

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ROSEMARY SILVA DA SILVEIRA

**A CONSTRUÇÃO MORAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE
COMO SUJEITO AUTÔNOMO E ÉTICO**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

© *Copyright* 2006 – Rosemary Silva da Silveira.

Ficha Catalográfica

S587e Silveira, Rosemary Silva da
A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético /
Rosemary Silva da Silveira — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006.
225 p.

Inclui bibliografia.
Possui Tabela.

1. Saúde – Trabalhador. 2. Saúde – Ética profissional. 3. Unidade de Terapia Intensiva – UTI. I. Autor.

CDD 21^a ed. – 610.736 1

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

ROSEMARY SILVA DA SILVEIRA

**A CONSTRUÇÃO MORAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE
COMO SUJEITO AUTÔNOMO E ÉTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Cleusa Rios Martins

Co-orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

**FLORIANÓPOLIS
2006**

ROSEMARY SILVA DA SILVEIRA

**A CONSTRUÇÃO MORAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE COMO
SUJEITO AUTÔNOMO E ÉTICO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 20 de dezembro de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

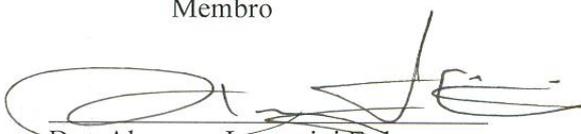

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

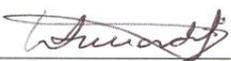

Dra. Cleusa Rios Martins
Presidente


Dra. Lucilda Selli
Membro


Dr. Leocir Pessini
Membro


Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro


Dra. Flávia R. Souza Ramos
Membro


Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Membro Suplente


Dra. Marisa Monticelli
Membro Suplente

DEDICO ESTA TESE

Ao meu esposo *Álvaro*, cada ano que passa não acrescenta somente outros dias... São conquistas que impulsionam outras buscas, experiências que abrem novos horizontes e com o passar do tempo, vimos nosso amor crescer mais forte, mais profundo, mais verdadeiro, com a certeza de que nos preocupamos em não afetar a individualidade do outro; compartilhando valores como o respeito, a confiança, a amizade, o carinho e o diálogo. Sua presença constante, sua mão amiga, sua compreensão e amor me fortaleceram e me encorajaram a prosseguir nesta caminhada, mas, acima de tudo, me fez amar muito mais a nossa vida.

Aos meus filhos *Ana Caroline e Vítor*, pela compreensão de minha ausência, pelo amor que transforma as coisas mais simples em lembranças preciosas, lembranças que mantêm vocês presentes em meu coração, que me fazem feliz e que proporcionam um novo modo de olhar para a vida, a cada dia! Dedico esta conquista a vocês, que são a fonte de esperança de um futuro melhor.

Aos meus pais, *Maria do Horto e José Antônio*, que compartilharam seus valores nos momentos iniciais de minha construção moral, permitindo-me interiorizar alguns valores que considero como fundamentais para nortear minhas ações e minha vida: o amor, o respeito, o compromisso, a responsabilidade, a verdade... Meu amor, respeito e admiração.

À minha Dinda, *Maria Rita*, por acreditar em mim. Apesar da distância, foste presença constante. E, quando foi difícil resistir, você me encorajava, com pensamentos, preces, incentivo e força. Seu amor e amizade significam muito em minha vida. Meu reconhecimento.

Aos familiares e amigos, que souberam entender a minha ausência.

AGRADECIMENTOS

À *Cleusa*, pelo desafio de ser minha orientadora! Pelo incentivo para prosseguir nesta caminhada, compartilhando conhecimentos, amizade, compreensão, paciência, companheirismo, não bastaria um muito obrigado! Meu reconhecimento!

À *Valéria*, você não só compartilhou com sua invejável sabedoria, foi presença, amiga, companheira e dedicada. Este seu modo de ser, me faz sentir alegria em poder contar com você e caminhar ao seu lado. Pelo exemplo de dedicação, de doação, de garra, pelos desafios propostos, pelas contribuições realizadas. Que bom compartilhar com você esta conquista, que também é sua!

Aos professores: **Alacoque, Flávia, Lucilda, Pessini, Marisa, Wilson** pelo exemplo, por suas valiosas contribuições, pela atenção, incentivo, competência, carinho e apoio demonstrados.

Aos **trabalhadores da saúde** da Unidade de Terapia Intensiva, pessoas especiais, pela atenção, contribuição na realização desta pesquisa. Encontrei, em vocês, a força para enfrentar os desafios. Meu reconhecimento pelo carinho, paciência, disponibilidade, amizade e trocas de experiências. Dedico a vocês esta conquista!

Aos **colegas da turma do doutorado**, às **amigas da Confraria**, pelo convívio agradável, pelas trocas e pela força necessária para enfrentar os desafios.

À **Adriana, Patrícia, Liliane**, pela compreensão, paciência, carinho, dedicação para prosseguir nesta caminhada.

À **direção do HU**; aos **colegas, acadêmicos e demais funcionários** do Departamento de Enfermagem, o meu reconhecimento.

À **FURG, UFSC e a CAPES**, pelas possibilidades e apoio proporcionados.

São muitas as pessoas que eu gostaria de agradecer e de compartilhar este momento. Pelo receio de esquecer alguma dessas pessoas, **agradeço a todos** que, de uma forma ou outra, contribuíram para a realização deste estudo. Minha gratidão e carinho, sua ajuda representou muito e deu um sentido maior a minha vida!

SILVEIRA, Rosemary Silva da. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 225p.

Orientadora: Dra. Cleusa Rios Martins

Co-orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

RESUMO

O modo como os trabalhadores da saúde tomam suas decisões tem implicações morais importantes e pode repercutir direta ou indiretamente no cuidado do usuário. Assim questionou-se acerca da construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia. Neste sentido, buscou-se compreender como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia, para subsidiar a seguinte tese: A compreensão acerca dos valores que norteiam a ação profissional e dos fatores que são considerados no processo de decisão/atuação moral dos trabalhadores de saúde permite vislumbrar o seu processo de construção moral, para uma atuação pautada na autonomia. O desejo em realizar essa busca juntamente aos trabalhadores de saúde atuantes na Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I) exigiu percorrer uma caminhada inserida no seu contexto, possibilitando estar com eles atenta a manifestações do exercício e do não exercício da autonomia, bem como o compartilhar de experiências e percepções individuais e do coletivo. Realizou-se esta pesquisa sob a perspectiva qualitativa, inspirada na proposta de Etnoenfermagem de Leininger, escolhendo como métodos de coleta de dados: a observação e a entrevista. Quarenta trabalhadores participaram como informantes gerais e destes, quinze como informantes chaves. Como resultado obteve-se A Etnografia Intensivista: uma cartografia do ambiente, da qual emergiram as seguintes categorias: Os valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde; Os fatores considerados no processo de decisão / atuação moral dos trabalhadores de saúde e O processo de construção moral dos trabalhadores da UTI. Considera-se que o processo de desenvolvimento moral dos trabalhadores ocorre a partir das interações na família, no convívio com os pares, na formação e no contexto de trabalho, como também na construção de novas relações sociais, as quais contribuem para produzir subjetividades. Ao longo de seu desenvolvimento moral, o trabalhador interioriza valores, sendo conduzido e orientado a outras formas de relacionar-se com o outro e de agir. A interiorização de valores pode caracterizar um comportamento diferenciado no seu modo de atuação profissional, além de lhe conferir novas formas de pensamento, de interação social e de emoções que poderão direcionar-se, tanto para a construção do próprio sujeito, quanto para a construção da estrutura organizacional. Assim, as relações estabelecidas são a síntese da sua construção moral e podem favorecer a tomada de decisões e o exercício da autonomia.

Palavras-chave: ética; desenvolvimento moral; unidades de terapia intensiva; autonomia profissional.

SILVEIRA, Rosemary Silva da. **La construcción moral del trabajador de salud como sujeto autónomo y ético**, 2006. Tesis (Pos-grado en Enfermería) – Programa de Pos-grado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 225p.

RESUMEN

El modo como los trabajadores de la salud toman sus decisiones tiene implicaciones morales importantes y puede repercutir directa o indirectamente en el cuidado del paciente. Así se ha planteado la problemática sobre la construcción moral de los trabajadores de salud para que haya una actuación pautada en la autonomía. En este sentido, se procura analizar como ocurre el proceso de construcción moral de los trabajadores de salud para que actúen de forma autónoma, y así, subsidiar la siguiente tesis: A comprensión sobre los valores que establecen el norte de la acción profesional y sobre los factores que se consideran en el proceso de decisión/actuación moral de los trabajadores de salud permite ver el proceso de construcción moral, para una actuación pautada en la autonomía. El deseo de realizar esa búsqueda junto a los (o entre) trabajadores de salud que actúan en la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) ha exigido que se ande un camino inserido en su contexto, y ha posibilitado estar con ellos, atenta a las manifestaciones del ejercicio y del no ejercicio de la autonomía, así como, el compartir las experiencias y percepciones individuales y de su colectivo. Se ha realizado esta investigación bajo la perspectiva cualitativa e inspirada en la propuesta de Etnoenfermería de Leininger, escogiendo como métodos de recogida de datos: la observación y la entrevista. Cuarenta trabajadores han participado como informantes generales y de ellos, quince como informantes clave. El resultado: se obtiene La Etnografía Intensivista: Una cartografía del ambiente, de la cual emergen las siguientes categorías: Los valores que orientan las acciones de los trabajadores de la salud; Los factores considerados en el proceso de decisión/ actuación moral de los trabajadores de salud y El proceso de construcción moral de los trabajadores de la UTI. Así, se considera que el proceso de desarrollo moral de los trabajadores ocurre a partir de las interacciones en la familia, en la convivencia con los pares, en la formación y en el entorno de trabajo, como también en la construcción de nuevas relaciones sociales, las cuales contribuyen para producir subjetividades. A lo largo de su desarrollo moral, el trabajador interioriza valores, y se le conduce y orienta a otras formas de relacionarse con el otro y a otras formas de actuar y proceder. La interiorización de valores puede caracterizar un comportamiento diferenciado en su modo de actuación profesional, además de conferirle nuevas formas de pensamiento, de interacción social y de emociones que podrán direccionarse, tanto para la construcción del propio sujeto, como para la construcción de la estructura organizacional. De ese modo, las relaciones establecidas son la síntesis de la construcción moral y pueden favorecer la toma de decisiones y el ejercicio de la autonomía.

Descriptor: ética; desarrollo moral; unidades de terapia intensiva; autonomía profesional.

SILVEIRA, Rosemary Silva da. **The moral construction of the health worker as autonomous and ethical subject**, 2006. Thesis (Nursing Doctorate Degree) – Postgraduate program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 225p.

ABSTRACT

The way as the health workers take their decisions can both bring important moral implications and interfere with the patients care, directly or indirectly. Thus, it was questioned over moral construction of health workers for a performance guided by autonomy. In this sense, we aimed at analyzing how the process of moral construction of health workers take place for a performance guided by the autonomy, subsidized by the following thesis: the understanding concerning the values that orientate the professional action and of the factors that are considered in the process of taking action and decision for the health workers which enables us to view the process of moral construction for a performance under action guided by autonomy. The intention to do this study along with the health workers engaged at the work in the Unit of Intensive Therapy (U.T.I) demanded a journey in this context, making it possible to be with them, aware of manifestations of exerting or not the autonomy, as well as sharing individual and collective experiences and perceptions. This research was carried out under the qualitative approach, inspired by the proposal of etnonursing by Leininger, with the methods of data collection as follows: observation and interview. Forty health workers participated in this work as general informers and from them, fifteen were considered key informers. As a result, we obtained the intensivist ethnography, cartography of the environment, from which the following categories emerged: values which lead the actions of health workers. Factors taken into account in the process of action and decision taking of health workers and process of moral construction for the health workers in the UTI. In this way, it is considered that the process of moral development of health workers occurs in the interactions of family, living with their partners, academic formation and workplace, as well as in the construction of new social relationships, where all of which contribute to produce subjectivities. Throughout their moral development, values are instilled in the health workers, as long as they are conducted and oriented to other ways of relating to one another and acting. Absorbing such values can pose the occurrence of a differentiated behavior in the way these health professionals play their roles professionally, and, furthermore, providing them with new ways of thinking, social interaction and emotions which can lead both to building up the subject itself and building up an organizational structure. It is clear, then, that the relationships established are a synthesis of moral construction and they can definitely favor decision making and autonomy power.

