuições, em seu turno de trabalho, referiu pesar pelo tipo de estratégia que adotou e por seu conseqüente sucesso para assegurar a atenção da coordenação para a realidade do trabalho e para a necessidade verbalizada. Este sentimento de pesar e mal-estar da enfermeira pode estar associado ao tipo de atitude tradicionalmente não adotada pelas enfermeiras e comumente não muito bem aceita de resistência e reação a uma situação organizacional inadequada do ambiente. Parece predominar, ainda, uma concepção de que a enfermagem deve limitar-se a obedecer ordens e a resignar-se às condições de trabalho apresentadas (LUNARDI, 1999). No entanto, esta atitude de resistência pode ter contribuído para romper com uma possível “naturalização”, aceitação e acomodação ao que vai se instituindo no ambiente institucional, tanto das trabalhadoras como da administração da instituição.

Ao decidir por uma posição de “enfrentamento” frente à necessidade de outra enfermeira para não comprometer a qualidade da assistência aos pacientes sob sua responsabilidade, bem como a sua integridade moral, a profissional parece ter assumido sua responsabilidade moral e a autoria de suas decisões individualmente (SELLI, 2005). Dessa forma, possuir princípios morais é condição necessária, mas não suficiente para a tomada de boas decisões morais, necessitando-se também a capacidade para aplicar esses princípios de modo consistente e diferenciado, e integrá-los onde implicam cursos de ação que entram em conflito (PETER; LIASCHENKO, 2004), ou seja, faz-se necessária uma tomada de decisão e de ação,

coerente, frente ao desrespeito aos valores, aos problemas e conflitos morais identificados, exercendo sua autonomia.

Por outro lado, além da necessidade de um quantitativo de recursos humanos, a aptidão técnica das trabalhadoras, também, é importante e fundamental para a qualidade do cuidado, podendo a falta desta competência por em risco o bem-estar dos pacientes:

Não é qualquer funcionário que pode trabalhar comigo. O que adianta me botar um funcionário (temporário), por 3 meses, que recém se formou? Eu sei que ele precisa ter experiência, mas eu estou precisando agora de funcionário que saiba trabalhar, pegar junto, que saiba. As pessoas precisam se dar conta que a UCM é, sim, uma unidade importante, que tem muito paciente de cuidado intensivo, sim! Às vezes tem HGT de 15 em 15 minutos, pressão de hora em hora ou de 15 em 15 minutos; não adianta me botar qualquer funcionário, são pacientes com cuidados, sim.

Esta falta de aptidão técnica das trabalhadoras recém contratadas, em caráter temporário, para cobrir licenças ou um número insuficiente de recursos humanos, pode levar ao sofrimento moral, pois o ritmo de trabalho da UCM nem sempre permite que as enfermeiras ou outros componentes da equipe possam acompanhar e supervisionar a nova profissional, o que pode contribuir para a imperícia, ou seja, à “falta de conhecimento técnico ou habilidade que deveria ter ao executar uma ação própria de sua categoria profissional” (OGUISSO, 2006, p. 87).

É provável que este sofrimento emergja não apenas pela necessidade de ter que ensiná-los, se necessário, e apresentar as práticas e rotinas da unidade, mas, sim, pela sobrecarga de trabalho que isto representa frente às atribuições, já existentes, das profissionais, e , principalmente, pelo conhecimento do risco que as ações deste profissional recém-contratado e, portanto, possivelmente inexperiente, representam para a segurança e o cuidado dos pacientes, bem como para a sua própria integridade moral e para a integridade moral das responsáveis pela supervisão das suas ações. As enfermeiras, ao delegarem uma atividade de enfermagem à auxiliar ou técnica de enfermagem, compartilham, com esta trabalhadora, a responsabilidade por esta atividade. Portanto, a profissional de enfermagem precisa estar apta tecnicamente, pois é sua responsabilidade e dever “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”(COFEN, 1993, art 16).

Além disso, a falta de capacitação¹⁰ prévia da profissional para que assuma suas responsabilidades, em uma unidade com as características da UCM, parece ser esquecida diante da necessidade emergencial de dispor de “mais um” na equipe de enfermagem. Conforme Lunardi Filho (2004, p. 102), diante da sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, “dispor de mais alguém, desde que supostamente imbuído da boa vontade em aprender e em querer cuidar, mesmo que sem adequada formação, preparo e experiência” pode ser algo desejado pela equipe de enfermagem por ser “a garantia de uma presença”. Porém, o quantitativo, mesmo que aparentemente possa aliviar a sobrecarga de trabalho, não satisfaz a necessidade da qualidade dos recursos humanos necessários para o trabalho na UCM. A falta de recursos humanos como, também, a sua falta de aptidão técnica podem ser vistas como fator de sobrecarga de trabalho físico e mental (LUNARDI FILHO, 1995; NOMURA; GAIDZINSKI, 2005) para os trabalhadores da UCM.

Esta freqüente contratação de trabalhadores temporários gera uma rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde do hospital, entendida como uma “flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente” (CHIAVENATO, 2000), o que representa mais um problema a ser enfrentado pela administração e pela equipe de trabalho, podendo também comprometer a qualidade do cuidado e aumentar os custos para a organização (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005).

Assim, a rotatividade das profissionais, ainda, foi percebida como uma dificuldade para o trabalho em equipe, pois freqüentemente há um novo membro na equipe de enfermagem, que precisa, geralmente, ser apresentado às rotinas da unidade, como revisão das diluições e administração de medicamentos, dentre outros, dependendo da sua experiência pregressa, exigindo uma supervisão mais próxima. Esta rotatividade freqüente na equipe de enfermagem dificulta, também, a implantação da sistematização da assistência de enfermagem, bem como já dito, a qualificação do cuidado prestado. Destacamos que “uma força de trabalho estável e qualificada além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades

¹⁰ A capacitação ou treinamento tem como finalidade ampliar o conhecimento teórico e prático da profissional capacitando-a para realizar o trabalho de forma eficiente, bem como introduzi-la no ambiente de trabalho, gradativamente, para que se adapte às rotinas e normas da instituição. Também, objetiva desenvolver as competências profissionais e pessoais, como a reflexão crítica e a construção de estratégias para melhorar a qualidade do cuidado (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2005).

efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados” (ALSELMI; DUARTE; ANGERAMI, 2001, p.14).

Acho que a unidade não tem reconhecimento por parte nem de outros setores nem da direção. Um dia, a coordenadora de enfermagem me disse que: “a UTI e UTI neo são unidades fechadas, que não podem ter funcionários RPA (temporários)”. Na UTI, a enfermeira tem 6 pacientes pra atender e todos eles estão 24 horas monitorados. (...) Se lá, ela tem 6 pacientes e não dá conta de ficar com um RPA com ela, porque eu vou, com 49, dar melhor conta do que ela? Eu consigo estar muito menos tempo perto deste (temporários) pra ajudar ele, orientar, aprender com ele, do que se eu tivesse com ele na UTI.

Como estratégia em busca da quantidade e, concomitantemente, da qualidade dos recursos humanos que atuam na UCM, a equipe de enfermagem vem argumentando com a administração, acerca da complexidade dos cuidados exigidos pelos pacientes internados e a necessidade de contratar profissionais aptos para exercer a sua função, além da possibilidade de proporcionar sua capacitação de forma adequada, antes de inseri-los no ambiente de trabalho da UCM. Argumentar com as chefias e administradores quanto à necessidade de recursos humanos capacitados, expressa um compromisso da equipe de enfermagem consigo, com a profissão e com a comunidade que solicita os serviços da equipe de enfermagem (LUNARDI et al, 2004, p. 934).

Além disso, a necessidade de constante supervisão e controle da equipe de enfermagem por parte da enfermeira aparece como um fator de sofrimento:

O que me incomoda muito é essa coisa assim: “já trocste o paciente? Já foste na farmácia? Já tomaste café, podes fazer outra coisa agora?” Acho que não tem que cobrar certas coisas, um desgaste totalmente desnecessário, mas parece que as pessoas precisam disso ou gostam disso; sabe, algum prazer masoquista que as pessoas têm.

Nesta fala, destacamos que as trabalhadoras necessitam de um controle externo para que realizem as atividades de cuidado dos pacientes, pois esperamos que, após um certo nível de aprendizado e experiência profissional, as trabalhadoras tornem-se competentes para operar escolhas de como cuidar o paciente, ou seja, adquiram autonomia, não precisem mais ser guiadas por um “pedagogo” (RODRIGUES, 2001). No entanto, parece haver, como já constatado por Silveira (2000), a necessidade do exercício da supervisão e do controle das atividades de cuidado realizadas pelas auxiliares e técnicas de enfermagem de uma forma mais próxima, para garantir a realização e a qualidade do cuidado. Parece necessário

estimular estas profissionais a exercerem sua autonomia no seu espaço de trabalho, como uma estratégia de enfrentamento da possível negligência de algumas profissionais, o que afeta a equipe como um todo, além de provocar, possivelmente, sofrimento moral, principalmente, nas enfermeiras, pois estas compartilham, como já dito, todas as trabalhadoras de enfermagem, a responsabilidade da realização do cuidado com os demais membros da equipe de enfermagem.