Descriptor: ethics; moral development; intensive care units; professional autonomy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Referencial Teórico Metodológico.....	69
---	----

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	09
APRESENTAÇÃO.....	13
1 IDENTIFICANDO A GÊNESE DA TEMÁTICA PROPOSTA.....	15
2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS.....	24
2.1 Fundamentos das Teorias Éticas e do Paradigma Principlista da Bioética.....	24
2.1.1 A Teoria baseada nas conseqüências – o utilitarismo	29
2.1.2 A Teoria baseada na obrigação – o kantismo	29
2.1.3 A Teoria baseada na virtude – a ética do caráter	30
2.1.4 A Teoria baseada nos direitos – o individualismo liberal.....	31
2.1.5 A Teoria baseada na comunidade – o comunitarismo	31
2.1.6 Concepções baseadas nos relacionamentos – a ética do cuidar.....	32
2.1.7 O raciocínio baseado nos casos – a casuística	32
2.1.8 As teorias baseadas em princípios e na moralidade comum – principlista e seus pressupostos.....	33
2.2 A dimensão ética e suas implicações no exercício da autonomia	43
2.3 A autonomia como componente da construção ética do sujeito.....	48
2.4 A educação e o trabalho como componentes da construção e (des)construção do sujeito ético.....	54
2.5 A cultura de uma organização.....	63
2.5.1 O ser humano como ser cultural	66
3 TEMATIZANDO O CUIDADO CULTURAL NA ENFERMAGEM	69
3.1 Delimitando o caminho metodológico.....	74
3.1.1 Tipo de Estudo.....	74
3.1.2 Local do Estudo	76
3.1.3 Informantes do Estudo.....	77
3.1.4 Aspectos Éticos.....	79
3.1.5 Coleta de Dados.....	80
3.1.6 A observação	80
3.1.7 A Entrevista	85
3.1.8 Análise dos Dados	87
4 A ETNOGRAFIA INTENSIVISTA: UMA CARTOGRAFIA DO AMBIENTE.....	91
4.1 Os valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde	95
4.1.1 Os valores emergentes a partir das relações interpessoais dos trabalhadores da saúde	96
4.1.2 O cuidado como um valor.....	112
4.1.3 A negação do cuidado como um valor	122
4.1.4 A autoridade como um valor e o valor da autoridade.....	130
4.2 Os fatores considerados no processo de decisão/atuação moral dos trabalhadores de saúde	139

4.2.1 O “Round” como expressão e a participação dos trabalhadores no Trabalho em Equipe.....	140
4.2.2 A rotina como uma (im)possibilidade de controle.....	147
4.2.3 A construção de Estratégias como exercício de autonomia:.....	152
4.3 O processo de construção moral dos trabalhadores da UTI	156
4.3.1 As relações construídas no ambiente familiar e sua influência no desenvolvimento e construção moral dos trabalhadores da saúde da UTI	157
4.3.2 As relações construídas no processo de formação acadêmica e sua influência no desenvolvimento e construção moral dos trabalhadores da saúde da UTI	166
4.3.3 A cultura organizacional do HU expressa através das ações dos trabalhadores da saúde	177
4.3.4 A experiência profissional reforçando valores morais para o exercício da autonomia	188
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
REFERÊNCIAS.....	211
ANEXOS.....	222

APRESENTAÇÃO

A partir de inquietações, dúvidas e da sensação de impotência frente às dificuldades vivenciadas como enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (H.U.), e desenvolvendo atividades de ensino como docente da disciplina de Saúde do Adulto I, do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande e, ainda, por acreditar que o modo como os trabalhadores da saúde tomam suas decisões tem implicações morais importantes, que repercutem direta ou indiretamente no cuidado do usuário da UTI; optei por conduzir este estudo, tendo como objetivo compreender como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia.

No capítulo I, Identificando a Gênese da Temática Proposta, pontuo alguns momentos marcantes de minha trajetória profissional, apresentando inquietações e incertezas em relação ao fazer dos trabalhadores da saúde da UTI em que exigências e responsabilidades podem ser negligenciadas, repercutindo direta ou indiretamente no fazer profissional; explicitando a questão de pesquisa, o objetivo e a Tese.

No capítulo II, apresento as Concepções Teóricas do estudo em cinco dimensões: na primeira, abordo os fundamentos das teorias éticas e do paradigma principialista da bioética; na segunda, a dimensão ética e suas implicações no exercício da autonomia; na terceira, a autonomia como componente da construção ética do sujeito, na quarta, a educação e o trabalho como componentes da construção e (des)construção do sujeito ético e; por fim, na quinta dimensão, apresento a cultura de uma organização e o ser humano como ser cultural.

No capítulo III, apresento o Referencial Teórico Metodológico, tematizando o cuidado cultural na Enfermagem e o pensamento de Madeleine Leininger; delimitando o Caminho Metodológico. O desejo de construir um estudo qualitativo, utilizando a

proposta de Leininger, de Etnoenfermagem, exigiu percorrer uma caminhada inserida no contexto da UTI, possibilitando estar junto aos trabalhadores da saúde para observá-los e ouvi-los no desenvolvimento de suas ações; atenta a manifestações do exercício e do não exercício da autonomia; observar e participar do fazer destes trabalhadores; entrevistá-los procurando aprofundar aspectos levantados na observação; discutir e analisar as percepções individuais, os valores, crenças, vivências de cada trabalhador, bem como as do coletivo no seu processo de construção moral. Neste caminhar, explicito o caminho através do qual se deu a construção desta proposta.

No capítulo IV, denominado “A Etnografia Intensivista: uma cartografia do ambiente”; apresento e discuto as categorias emergidas: os valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde; os fatores considerados no processo de decisão / atuação moral dos trabalhadores de saúde e o processo de construção moral dos trabalhadores da UTI. Embora estas tenham sido as categorias focalizadas, é necessário destacar que a sua abordagem se fez, muitas vezes, ao longo do processo de pesquisa, de modo imbricado no todo das discussões.

No capítulo V, exponho as Considerações Finais.

1 IDENTIFICANDO A GÊNESE DA TEMÁTICA PROPOSTA

O interesse por este estudo emergiu de minha experiência profissional nos últimos dezenove anos. Durante esse tempo de convívio e atuação profissional na Enfermagem, pude perceber, com maior clareza, que a prática da enfermagem e o fazer na área da saúde são exercidos por diferentes profissionais, ou seja, são práticas coletivas e não somente individuais.

A partir de minhas inquietações, dúvidas e da sensação de impotência frente às dificuldades vivenciadas como enfermeira, revi alguns momentos marcantes de minha trajetória profissional, apresentando inquietudes e incertezas em relação ao trabalho dos profissionais de saúde, com predominância no trabalho da enfermeira.

Ao rever o caminho percorrido como enfermeira de um hospital geral, privado, de referência regional, no qual trabalhei durante sete anos e, também, direcionando um olhar para minha trajetória como enfermeira assistencial do Hospital Universitário, onde atuei durante aproximadamente oito anos, três destes na UTI e há quatro anos coordenando uma Área Organizacional do Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário, denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem e desenvolvendo atividades de ensino como professora do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, coloco-o à luz do presente, ou seja, recordo momentos que me foram significativos e faço reflexões com a vivência e o referencial que tenho hoje, procurando clarear questões ou problemas que mais me preocupam.

Já no Curso de Mestrado, desenvolvi, com um grupo de trabalhadoras de enfermagem, a partir da prática cotidiana do trabalho, um processo educativo mediante o agir-refletir-agir, favorecendo a auto-percepção, o crescimento, o enfrentamento e o aproveitamento do vivido nos momentos de crise no trabalho. Para tanto, foi construído um processo de problematização e de reflexão do cotidiano do trabalho,

buscando compreender os fatores que interferem nessa prática, bem como favorecer a compreensão dos sentimentos do grupo e a sua mobilização em relação ao trabalho da enfermagem (SILVEIRA, 2000). Durante sua realização, parece ter havido uma tomada de consciência, de algumas trabalhadoras, quanto à importância do seu papel e à possibilidade de transformação de si e desta realidade. Porém, apesar deste processo, poucas pareciam agir de forma autônoma no exercício profissional, tendo em vista o seu compromisso ético com os usuários, requerendo continuamente intervenções por parte de quem representava a autoridade naquele micro espaço do trabalho.

A partir das inúmeras situações vividas e dúvidas acompanhadas da sensação de ansiedade, de impotência e de sofrimento no cotidiano profissional, muito tenho refletido sobre práticas que parecem predominar na saúde, relacionadas à negligência e imprudência no que se refere ao cuidado e à assistência aos usuários. É possível que muitos trabalhadores de saúde sequer percebam que todos os seus atos têm uma dimensão moral (SARVIMÄKI, 1995; SCOTT, 1998, 2000; PER NORTVEDT, 1998; MCPARLAND, ET AL., 2000).

Conforme Scott (1998, p. 9), os profissionais de enfermagem e médicos (...):

(...) precisam de ajuda para reconhecer a dimensão moral de sua prática e determinar suas limitações profissionais individuais e morais. Ambas as profissões também podem precisar de apoio para orientar o seu enfoque adequadamente, a fim de descobrir as necessidades do paciente. Isto é, para assegurar que a prática em comum de enfermagem e medicina venha de algum modo pelo menos a atingir seus objetivos.

Assim, o modo como os trabalhadores de saúde tomam suas decisões tem implicações morais importantes. Nesse sentido, se o enfoque de preocupação aqui é o usuário e, no olhar da enfermeira este poderia ser prejudicado pela ação de outro profissional, a tomada de decisão profissional pode ter um impacto na sobrevivência deste usuário, em especial, num caso crítico. Scott (1998, p. 9) considera que: “a enfermeira tem uma responsabilidade profissional e moral para levar o assunto mais adiante”.

Nesta perspectiva, o cuidado ao usuário pode necessitar do controle da ação por parte de outros trabalhadores, em especial quando quem o executa não exerce suficiente controle sobre o seu próprio fazer. Refletir sobre os modos de ser e de fazer exercidos pelos trabalhadores da saúde requer inseri-los em uma sociedade cujos indivíduos têm enfrentado diferentes e enormes desafios para conquistar e manter sua cidadania.

A sociedade atravessa um momento de excessiva competitividade. Os valores éticos, a solidariedade e a interdependência de todos com todos e com a natureza, parece não ter espaço garantido. Não são valores éticos e humanísticos que caracterizam o mundo globalizado, mas, sobretudo, interesses mercantis. Como construir virtudes e valores numa sociedade pautada por esse tipo de interesses? Como isso repercute na saúde, na formação de seus profissionais, nas relações interpessoais, no relacionamento com os clientes? A sociedade tem necessidades que exigem profissionais cada vez mais cientes de seus direitos e deveres, parecendo haver um consenso da comunidade no que se refere a esta necessidade premente.

De acordo com Masip (2002, p. 17):

(...) O indivíduo, isoladamente, e a sociedade, como um todo, querem melhorar o comportamento e revisar usos e costumes corrompidos. Não se trata, porém, de distinguir entre o bem e o mal. (...) O desafio vai além: quais os critérios que devem nortear essa mudança? Baseado em que faremos? Como conseguir que os nossos anseios subjetivos de melhora se transformem em procedimentos de valor universal?

Como, então, o trabalhador pode situar-se, ocupar seu espaço e exercer sua autonomia? Como estabelecer o que é ético e o que não é? Como educar, transmitir, despertar valores éticos nas pessoas? Como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores? São indagações que precisam ser feitas em nosso cotidiano profissional para não sermos tragados pela insensibilidade e indiferença.

Nesta época de complexidades, mudanças e incertezas crescentes que atravessamos, torna-se cada vez mais difícil, mas não impossível, enfrentar os dilemas

éticos. Parece haver um desmoronamento e a aparente banalização dos valores morais, um fortalecimento da indiferença entre os seres humanos, bem como o sensacionalismo da mídia sem que se dê a devida importância a seus efeitos no público, o que nos impulsiona a questionar como vem ocorrendo a transmissão/reprodução e/ou ruptura destes valores morais?

Assman (2003, p. 103), ao refletir sobre crise ética e crise da ética a partir da ética profissional, enfatiza que:

(...) Já não nos surpreende que o tema da ética se tenha tornado recorrente entre nós, como cidadãos, como profissionais e como indivíduos. Sobretudo sentimo-nos dentro de um mundo em que se sente e se denuncia a “falta de ética”. Neste sentido, diz-se também que “não há mais valores” ou que se trata de “resgatar os valores”.

Em meio à profunda desorientação ética ocasionada pelo ambiente de pluralidade social e ao aparente desmoronamento dos valores morais tradicionais, se faz necessário pensar na formação moral; esta evidência parece ser mais emergente do que nunca. É impreterível estabelecer princípios universais mínimos atrelados ao fazer dos trabalhadores da saúde. Goergen aponta que o grande dilema da discussão ética na atualidade é como conciliar pluralidade e contraditoriedade social na definição de ser humano, no contexto de uma realidade altamente diferenciada, sem levar em consideração os princípios transcendentais, por um lado, nem aceitar o relativismo de valores e normas morais por outro (GOERGEN, 2001). Considerando que decisões éticas exigem princípios mínimos norteadores para legitimar as ações, em circunstâncias concretas, Goergen (2001, p. 161) aponta alguns questionamentos: “De onde podem ser extraídos tais princípios se nem a tradição, nem o mundo atual os fornecem de forma segura e inequívoca? Como agir no interior da heterogeneidade e da pluralidade éticas?” Refere, ainda, que estes contextos precisam ser explanados, sendo essencial conhecer o ponto de vista a partir do qual a interpretação é realizada, uma vez que qualquer realidade é passível de uma diversidade de interpretações, a partir dos critérios determinantes para tal, os quais podem equivaler-se, chegando a um

relativismo das ações; por outro lado, quando não forem equivalentes, alguns critérios podem ser mais legitimados que outros. Assim, como se constitui essa relação?

Desta forma, predominando a sensação de insegurança e perplexidade a respeito do que seja um comportamento ético, do que seja um “valor moral”, para Garrafa (1995, p. 13), “a aguda crise de qualidade e de valores que ataca o setor de saúde brasileiro há vários anos, também é responsável por um sem número de distorções éticas no que se refere ao exercício profissional”.

Portanto, ao contextualizar o trabalho dos profissionais de saúde, posso observar que tais distorções éticas podem ser decorrentes de uma formação pautada na pedagogia tradicional e tecnicista, o que se reflete em comportamentos ainda hoje vigentes nas instituições de saúde, os quais têm sustentado muitas das condições sociais existentes, responsáveis pelo baixo grau de comprometimento com as questões sociais, políticas e econômicas da sociedade e com a insatisfatória formação ética dos trabalhadores da saúde (LUNARDI, 1994).

É possível que esse modo de ser e de fazer não seja somente reflexo de uma formação acadêmica, que vem contribuindo para a “con-formação” dos trabalhadores, obedientes às normas e à hierarquia organizacional, mas do próprio modo de organização da grande maioria das instituições de saúde nas quais atuamos. As instituições de saúde têm se caracterizado por exigir um exagerado volume de trabalho e, como resultado, seus trabalhadores não têm priorizado espaços coletivos para reflexão em busca da transformação de sua prática profissional.

Esse fato pode repercutir no desempenho de alguns trabalhadores que:

(...) se acomodam ou sucumbem frente às dificuldades operacionais do dia-a-dia, deixando-se arrastar por uma avalanche de subterfúgios e casuísmos que fazem crescer a burocracia e diminuir a qualidade final da atenção em saúde, passando a exercer (consciente ou inconscientemente) princípios incompatíveis com os valores que anteriormente eles próprios julgavam corretos à justa convivência humana. (GARRAFA, 1995, p. 13)

Essa convicção de que a “falta ética” em nossas práticas individuais ou coletivas pode revelar uma insatisfação com o comportamento estabelecido pelos

trabalhadores, assim como frente às decisões necessárias que deveriam ser tomadas e que deixamos para depois, “de uma falta de coragem para ser autônomo, de uma falta de responsabilidade, preferindo-se a comodidade da heteronomia”. A insatisfação, a incerteza, consciente ou inconscientemente,

se devem ao fato de já não sabermos o que é bom e o que é mau, de termos dificuldades de saber o que deveria ser valor e o que não deveria sê-lo, além de duvidarmos da nossa capacidade de estabelecer ou conhecer princípios morais (ASSMANN, 2003, p. 110).

Por trabalhador de saúde autônomo e ético, entendo um sujeito com conhecimento teórico-prático, competente profissionalmente, valorizando o cuidado humano como parte do mundo científico. Um profissional capaz de instrumentalizar-se para uma atuação ética, para o exercício da sua liberdade e autonomia, tomando decisões que impliquem uma relação de dever para consigo, como sujeito, e para com o outro. Parto do pressuposto de que assumir uma postura ética significa desenvolver, individual e coletivamente, uma consciência política, uma maturidade emocional que lhe permita lidar com emoções conflitantes; uma força de caráter, um equilíbrio de vida, capaz de transformar sua realidade; de suportar frustrações, de aceitar limitações, sem a qual o exercício efetivo da profissão dificilmente ocorreria. Esta consciência política envolve a liberdade, o respeito pelos colegas, pelos usuários e pela profissão, a busca incessante por melhores momentos, sem prescindir das limitações determinadas pelo processo histórico.

Para tanto, é preciso conhecer e questionar como se está construindo para o exercício da autonomia, o que pode estar repercutindo direta ou indiretamente no fazer profissional. Da intenção aqui lançada, surgem indagações que encaminham a pesquisa para reflexões empíricas e, ao mesmo tempo, apontam para a necessidade de uma bibliografia teórica que dê amparo a tais reflexões. Assim, decorrem as indagações: Como tem ocorrido o processo de construção moral para o exercício de

um fazer autônomo e ético? Como tem ocorrido a construção do trabalhador, no que se refere aos valores, compromisso social, de modo a autonomamente mostrar-se ético?

Em vivências profissionais realizadas no dia-a-dia, vêm-se diferentes graus de comprometimento dos trabalhadores de saúde no desempenho de seu fazer, envolvendo valores, saberes, práticas, conflitos, o que pode se refletir nas relações estabelecidas com o outro e na prestação da assistência aos usuários, em que exigências e responsabilidades podem ser negligenciadas. Os indivíduos e os trabalhadores de saúde, ao justificarem seus atos de negligência ou omissão como efeito do contexto sócio-histórico, do meio organizacional, podem estar negando sua condição humana como seres livres e autônomos, capazes de fazer escolhas, de tomar decisões, desenvolvendo seu agir apenas de modo predominantemente mecânico (LUNARDI, 1994).

Neste sentido, o exercício dos trabalhadores, como expressão da sua autonomia, liberdade, pode estar dissociado do que se entende como seu dever profissional na relação consigo, com o outro (usuário e demais componentes da equipe) requerendo, freqüentemente, que suas ações sejam determinadas de modo heterônomo¹. No entanto, outros trabalhadores denotam, em sua prática, uma autonomia e uma sensibilidade ética, em que seu modo de ser e agir parece ir ao encontro do que se entende como o seu dever na relação com o(s) outro(s), sem necessidade de interferências externas, de um controle heterônomo, para que práticas entendidas como adequadas aconteçam.

Assim, as desigualdades vivenciadas na sociedade, de um modo geral e na saúde, em particular, podem constituir-se em campo fértil para a adoção de modos de ser e fazer que expressem desejos, movimentos e compromisso com a mudança; como podem, também, demonstrar compromisso com o existente, com a manutenção e a reprodução das desigualdades percebidas. Tendo-se consciência ou não, o fazer

¹ Entendo como ação heterônoma uma ação que necessita o controle do outro. Apesar dos sujeitos terem conhecimento sobre suas obrigações, deveres, é necessário a interferência externa, que alguém venha lhe dizer o que deve ser feito e de que modo.

expressa valores, crenças, (des)conhecimentos, podendo inspirar outras ações, o que dá concretude à dimensão educativa.

Assim, acredito que o construir-se para o exercício da autonomia pode ser visto como a possibilidade de ser ético no exercício profissional, abrangendo nesse processo o enfrentamento dos desafios; o resgate da sensibilidade; o cumprimento do dever; a luta política dos trabalhadores e usuários por seus direitos; o respeito à dignidade dos profissionais e à vida do ser humano.

O trabalho e a educação no trabalho (formação) não parecem dar conta da formação ética do sujeito trabalhador, apontando para outros elementos desconhecidos, possivelmente anteriores ao processo de formação: experiências de vida, valores transmitidos/adquiridos nas primeiras etapas de vida. Assim, além da preparação para o trabalho e do trabalho, outros elementos, como a família, a escola, o convívio em grupos e as experiências de vida constituem espaços tanto de formação de um sujeito autônomo e ético como de um sujeito que necessita se pautar pelo controle do outro, pela sua obediência a outrem, pela heteronomia.

Essas diferentes experiências e percepções nos possibilitam questionar: Como ocorreu o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde da UTI para o exercício do seu fazer autônomo e ético? Quais os valores que norteiam as ações dos trabalhadores de modo a constituírem-se como sujeitos autônomos? Que elementos significativos para a sua construção moral pautada no exercício da autonomia, podem estar presentes na sua formação? Que fatores são levados em consideração na atuação moral dos trabalhadores da saúde? O exercício da autonomia dos trabalhadores de saúde decorre de um processo construção moral? Neste sentido, é imprescindível refletir sobre a seguinte questão de pesquisa:

Como ocorre a construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia?

Assim, pretendi buscar argumentos para subsidiar a seguinte TESE:

A compreensão acerca dos valores que norteiam a ação profissional e dos fatores que são considerados no processo de decisão/atuação moral dos trabalhadores de saúde permite vislumbrar o seu processo de construção moral, para uma atuação pautada na autonomia.

Daí que tive como objetivo:

Compreender como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia.

Visando contemplar este objetivo, apresento concepções de alguns teóricos em ética, revelando possíveis inter-relações e sua importância para a compreensão e direcionamento das ações.

2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

Neste capítulo apresento as concepções teóricas do estudo em cinco dimensões: na primeira, abordo os Fundamentos das Teorias Éticas e do Paradigma Principlista da Bioética; na segunda, A Dimensão Ética e suas Implicações no Exercício da Autonomia, na terceira, A Autonomia como Componente da Construção Ética do Sujeito, na quarta, A Educação e o Trabalho como Componentes da Construção e (Des)Construção do Sujeito Ético e por fim, na quinta dimensão, apresento a Cultura de uma Organização e o Ser Humano como se cultural

2.1 Fundamentos das Teorias Éticas e do Paradigma Principlista da Bioética

O conceito de ética tem sido discutido ao longo dos tempos, existindo vários entendimentos sobre o seu significado. Alguns autores apresentam certa dificuldade em diferenciar ética de moral, outros adotam essas expressões com um mesmo sentido. Compartilho da idéia de Gelain (1994, p. 30-31) de que "a ética deva ser considerada sob o ângulo social e problematizador do comportamento humano" (...) sendo fundamental "não esquecer que os valores éticos, mesmo individuais, pessoais, têm uma repercussão e um envolvimento social". Assim, problematizar o cotidiano em busca de alternativas adequadas à promoção do usuário, dos direitos e dos deveres dos profissionais e da coletividade, requer o questionamento, compromisso e responsabilidade social e ética dos profissionais da enfermagem (GELAIN, 1994). Neste sentido, para Azevedo e Ramos (1999, p. 346), "a ética pode ser compreendida como reflexão em que se dá o encontro do sujeito consigo próprio e com o outro, ou seja, um encontro com a humanidade, da qual o sujeito é representante e expressão

individual".

Uma relação ética dos trabalhadores da saúde com os usuários requer o conhecimento dos seus limites e possibilidades frente aos direitos e deveres do ser humano como trabalhador e, também, dos usuários por eles assistidos. Oliveira e Guilhem (2001, p. 63) consideram que a ética "mesmo de forma subjacente, está presente no cotidiano do ser humano. Determina uma condição que pode estar relacionada ao indivíduo como sujeito de suas ações ou às atividades por eles desenvolvidas durante o exercício profissional". No campo da saúde, a ética e, mais precisamente, os comportamentos éticos, estão profundamente imbricados na própria noção de saúde. Nesta perspectiva, toda e qualquer tentativa de uma ética centrada no agir cotidiano dos trabalhadores da saúde requer uma análise da realidade social em que se vive, tendo em vista o processo de tomada de decisões.

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".

Para Gomes (1996, p. 53),

(...) a ética constitui-se no princípio e fim da própria vida, na medida em que se torna o próprio sentido da existência, a razão essencial de ser e haver, o motivo pelo qual a existência se relaciona com o todo, pelo qual se transforma e por sua vez transforma o próprio meio como agente e sujeito dessa mudança.

A palavra moral "deriva etimologicamente do latim *mos* ou *mores* ("costume" ou "costumes") e significa "alguma coisa que seja habitual para um povo". O termo ética vem do grego *ethos* e quer dizer "modo de ser" ou "caráter", no sentido similar ao de "forma(s) de vida(s) adquirida(s) pelo homem". A diferença entre as expressões ética e moral é de origem histórica, ou seja, "a moral é a tradução latina de ética, mas com uma conotação formal e imperativa (o código do bem/mal), que direciona ao aspecto jurídico e não ao natural (GARRAFA, 1995, p. 20).

No pensar de Gelain (1995, p. 13), a ética deve considerar o ser humano como um ser social, portanto busca recuperar valores humanos através da conscientização e

problematização da realidade, "é também o nível de envolvimento com a conscientização para a busca da cidadania".

Para Cohen e Segre (1995, p. 17), 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, condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma; e a coerência". A eticidade, portanto, está na percepção dos conflitos de vida psíquica (emoção e razão) e na condição que podemos adquirir no sentido de nos posicionarmos (autonomia), de forma coerente (coerência), face a esses conflitos. Já a moral caracteriza-se por "ordenar um conjunto de direitos ou deveres do indivíduo e da sociedade". É um sistema de valores que pressupõe três características: "1) seus valores não são questionados; 2) são impostos; 3) a desobediência às regras pressupõe castigo". Portanto, a moral é imposta, requer um ato de obediência, de heteronomia, enquanto que a ética deve ser apreendida, percebida pelos sujeitos (COHEN; SEGRE, 1995, p. 18)

Para Weil (1994), primeiramente, "a ética se confunde com a moral; é moralista e moralizante" (p. 16) o que possibilita condutas aberrantes e contraditórias, muitas vezes de modo inconsciente, parecendo demonstrar comportamentos com insuficiência de formação ética. Alguns parecem descarregar nos outros suas próprias negatividades: "esta projeção vem de imitação e introjeção da rigidez de pais, educadores e religiosos que se mostraram maniqueístas, classificando as condutas humanas em duas categorias: o bem e o mal"; (p. 17) o que faz com que um ser humano projete sobre o outro sentimentos de imperfeição, de culpa. A ética moralista, portanto, se revela muito frágil no nível do comportamento efetivo, havendo o predomínio de um comportamento mecânico, condicionando o fazer como um modo de "cumprimento cego do dever e da obrigação" (p. 18). Apesar deste desajuste, da repressão, da neurose instalada, a sociedade parece não querer se submeter às regras da ética moralista, porém encontra-se em dúvida para definir o que realmente quer, o que, para Weil (1994, p.18), "leva à insatisfação generalizada, à descrença nos valores e a uma perda do sentido da existência". Assim, na tentativa de resgatar uma ética que possa vir a orientar a ciência, a tecnologia e as organizações, o ser humano pode

escolher o caminho mais fácil: o da ética moralista.

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 19), a moralidade “se refere a convenções sociais sobre o comportamento humano certo ou errado”. Essas convenções são partilhadas, formando um senso comum, ou seja, à medida que nos desenvolvemos como seres humanos, aprendemos regras morais e sociais (leis) e, a partir daí, normas de conduta são socialmente aprovadas.

Beauchamp e Childress (2002, p. 85) analisam o pensamento de Aristóteles, segundo o qual a ética é entendida como a possibilidade de “envolver julgamentos tais como aqueles da medicina: os princípios orientam ações, mas ainda precisamos avaliar uma situação e formular uma reação apropriada; e essa avaliação e essa reação provêm tanto do caráter do treino, como dos princípios”, ou seja, a ética é compreendida como uma reflexão filosófica do agir humano.

Entende-se que a moral consiste no modo de ser e fazer do ser humano. À medida que este vai interiorizando valores pessoais e sociais, crenças, sentimentos, normas, vai construindo seu modo de agir, de viver, de comportar-se como um sujeito moral. A ética é entendida como uma possibilidade de analisar a vida moral, de utilizar critérios para decidir o que é ou não cabível no comportamento humano. A capacidade, então, de refletir sobre si mesmo, de questionar sobre o que tem sido e deve ser feito, percebendo os conflitos e posicionando-se coerentemente e de modo autônomo frente a estes conflitos. A liberdade de opção pressupõe a consideração do outro, respeitando direitos e deveres individuais e coletivos.

É nesse ambiente de grandes transformações, complexidades e sentimentos contraditórios que emerge a bioética, que etimologicamente significa ética da vida. A palavra bioética é de origem grega: *bios* (vida) e *ética* (costumes e valores).