Em outra situação observada, ocorreu a falta de uma integrante da equipe de enfermagem, sendo que mais duas estavam dispensadas do trabalho, por folga e atestado, estando presentes apenas 5 trabalhadoras de um total de 8. Nesta ocasião, a UCM apresentava-se com taxa de ocupação de 100% e a equipe de enfermagem parecia sobrecarregada. A enfermeira, então, ao perceber murmúrios entre a equipe de enfermagem, em relação a sua dificuldade de verificar os sinais vitais, se dirigiu à equipe e solicitou que verificassem, apenas, os sinais vitais dos pacientes hipertensos e graves, e, ainda, de pacientes que apresentassem alguma queixa.

A enfermeira, provavelmente, encontrava-se numa situação dilemática entre exigir a verificação dos sinais vitais de todos os pacientes, como prescrito e como previsto na rotina da UCM, visto como um dever da enfermagem, ou solicitar, à equipe, a priorização dos pacientes graves e hipertensos e confiar na responsabilidade das profissionais em relação a este procedimento de vital importância para monitorar o quadro clínico dos pacientes. Embora a enfermeira não reconhecesse esta postura como correta, percebeu nesta atitude a melhor decisão, pois protegeu o paciente de uma possível negligência, devido à possível dificuldade das trabalhadoras de verificarem os sinais vitais de todos os pacientes, e protegeu a si mesma de compactuar com uma conduta inadequada, vendo na priorização dos cuidados uma alternativa, já experienciada em outras situações similares, e com resultado positivo:

eu não sou a enfermeira que eu fui lá 10 dias de formada, (...) nem sou a mesma enfermeira, que vim trabalhar aqui com um ano de formada. As situações que tu vai enfrentando, (...) tu vai aprendendo a amadurecer. Tu tem que apreender a ter o chamado jogo de cintura.

As experiências pregressas de enfrentamento de conflitos e dilemas morais, possivelmente, são “incorporadas na tarefa de decidir”. Dessa forma, quanto “mais ampla for a base de experiências” da profissional, mais possibilidades de atuação

esta profissional “consegue identificar” (MARQUIS; HUSTON, 2005, p.51). Tais enfrentamentos parecem favorecer o exercício da autonomia, pois é “possível que as pessoas que demonstram maior autonomia tenham mais experiência para tomar decisões” (MARQUIS; HOUSTON, 2005, p.51).

Frente ao reconhecimento dos problemas morais, podemos enfrentá-los ou acomodar-nos. O enfrentamento destes problemas precisa ser visto como um aprendizado, pois quanto maior o número de enfrentamentos feitos pela profissional, possivelmente, melhor instrumentalizada estará para realizá-los.

4.2 O CUIDADO FRAGILIZADO DO PACIENTE COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL: UMA QUESTÃO DE HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO

Como cuidar de pessoas com diagnósticos que possam ter o significado de morte, sem que nos perguntemos, antes, o que significam tais diagnósticos para nós; sem que, antes, nos preparemos para cuidar delas? Será possível dizer que somos cuidadores se nossa relação com o cliente se faz apenas com o seu corpo, um corpo que pode requerer uma aspiração, uma medicação, um banho, porém evitamos reconhecer nele uma pessoa que quer falar, ser ouvida e tocada como gente, como mais do que um corpo sadio ou doente? (LUNARDI et al, 2004, p.938).

Apresentamos a seguir a categoria o cuidado fragilizado do paciente como fonte de sofrimento moral: uma questão de humanização do trabalho, que se subdivide nas seguintes subcategorias: o cuidado como uma ação ética, o sofrimento moral frente aos conflitos do trabalho em equipe e o sofrimento moral como mobilizador para mudanças.

4.2.1. O cuidado como uma ação ética

Apesar da insuficiência de recursos materiais e humanos, comumente, vivenciados pelas trabalhadoras da equipe de enfermagem, das múltiplas estratégias adotadas para o seu enfrentamento e dos sentimentos de sofrimento

desencadeados, percebemos uma preocupação com a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, como pode ser percebido na seguinte manifestação:

Não acho que porque os pacientes estão cheios de câncer e às vezes são pacientes não investíveis, que não precisam de um cuidado de qualidade.

O cuidado pode ser entendido como uma “atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros” (WALDOW, 2006, p. 61). Para Leininger (1985, p. 261), cuidado “se refere às atividades de assistência, apoio ou facilitadoras para com o outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida”, como também, é um compromisso que precisa ser desenvolvido com competência, responsabilidade e honestidade perante o cliente (GELAIN, 1992).

Assim, os pacientes, citados no depoimento como “não investíveis”, são os que necessitam de cuidados paliativos ou pacientes ditos terminais (SIMONI; SANTOS, 2003, p. 174). Uma das principais características dos cuidados paliativos são as relações “entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre a equipe de cuidados e pacientes” (SIMONI; SANTOS, 2003, p. 175). Dessa forma, o envolvimento das profissionais com o paciente parece ser fundamental no resultado deste cuidado:

Sabe quando tu te apegas a um paciente, geralmente, paciente idoso como nós tínhamos um há mais de dois anos. (...) tinha um paciente de 84 anos, fui trocar até com uma acadêmica de enfermagem, a gente tocava nele e começa a cair os pedaços, sofrimento demais das pessoas, sempre me incomodou, sabe. A paciente X (...) quando a gente entrava com a medicação ou remédio pra dor, ela dizia: “eu peço pra Deus me levar, não agüento mais tanta dor”. Essas queixas dos pacientes graves que tu vê e não tem mais o que fazer, isso me incomoda, me deixa mal, mesmo tentando não me envolver, é uma coisa que me deixa mal. Não adianta, o sofrimento das pessoas me incomoda muito.

Mesmo “quando não há mais possibilidade de investimento de cura, do ponto de vista clínico, a enfermagem continua prestando ações de cuidado” (PAULETTI et al, 2006). Dessa forma, podemos entender que o cuidado paliativo é “uma combinação de ações terapêuticas e medidas para confortar e apoiar indivíduos e famílias que convivem com doenças que ameaçam a vida” (ALVARENGA, 2005, p. 44). Conforme Arriete e Gil (1998), não somente pessoas que apresentam neoplasias terminais necessitam de cuidados paliativos, como também, pessoas

com AIDS em fases terminais, dentre outros. Ressaltamos que a UCM é uma unidade de referência para tratamento desta doença, dentre outras doenças degenerativas associadas à terminalidade. Tais pacientes, em sua maioria, são acompanhados por um longo período de tempo pela equipe de enfermagem, devido às re-internações freqüentes na UCM até a sua morte, o que, provavelmente, permite a formação de um intenso vínculo profissional-paciente que, frente à impotência da profissional de aliviar sofrimento deste paciente e/ou à percepção de que suas ações de “cuidado” podem estar ampliando este sofrimento, provocam sofrimento moral (BARLEM et al, 2006, p. 291).

Durante as observações, percebemos a presença da morte como uma constante no trabalho das profissionais. Freqüentemente, esta equipe se depara com esta realidade, porém “profissionais da saúde parecem estar mais preparados para trabalhar com o processo da vida do que com as possibilidades de sua interrupção ou mesmo da morte” (LUNARDI, 1999, p. 103).

Assim, trabalhar cotidianamente com a “possibilidade da morte e do seu significado como uma perda, apesar de poder ser comum para quem trabalha na área da saúde, possivelmente, requer um prévio trabalho interno dos profissionais, no sentido do seu cuidado de si e do conhecimento de si” (LUNARDI, 1999, p. 103).

Dessa forma, a “humanização da morte não é o seu apressamento, nem o seu prolongamento indefinido”. A discussão que se propõe é sobre o que seja “morte com dignidade, o movimento de cuidados paliativos defende que seja a morte sem sofrimento, nem rápida, nem demorada demais” (KOVÁCS, 2003, p. 158). Assim, evitar a “manutenção dos tratamentos invasivos em pacientes sem possibilidade de recuperação (...) obrigando as pessoas a processos de morte lenta, ansiosa e sofrida, sendo sua suspensão uma questão de bom senso e racionalidade” (KOVÁCS, 2003, p. 153), além de um compromisso moral da enfermagem. A prescrição de cuidados fúteis pela equipe médica e a solicitação de exames, aparentemente desnecessários, também, foram referidos como fonte de sofrimento para a equipe de enfermagem, quando se reconhece na contingência de participar de tais ações e/ou implementá-las (GUTIERREZ, 2005).