Segundo Lepargneur (2002, p. 102), a bioética aponta:

(...) o conjunto das reflexões e trocas, das decisões e normas, implicando estruturas institucionais de Comitês e difusão midiática, visando às condições de melhor procedimento técnico e ético almejando proteger a vida humana, restabelecer ou fortalecer a saúde, labutar para otimizar as condições ecológicas, ambientais, para os indivíduos e as coletividades.

Na perspectiva de Durant (1995, p. 22), “é quase impossível se falar de moral ou de ética sem falar de valores, por isso mesmo a bioética freqüentemente se envolve com conflitos de valores”, implicando não só em conflitos, mas oposições, limitações da liberdade, constituindo-se num espaço político no qual a sociedade é desafiada a buscar “soluções para os conflitos de valores no mundo da intervenção biomédica”.

Potter propõe que o termo Bioética seja compreendido como a “forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos” (POTTER, 1971, p.21)

A *Encyclopedia of Bioethics*, considerada como a obra de maior influência inter e multidisciplinar em bioética, refere que a Bioética “estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão, decisão e normas morais – das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar” (REICH, 1995, p. XXII). Nesse sentido, a bioética pode ser compreendida como o resultado da perspectiva principialista, assim como de teorias éticas que contemplam diferentes concepções para guiar as ações, envolvendo conflitos de valores individuais e coletivos e conhecimento biológico, intrinsecamente relacionados e complementares uns dos outros.

A interdisciplinaridade bioética dá-se por meio da articulação, da integração e do consenso de várias disciplinas, tanto na área da saúde, quanto em outras áreas, como sociologia, antropologia, psicologia, direito, ecologia, dentre outras. Envolve trabalhadores e estudiosos que, com competência, valores culturais e responsabilidades, realizam reflexões éticas para a tomada de decisões (CORRÊA, 2002). Para tanto, se faz necessário abordar os diferentes tipos de teorias éticas e o paradigma principialista, refletindo sobre os seus fundamentos; acreditando que o conhecimento teórico-ético possa fundamentar as ações morais e o exercício da autonomia.

A partir do entendimento, de que a educação moral não pode ser compreendida como internalização de normas, de comportamentos, torna-se fundamental que os trabalhadores sejam motivados, estimulados através de um processo de aprendizagem,

uma vez que, em suas deliberações morais, mesclam-se teorias, princípios, regras, direitos, emoções, percepções, práticas e julgamentos, dentre outros. Considerando-se necessário aprofundar o conhecimento dos diferentes tipos de teorias éticas, buscou-se apresentar os enfoques mais relevantes dos diferentes tipos de teorias éticas: o utilitarismo; o kantismo; a ética do caráter; o individualismo liberal; o comunitarismo; a ética do cuidar; a casuística; o principialismo, e, neste último, abordando princípios de autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

2.1.1 A Teoria baseada nas conseqüências – o utilitarismo

Esta teoria “aceita um e somente um princípio básico da ética: o princípio da utilidade” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 63), de modo a produzir o equilíbrio máximo do valor positivo sobre o desvalor. Na visão utilitarista, a felicidade é o maior bem que podemos alcançar e a moralidade das ações deve ser julgada de acordo com a ponderação de suas conseqüências boas e más, na medida em que constituem meios adequados para atingir esse fim, ou seja, na medida em que aumentam a felicidade e/ou implicam na sua diminuição.

2.1.2 A Teoria baseada na obrigação – o kantismo

Chamada também de deontológica, “é uma teoria na qual o que torna as ações certas ou erradas são determinadas características das ações, e não, ou não apenas, as suas conseqüências” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 72). O ser humano se sente responsável pelos seus atos e tem consciência de seu dever. A moralidade se funda na razão pura, ou seja, o valor moral da ação de um indivíduo depende da aceitação moral da regra (ou “máxima”) de acordo com a qual a pessoa age. Numa visão Kantiana, devemos agir de acordo com a obrigação moral generalizável – obrigação provinda das regras categóricas, ou seja, o motivo da ação de uma pessoa tem de provir de um reconhecimento de que ela deseja aquilo que é moralmente exigido. O bem se impõe como um dever, a ação é consistente, ou seja, passível de ser

concebida e desejada sem contradição, o que é denominado de máxima categórica ou imperativo categórico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Kant, a Autonomia é fundada na vontade racional, ou seja, uma pessoa é autônoma se age de acordo com princípios morais universalmente válidos. Uma pessoa moralmente autônoma deseja livremente a aceitação dos princípios morais, age intencionalmente de acordo com os princípios morais universalmente válidos que atendem ao requisito do imperativo categórico. Neste sentido, esta pessoa é legisladora para si mesma. A dignidade de uma pessoa, a “grandiosidade” de uma pessoa provém de ser moralmente autônoma. As pessoas são vistas como fins em si mesmas e não como um meio (BEAUCHAMP; CHILDRESS 2002).

2.1.3 A Teoria baseada na virtude – a ética do caráter

A ética do caráter ou ética da virtude enfatiza o caráter virtuoso ou bom dos agentes que executam as ações e fazem as escolhas, e não seus atos, sentimentos, regras e conseqüências (BEAUCHAMP; CHILDRESS 2002). A virtude é “um traço de caráter socialmente valorizado, e uma virtude moral é um traço moralmente valorizado” (BEAUCHAMP; CHILDRESS 2002, p. 80), uma disposição para agir ou o hábito de agir de acordo com princípios éticos, obrigações ou ideais morais, não devendo ser reduzida àquilo que é socialmente aprovado: “O caráter, portanto, indica a estabilidade necessária para que as virtudes sejam adquiridas de maneira duradoura”. Converter-se num virtuoso implica adquirir virtudes por meio de um treinamento, assegurando um modo de não perdê-las (ZOBOLI, 2003, p. 29).

Uma ação pode ser correta, mas não virtuosa; será virtuosa a partir da correta disposição de espírito ou motivação de uma pessoa. As pessoas apropriadamente motivadas possuem um desejo moralmente apropriado de agir da forma como agem. A justificativa para suas ações é a busca da felicidade. Entre as principais virtudes, estão o amor; a prudência; a coragem; a humildade; a confiabilidade; o compromisso e os desejos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

2.1.4 A Teoria baseada nos direitos – o individualismo liberal

Nesta teoria, utiliza-se a linguagem dos direitos, os quais proporcionam proteções fundamentais à vida, à liberdade, à expressão e à propriedade, “protegem contra a opressão, o tratamento desigual, a intolerância, a invasão arbitrária da privacidade” (BEUACHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 88).

Um direito é um requerimento ou uma prerrogativa justificada, validada por princípios e regras morais. Um detentor de direitos não precisa reivindicar seus direitos para que os possua; um exemplo são as crianças pequenas.

Alguns direitos podem ser absolutos, mas em geral, não o são. Como os princípios de obrigação, os direitos estabelecem apenas normas *prima facie*, ou seja, o que deve ser cumprido. Neste sentido, a teoria ética baseada nos direitos origina-se de uma concepção da função e da justificação da moralidade, protegendo os interesses dos indivíduos (que podem estar em conflito com os interesses comuns ou institucionais), “e se os direitos (e não as obrigações) são os nossos principais instrumentos para esse fim, então as diretrizes de ação morais são baseadas nos direitos. Portanto, os direitos têm precedência em relação às obrigações e todas as outras formas de proteção” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 94).

2.1.5 A Teoria baseada na comunidade – o comunitarismo

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 97) “as teorias comunitaristas vêm tudo o que é fundamental na ética como derivada de valores comunitários - o bem comum, as metas sociais, as práticas tradicionais e as virtudes cooperativas”, ou seja, as ações devem expressar valores, responsabilidades e idéias comunitárias e que tanto os princípios como os agentes são produtos sociais da vida comunitária, provocando um impacto positivo na sociedade. Num enfoque comunitarista, as práticas da comunidade local e as suas virtudes correspondentes devem ter prioridade na tomada de decisão normativa.

2.1.6 Concepções baseadas nos relacionamentos – a ética do cuidar

Nessa concepção, “cuidar significa gostar de, ter um compromisso emocional com e ter disposição para agir em benefício das pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 106).

A ética do cuidar teve sua origem, principalmente, nos escritos de Carol Gilligan, por sua concepção de ética feminina baseada no senso da responsabilidade: “a voz do cuidar”. Ampliando a compreensão do desenvolvimento moral, a autora associa as vozes masculinas e femininas, enfocando o modo de pensar sobre os relacionamentos. As mulheres vêem a moralidade como responsabilidades do cuidar, necessidades, prevenção de danos, o cuidado do outro como essencial, moldando-se em seus relacionamentos como aos existentes entre pais e filhos, derivados dos vínculos com os outros. Já os homens exibem predominantemente uma ética dos direitos e das obrigações, concebendo a moralidade em termos de direitos e justiça. Os homens estão mais direcionados e são formados por relacionamentos e ajustes livremente aceitos, enquanto que as mulheres estão direcionadas e são formadas por relacionamentos construídos no contexto, tais como as relações familiares (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A partir dos questionamentos das concepções éticas vigentes, a perspectiva do cuidado no desenvolvimento moral feminino aponta novos rumos para a bioética, de modo a “valorizar não apenas os atos, as motivações e o caráter dos envolvidos, mas se as relações positivas são ou não favorecidas” (ZOBOLI, 2003, p. 31).

2.1.7 O raciocínio baseado nos casos – a casuística

Os casuístas entendem que a ética pertence aos julgamentos práticos, aos saberes práticos nas situações concretas da vida; “discutem o uso do Modelo de teoria científica para a teoria ética, a concepção correspondente acerca dos julgamentos morais e a insistência em princípios firmes e universais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 115).

Consideram que os princípios na ética estão profundamente inseridos no mundo concreto do comportamento social humano. Repudiando o julgamento moral baseado fundamentalmente em princípios, sustentam que o raciocínio e o julgamento prático baseado nos casos não recorrem a princípios, regras, direitos, nem virtudes. A casuística não nega os princípios, considera-os relevantes, mas com uma relevância variável em cada caso e não como decisivos para a resolução de conflitos. Conforme a idéia de Zoboli (2003, p. 29), “o objetivo está em atuar de acordo com o consenso social encontrado em casos anteriores. A casuística mantém-se próxima aos casos, sem negar os princípios, mas vendo-os com relevância variável em cada caso”.

A casuística, portanto, tenta responder às questões mais práticas recorrendo a máximas fundadas na experiência e na tradição, “preconiza uma análise de caso a caso, examina as suas características paradigmáticas e estabelece comparações e analogias com outros casos” (ROSA, 2001, p.32).

2.1.8 As teorias baseadas em princípios e na moralidade comum – principialista e seus pressupostos

As teorias baseadas na moralidade comum são ditas teorias pluralistas, ou seja, “dois ou mais princípios não-absolutos (*prima facie*) formam o nível geral da estrutura normativa” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 123).

Em relação ao seu conteúdo, “a ética da moralidade comum apóia-se fortemente em crenças morais ordinárias, em vez de se apoiar na pura razão, na lei natural, num senso moral especial”. Uma vez que, de algum modo, os princípios são usualmente adotados, por todas as teorias, pode-se dizer que há mais consenso social a respeito dos princípios e regras extraídos da moralidade comum do que a respeito das teorias (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 123).

Dentre os modelos de análise bioética mais divulgados, está o da teoria ética principialista composta por um corpo plural de princípios *prima facie* potencialmente conflitantes. Há um ceticismo em buscar um único procedimento de decisão, claro, coerente e abrangente para se chegar a respostas, já que o conflito e a ambigüidade são

vistos como aspectos inerentes da vida moral. Talvez o objetivo a ser alcançado seja o de abandonar a idéia de uma teoria da moralidade comum e proceder a “uma reflexão e uma construção morais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 133).

Beauchamp e Childress (2002, p.135) referem que:

(...) no pensamento moral, freqüentemente, se misturam recursos, princípios, regras, direitos, virtudes, paixões, analogias, paradigmas, parábolas e interpretações. Atribuir prioridade a um desses fatores como o elemento-chave é uma pretensão duvidosa, assim como a tentativa de dispensar completamente a teoria ética. Os aspectos mais gerais (os princípios, as regras, as teorias, etc.) e os mais específicos (os sentimentos, as percepções, os julgamentos de casos, as práticas, as parábolas, e etc.) devem ser ligados em nossa deliberação moral.

Direcionando meu olhar para a prática dos trabalhadores da saúde, podem ser inúmeras as situações a serem apontadas, discutidas e analisadas numa tentativa de romper com atuações entendidas como não éticas, para construir outras condutas, coerentes com valores de respeito ao ser humano como alguém capaz de pensar, de decidir, de ser livre, com direitos e deveres.

Neste sentido, a ética biomédica propõe-se a estabelecer uma vinculação entre as teorias, os princípios e as decisões. Para tanto, a sensibilidade em relação ao contexto e às diferenças individuais é essencial para um uso discernido dos princípios. O modelo principialista “pretende fornecer uma referência prático-conceitual, a fim de orientar os profissionais da área da saúde em algumas situações concretas, através dos quatro princípios norteadores” (ROSA, 2001, p. 32).

O enfoque principialista “é a tendência mais difundida, sendo quase impossível compreender a recente história da bioética sem conhecê-lo” (ZOBOLI, 2003, p. 25). Os princípios podem nortear nossas escolhas e nossos “modos de ser”, o sujeito que queremos ser, orientar uma análise dos problemas éticos ao encontro do que sentimos e percebemos ser nossas tendências, no entanto, não são decisivos para a resolução de conflitos.