Diante desta realidade, quando questionados sobre elementos do seu cotidiano de trabalho que possivelmente lhes traziam sofrimento, uma das informantes traz a falta de humanização identificada nas suas colegas de trabalho:

Falta de humanização, as pessoas pensando só em si. Enquanto tem uns que correm pra ajudar, pra colaborar com a equipe, têm uns que ficam sentados, outros que ficam falando o que não devem. Falta humanização do pessoal, não digo todos né. (...) é só tu observar, o paciente tá com dor: “ah já to indo” e aquilo ali dá dez, quinze minutos e a criatura ali, falta de humanização, de consideração com os outros.

Pode se considerar que a “humanização traz a ética no seu bojo” (SEGRE; COHEN, 1995, p. 12). O tema humanização começou a ter maior atenção a partir do lançamento da política de humanização do Ministério da Saúde - Humaniza SUS – o que parece requerer uma mudança de cultura: “aumentar o grau de coresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado a saúde implica na mudança da cultura de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p.3).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), constituindo posteriormente a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como objetivo atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Essas demandas superam o simples atendimento e o acesso à medicação, mas principalmente situam-se na integralidade desse atendimento e no respeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2004).

Consideramos que “a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário” (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006, p. 221). O hospital humanizado tem como objetivo a valorização e “o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade” (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006, p. 221).

Para a equipe de enfermagem que atua na assistência de saúde em uma instituição pública, em tempos de globalização e precarização do trabalho (SIMONI; SANTOS, 2004, p.174), pode ser um desafio implementar a proposta da humanização do Ministério da Saúde:

“dar atenção, dispor de momentos para escutar as dúvidas, as ansiedades, as angústias dos clientes é uma pequena parcela do agir ético e moral. Mas embora pequeno, nos parece ser um grande passo para a transformação de uma prática que visa um cuidar personalizado, valorizando o desenvolvimento das competências

profissionais e a qualidade dos cuidados nas exigências éticas e morais” (COIMBRA; CASSIANI, 2001, p.59).

A enfermagem, quando cuida o paciente, precisa ter um modo de ser e de fazer que demonstre comprometimento e respeito à vida de quem cuida. Ao executar o cuidado “não o faz como quem presta um favor (...), como quem cumpre com um dever não apenas profissional” (SELLI, 2005, p.114), principalmente, dos pacientes com cuidados de alta-dependência que necessitam com maior freqüência de cuidados de enfermagem.

Em relação ao descomprometimento percebido no cuidado dos pacientes prestado pelos colegas, as profissionais apresentam diversas reações, desde permanecer em silêncio frente ao observado; chamar atenção da própria colega, porém de uma forma jocosa; comunicar à chefia direta ou, até, executar o cuidado, que seria de responsabilidade, a principio, de outrem. Porém, muitas, ao implementarem voluntariamente este cuidado, contraditoriamente, manifestaram-se sentir-se prejudicadas, pois a colega diretamente responsável pelo cuidado do paciente, muitas vezes, não está realizando nenhuma atividade de trabalho, no ambiente de trabalho, podendo estar sentada, conversando com outras trabalhadoras da equipe, tomando café, dentre outros:

Eu falo, tenho fama de boca grande. Digo: “o paciente tá ansioso e o familiar também”. O que eu acho que está errado, eu sempre digo e converso com o colega. Procuo dizer alguma coisa pra melhorar. Tem que ir, não adianta. Falo pra enfermeira, passo pra elas, que elas resolvem mais rápido. Sempre digo alguma coisa. (...) às vezes estou vendo as coisas e fico quieta, não falo nada (...). Procuo fazer tudo certinho, (...) quem é que quer estar no Hospital? Ninguém, sei por mim. (...) agora, imagina eles que ficam dias aí. A gente tem que botar um pouco do lado humano. Eu gostaria que fizesse isso comigo? Com um familiar meu? Não gostaria!

Podemos considerar que o exercício da profissão “não se limita ao fazer técnico-científico, à doença e ao doente, mas o fazer abrange o doente como sujeito e como ser humano” (SELLI, 2005, p. 114). Dessa forma, as dimensões subjetivas da profissional podem ser importantes para determinar a forma como se estabelece o seu relacionamento com o paciente. Ressaltamos que o “encontro genuíno entre o profissional de saúde e seu cliente, essencial para a humanização da assistência, só vai se efetivar quando os profissionais estiverem preparados e disponíveis para tal ocorrência”(HOGA, 2004, p. 18).

Conseqüentemente, confrontar-se com a dor de um paciente “experimentar o seu sofrimento, e seguramente deparar-se com o sofrimento de uma pessoa é deparar-se com algo moral”, deste modo ao “ser tocado pelo sofrimento de um paciente” responsabilizar-se por ele, parece ser algo “não voluntário e não opcional” e sim “uma obrigação”. Assim, a sensibilidade “às experiências humanas de uma pessoa é condição *sine qua non* de responsabilidade moral” (NORTVEDT, 1998, p. 386).

Deste modo, o sofrimento das trabalhadoras, também, pode ocorrer pela aparente indiferença na resolução de problemas dos pacientes, quando possível, de um modo mais imediato, em busca de seu cuidado e conforto, como nas situações de dor, mal-estar, dúvidas no tratamento, dentre outras intercorrências:

tu vai passar por ali, e o paciente se queixa de novo pra ti. Tu te sente chateada porque não está resolvendo a situação. Tu tá vendo a pessoa com dor, não é legal, se coloca no lugar da pessoa. Imagina tu, ali, paciente, curtindo uma dor, e parece que ninguém tá nem ai, só que a gente tá fazendo a parte da gente, a gente tá passando adiante. Eles não sabem disso. O que podia ter feito é olhar na prescrição; vi que tinha medicação pra dor e mediquei passei adiante, que agora é com o médico, não é mais comigo. Só que ele não sabe, só viu o que eu falei pra ele. Agora mesmo, ele tava na porta me encarando ali (familiar da paciente), querendo uma resposta. Quando eu sair daqui, ele vai me cobrar ali. A gente se sente abandonada.

Frente à aparente sensação de abandono do paciente, numa relação empática, evidenciamos o sentimento de abandono da profissional e a sua necessidade de contribuir para o alívio da dor do paciente. A empatia pode ser considerada um dos “*atributos desejáveis* ao profissional de saúde”, pois é propiciadora das “*necessárias atitudes terapêuticas*” (SOAR FILHO, 1998, p. 41) (grifo do autor), significando “a capacidade de colocar-se no lugar do outro, de compreender o seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, sem, no entanto, confundir-se com ele” (SOAR FILHO, 1998, p. 41). Entendemos que, ao se colocar no lugar do outro, a profissional assume um compromisso moral de prestar um cuidado de qualidade ao paciente, de se mobilizar para atender suas necessidades. Consideramos a empatia como uma das condições necessárias para valorizar o sofrimento do outro durante a internação e humanizar o cuidado prestado, pois “vendo o paciente com sua enfermidade, também, está se vendo a condição humana, a vulnerabilidade” (NORTVEDT, 1998, p.386).

4.2.2 Sofrimento moral frente aos conflitos do trabalho em equipe

O cuidado de enfermagem, além de um compromisso com o cuidado do outro de uma forma responsável e comprometida, também, caracteriza-se pela presença contínua ao lado do paciente, “constituindo-se como uma prática exercida por um conjunto de agentes, o que, por um lado, demanda ações de coordenação e supervisão” e “por outro lado configura trabalho coletivo” que, a partir da década de 50, começa a ser “proposto sob a forma de trabalho em equipe (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 110).

Então, o trabalho em equipe surge como uma “estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços”. Entretanto, algumas dificuldades e problemas vêm sendo identificados como “a intensa divisão social e técnica do trabalho na área de saúde, resultado de um processo de alta especialização e compartimentalização do saber na formação acadêmica dos profissionais, gerando uma visão reducionista e fragmentada do ser humano” (PINHO, 2006, p.70). Resistências ao trabalho em equipe, também, podem estar relacionadas à perda da “segurança do modelo funcionalista de organização do trabalho, em que cada um é responsável por uma parte da atividade” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 122). Além disso, Thofehn e Leopardi (2006, p. 413) constataram a falta de preparo acadêmico das enfermeiras para trabalhar em equipe e a necessidade destas profissionais atuarem no método “erro e acerto”.

No que diz respeito ao grupo de trabalho da enfermagem da UCM, podemos considerar que as profissionais parecem inseridas em uma instituição, que possui uma cultura organizacional, na qual determinados valores podem ser considerados fundamentais para compreender o cuidado prestado, pois,

a cultura de uma organização sustenta o processo de socializações por meio do sistema de valores, sendo tais valores vivenciados como uma experiência subjetiva compartilhada, que cria nas organizações a possibilidade de simbolização e mediação das necessidades individuais e organizacionais. Assim sendo, os valores têm um papel tanto de atender aos objetivos organizacionais, quanto de atender às necessidades dos indivíduos (MENDES; TAMAYO, 2001, p. 39)

Foi possível constatar, ainda, através das observações e reafirmado nas entrevistas, que as novas enfermeiras e auxiliares de enfermagem parecem sofrer uma certa imposição das trabalhadoras mais antigas da UCM para adaptarem-se a

um modo de fazer já estabelecido, previamente. Neste sentido, aderir às “formas de cuidar naturalizadas” na UCM e reproduzir estas práticas, parece ser uma opção da profissional (MENDES; TAMAYO, 2001). Assim, romper com estas ações “naturalizadas”, percebidas como “falta de humanização”, nesta cultura institucional, possivelmente, dependerá da postura ética e do exercício da autonomia de cada profissional, de modo a, gradativamente, ser assumida coletivamente. uma nova postura condizente com a política de humanização do Ministério da Saúde.

Parece ocorrer uma tentativa de dificultar possíveis mudanças trazidas pelas novas integrantes do grupo, bem como uma imposição de um ritmo de trabalho já instituído organizacionalmente e de como este deve ser realizado. Assim, algumas trabalhadoras quando fazem higienização dos pacientes, imediatamente após perceberem a necessidade desta ação de cuidado e conforto ou quando se mostram bastante atenciosas para com os pacientes, escutam manifestações como: “*vais deixar mal acostumado*”. Este tipo de atitude é referida como desagradável, porém, segundo as profissionais, não interfere em sua conduta.

O entendimento da própria profissão, também, parece respaldar as atitudes de resistência das profissionais a tais críticas:

a enfermagem não é feita de dar medicação e deu. É tu chegar conversar, dar um carinho, aquilo ali faz muito mas efeito do que qualquer medicação; claro que a medicação está agindo no organismo, mas aquilo ali tá agindo no sentimento, no íntimo da pessoa, que chega aqui abalada.

Além disso, a falta uma norma institucional do HU de capacitação e socialização da nova profissional, quando de sua admissão, mesmo que em contratos emergenciais, pode, também, estar contribuindo com este tipo de constrangimento em relação ao ritmo e à qualidade do trabalho. Dessa forma, percebemos que algumas profissionais; ainda, têm uma visão mecanicista e limitada da profissão; estas funcionárias, geralmente, mais antigas, tentam impor uma hierarquia de valores, aparentemente, diferentes dos preconizados pela administração da instituição, os quais podem estar presentes na cultura organizacional do HU, tais como, desmotivação, descaso, falta de compromisso com o cuidado do paciente e com a instituição (ÁVILA, 2006). Apesar de representarem uma minoria, conseguem exercer uma influência significativa sobre o grupo; entretanto, parece prevalecer a busca de um cuidado de qualidade. Conforme Fernandes (2003, p.42), “as práticas de resistência estão presentes em todas as

relações, podendo se manifestar de forma espontânea, planejada, individual e/ou coletiva.”

Vários autores, como Redman e Fry (2000), Kelly (1998), Sundin-Huard e Fahy(1999), revelaram a força do ambiente e da sua organização, das relações de poder exercidas pela administração, por outros profissionais, pela própria equipe de enfermagem, como elementos que influenciam a prática ética da enfermagem. Para Penticuff e Walden (2000), os elementos organizacionais ambientais não incluem apenas o número de leitos da unidade, o dimensionamento dos recursos humanos e sua rotatividade, como também, a percepção das trabalhadoras sobre seu valor, sobre o suporte institucional para a resolução dos conflitos e dilemas, dentre outros.

Foi possível perceber, também, que algumas integrantes da equipe de enfermagem aparentemente possuem, entre si, o que consideramos **pontos de apoio** em “outra colega”, os quais parecem potencializar sua ação, contribuindo para um trabalho mais coletivo da equipe de enfermagem.

Assim, estas relações de apoio foram observadas no grupo. As profissionais parecem encontrar respaldo para legitimar suas ações, na maioria das ocasiões, em colegas da mesma categoria, ou seja, as enfermeiras, duas em cada turno, apóiam-se uma à outra em suas condutas; no caso das auxiliares e técnicas de enfermagem, apenas algumas apresentam esta característica, as demais parecem desenvolver um trabalho mais individual. Formam-se, aparentemente, subgrupos de duas ou três profissionais, que se ajudam mutuamente na realização do trabalho, como na verificação dos sinais vitais, na administração de medicamentos. Ainda, quando um paciente, dentre os que lhe foram designados em sua escala, lhe faz uma solicitação, se a profissional responsável pelo seu cuidado direto está ocupada, a outra profissional, com quem costuma atuar em dupla, assume tal atribuição:

eu sempre gostei de trabalhar em equipe. Só que tem aquelas pessoas que gostam de trabalhar em equipe, entre aspas, te ajudam só quando precisam; quando não precisam, não te ajudam. Então, sempre escolhi uma da equipe pra trabalhar parinho comigo. Eu te ajudo, mas tu me ajuda. Quando tá bom pra mim, tá bom pra ti e, quando tá ruim pra mim, tá ruim pra ti também.

Percebemos que, no caso das profissionais que realizam seu trabalho de forma individualizada, a solicitação de um paciente que não está sob sua responsabilidade, na maioria das situações observadas, dificilmente é prontamente atendida, mesmo que a trabalhadora solicitada esteja desocupada, o que demonstra

uma certa fragilidade no comprometimento e no desempenho da equipe e no cuidado do paciente, pois a “experiência coletiva seria a base para a elaboração de um sentido comum, de uma compreensão comum da realidade. O reconhecimento do colega é o reconhecimento do outro, que também experimenta as dificuldades do mundo real – e do mundo do trabalho” (ROSENFELD, 2003, p. 358). Além disso, o trabalho da enfermagem pode ser considerado como um trabalho, predominantemente, “coletivo, uma vez que a enfermagem não constitui um trabalho que possa ser desenvolvido aparentemente por uma pessoa só” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 114).

Reconhecemos que, para trabalhar em equipe, é preciso ir além da “coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 114), ou seja, faz-se necessário que as integrantes desta equipe empenhem-se “para manter relações de cooperação por meio do estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 117). Esta cooperação pode estar relacionada à “utilização das aptidões individuais e singulares para o coletivo de trabalho” (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006, p. 413). Dessa forma, o objetivo de cuidar do outro com qualidade não é só da enfermeira, mas de todos e de cada um; pode-se dizer que é um compromisso com o trabalho, porém Thofehrn e Leopardi (2006) reforçam a importância da enfermeira, como uma líder formal, de estimular o grupo de trabalho para formação e afirmação de vínculos saudáveis na equipe de enfermagem.

Assim, além das interações entre a equipe de enfermagem, também, foram observadas suas interações com a equipe médica, principalmente, com os médicos residentes, que são exploradas a seguir.

Em várias situações observadas, trabalhadoras da equipe de enfermagem detectaram problemas na prescrição médica como: falta de receituário próprio dos medicamentos controlados, prescrições incompletas e prescrições atrasadas, atitudes que configuram negligência médica “um ato omissivo, uma falta de atenção e de observação aos deveres profissionais” (SELLI, 2005, p. 101):

(...) às vezes, as prescrições parece que não são de responsabilidade de ninguém, porque o auxiliar só te diz assim: “não tem a prescrição tal”, mas ele também não procura. Aí, tu começa a procurar e não acha. Liga para o residente “já entreguei” e tu vai ver e

tá lá na pasta. Quem é que ia colocar lá na pasta? O residente ou estagiário, então foi o estagiário, que pegou. Mas o estagiário, pra mim, é responsabilidade do residente, que tá com ele. Tu te envolve com essas coisas e perde um baita tempo. Tu não acha o residente, o plantão não tá, celular tá fora da área e isso vai te gerando um estresse, e tu tem que te envolver com tudo.

O residente entrega as prescrições pela metade, (...) tu começa a entrar em conflito pessoal: “a fulana é chata”, “vive me cobrando, reclamando”; “a gente é beijuda”, “chupa limão” antes de vir trabalhar, “dormiu de pé destapado” e por aí outras coisas que a gente já escutou, tais de “TPM”. Porque tu queres, que no teu horário e no dos outros, os pacientes tenham remédio, tu não precise sair por aí catando, que as coisas estejam organizadas. Se eu vou sentar 15 minutos pra aprazar as prescrições, este tempo vai se estender para 20, 30 minutos.