2.1.8.1 O Paradigma principialista da bioética: os quatro princípios

A gênese do paradigma norte-americano principialista centra-se no controle social da pesquisa envolvendo seres humanos a partir de três situações que exigiram uma conduta ética regulamentada: a) células cancerosas vivas injetadas em idosos doentes; b) hepatite viral injetada em crianças com retardo mental e c) o caso de Tuskegee, no qual 400 negros sífilíticos tiveram o tratamento com antibioticoterapia negado para fim de pesquisa da história natural da doença. A partir dessas situações, em 1974, foi constituída uma Comissão Nacional para proteção dos seres humanos de pesquisa biomédica e comportamental (EUA), a qual publicou, em 1978, o Relatório Belmont (Realizado no Centro de Convenções Belmont em Elkrigde), numa tentativa de enfocar e resolver os conflitos éticos suscitados pela pesquisa biomédica, identificando como fundamentais três princípios éticos para nortear, criticar e interpretar algumas regras específicas. Tais fatos repercutiram para além da pesquisa com seres humanos, favorecendo a reflexão bioética, porém sem distinção da beneficência e não-maleficência, o que foi posteriormente considerado por Beauchamp e Childress (2002). Esses princípios são abordados a seguir:

O respeito à autonomia

O termo autonomia adquire um sentido mais específico no contexto de uma teoria, levando em consideração a liberdade e a capacidade de agir intencionalmente. Dentre os traços da *pessoa autônoma*, inclui-se a “compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente, o ato de governar efetivamente” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138). No entanto, as pessoas autônomas podem falhar em suas escolhas devido a restrições temporárias impostas pela doença, pela depressão, pela ignorância, pela coerção ou por outras condições que restringem as opções.

No princípio do respeito à autonomia, Beauchamp e Childress (2002, p. 141) referem que uma ação autônoma exige apenas um grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência, ou seja, “é possível alcançar uma autonomia substancial nas

decisões sobre participação em pesquisas e aceitação de intervenções médicas propostas, assim como a escolha autônoma está presente em tudo na vida”.

Neste sentido, as pessoas podem exercer sua autonomia, fazer suas escolhas, aceitar e submeter-se às exigências de autoridade de uma instituição, tradição ou comunidade, as quais considerem fontes legítimas de direcionamento, já que a moralidade, segundo Beauchamp, 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.” Do mesmo modo, as regras ou códigos de ética profissional são compatíveis com a autonomia.

Ser autônomo, portanto, é ter a capacidade de escolher racionalmente e atuar de acordo com suas deliberações, seus valores. Beauchamp e Childress (2002, p. 142-143) consideram que ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo, pois: “respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve uma ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa”. Assim, o respeito pela autonomia implica favorecer a capacitação das pessoas a agir autonomamente, com liberdade de pensamento, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas.

O princípio de respeito à autonomia, portanto, “tem uma validade *prima facie*, e pode ser sobrepujado por considerações morais concorrentes”, ou seja, não determina por si mesmo que uma pessoa deve ser livre para saber ou fazer, nem o que é uma justificativa válida para a restrição da autonomia, mas requer dos profissionais a revelação das informações, de modo a assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 144). Para tanto, respeitar a autonomia do usuário implica habilitá-lo a superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível ou o controle que ele deseje, desde que seus pensamentos e ações não prejudiquem outras pessoas.

Beauchamp e Childress (2002, p. 145) referem que, em razão dos vários modos como esses princípios funcionam na vida moral, estes são capazes de sustentar muitas regras morais mais específicas, dentre elas, “Dizer a verdade”; “Respeitar a privacidade dos outros”; “Proteger informações confidenciais”; “Obter consentimento para intervenções nos pacientes”; “Quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes”. Nestas regras morais, tanto o princípio de respeito à autonomia como suas especificações são *prima facie*, ou seja, não absolutos. O princípio do respeito à autonomia, portanto, não deve se aplicar às pessoas que não podem se tornar autônomas, por serem imaturas, inaptas, ignorantes, coagidas ou exploradas.

Uma das principais considerações na análise do princípio da autonomia é a necessidade do consentimento informado, ou seja, o “paradigma básico da autonomia na saúde, na política e em outros contextos é o consentimento informado e expresso” (Beauchamp e Childress, 2002, p. 146), planejado para possibilitar a escolha autônoma, incluindo a proteção dos usuários e dos sujeitos de pesquisa contra danos, bem como o encorajamento dos trabalhadores de saúde para que atuem de forma responsável nas interações com usuários e sujeitos de pesquisa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para tanto, Beauchamp e Childress (2002) consideram como elementos iniciais algumas precondições, como a capacidade para entender e decidir, a voluntariedade ao decidir; como elementos de informação: a revelação da informação material deve ser transmitida de maneira adequada, incluindo fatos ou descrições importantes para a tomada de decisão, a recomendação de um plano e o entendimento da revelação e recomendação realizada; e, como elementos de consentimento, a capacidade de decisão em favor de um plano, assim como a autorização do plano escolhido.

A capacidade para a decisão está intimamente ligada à decisão autônoma e às questões sobre a validade do consentimento: “uma decisão capaz é necessariamente uma decisão pela qual a pessoa pode ser considerada responsável, e deve ser uma premissa geral que adultos são capazes de tomar decisões” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 151-152).

Beauchamp e Childress (2002, p. 152) conceituam capacidade como um único

significado fundamental: “A habilidade de realizar uma tarefa”. No entanto, enfatizam que os critérios de capacidade variam de contexto para contexto, ou seja, “a capacidade para decidir, portanto, é relativa, e depende da decisão particular a ser tomada. Além disso, raramente se julga uma pessoa incapaz com respeito a todas as esferas da vida”. Nesta visão, a capacidade é entendida como algo específico, e não como algo global; que depende do contexto e das condições de capacidade das pessoas neste período, ou seja, algumas pessoas podem ser incapazes de fazer algo numa determinada época e, em outro momento, ser inteiramente capazes de efetuar a mesma tarefa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para determinar o grau de capacidade, é conveniente avaliar o seu entendimento, habilidade deliberativa e coerência ao longo do tempo, fornecendo, concomitantemente, aconselhamento, apoio e informação. Beauchamp e Childress (2002, p.154) apontam duas hipóteses plausíveis frente à ação autônoma: “ou uma pessoa autônoma é (necessariamente) uma pessoa capaz (de tomar decisões), ou os julgamentos acerca da capacidade de uma pessoa para autorizar ou recusar uma intervenção devem ser baseados numa avaliação da autonomia dessa pessoa”.

Não-maleficência

Dentre as atuações dos trabalhadores da saúde no cumprimento de seu exercício profissional, destaca-se o princípio de não-maleficência, o qual determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002)

Alguns filósofos consideram a não-maleficência e a beneficência como um único princípio. No entanto, apesar da similaridade e da dificuldade de distingui-las na filosofia moral, reuni-las num único princípio obscurece distinções relevantes: as obrigações de não prejudicar (proibir, matar, mutilar) os outros são claramente distintas das de ajudar os outros (proporcionar benefícios, proteger interesses) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Se o dano causado é pequeno e o benefício proporcionado é grande, a obrigação de beneficência tem prioridade à não-maleficência. Por outro lado, numa situação de conflitos, em que o ato de beneficiar possa ser considerado moralmente errado, a não-maleficência é prioritária, mas os pesos desses princípios morais variam de acordo

com a situação, não havendo uma regra que determine que evitar danos é preferível a causar benefícios. Beauchamp e Childress (2002) não classificam estes princípios de modo normativo, sem estrutura-los hierarquicamente, sugerindo uma distinção conceitual: conforme o princípio de não-maleficência, não devemos infringir mal ou dano; já quanto ao de beneficência, devemos fazer ou promover o bem, impedindo que ocorram males ou danos, ou buscando saná-los quando estes já ocorreram.

O princípio da não-maleficência abarca muitas regras morais, as quais incluem: “não matar, não causar dor ou sofrimento a outros, não causar incapacitação a outros, não causar ofensa a outros, não despojar outros dos prazeres da vida”. Essas regras “são proibições negativas de ações, que devem ser obedecidas de modo imparcial, servindo de base a proibições legais de certas formas de conduta” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 284).

Frente à tomada de decisões, seria coerente requerer a posição de um comitê de ética, os quais servem para avaliar benefícios e riscos, resolver divergências, gerar opções ponderadas, adequadas aos parâmetros institucionais e às regulamentações federais, “os comitês também podem ajudar a proteger pessoas incapazes, facilitando o tratamento quando foi injustificadamente recusado e negando o tratamento quando não deveria ter sido autorizado” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 277).

Beneficência

Com respeito ao princípio de beneficência, prevalece a idéia de que um ser humano deve beneficiar o outro, o que exige ações positivas para ajudar o outro e não simplesmente abster-se de realizar atos nocivos, “A moralidade requer não apenas que tratemos as pessoas como autônomas e que nos abstenhamos de prejudicá-las, mas também que contribuamos para seu bem-estar” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 281).

Dentre as definições comuns, a palavra beneficência significa:

(...) atos de compaixão, bondade e caridade. Algumas vezes, o altruísmo, o amor e a humanidade são também considerados formas de beneficência. (...) A beneficência refere-se a uma ação realizada em benefício de outros; a benevolência refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício dos outros; e o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, de modo a promover

interesses legítimos e importantes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 282).

O princípio de beneficência desempenha um papel importante em algumas teorias éticas, tais como: o utilitarismo, a Kantiana e as teorias dos direitos individuais. Questiona-se então: Quais os limites de nossas obrigações e as condições em que a beneficência é opcional em vez de obrigatória? Somos obrigados a agir de modo beneficente?

Algumas normas de beneficência podem constituir-se em obrigações e ter a primazia em relação à não-maleficência, pois podem ser prioritárias por satisfazer o princípio de utilidade, quando um benefício importante é ocasionado, podendo haver pequeno dano. Somos moralmente proibidos de causar dano a outrem; podemos beneficiar alguém com o qual estabelecemos um relacionamento especial, no entanto, não podemos agir de modo beneficente para com todas as pessoas; não temos a obrigação de fazer o impossível, pois é incoerente considerar moral o que não pode ser feito.

Ao longo da história do cuidado a saúde, quando um usuário requeria o serviço dos trabalhadores de saúde, as obrigações e as virtudes destes profissionais foram interpretadas como compromissos de beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Para tanto, apoiavam-se preferentemente em seus julgamentos pessoais frente às possíveis necessidades dos usuários, relacionadas ao tratamento, informações e consultas; presentes atitudes que entravam em confronto com a reivindicação dos direitos dos usuários de fazer suas próprias escolhas, com a manifestação de seu direito de autonomia.

Numa perspectiva de ética biomédica, há conflitos entre a primazia do respeito à autonomia e a primazia do respeito à beneficência profissional:

(...) Para os defensores dos direitos de autonomia dos pacientes, as obrigações do médico referentes à revelação de informação ao paciente, à busca do consentimento, à confidencialidade e à privacidade são

estabelecidas principalmente (e talvez exclusivamente) pelo princípio do respeito à autonomia” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 296).

Nesta visão, a ação médica está condicionada às preferências do usuário.

Por outro lado, existem defensores que fundamentam essas decisões na beneficência obrigatória atribuída ao médico, devendo este pautar sua ação pelo benefício médico ao usuário, ou seja, frente a escolhas irresponsáveis do usuário, a beneficência médica teria primazia sobre a autonomia do mesmo. Entretanto, não poderíamos dizer que há uma primazia de um princípio sobre o outro, pois “não há na ética biomédica nenhum princípio proeminente”, ou seja, “a beneficência fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e do cuidado a saúde, como o respeito à autonomia (e a não-maleficência e a justiça) estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar esta meta” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 297).

Justiça

A justiça como um tratamento justo, equitativo e apropriado, leva em consideração aquilo que é devido às pessoas. Beauchamp e Childress referem que:

Temos uma situação de justiça sempre que caibam, às pessoas, benefícios ou encargos em razão de suas propriedades ou circunstâncias particulares, como o fato de serem produtivas ou de haverem sido prejudicadas pelos atos de outra pessoa. Alguém que tem uma reivindicação válida baseada na justiça tem um direito e algo que lhe é devido. Uma injustiça, portanto, envolve um ato errado ou omissão que nega às pessoas um benefício ao qual têm direito ou de distribuir os encargos de modo equitativo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 352).

A expressão justiça distributiva, num sentido mais amplo, pode significar à “distribuição de todos os direitos e responsabilidades na sociedade”, como os civis e políticos (votar, liberdade de expressão...). Usualmente, a expressão justiça distributiva é referida como “a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da

sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social. Seu domínio inclui políticas que repartem diversos benefícios e encargos, como propriedades, recursos, taxas, privilégios e oportunidades”, as quais envolvem instituições públicas e privadas, dentre elas, as governamentais e o cuidado a saúde. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 352).

Muitas discussões éticas sobre benefícios em programas de saúde envolvem ponderação das vantagens e desvantagens referentes também a custos, riscos e distribuição na sociedade. As políticas públicas e institucionais baseadas na justiça distributiva resultam da aceitação ou rejeição de princípios materiais que identificam uma obrigação *prima facie* e que requer ser avaliada de acordo com as circunstâncias (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A concepção de justiça como equidade defendida por Rawls (1990) propõe que todas as pessoas têm direitos iguais, como o direito de exercer sua liberdade e à igualdade de oportunidades. No entanto, as desigualdades sociais devem ser vistas de modo desigual, ou seja, ele parte do princípio da diferença, o qual propõe o máximo benefício aos seres menos avantajados da sociedade.

Os princípios podem estar engajados numa teoria da justiça, porém, os conflitos entre os princípios criam um problema de prioridade, constituindo-se um desafio para um sistema moral que objetiva um princípio coerente. Neste sentido, “as teorias da justiça distributiva foram desenvolvidas para especificar e tornar coerentes nossos diferentes princípios, regras e julgamentos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 297).

No contexto da saúde, a partir do princípio da justiça todo ser humano deve ter as mesmas oportunidades de obter atendimento. Portanto, a aceitabilidade de qualquer teoria da justiça está relacionada com o seu argumento moral, o que justifica, na saúde, a justiça ser o mais relevante dentre os princípios.