Nas falas acima, percebemos o empenho das profissionais de enfermagem em busca da prescrição médica, como uma proteção do paciente, de modo a possibilitar que este recebesse a dose correta da medicação. Há a necessidade de cobrança, pelas enfermeiras, de atribuições dos residentes, porém parece que tal cobrança tem sido desconsiderada ou respondida de uma forma desrespeitosa. Selli (2005, p. 94) ressalta que “a integração e o diálogo franco da equipe de enfermagem com a equipe médica” é “fundamental para a assistência adequada ao paciente”. Para isso, faz-se necessário o respeito mútuo entre estes profissionais.

Quando as enfermeiras buscam respaldo na direção ou com o preceptor do residente para exigir um maior compromisso na elaboração das prescrições médicas, não parecem constatar um suficiente compromisso e responsabilidade para com esta atribuição médica. As enfermeiras possivelmente vivenciem sofrimento moral por buscar o bem-estar do paciente, que, neste conflito, pode ser o mais prejudicado. Neste sentido, Scott (1998, p. 9) considera que: “a enfermeira tem uma responsabilidade profissional e moral para levar o assunto mais adiante”, ou seja, parece ser seu compromisso moral questionar e refletir, como também denunciar práticas de outros profissionais que podem estar interferindo negativamente na implementação do cuidado do paciente. Além disso, “quanto mais as enfermeiras são capazes de pôr em prática sua agência moral ¹¹ como membros de uma equipe, toda equipe se torna mais efetiva e mais responsável para com o

¹¹ Agência moral ocorre quando os agentes racionais e capazes de decisões morais colocam em ação a sua responsabilidade moral (RODNEY; STARZOMSKI, 1993).

paciente” (RODNEY; STARZMORSKI, 1993, p. 25). Por outro lado, referem que poderiam sentir-se mais respaldadas nesta cobrança se o problema, da sobra e falta de medicação, já mencionado, não fosse parte da realidade cotidiana da UCM, o que, possivelmente, é considerado como de responsabilidade da enfermagem.

Parece importante destacar que o problema de uma prescrição incompleta, e sua tentativa de resolução é percebido como “perda de tempo” (SELLI, 2005, p. 93), diante da necessidade da enfermeira implementar cuidados próprios de sua profissão, que não estão atrelados à prescrição médica. Além disso, os pacientes, raramente, conhecem a realidade dos conflitos enfrentados pela enfermagem para garantir condições mínimas ao seu cuidado (SELLI, 2005). Portanto, apesar de todo desgaste que esta problemática representa para a enfermeira, não parece haver um reconhecimento do paciente e de seu familiar deste enfrentamento, o que também pode contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de sofrimento por parte da enfermeira.

Durante as observações, ainda, percebemos um outro conflito entre uma residente e uma das enfermeiras. Um paciente tinha uma tomografia, agendada em um serviço externo ao HU, sendo, regra da instituição, o acompanhamento do paciente pelo residente responsável ou de plantão. A residente, quando informada de que um paciente iria realizar este exame e que necessitava do seu acompanhamento, negou-se a fazê-lo, afirmando que este paciente não era de sua responsabilidade. Porém, o residente de plantão já havia comunicado à enfermeira que a residente em questão acompanharia o paciente ao exame, pois também era responsável por um paciente que estava se deslocando para realizar uma tomografia no mesmo local.

Frente a esta situação em que o paciente poderia ficar impossibilitado de realizar o exame, e sofrer prejuízos na sua recuperação, pela dificuldade de reagendamento e novo deslocamento do paciente até o local, a enfermeira intimida a residente: “Se tu não vais acompanhar, então vou ligar pra direção!” Diante deste enfrentamento, então, a residente responde “pra que fazer isso, eu vou”. Quando questionada acerca da frequência da necessidade deste tipo de atitude, a enfermeira refere ser algo freqüente no seu cotidiano do trabalho. Assim, reconhece como desgastante este tipo de atitude, porém como necessária frente à possibilidade de não realização de um exame importante para o diagnóstico e definição de terapêutica do paciente.

Possivelmente estes conflitos com os médicos ocorram devido à proximidade da enfermeira e dos demais membros da equipe de enfermagem ao paciente (REDMAN, HILL, 1997), tendo aparentemente uma maior consciência de sua responsabilidade moral. Ao compartilhar as angústias e ansiedades dos pacientes a respeito do diagnóstico de sua doença, a equipe de enfermagem, principalmente, a enfermeira percebe-se comprometida em propiciar, dentro dos seus limites de atuação, condições para aliviar estas angústias. Diante de conflitos e dilemas morais, conforme Sundin-Huard e Fahy (1999) e Jameton (1993), as enfermeiras podem assumir diversas posturas desde não fazer coisa alguma até enfrentar o médico assumindo seu papel de advogadas dos pacientes, o que pôde ser constatado na atitude da enfermeira, ao enfrentar a decisão da residente de não acompanhar o paciente.

4.2.3 O sofrimento moral como mobilizador para mudanças

Parece importante, ainda, apresentar algumas manifestações de enfermeiras relacionadas, possivelmente, a um processo de reflexão acerca de sua prática profissional:

Todos os dias que eu saio daqui eu penso: “que poderia ter feito mais, que poderia ter ficado mais tempo com um paciente, poderia ter organizado alguma coisa que não organizei, que poderia ter evoluído um paciente que não evolui”. Coisas que a gente aprende na graduação, que sabe que são importantes. Muitas vezes, a gente não faz e, na maioria das vezes, é por falta de tempo.

Eu acho, não, eu tenho certeza de que eu poderia ser uma enfermeira melhor. (...) Às vezes vou passar a visita, vou ver todos os pacientes, aí começar a surgir estas coisas, ah tem um pepino aqui pra resolver, uma ambulância que estava marcada e não veio buscar o paciente e agora?

Manifestações de sofrimento moral das profissionais de enfermagem decorrentes do esforço de manter sua integridade moral foram identificadas por Kelly (1998, p. 1139), sendo que em um de seus depoimentos as enfermeiras afirmaram: “definitivamente não sou o tipo de enfermeira que eu queria ser”. Podemos constatar, nos depoimentos acima, manifestações similares que podem ser fruto do

sofrimento vivenciado pela profissional no ambiente de trabalho, num esforço para preservar sua integridade moral e a integridade do paciente. Possivelmente, estas profissionais questionem a si mesmas “como vimos aplicando, na nossa prática, valores e princípios que tão ferrenhamente defendíamos, criticando quem os transgredia?” (LUNARDI et al, 2004, p. 934).

É possível perceber nestes depoimentos, um sentimento de culpa, entendido como “um sentimento genuinamente moral” (LA TAILLE, 2006, p.128). A culpa tem uma estreita relação com a responsabilidade, pois sente-se culpa “pelo que se fez ou pelo que se desejou fazer” (LA TAILLE, 2006, p.128), ou seja, a profissional parece reconhecer-se responsável pelo que deixou de fazer, por ter priorizado outras atividades, apesar de, na sua concepção, não serem as mais importantes. A culpa é considerada um dos sentimentos característicos do sofrimento moral (GUTIERREZ, 2005; JAMETON, 1993).

Além disso, identificamos nestas falas o exercício de uma auto-avaliação e a crítica ao próprio trabalho, o que parece significativo para um processo de mudança tanto pessoal como social: “o exercício da crítica não só aos outros, mas fundamentalmente a si, ao modo como temos regido nossa vida e possibilitando que outros a dirijam, é imprescindível para que mudemos nossa forma de ser” (LUNARDI, 1999, p. 149)

Apesar do sofrimento provocado pelo enfrentamento de situações organizacionais com uma dimensão fortemente moral, por sua articulação com a fragilidade do cuidado de quem cuida e com o cuidado de quem procura a instituição hospitalar, que já se encontra em situação de fragilidade, este sentimento de sofrimento parece significativo e , contraditoriamente, importante para continuar a mobilizar decisões e ações na tentativa de sua superação.

Todavia, possíveis estratégias de resolução necessitam, também, ser assumidos institucionalmente, como expressão do seu compromisso com a saúde e o respeito aos direitos dos cidadãos sejam eles trabalhadores ou usuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento moral oriundo do enfrentamento, ou não, de situações dilemáticas ou de conflitos morais, ainda é pouco discutido e reconhecido no trabalho da enfermagem. Na literatura internacional, já há uma aparente preocupação com o fenômeno do sofrimento moral, principalmente, voltada para suas conseqüências no desempenho do trabalho. No Brasil, este fenômeno é pouco estudado ou reconhecido como parte do cotidiano de trabalho da enfermagem; geralmente, o foco dos estudos está no sofrimento relacionado à (des)organização do trabalho, possivelmente, sem valorizar suficientemente a dimensão moral do trabalho da enfermagem e do modo como este trabalho está organizado, bem como suas implicações morais para o cuidado de enfermagem.

Diante desta constatação, a partir de uma etnoenfermagem, realizada em uma UCM de um hospital universitário do extremo sul do Rio Grande do Sul, buscamos compreender como as trabalhadoras de enfermagem vivenciam problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral no seu cotidiano de trabalho. Assim, foi possível construir duas grandes categorias: **o cuidado fragilizado da equipe de enfermagem como fonte de sofrimento moral: uma questão de organização do trabalho; e o cuidado fragilizado do paciente como fonte de sofrimento moral: uma questão de humanização do trabalho.**

A partir da análise dos dados, constatamos que várias situações foram percebidas como fonte de problemas e dilemas morais, provocando sofrimento moral nas trabalhadoras de enfermagem. Estas situações, freqüentemente, estavam relacionadas com a (des)organização do trabalho, dificultando sua atuação, tais como, a insuficiência de recursos materiais e humanos; a falta de controle sobre as medicações dos pacientes, contribuindo, para a falta e a sobra de medicação; o não reconhecimento de respaldo institucional pelas enfermeiras para o exercício de sua autonomia em situações de conflito e, muitas vezes, dilemáticas; conflitos entre os membros da equipe de enfermagem e desta com os médicos, especialmente, os residentes.

Constatamos que as trabalhadoras de enfermagem, aparentemente, não demonstram perceber a dimensão moral dos conflitos que vivenciam no seu cotidiano de trabalho, bem como a dimensão moral presente nas questões

organizacionais. Deste modo, a insuficiência de recursos materiais, possivelmente, não foi percebida como um problema moral ou, até, como fonte de dilemas morais pelas trabalhadoras, mas apenas como um problema da (des)organização do trabalho. Tal problema, entretanto, tem provocado sentimentos de indignação e frustração nas profissionais por dificultar a implementação de procedimentos e cuidados de rotina da UCM. Tais sentimentos aparecem como manifestações do sofrimento moral vivenciado por estas trabalhadoras.

Percebemos, também, que a sobra e a falta de medicações constituem-se em um problema vivenciado ao longo dos anos neste ambiente, aparentemente como parte de sua cultura institucional, o que, possivelmente, dificulte seu enfrentamento e resolução. Estas questões tão fortemente presentes na instituição, apesar de provocarem sentimentos de frustração, tristeza e indignação, característicos do sofrimento moral, parecem insuficientes para mobilizar a equipe de enfermagem para o seu enfrentamento mais resolutivo, principalmente, pelo predomínio de um sentimento de “cansaço”, o que denota mais uma conseqüência deste sofrimento moral, no arrefecimento da capacidade de refletir, de questionar, de mobilizar-se para buscar alternativas de mudanças necessárias no cotidiano do trabalho. É provável que esta “acomodação” ao problema seja uma forma de refugiar-se deste sofrimento e possivelmente de um sentimento de falta de poder para transformar esta situação, também, característica da vivência do sofrimento moral.

Há uma forte percepção de desvalor do trabalho da enfermagem na UCM como da própria unidade, associada ao não reconhecimento das enfermeiras de respaldo institucional às suas tomadas de decisão e à resolução de situações conflituosas e dilemáticas, muitas delas decorrentes de questões organizacionais, o que parece reforçar este sentimento de desvalorização e falta de reconhecimento do trabalho da enfermagem na UCM.

Percebemos, também, que as auxiliares e técnicas de enfermagem parecem amenizar, em parte, seus sentimentos de sofrimento moral, mediante sua possibilidade de comunicação e aparente transferência dos problemas constatados, no cotidiano do trabalho, para a enfermeira como a profissional responsável pela unidade. Já a enfermeira, apesar de poder comunicar, à sua Chefia, a existência de problemas em seu ambiente de trabalho, cotidianamente, encontra-se no ambiente físico onde este problema ocorre, dentre outros, permanecendo na dependência de uma decisão desta Chefia e, até, do tipo de decisão que lhe será comunicada, o que

lhe traz possivelmente maior sofrimento, frente à impossibilidade de resolver de imediato os problemas e, simultaneamente, pela “cobrança” de uma atitude de sua parte pela equipe de enfermagem.

Deste modo, a não resolução dos dilemas e problemas afeta a equipe de enfermagem como um todo e parece enfraquecer o seu potencial de enfrentamento destes problemas, principalmente, da enfermeira, a qual tem responsabilidade moral maior de defender os direitos do paciente, por ser a responsável pela equipe.

Sentimentos como raiva, indignação, culpa, tristeza, falta de esperança, frustração, impotência frente aos problemas relacionados à (des)organização do trabalho na UCM foram referidos pela equipe de enfermagem. Tais sentimentos denotam o sofrimento moral, que, provavelmente, compromete o exercício autônomo e ético de cada membro desta equipe. A manutenção da integridade moral destas profissionais parece exigir o exercício de sua autonomia, porém quando decisões e manifestações de outros lhes impõem restrições, percebendo-se impedidas de agir, conforme suas crenças, valores e conhecimentos técnico-científicos, mesmo assim, constróem espaços para exercer sua autonomia, mediante manifestações de protesto verbais e, até de enfrentamentos verbais, e de manifestações escritas à Chefia, expondo suas justificativas para discordar de ordens recebidas.

Assim, diversas estratégias de enfrentamento dos dilemas e problemas morais que causam sofrimento moral foram constatadas, tais como: o silêncio, o diálogo, a intimidação ou a enfrentamento à chefia e/ou a outros profissionais, elaboração de documentos, explicitando os problemas enfrentados à chefia ou à administração, além de buscar apoiar-se em outra colega.

Ressaltamos que as enfermeiras utilizam a intimidação como uma das estratégias de enfrentamento do sofrimento moral oriundo de situações, possivelmente dilemáticas, relacionadas à (des)organização do trabalho e aos conflitos com outros profissionais, com, aparente, sucesso. Entretanto, referiram sentimentos de pesar e mal-estar por este tipo de estratégia utilizada, tradicionalmente não adotada pelas enfermeiras, e comumente não muito bem aceita, de resistência e reação a uma situação organizacional inadequada do ambiente.

Além disso, situações em que o cuidado do paciente parece comprometido, pela aparente falta de humanização do cuidado prestado foram referidas como fonte de sofrimento moral. Diante do ritmo intenso de trabalho da UCM, da presença

constante da morte e do sofrimento dos pacientes terminais, parece ser um desafio implementar a política de humanização do Ministério da Saúde, frente às dificuldades das profissionais de vivenciarem cotidianamente o sofrimento e a terminalidade do outro e ao seu sofrimento moral por perceberem a implementação de cuidados fúteis ou de descuido dos pacientes por suas colegas.

A enfermagem é a profissão do cuidado do outro. No ambiente hospitalar, em especial, para que este cuidado aconteça, e preferentemente com qualidade, faz-se necessária uma organização do trabalho eficiente, através da qual sejam oferecidos e assegurados os recursos materiais necessários e recursos humanos competentes e numericamente suficientes. Todavia, as profissionais de enfermagem na busca de cuidar do outro com qualidade, de acordo com suas crenças, convicções e valores, diante de condições inadequadas de trabalho, enfrentam, neste cotidiano de trabalho, problemas morais, dilemas morais e sofrimento moral, apesar de poderem não perceber a dimensão moral destes problemas.

Consideramos, que o sofrimento moral vivenciado pelas profissionais de enfermagem na UCM parece estar amortizando seu ser ético, favorecendo a aceitação ou melhor, uma aparente “normalização” de práticas que originariamente poderiam ser reconhecidas como inaceitáveis por parte das trabalhadoras de enfermagem. Assim, parece ser imprescindível reconhecer e valorizar este sofrimento moral e suas implicações, tanto para a integridade moral destes trabalhadores, quanto para o cuidado dos pacientes. Consideramos que os achados desta pesquisa apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias institucionais de apoio e respaldo à equipe de enfermagem para o reconhecimento e enfrentamento dos problemas, dilemas morais e sofrimento moral, considerando-se o cuidado destas trabalhadoras e o cuidado dos pacientes que buscam e confiam nesta instituição.