De acordo com as considerações de Garrafa (1995, p. 12), “a evolução da teoria ética e da prática ética obedecem a um processo que é lento e gradual, mas dinâmico; tanto no que diz respeito às questões individuais como naquelas situações que se referem ao coletivo, guarda estreita relação com o desenvolvimento da democracia,

dos direitos humanos e dos princípios de cidadania”. É nesta concepção que surgiu a bioética, a qual tem se baseado em princípios e regras morais derivados dos diferentes tipos de teorias éticas, os quais servem para orientar o agir humano.

Cada teoria ética pode levar ao desenvolvimento e, também, à rejeição de importantes hipóteses na teoria moral. Torna-se importante que as questões éticas sejam mais discutidas na formação dos trabalhadores da saúde, que situações sejam dramatizadas, vivenciadas por professores e alunos para que a reflexão surja de modo a contribuir na formação ético-política de futuros profissionais.

A reflexão sobre os princípios e as regras nos remete a um entendimento mais profundo de valores, crenças, convicções individuais e coletivas. Assim, a ética prática “consiste em uma forma de reflexão sobre a prática ética dos indivíduos e das instituições sociais e políticas” (GARRAFA, 1995, p.12), de modo a encontrar novos valores que direcionem as decisões. No entanto, não existem princípios, valores ou regras absolutos, a partir dos quais as ações devem pautar-se; existe, sim, a possibilidade de um agir ético, que esteja baseado na liberdade, na responsabilidade, em escolhas e tomadas de decisões. Apresento, a seguir, a dimensão ética e suas implicações no exercício da autonomia.

2.2 A dimensão ética e suas implicações no exercício da autonomia

Frente às contradições e dilemas éticos no campo da bioética, inquietações podem servir como objeto de discussões, reflexões e críticas aos diversos tipos de teorias éticas. De acordo com Lenoir (1996, p. 68), “os problemas éticos são indissociáveis uns dos outros, haja vista que se ocupam de preocupações universais comuns: a preservação da dignidade e da liberdade da pessoa humana e a afirmação de sua responsabilidade, que é a contrapartida”.

Vários autores têm escrito sobre diferentes preocupações éticas na enfermagem, demonstrando que a ética profissional, cujas regras, normas e códigos são

indispensáveis à prática, não se reduz à ética de deveres e condutas, pois agrega valores morais, sejam estes denominados de princípios, virtudes ou cuidados (SARVIMÄKI, 1995; PER NORTVEDT, 1998; SCOTT, 1998, 2000; MCPARLAND et al. 2000).

Sarvimäki (1995), Per Nortvedt (1998) e Scott (1998) discutem e destacam a relevância do conhecimento moral para a prática da enfermagem, enfermagem ética e educação. Apontam como fundamental para organizar e expressar a ação moral, o conhecimento teórico-ético, pessoal e situacional, ou seja, um ser humano pode apresentar um conhecimento teórico dos princípios e não expressá-lo em ação, poderá saber o que é “bom” teoricamente e expressar em ação, no entanto, esse ato não reflete em virtude, nem senso de dever, ou vontade pessoal. Pode, ainda, apresentar limitações frente ao conhecimento teórico-ético, não entendendo a complexidade de uma situação, ocasionando uma ação indevida pensando em estar fazendo o bem. Sarvimäki (1995, p. 347) nos diz que “é difícil analisar situações concretas de um ponto de vista moral sem princípios abstratos e teorias, porque os princípios nos fazem sensíveis para os aspectos morais da situação”. Já Per Nortvedt (1998, p. 386) refere que: “Ser sensível às experiências humanas de uma pessoa é condição *sine qua non* de responsabilidade moral”.

Ao explorar a importância da emoção para a percepção e atuação moral, Scott (2000) destaca que uma boa enfermeira é aquela que desenvolve uma sensibilidade moral com os outros seres humanos, favorecendo a percepção mais apurada do contexto, pois o usuário pode despertar compaixão, preocupação e até mesmo frustração, sendo que o componente emocional nesta relação potencializa a ação de um modo comprometido. Scott (2000) ainda enfatiza que uma das razões chave para ensinar ética para trabalhadores da saúde é aumentar a percepção da dimensão moral da prática e apoiar o desenvolvimento de sensibilidade moral, contrapondo-se aos registros e ensino de ética para profissionais baseados no Código Profissional. Concorda com o proposto na ética Aristoteliana, em termos de sensibilidade, percepção da emoção, da importância de valores como virtudes, para que o aluno possa observar os usuários, olhar, ver e formar um julgamento clínico com base em

suas percepções.

McAlpine (1996, p. 119) avaliou pontos de vistas éticos da Filosofia, Psicologia e Enfermagem demonstrando as visões dicotômicas na Filosofia e Psicologia que influenciaram o pensamento ético em Enfermagem. Refere também que os enfermeiros precisam desenvolver “uma consciência crítica do âmbito e complexidade da discussão, e a habilidade para analisar conclusões alcançadas pelos teóricos de cada profissão”, pois cada trabalhador individualmente pode ter um ponto de vista que poderá influenciar a educação ética da enfermagem. Para tanto, é necessário uma reflexão crítica a respeito de desenvolvimento moral, pensamento ético e o papel da educação em ambos.

Beauchamp e Childress (2002) buscam oferecer uma estrutura para o julgamento moral e para a tomada de decisão que acompanhe esse processo, mostrando como a teoria ética pode iluminar problemas referentes à saúde e como pode contribuir para a superação dos limites impostos: “uma teoria ética bem desenvolvida proporciona uma estrutura no interior da qual os agentes podem refletir sobre a aceitabilidade das ações e avaliar os juízos e o caráter morais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 59). Neste sentido, os princípios são entendidos como guias de ação gerais, não precisos, pois permitem julgamentos sobre casos específicos, como parte da vida moral na qual temos responsabilidade.

McAlpine (1996) descreve o conflito interprofissional na Psicologia, entre “Kohlberg e Gilligan” ou teoria do desenvolvimento moral individual (obrigações individuais e coletivas, responsabilidades e direitos), criticada atualmente por muitos autores, desafiada por Carol Gilligan, que fundamenta as experiências morais de mulheres, numa “rede de cuidados e relações”, enfatizando a importância do contexto, a particularidade e o elo emocional, ou seja, julgamentos morais na perspectiva de afeto e responsabilidades necessárias no ato de cuidar. Assim como Gilligan (1982), Leininger (1990) defende uma “ética de cuidado”, na qual este é considerado a essência da enfermagem, através do desenvolvimento da percepção moral, da sensibilidade, de virtudes, de sentimentos e da habilidade para fazer escolhas, criticando outros teóricos que se baseiam em princípios e deveres. Já o trabalho de

Kohlberg, em programas de educação moral (como diferenciado de sua teoria de desenvolvimento moral), refere que o pensamento reflexivo necessita examinar valores pessoais e questões contextuais pertinentes e, que através de programas de educação moral construídos ao redor de experiências interativas com dilemas éticos reais ou simulados, haveria um desenvolvimento moral individual que favoreceria a tomada de decisões.

Scott (2000) reconhece em seus estudos que qualquer teoria em filosofia moral ou de ética de cuidado de saúde não pode negar o significado moral das emoções, pois a dimensão moral é inerente à prática clínica, o que implica ser sensível a este domínio mediante uma percepção moral apurada. Assim, além dos enfoques teóricos tradicionais, os conceitos de papel, deveres, responsabilidades combinados com as características pessoais (virtudes) pode favorecer interações entre os trabalhadores e usuários.

Assim, a enfermeira moralmente integrada foi caracterizada como tendo conhecimento teórico-ético que serve como um instrumento para reflexão ética; conhecimento moral pessoal em termos de, por exemplo, uma disposição cuidadosa e um senso de dever e responsabilidade; conhecimento situacional moral em termos de poder obter o significado ético de uma situação; e conhecimento de ação moral que significa que a enfermeira está fazendo o que é bom e direito (SARVIMÄKI, 1995, p. 351)

Para Scott (1998, p. 5):

O desenvolvimento psicológico, emocional, o intelectual, e físico de um indivíduo (fatores internos ao indivíduo) é crucial ao desenvolvimento da autonomia de um indivíduo. Estes fatores são pelo menos tão significantes para autonomia individual quanto o são os fatores externos como estruturas sociais ou outras pessoas.

Scott (1998, p. 5) refere ainda que “a sociedade é composta de indivíduos com um número vasto de papéis sociais diferentes, aspirações, e prioridades”. No entanto, cada ser humano possui responsabilidades, aspirações e prioridades individuais. Se víssemos por este ângulo, o conceito de autonomia seria vazio. É preciso, portanto,

incluir escolhas morais, realizadas após reflexão sobre o que o indivíduo entende como certo e errado, bom e mau, “estas escolhas são feitas no contexto de uma tentativa de viver a vida de acordo com a própria concepção da pessoa, do que quer fazer com sua vida. Isto não é levar o indivíduo para fora de seu contexto social e viver a vida como um processo puramente individualista ou, até mesmo, como um egoísta” mas lidar com a interação e responsabilidade com a família, amigos, comunidade e sociedade (SCOTT, 1998, p. 6).

A história de vida é de grande importância para a formação do caráter dos seres humanos. Não só as pessoas, mas o país, a região, a cidade, a escola, bem como a religião, o trabalho, a cultura, o modo de viver, de falar, o temperamento, o modo de ser e de exercer a liberdade podem ser a base sobre a qual se constrói a moralidade de um indivíduo.

Oliveira e Guilhem (2001, p. 64) referem que:

As experiências cotidianas e o contexto em que se dão as relações interpessoais, seja entre profissionais de diferentes áreas de formação, seja entre profissionais, pacientes e familiares, são raramente interpretados como fonte geradora de conflitos. Por isso, requerem um cuidadoso olhar voltado para as decisões a serem tomadas. Falar de ética, portanto, é falar de princípios, como os de prudência, autonomia, tolerância, honestidade, responsabilidade e respeito às pessoas, com suas diferenças e seu modo de agir, numa determinada perspectiva de mundo.

Portanto, a consciência ética e o exercício da autonomia podem ser condicionados por atitudes valorativas desde o início da vida.

Não nascemos éticos, mas nos tornamos éticos através do nosso desenvolvimento, do vínculo da ética com a educação como prática que concorre, permanentemente, para a formação de costumes e valores. A ética das relações não é inata, é apreendida por todos os indivíduos como seres sociais. Devemos, portanto, levar em conta a cultura, os conceitos de competência do indivíduo, a formação de uma vontade individual e coletiva, de valores, de respeito, em que cada ser humano busca conhecer-se e compreender-se, tendo noção de sua individualidade, das suas

limitações e possibilidades para, posteriormente, conhecer e compreender ao outro (COHEN; SEGRE, 1995). Tendo em vista o entendimento da ética e sua forte articulação com o agir autônomo, apresento a seguir a autonomia como componente da construção ética do sujeito.

2.3 A autonomia como componente da construção ética do sujeito

O respeito pelas escolhas autônomas das pessoas está profundamente inserido na moralidade comum, assim como qualquer outro princípio, mas há divergências acerca de sua natureza, de sua força e dos direitos do exercício da autonomia. O significado da palavra *autonomia* é derivado do grego, adquirindo um sentido mais específico no contexto de uma teoria, levando em consideração a liberdade e a capacidade de agir intencionalmente:

Autos (“próprio”) e nomos (“regra”, “governo” ou “lei”); foi primeiramente empregado com referência à autogestão ou ao auto-governo das cidades-estados independentes gregas. A partir de então, o termo autonomia estendeu-se aos indivíduos e adquiriu sentidos muito diversos, tais como os de 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)

De acordo com Pessini (2002, p. 19):

(...) não existe muito interesse em definir o conceito de autonomia, mas em estabelecer os procedimentos de análise da capacidade ou competência, por exemplo. Buscam-se ‘os caminhos da ação’ mais adequados, isto é, resolver problemas tomando decisões sobre procedimentos concretos.

Para Kant, a autonomia é: “o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (KANT, 2004a, p. 66). A moralidade, alerta-nos Kant, é a

“relação das ações com a autonomia da vontade, isto é, com a possível legislação universal por meio de suas máximas” (KANT, 2004a, p. 70). Considera que agir moralmente é agir racionalmente, ou seja, a autonomia da vontade de um ser racional é possível quando ela não se encontra sob a condição de uma legislação universal; ela é para si mesma a sua lei.

Como seres racionais, temos a consciência que nossas ações provêm de obrigações morais, ou seja, de regras ou imperativos categóricos. E é esta forma de lei que é característica das nossas obrigações morais, que espelha a natureza objetiva da moralidade:

(...) para um ser no qual a razão não é o único princípio da determinação da vontade, essa regra é um imperativo, ou seja, é uma regra designada por um dever [Sollen], que exprime a obrigação [Notigung] objetiva da ação, e significa que, se a razão determinasse completamente a vontade, a ação ocorreria inevitavelmente conforme tal regra. Assim, os imperativos têm um valor objetivo e são inteiramente distintos das máximas, enquanto estes são princípios subjetivos (KANT, 2004b, p. 28)

As ações, quando julgadas de modo objetivo, podem ser boas ou más. O ser humano sente-se responsável por suas ações e tem consciência de seu dever, portanto, a boa ação é a que determina a vontade por meio de representação da razão, sob leis objetivas. Uma boa vontade requer discernimento, argúcia de espírito, capacidade de julgar, coragem, tomada de decisão e firmeza de propósito como qualidades do temperamento, boas e desejáveis, mas que podem se tornar más e prejudiciais, se o caráter não for bom. Portanto, “o valor do caráter, que é moralmente, sem qualquer comparação, o mais alto, e que consiste em fazer o bem, não por inclinação, mas por dever” (KANT, 2004a, p. 26)

Deste modo, o motivo de uma ação com valor moral necessita originar-se do reconhecimento de que a pessoa deseja o que é moralmente exigido; o bem se impõe como um dever; a ação é passível de ser concebida e desejada sem contradição, o que é denominado de máxima ou imperativo categórico. A necessidade de agir conforme o

dever não parte de sentimentos, inclinações, mas das relações dos seres racionais entre si, nas quais as vontades dos seres precisam ser concebidas como universalmente legisladoras, constituindo-se num imperativo categórico (KANT, 2004a)

Portanto,

(...) cada coisa na natureza atua segundo certas leis. Só um ser racional possui a capacidade de agir segundo a representação das leis, isto é, por princípios, ou somente ele possui uma vontade. Como para derivar as ações das leis se exige a razão, a vontade outra coisa não é senão a razão prática. Se a razão determina infalivelmente a vontade, então as ações de tal ser, que são conhecidas como objetivamente necessárias, são também subjetivamente necessárias, ou seja, a vontade é a faculdade de não escolher nada mais que a razão, independente da inclinação: conhece-a como praticamente necessária, quer dizer, como algo bom (KANT, 2004a, p. 43).