Para finalizar, apresentamos como uma limitação deste estudo sua realização em apenas um hospital, em uma unidade de internação, com equipes de enfermagem de apenas dois turnos de trabalho. É possível que sua ampliação possibilitasse outras análises e outros resultados. Consideramos, ainda, como relevante a realização de outros estudos, preferentemente quantitativos, que permitissem analisar e avaliar o sofrimento moral vivenciado pela enfermagem brasileira, em diferentes espaços e ambientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. de. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p. 505-510, out./dez. 1986.
- ANSELMINI, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.9, n.4, p. 13-18, jul. 2001.
- ALVARENGA, R. E. de. **Cuidados Paliativos Domiciliares: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador**. Porto Alegre: Moriá, 2005. 162 p.
- AQUINO, D. R. **Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI**. 2004. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2004.
- ARRIETE, J. V.; GIL, J. R. Bases fundamentais de los cuidados paliativos. In: IMEDIO, E. L. **Enfermería en cuidados paliativos**. Madrid: Medica Panamericana, 1998, p. 13-17.
- AUSTIN, W. et al. Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. **HEC FORUM**, Springer Netherlands, v.17, n.1, p. 33-48, mar. 2005.
- ÁVILA, G. G. F. de. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional e implicações na qualidade do trabalho**. 2006, 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2006.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.2, p. 221-227, mar. 2006.
- BARLEM, E. L. D. et al. Percepções, sentimentos e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado a pacientes terminais idosos. **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v.5, n.1 p. 289-298, jan./fev. 2006.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.4, n.14, p. 34-39, jul./ago. 2006.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. 574 p.
- BLONDEAU, D. Nursing art as a practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. **Nursing Philosophy**, Vancouver, v.3, n.3, p. 252-259, oct. 2002.

BOWDEN, P. An 'ethic of care' in clinical settings: encompassing 'feminine' and 'feminist' perspective. **Nursing Philosophy**, Vancouver, v.1, n. 1, p. 36-49, jul. 2000.

BRANT, L. C; GOMEZ, C .M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciência & saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 939-952, dez. 2005.

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/leis/17498.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2004. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2006.

BRASIL, **Gestão de recursos federais: Manual para os Agentes Municipais**, Brasília: **Controladoria Geral da União**, 2005. Disponível em: <www.cgu.gov.br/cgu/cartilha_CGU.pdf> . Acesso em: 10 out. 2006.

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.10, n.4, p. 523-529, jul./ago. 2002.

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 6 , p. 73-88.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recursos Materiais In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 12, p. 157-170.

CHAMBLISS DF. **Beyond caring: Hospitals, nurses, and the social organization of ethics**. Chicago: University of Chicago Press, 1996. 201 p.

CHANEY, J. A. Autoconceito. In: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 335-375 p.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos dos pacientes hospitalizados. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p. 38-43, jan./ mar. 2005.

CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. In: CHIAVENATO, I. **Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000. p.178-90.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993. 966 p.

COIMBRA, J. A. H.; CASSIANI, S. H. B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.9, n.2, p. 56-60, mar. 2001.

COIMBRA, J. A. H. et al. Sistema de Distribuição de medicamentos por dose unitária: reflexões a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.6, n.4, p. 15-19, out. 1998.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2.ed. Lisboa: LIDEL, 1999. 385 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro; 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Resolução n. 189/96. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r189.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

CORLEY, M.C. et al. Development and evaluation of a moral distress scale. Methodological issues in nursing research. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v.33, n.2, p. 250-256, jan. 2001.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. 158 p.

DOKA, K., RUSHTON, C. H.; THORSTENSON, T. A. Healthcare ethics forum '94: Caregiver distress: "If it is so ethical, why does it feel so bad?" **AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing**, Canadá, v. 5, n. 3, p. 346-352, 1994.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. Os valores constitutivos do cuidar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.4, p. 369-376, out./dez. 2004.

DUARTE, L. E. de M. **A ação dos enfermeiros frente a conflitos e dilemas éticos vivenciados em centro cirúrgico**. 2004. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

ELPERN, E. H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v.14, n.6, p. 522-530, nov., 2005. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/full/14/6/523>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. Infecção Hospitalar em Foco. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 13 (n.esp), p. 34-39, 2004.

ERLEN, J. A., FROST, B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. **Western Journal of Nursing Research**, Columbia, v.13, n.3, p. 397-407, jun. 1991.

FERNANDES, J. **Enfermeiras construindo estratégias para a implementação das ações em saúde**. 2003. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2003.

FERNANDES, M. de F. P.; FREITAS, G. F de. Fundamentos da ética. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006. Cap. 2, p. 27-44.

FRANÇA, B. de S. Energia, sociedade e recursos naturais em projeto de reforma agrária: Avaliação das condições de vida, possibilidades e dificuldades no Assentamento Iporá (Rio Preto da Eva e Itacoatiara - AM). In: Encontro de Energia no Meio Rural. 3. ed. Campinas: Anales electrónicos, 2000. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000022000000200036&lng=es&nrm=abn>. Acesso em: 03 dez. 2006.

GALLO, C.C.M. **Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem**. 2005. 214 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2005.

GASTMANS, C; DIERCKX, C. B.; SCHOTSMANS, P. Nursing Considered as Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing. **Kennedy Institute of Ethics journal**, Baltimore, v.8,n.1, p. 43-69, mar. 1998.

GELAIN, I. O significado do "ETHOS" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.5, n.1,4, p.14-25, jan./dez. 1992.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 118 p.

GRACE, P. J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. **Nursing Philosophy**, Vancouver, v. 2, n. 2, p. 151-162, jul. 2001.

GORDON, S. Thinking like a nurse: you have to be a nurse to do it. **Nursing Inquiry**, Toronto, v.9, n.1, 57-61, mar, 2002.

GROU, C. R. et al. Conhecimento de enfermeiras e técnicos de enfermagem em relação ao preparo e administração de medicamentos. **Einstein**, v.2, n.3, p. 182-186, jul/set., 2004. Disponível em: < http://www.einstein.br/biblioteca/vol2_num3.htm>. Acesso em: 30 de mai. 2005.

GUTIERREZ, K.M. Critical care nurses' perceptions of responses to moral distress. **Dimensions of critical care nursing**, v.24, n.5, p. 229-241, sept./oct. 2005. Disponível em: <<http://www.dccnjournal.com/pt/re/dccn/toc.00003465-200509000->

00000.htm;jsessionid=FnJT6plqPCC8CSrK6WHnYJ6YJ8MCBJKLv0hF9DLQnNL0pGFBgSzh!380829556!-949856145!8091!-1>. Acesso em: 10 fev. 2006.

HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook**, New York, v.48, n.3, p.103-104, may, 2000.

HANNA, D. R. The Lived Experience of Moral Distress: Nurses Who Assisted With Elective Abortions. **Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal**, v.19, n.1, p. 95-124, 2005. Disponível em: <<http://www.atypon-link.com/SPC/doi/abs/10.1891/rtnp.19.1.95.66335?cookieSet=1&journalCode=rtnp>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

HARDINGHAM, L. B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral Community. **Nursing Philosophy**, Vancouver, v.5, n. 2, p. 127-134, jul. 2004.

HEFFERMAN, P.; HEILIG, S. Giving "Moral Distress" a Voice: Ethical Concerns among Neonatal Intensive Care Unit Personnel. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v.8, p.173-17, 1999. Disponível em: <<http://www95.homepage.villanova.edu/timothy.kirk/Giving%20Moral%20Distress%20A%20Voice.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.1, p. 13-20, jan./mar. 2004.

HOLMES, D., GASTALDO, D. Nursing as means of governmentality. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.38, n. 6, p. 557-565, jun. 2002.

JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, Washington, v.4, n.4, p. 542-551, 1993.

KÄLVEMARK, S. et al. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. **Social Science & Medicine**, v.58, n.6. p. 1075-1084, mar. 2004. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=550079507&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=368a05212ef97f67887c32d9f94d864a. Acesso em: 10 mai. 2005.

KELLY, B. Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.28, n.5, p. 1134-1145, nov. 1998.

KIEL, F.; LENNICK, D. **Inteligência Moral: descubra a poderosa relação entre os valores morais e o sucesso nos negócios**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 261 p.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia**, São Paulo, v.14, n.2, p. 115-116, 2003.

LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. 19 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006, 117 p.

LA TAILLE, Y. de. **Moral e Ética: dimensões intelectuais e afetivas**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 189 p.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. de. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.6, n.6, 415-425, 1999.

LEININGER, Madeleine. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowlegde. **Journal of Transcultural Nursing**, Memphis, v.1, n.2, p. 40-51, 1990.

LEININGER, M. Ethnography and Etnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis. In: **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune&Stratton, p 33-160, 1985.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p. 7-14, ago. 2000.

LIMA, M. A. D da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LUNARDI, V. L. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n. 3/4, p. 286-295, 1993.

_____, V. L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. 1994. 270 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

_____, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Florianópolis: Editoras Universitárias UFSC/UFPel, 1999. 188 p.

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.6, p. 933-939, nov./dez. 2004.

LUNARDI, V. L.; PETER, E. O cuidado é a ética – Relacionado ética, poder e resistência. In: SIQUEIRA, H. C. H. de et al (Org.). **Cuidado Humano Plural**. Rio Grande: Editora da FURG, 2003, Sétima Parte: Cuidado e a Ética, p.141-158.

LUNARDI, V.; PETER E.; GASTALDO D. Are submissive nurses? Reflecting on power anorexia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 83-88, mar./abr. 2002.