Para Kant (2004a, p.79), “a vontade é uma espécie de causalidade dos seres vivos, enquanto racionais, a liberdade seria a propriedade dessa causalidade”. É importante distinguir uma ação praticada de acordo com a lei motivada por coerção, medo e recebimento de uma recompensa, a qual não possui valor moral, de uma ação que é para si mesma a sua lei, o que Kant denomina de autonomia da vontade.

A essa capacidade que um ser racional tem de agir de acordo com leis objetivas determinadas unicamente pela razão, Kant chama de liberdade. Para o autor, a todo o ser racional que tem uma vontade, deve ser atribuída a idéia de liberdade, a qual determina suas ações, “a vontade livre e vontade submetida a leis morais são uma só e a mesma coisa” (KANT, 2004a, p. 80). Ser livre é ser moralmente responsável.

A liberdade nada é mais do que a autonomia, a subordinação à lei moral. A propriedade da vontade de ser livre para si mesma caracteriza e reconhece a necessidade da lei e a sua absoluta autoridade sobre nossas ações como agentes morais:

(...) como ser racional e, portanto, pertencente ao mundo inteligível, o homem não pode jamais intuir a causalidade de sua própria vontade senão sobre a idéia de liberdade, pois a independência das causas determinantes do mundo sensível (independência que a razão tem sempre de se atribuir) é a liberdade. Ora, à idéia da liberdade está inseparavelmente ligado o conceito

de autonomia, e a este, o princípio universal da moralidade, que serve de fundamento à idéia de todas as ações de seres racionais, tal como a lei natural está na base de todos os fenômenos (KANT, 2004a, p. 85)

Essa visão de liberdade denota a existência da relação da autonomia com a liberdade. Assim sendo, uma pessoa pode ser autônoma se age livremente, tanto no sentido negativo, como no sentido positivo da liberdade. Deste modo, para Kant, o significado de agir autonomamente é a constituição da vontade, ou seja, a escolha realizada:

(...) escolher senão de modo a que as máximas da escolha no próprio querer sejam simultaneamente incluídas como lei universal. Que essa regra seja um imperativo (...) o qual, contudo, não exige nem mais nem menos do que precisamente essa autonomia, a nossa habilidade e responsabilidade para saber o que a moralidade requer de nós (KANT, 2004a, p. 70-71)

Neste sentido, a todo ser dotado de razão e vontade, a propriedade de agir sob a idéia de sua liberdade pressupõe a consciência de uma lei de ação de valor universal como princípios que possam, também, servir para a nossa própria legislação universal. Assim, “todo o ser racional – existe como fim em si mesmo, e não apenas como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade” (KANT, 2004, p. 58). As pessoas são vistas como fins em si mesmas e não como um meio.

Em oposição à autonomia da vontade, encontra-se a heteronomia da vontade. Um ser que age heteronomamente não age segundo os mandamentos da razão, podendo agir por medo, coerção, espera de recompensa, destituídos de valor moral, pois não é a vontade que dá a lei a si mesma. Aquele que age em heteronomia, age segundo os princípios empíricos, os quais “jamais servem para que sobre eles sejam fundadas leis morais” (KANT, 2004a, p. 72). As máximas de uma ação heterônoma, ao contrário da ação baseada na autonomia da vontade, têm uma circunstância contingente, são máximas obtidas pela experiência, a necessidade prática

incondicional é imposta, destituída de valor moral (KANT, 2004).

Scott (1998) demonstra que o exercício da autonomia pode ser limitado por fatores internos e externos, sendo que os internos podem influenciar mais no desenvolvimento e manutenção da autonomia e os externos no seu exercício, associando que experiências psicológicas de um indivíduo dependente levam a características ou qualidades submissas. Por outro lado, Scott (1998, p. 7) demonstra ser possível sugerir que, a partir de “um certo nível mínimo de maturidade intelectual e emocional, as pessoas podem ser ajudadas a chegar à autonomia”; referindo que as crianças podem receber responsabilidades crescentes para certas tarefas de acordo com a idade e a experiência.

Cada um de nós, individualmente e como um ser de relações nas práticas de saúde, aspira à preservação de sua liberdade, sua criatividade, sua autonomia. Assim, poderíamos considerar que a autonomia pode “ser resgatada de suas formulações individualistas originais e restabelecida dentro do contexto de um apelo a uma possível forma de comunidade, na qual se possa superar a alienação, se possa abolir a falsa consciência e realizar os valores da igualdade e da fraternidade” (MACINTYRE, 2001, p. 437).

O cuidado da saúde do indivíduo é apresentado como um microcosmo dentro do qual se considera a autonomia, como contra o macrocosmo de existência social geral. Por exemplo, a idéia que autonomia pessoal não é sinônimo da liberdade de ação ou independência simples parece aplicável na situação de cuidado da saúde como num contexto social mais amplo. A noção de que há limitadores externos e internos, por um lado, no desenvolvimento e manutenção da autonomia, e no exercício de autonomia, por outro, parece tão verdadeira na situação de cuidado da saúde quanto em outras áreas da existência humana. Por exemplo, contratos de emprego, hierarquias profissionais, demandas múltiplas na lealdade do profissional e freqüentemente obrigações múltiplas são alguns dos limitadores externos mais óbvios na autonomia do profissional de saúde (SCOTT, 1998, p. 7).

Assim, considera-se que o exercício da autonomia dos trabalhadores da saúde pode ser limitado também por estruturas hierárquicas da organização profissional.

Scott (1998, p. 8) refere que:

(...) há uma tendência para confundir prática autônoma com autonomia moral; por exemplo, muitas enfermeiras, talvez a maioria em sociedades ocidentais, não são profissionais autônomas. Ou por definição ou por evolução de papéis de prática, parte do trabalho da enfermeira é dependente de decisões médicas e prescrição. As estruturas institucionais nas quais as enfermeiras trabalham, e as organizações profissionais (por exemplo, os códigos de prática) perpetuam este vínculo como apropriado. Estes dois limitadores posteriores, estruturas institucionais e organizações profissionais, também afetam o potencial para prática autônoma pelos médicos.

Neste sentido, podemos considerar que contextos e estruturas nos quais os trabalhadores de saúde desempenham seu fazer podem interferir no exercício da autonomia.

O cuidado em saúde é uma atividade moral, ou seja, o modo pelo qual os trabalhadores da saúde desempenham suas ações têm implicações morais importantes. Para MacIntyre (2001, p. 125), “cada um de nós aprende a se considerar um agente moral autônomo, mas cada um de nós também se empenha em modalidades de costumes, estéticos ou burocráticos, que nos envolvem em relacionamentos manipuladores com o próximo”, os quais muitas vezes, são rejeitados para si mesmo. Refere, ainda que “a incoerência de nossas atitudes e da nossa experiência provêm do esquema conceitual incoerente que herdamos” (MACINTYRE, 2001, p. 125).

Scott (1998) considera que a ação moral e a autonomia moral da enfermeira encontram-se comprometidas como resultado de noções de autonomia, liberdade, independência, prática profissional. Para mudar este panorama e obtermos um significado moral, os trabalhadores da saúde precisam resgatar a sensibilidade, importar-se com os usuários, manter a sua dignidade. Para tanto, “precisam de ajuda para reconhecer a dimensão moral de sua prática e determinar suas limitações profissionais individuais e morais” (SCOTT, 1998, p. 9).

Em um contexto de saúde, os trabalhadores freqüentemente apresentam uma preocupação excessiva com o avanço tecnológico, o que pode ser um limitador externo

para o exercício de sua autonomia moral. Os trabalhadores de saúde devem estar atentos para esses fatores, reconhecer suas responsabilidades, levar em conta as implicações morais de suas ações. Para tanto, podem necessitar de ajuda para desenvolver a perspicácia na dimensão moral e, também, de habilidade para estabelecer o diálogo (SCOTT, 1998).

Scott (1998) considera relevante uma análise de autonomia em que a autonomia pessoal não seja redutível à auto-determinação, à independência, pois os trabalhadores da saúde estão em constante interação e interdependência com o meio ambiente e com o contexto social em que estão inseridos os clientes, famílias e sociedades, o que implica a existência de certas estruturas formais e informais que regulam o comportamento social nos mais diversos graus (SCOTT, 1998).

Segundo MacIntyre (2001, p. 284), “o caráter do indivíduo pode ser, a qualquer momento, um conjunto de virtudes e vícios, e estas disposições vão se apropriar da vontade para que rume numa ou noutra direção”. Assim, caráter visto como um conjunto de virtudes, de coragem, justiça, honestidade, confiança, sinceridade, dentre outras, tem o seu valor moral.

A partir destas considerações, o construir-se para o exercício da autonomia pode ser visto como a possibilidade de ser ético no exercício profissional. Para tanto, ponderando as dimensões em que o sujeito pode construir-se eticamente para um fazer autônomo, trago a educação para o trabalho e o próprio trabalho como possíveis espaços privilegiados nesta elaboração.

2.4 A educação e o trabalho como componentes da construção e (des)construção do sujeito ético

A educação pode ser entendida como um processo através do qual o ser humano busca a superação de suas imperfeições; pode favorecer a construção de alternativas ou possibilidades para a escolha do seu caminho. A educação é um ato construído pelos sujeitos que aprendem e ensinam por meio de relações dialógicas.

Pode constituir-se em instrumento para que o homem construa a sua cultura e a sua história, possibilitando o estabelecimento de relações de reciprocidade, como uma possibilidade de construção de si e do outro como sujeitos autônomos e éticos (FREIRE, 1997).

A educação pode, então, desenvolver uma postura de questionamento, de atitude crítica, graças a qual o homem escolhe e decide, examina e critica os atos diários cumpridos seja por compromisso e dever profissional, expressão de sua condição de sujeito autônomo e ético, seja por rotina, tradição, de modo, muitas vezes, não consciente. A educação desempenha um importante papel na construção do ser humano, um espaço que pode dar sentido à sua vida. Dessa forma, educar é um ato imprescindível para as pessoas, não se constituindo apenas em “um dever, mas em um direito”. Através dela, o homem é homem, se faz, aparece; trabalha, se torna reconhecido e deixa impressa a marca de sua passagem (FREIRE, 1980).

Neste sentido, a educação para um fazer autônomo e ético pode ser a possibilidade de transformação social; não só a formal, mas toda a ação educativa que propicia a reformulação de hábitos, e a aceitação de novos valores e estímulo à criatividade. Assim, o Hospital Universitário se reveste de grande significação, não só pela demanda atendida, mas, principalmente, por constituir-se numa instância educativa, podendo ser fundamental tanto para o processo de formação final dos trabalhadores em saúde quanto para o exercício da educação para a saúde.

Rego apresenta, em seu livro “A formação ética dos médicos”, a possibilidade de entendermos a formação ética como dinâmica, não só na profissão médica, já que suas reflexões aplicam-se aos demais processos na área da saúde. Destaca que as questões éticas não se limitam ao mercado de trabalho e à organização, mas que um “estudo criterioso e sistemático da formação profissional é um dos caminhos preferenciais para que se possa entender melhor essa situação e analisar os melhores caminhos e estratégias que podem ser estabelecidos para estimular e promover mudanças” (REGO, 2003, p. 17). Refere ainda a carência deste tipo de estudo no Brasil, pois poucos profissionais dedicam-se à formação ética.

O autor aponta que a formação profissional está longe de se restringir à

capacitação técnica e à transmissão de conhecimentos teóricos, mas diz respeito aos aspectos da relação entre médico, usuário e estudante, destacando a conformação da identidade profissional e a transmissão de valores culturalmente específicos à profissão. Traz alguns questionamentos, procurando discutir como esses valores são perpetuados, dentre eles:

Como é possível explicar, e entender, a aderência dos estudantes ao Código de Ética e aos valores profissionais? Como os estudantes de Medicina aprendem a se relacionar com seres humanos em uma condição de pacientes? Como aprendem a se comportar e como lidam com situações em que são compelidos a tomarem as decisões mais adequadas, sabendo que essas decisões poderão interferir de forma significativa na vida desses indivíduos? O que orienta sua atuação é a formação moral que cada indivíduo traz da educação familiar? Qual o papel desse histórico educacional na sua formação moral? (REGO, 2003, p. 47).

Ao discutir como o estudante se apresenta ao usuário, Rego (2003) procura refletir acerca dos valores ensinados, demonstrados, difundidos, sugeridos no seu processo de formação profissional e de que modo os reconhecem, como a experiência clínica, a autonomia, bem como os dilemas éticos resultantes desta aprendizagem, o comportamento ético e a tomada de decisão, envolvendo o desenvolvimento de sua capacidade cognitiva de usar a razão para a discussão moral.

O autor faz uma reflexão sobre os modelos teóricos explicativos do desenvolvimento moral, enfatizando que este não deve se limitar à adesão a um princípio moral específico ou outro. Enfatiza que podemos discordar ou concordar dos valores aceitos por um ser humano individualmente, mas considera a importância da capacidade individual de analisar racionalmente os problemas morais independentemente de seus valores.