LUNARDI, V. L. et al. Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 125-140, ago./dez. 2000.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995. 288p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.9, n.2, p. 91-96, mar, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas: UFPEL, 2004. 206 p.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477 p.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. de F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 2, p. 14-25.

MATUMOTO, S. et al. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, fev. 2001.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer sofrimento no trabalho. **Revista PSICO- USF**, São Paulo, v.6, n.1, p. 39-46, jun. 2001.

MIGOTT, A.M.B. **Cuidado construtivo: desvelando questões essenciais entre o agir ético e o técnico**. Passo Fundo: UPF, 2001. 222 p.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

NATHANIEL, A. Moral distress among nurses. **The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates**, v.1, n. 3. Disponível em: <www.nursingworld.org/ethics/update/vol1no3a.htm>. Acesso em: 20 fev. 2005.

NIETSCHE, E. A.; BACKES, V. M. S. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.3, p. 133-152, ago./dez. 2000.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.13, n.5, p. 648-653, set./out. 2005.

NORTVEDT, PER. Sensitive Judgement: an Inquiry Into the Foundations of Nursing Ethics. **Nursing Ethics**, v.5, n. 5, p. 385-392, sep. 1998. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/cgi/reprint/5/5/385>>. Acesso em: 20 mar. 2006.

OGUISSO, T. Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006. Cap. 5, p. 68-90.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.14, n.2, p. 277-278, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, J.G. **A comunicação como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde**. 2003. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2003.

PAULETTI, G. et al. LUNARDI FILHO, W. D.; SILVA, M. R. S. da.; LUNARDI, V. L. Percepções/posturas da equipe multiprofissional de saúde sobre a participação da família nas tomadas de decisão na assistência ao paciente terminal. **Revista Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 12-19, jan./fev. 2006.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Processo grupal. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 9, p. 108-124.

PENTICUFF, J. H.; WALDEN, M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. **Nursing Research**, Baltimore, v.49, n.2, p. 64-72, mar./abr. 2000.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.9, n.4, p. 7-12, jul. 2001.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 11, p. 138-156.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola; 2001. 432 p.

PETER, E.; LIASCHENKO, J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. **Nursing Inquiry**, Toronto, v.11, n.4, p. 218-225, dec. 2004.

PINHO, M. C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v.8, p. 68-87, 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>> Acesso em: 20 out. 2006.

PROCHNOW, A . G. **O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas**. 2004. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

REDMAN B. K.; FRY S. T. Nurses' ethical conflicts: What is really about them? **Nursing Ethics**, v.7, n.4, p. 360-366, jul. 2000. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/cgi/reprint/7/4/360>>. Acesso em: 10 mai. 2005.

RIGOLI, F.; ROCHA, C. F.; FOSTER, A. A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.14, n.1, p.7-16, jan./fev. 2006.

RODNEY, P., STARZOMSKI, R. Constraints on the moral agency of nurses. **The Canadian Nurse**, Canadá, v.89, n.9, p. 23-26, oct.1993.

RODRIGUES, N. Educação: Da formação humana à construção do sujeito ético. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano XXII, n.76, p. 236-257, out. 2001.

ROSA, G. N. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência**. 2001.138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. de F.; CROSSETTI, M. da G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.1, p. 14-22, abr. 2003.

ROSENFELD, C. L. Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 5, n.10, p. 350-378, jul./dez. 2003.

SCOTT, A. P. Morally autonomous practice? **Advances in Nursing Science**, United States, v. 21, n.2, p. 69-79, dec. 1998.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995. 218 p.

SELLI, L. **Bioética na Enfermagem**. São Leopoldo: Ed. da Unisinos, 2005. 158 p.

SHOTTON, L. Can nurse contribute to better end-of-life care? **Nursing ethics**, v.7, n.2, p.134-140, mar. 2000. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/cgi/reprint/7/2/134>>. Acesso em: 10 mar. 2005.

SILVEIRA, R. S. A expressão do caminhar construído junto à equipe de enfermagem de uma unidade cirúrgica sobre o cotidiano do trabalho, com vistas a uma consciência crítica. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SIMONI, M. de; SANTOS, M. L. dos. Considerações sobre cuidado paliativo e Trabalho hospitalar: uma abordagem Plural sobre o processo de trabalho de Enfermagem. **Psicologia USP**, v.14, n. 2, p. 169-194, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2006.

SIQUEIRA, I. L. C. P. de.; KURCGANT, P. Passagem de plantão; falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.4, p.446-451, out/dez. 2005.

SIQUEIRA, H. C. H. **Construção de um processo educativo através do exercício da reflexão crítica sobre a Prática Assistencial integrativa com um grupo de Enfermeiros de um Hospital Universitário**. 1998. 218 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.44, n.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 2 dez. 2006.

SOARES, N. V. **A problematização dos direitos dos clientes como desencadeadora da problematização dos direitos dos trabalhadores de enfermagem**. 2000. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

STACCIARINI J. M.; TRÓCCOLI B. T.; O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.9, n.2, p. 17-25, mar. 2000.

SUNDIN-HUARD, D.; FAHY, K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. **International Journal of Nursing Practice**, v.5, n.1, p. 8-13, mar., 1999. Disponível em: <[http://www.blackwell-synergy.com/action/doSearch?action=runSearch&type=advanced&result=true&prevSearch=%2Bauthorsfield%3A\(Rn%2CKathleen+Fahy\)](http://www.blackwell-synergy.com/action/doSearch?action=runSearch&type=advanced&result=true&prevSearch=%2Bauthorsfield%3A(Rn%2CKathleen+Fahy))>. Acesso em: 20 jan. 2006.

TELLES, P. C. P.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Riberão Preto, v.12, n.2, p. 533-40, mai./jun. 2004.

TIEDJE, L. B. Moral distress in perinatal nursing. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, v.14, n. 2, p. 36-43, sept. 2000. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/library/journalissue.asp?Journal_ID=54008&Issue_ID=54235>. Acesso em: 20 mai. 2005.

THOFHERN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Revista Texto&Contexto enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 409-417, jul./set. 2006.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Conseqüências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.2, p. 247-52, mar. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca universitária. **Como fazer referências**. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/>>. Acesso em: 14 jan. 2005.

VIEIRA, T.T.; ROSA, D. de O. S. Dilemas emergentes no campo da ética. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006. Cap. 12, p. 200-223.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petropolis: Vozes, 2006. 190 p.

YARLING R.; MCELMURRY, B. The moral foundation of nursing. **Advanced Nursing Sciences**, United States, v.8, n. 2, p. 63-73, jan. 1986.

APÊNDICE A

**CEPAS**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPEP
Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propep@furg.br Homepage: <http://www.propep.furg.br>

PARECER Nº 059 / 2006

PROCESSO Nº 23116.000963/06-61

TÍTULO DO PROJETO: "Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Valéria Lerch Lunardi

PARERE DO CEPAS:

1. O Colegiado considerou o projeto **APROVADO COM RECOMENDAÇÕES**. Recomenda-se indicar quem vai fazer a coleta de dados, ou seja, se essa tarefa vai ser feita exclusivamente pela acadêmica ou se haverá colaboração da pesquisadora; dar nova forma ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de modo que o texto se apresente em uma só página; e a organização de um índice no Projeto de Pesquisa.

Rio Grande, RS, em 20 de julho de 2006.

Gabriel Hamilton
COORDENADOR DO CEPAS
PROPEP - FURG

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega:

Esta pesquisa, intitulada: “SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM”, tem como objetivo **“compreender como os trabalhadores de enfermagem vivenciam o sofrimento moral no seu cotidiano de trabalho”**

Este trabalho destina-se a elaboração de uma dissertação acadêmica do programa de pós-graduação em enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Michele Salum Bulhosa, sendo orientada pela Profª Drª. Valéria Lerch Lunardi. A pesquisa será desenvolvida de abril a dezembro de 2006. A metodologia será a etnoenfermagem e a coleta de dados será através de observações e entrevistas gravadas. A observação será no local de trabalho durante a realização das atividades diárias do profissional. Após, será realizada a entrevista, a qual será gravada, baseada nas observações. Gostaria de esclarecer ao (a) participante que terá garantida:

- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade em recusar-se a responder qualquer questionamento ou, até, mesmo, de retirar seu consentimento e optar de deixar de participar desse trabalho sem sofrer qualquer prejuízo;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relatadas.
- as participantes serão identificados por codinomes;
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

Responsáveis pelo Trabalho:

Valéria Lerch Lunardi

Rua Dr. Lavieira, 167- Jardim do Sol

Rio Grande – RS Fone- 53-32351448

Michele Salum Bulhosa

Rua Vice almirante Abreu, 436

Rio Grande – RS Fone- 53-32321334

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM”. Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.