Para este autor, as idéias de Kohlberg e de Gilligan podem ser usadas como indicadores do desenvolvimento moral. No entanto, o que determina o seu desenvolvimento é: “a capacidade de raciocinar, autonomamente e decidir. A autonomia do indivíduo não deve ser tampouco entendida, com esta afirmação, como

um princípio moral absoluto que deva ou possa ser confundido com um egoísmo ou com a possibilidade de se tomar decisões baseadas nas suas necessidades individuais” (REGO, 2003, p. 99-100). A autonomia diz respeito ao processo reflexivo desenvolvido por um indivíduo, considerando interesses relacionados ao problema, empreendendo relações interpessoais e “a capacidade de considerar os múltiplos aspectos relacionados com a decisão moral, inclusive os emocionais – reconhecidamente, não racionais” (REGO, 2003, p. 100).

Dallari (1996) faz uma perspectiva internacional no ensino da ética em saúde através de entrevistas, com personagens influentes em escolas, países e continentes do mundo. A partir de considerações realizadas, aponta que na França há mais interesse no desenvolvimento tecnológico do que ético; nos Estados Unidos, o ensino corresponde às necessidades da sociedade americana, procurando despertar uma tomada de consciência frente aos problemas éticos através de diferentes abordagens; em Montreal, apesar dos questionamentos éticos na prática dos profissionais de saúde, o ensino da ética permanece negligenciado, pois é realizado como disciplina optativa; somente nos cursos de pós-graduação, a temática é abordada em forma de seminários. Destaca que, no Zaire, há um empobrecimento em matéria de ética; no Chile, este ensino corresponde à necessidade dos médicos e não da sociedade. A partir da análise realizada, Dallari (1996, p. 90) questiona o perfil do profissional desejado, referindo que:

(...) a causa é saber se queremos que os profissionais ‘possuam’ ao fim de sua formação as normas, o código que deve reger suas práticas, ou se se deseja, porque agora julgado necessário, que os profissionais tenham desenvolvido a competência ética, ou seja, a capacidade de problematizar, de colocar, de bem colocar e de constantemente responder às questões éticas em termos que sejam, ao mesmo tempo, rigorosos e pertinentes.

Dentre os achados, considerou que a sensibilidade para questões éticas e o empenho nas suas resoluções são essenciais e que o ensino da bioética deveria visar o desenvolvimento de uma competência ética, ou seja, da capacidade de refletir e de

debater. Leonir (1996) também analisou a importância do ensino da bioética em todos os níveis da formação do ser humano, considerando que é no ensino da bioética que se sensibiliza para as questões éticas.

De acordo com Gomes (1996, p. 56), os objetivos imediatos da formação ética para o profissional de saúde são “aqueles dirigidos para o reconhecimento e fomento de valores na consciência do profissional”, ou seja, a formação do caráter e de valores morais tendo como base os princípios para a tomada de decisões nas relações com o outro e o meio ambiente. Dentre os valores essenciais para a formação do caráter, Gomes considera a justiça, a bondade, o respeito, a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a solidariedade, o sigilo, a preservação da vida e a virtude consistente à conduta profissional adequada.

Tuck descreveu uma filosofia de enfermagem a partir de dez hospitais pesquisados, estabelecendo valores e princípios para a tomada de decisão. Os valores intencionalmente escolhidos identificam o propósito da enfermagem ou servem como base para determinar os objetivos. Dentre os valores identificados, encontram-se o “cuidado, profissionalismo, individualismo, necessidade de realização, cultura, bem estar ou saúde e adaptação” (TUCK, 2000, p. 181). Conclui em seu estudo que, nas instituições em questão, as enfermeiras são confrontadas com necessidades de equilibrar seu compromisso e os interesses do cliente e a limitação frente aos recursos materiais e humanos. Destaca ainda que para o gerenciamento do cuidado em saúde, a padronização de algumas medidas é essencial, exigindo um ambiente favorável no qual os valores de enfermagem sejam continuamente envolvidos.

Gomes (1996) refere que a Medicina carece de fundamentos éticos, destacando que o ensino da ética dos profissionais de saúde ocorre com a formação de hábitos, crenças e valores e personalidade desde a infância e juventude, no ciclo familiar e social. Considera relevante a formação ética do profissional de saúde desde o início das disciplinas básicas do estágio pré-clínico com noções gerais de ética, as quais devem ser acrescidas de ensinamentos teóricos e de introdução à bioética, realizando reflexões desde suas experiências iniciais com seres humanos e animais, bem como ao longo de todo o curso e que uma das estratégias pode ser a promoção de seminários

específicos para favorecer a reflexão e conduta do acadêmico.

Direcionando meu olhar para o ensino da ética na área da saúde, considero que, na maioria destes cursos, a ética vem sendo estudada, aprofundada e tratada de uma forma insuficiente, em especial frente a inúmeras inovações que têm surgido. Assim, esta consideração decorre da relevância que a ética tem no exercício de profissões que tratam de questões relativas à vida, à morte, à saúde e à doença, com seus múltiplos significados e possíveis repercussões para os sujeitos que as enfrentam, seja como usuários seja como quem os assiste e cuida. No elenco de disciplinas da área da saúde das Universidades Brasileiras, a ética parece receber um destaque insuficiente, frente a sua relevância e necessidade em qualquer campo de atuação. Focalizo sua carga horária, geralmente reduzida, seu conteúdo freqüentemente pouco abrangente e/ou pouco aprofundado, além do próprio isolamento em que esta disciplina se desenvolve em relação ao conjunto do currículo.

São inúmeras as situações de comprometimento ético e/ou de questionamento ético enfrentadas e vivenciadas nas diferentes disciplinas destes cursos, as quais podem não ser objeto de estudo e análise por parte dos docentes e discentes, constituindo-se em perdas de oportunidades de um maior aprofundamento e instrumentalização dos futuros profissionais (enfrentamento do paciente terminal, revelação ou não do diagnóstico, cuidado da mulher que interna por aborto provocado (LIPINSKI, 2000)]; sobras de medicações apontando para a sua administração incorretamente (SILVEIRA, 2000) pacientes com diagnósticos de HIV (GONÇALVES, 1998); falta de leitos no hospital, insuficiência de recursos humanos e materiais.

Entender a educação como um processo que não se esgota, e o mundo do trabalho como um possível espaço educativo, é o primeiro passo para o crescimento de uma profissão e de seus profissionais. No dizer de Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p. 95):

(...) o processo de desalienação do trabalhador pela apropriação do significado político e social de seu trabalho, pela sua participação na organização do trabalho, tanto na concepção como na execução das tarefas, mobilizando suas energias e 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.

Os profissionais da saúde, portanto, desenvolvem suas atividades assistenciais através do trabalho em equipe. Conseqüentemente, a qualidade desse trabalho depende do desempenho tanto individual como coletivo desses trabalhadores. Daí, a importância do conhecimento dos trabalhadores da saúde frente ao compromisso e à responsabilidade ético-legal no exercício profissional. Para tanto, precisam ser competentes, refletindo o que fazem e para que fazem, testemunhando seu gosto pela vida e pelo trabalho, de modo a não apenas integrar "seu jeito de ser", suas características pessoais (suas crenças, personalidade, postura,) à cultura organizacional (organização, compromisso, responsabilidade, hierarquia). Reconhecer que o que favorece a mudança desejada é o desafio em criar oportunidades de experiências para que os trabalhadores as vivenciem, entendendo a educação como um exercício constante, em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia.

O trabalhador pode, então, descobrir-se como sujeito histórico, dar um novo sentido para o trabalho, buscando o equilíbrio para sua inserção no meio social, em busca de sua realização, de qualidade de vida. Através do trabalho, o ser humano poderá fazer a sua opção de "ser mais"².

No entanto, observam-se diferentes profissionais, com práticas semelhantes ou não, formações diferenciadas, egressos de variadas instituições de ensino com evidências de diversificadas relações éticas.

² O trabalho então, exerce forte influência na existência das pessoas, podendo construir ou (des) construir os profissionais de saúde, no que se refere a uma prática ética. A construção sócio-individual dos trabalhadores o influencia e reflete-se na interação dos componentes da equipe de trabalho. As pessoas, no trabalho, podem vivenciar um processo contínuo de aprender a ser, de aprender a fazer, de refletir, conscientizando-se, junto com o grupo, quanto às suas dificuldades e necessidades de aprendizagem. O trabalho pode constituir-se em um espaço educativo para os trabalhadores, possibilitando-lhes transformar e transformar-se: "o trabalho é necessário para a reprodução da vida humana, mas é algo mais que sua mera reprodução mecânica. Ele incorpora um elemento de vontade que o converte em atividade livre e, de maneira geral, na base de toda a liberdade" (ENGUITA, 1989, p. 10). Neste pensamento, o homem idealiza, pensa e, de acordo com seu pensamento ou sua vontade, pode participar da transformação de seu mundo exterior, através de seu trabalho e, dessa forma, sentir-

Oliveira e Guilhem (2001, p. 65) nos dizem que "nos diferentes cenários do agir profissional, cada enfermeira reflete, na esfera pública durante o exercício de sua profissão, o modo de ser aprendido e apreendido durante o seu processo de socialização: inicialmente como mulher, depois como enfermeira, e que a transforma em uma pessoa". Para Backes (2000), a formação profissional pode favorecer o exercício da autonomia através de uma prática pedagógica consciente, crítica, com socialização de saberes, inquietações e angústias.

Loureiro e Vaz (2000) consideram que apesar de existir um discurso por parte dos docentes sobre a importância do exercício para a autonomia do enfermeiro, como seres de transformação social, ainda ocorre o predomínio do desenvolvimento da heteronomia na formação das alunas, demonstrado através da inadequação da tentativa para que as alunas se assumam como sujeitos, pois estas muitas vezes são tratadas como objetos.

Já Kelly (1998) realizou um estudo de seguimento (follow-up) procurando descrever e interpretar como enfermeiros recém-graduados percebem sua adaptação ao "mundo real" da enfermagem hospitalar e as principais influências na sua concepção de ser moral e ético, nos dois anos seguintes à própria graduação. Constatou, além da mudança de valores morais e papéis éticos, que a preservação da integridade moral constitui-se no processo psico-social básico, tendo identificado seis diferentes estágios vivenciados por estas enfermeiras, em decorrência da sua inserção no mundo do trabalho da enfermagem: vulnerabilidade; dar conta do plantão diário; dar conta do sofrimento moral; alienação do *self*; dar conta da perda de ideais; integração de um novo auto-conceito profissional.

A partir de um processo educativo realizado com um grupo de enfermeiras egressas de uma mesma universidade, mas graduadas em épocas distintas, Siqueira (1998) constatou que, apesar de as alunas questionarem e criticarem as práticas desenvolvidas pelas enfermeiras, ao serem absorvidas pelo mesmo hospital, não realizavam, na prática, as mudanças propostas como acadêmicas, acomodando-se ao

se livre. Livre na medida em que desenvolve suas potencialidades individuais e luta pela sua

restante do grupo. Entre os achados, destaca a incongruência entre o ensino e a prática, considerando o ensino idealizado, o que não possibilita o preparo da enfermeira para o enfrentamento de problemas que interferem na qualidade da assistência prestada ao usuário. Freitas (1993), também, a partir da percepção da incongruência entre teoria e prática, buscou compreender a autonomia sobre a perspectiva dos enfermeiros que a vivenciam no cotidiano, desvelando o seu significado existencial.

Lunardi Filho (1995) identificou, nas enfermeiras, sentimentos de impotência, falta de importância e reconhecimento, de desvalorização e de culpa por maus resultados e erros cometidos no seu trabalho. Constatou, ainda que as enfermeiras se percebem como responsáveis não apenas pela organização do ambiente de trabalho, pela manutenção das condições de trabalho e por assegurar a realização das atividades de outros profissionais, mas, também, pela execução diária das ações de cuidado através da implementação, gerenciamento e controle destas diferentes atividades.

Portanto, o processo de construção do ser humano concerne ao que somos, ao que fazemos e a como nos percebemos, estando ligado a amplos processos históricos, nos quais se estabelecem relações éticas ou não e se constroem sujeitos autônomos e éticos ou não. Apesar de cada ser possuir sua construção de subjetividade, seus valores, crenças e ideais, os trabalhadores da saúde podem comprometer sua construção de sujeito autônomo e ético no ambiente de trabalho ao depararem-se com situações desfavoráveis, conflituosas, de desrespeito, de desvalorização, de não interação entre trabalhadores e usuários, dentre outras. Tais vivências que ocorrem no ambiente de trabalho podem influenciar o comportamento e, sobremaneira, interferir no processo de (des) construção para o exercício ético. O trabalho, portanto, forma ou (de) forma os trabalhadores.

Apesar de o meio ambiente de trabalho poder interferir na construção dos trabalhadores da saúde como um sujeito ético e autônomo, ou não, trabalhadores que atuam neste mesmo meio podem apresentar diferentes exercícios profissionais, no que se refere a uma prática autônoma ética.

Neste sentido, compartilho da idéia de Nietzsche e Backes (2000, p. 160) de que: "o exercício da autonomia é um valor a ser conquistado e garantido cada vez mais pelo profissional e clientela, embora, ainda, ele seja limitado pela convivência social. Exercer a autonomia, respeitando a vida e dignidade do outro, faz parte da conquista emancipatória do sujeito".

Para tanto, a sociedade tem necessidades que exigem profissionais éticos, que permitam, neste contexto, a relação com o outro enquanto sujeito, numa relação sujeito-sujeito, em que a subjetividade, a emoção, o afeto, a confiança, a estética aflorem nesta relação embasada na ética.

Nesta perspectiva, apesar de ter apresentado algumas idéias e reflexões de pensadores e estudiosos que discutem a educação, o desenvolvimento moral, a autonomia, a ética, as diferentes teorias éticas e suas interfaces com a bioética, apresentando alguns enfoques centrais do princípalismo, revelando possíveis inter-relações e sua importância para a compreensão e direcionamento das ações, entendo que, para utilizar o referencial teórico-metodológico de Leininger sobre Etnoenfermagem, se faz necessário transitar também por estudiosos que discutem a cultura, a cultura organizacional, os valores, o homem como um ser cultural.

2.5 A cultura de uma organização

O mundo moderno possibilitou aos seres humanos um elevado acúmulo de conhecimentos, avanços tecnológicos e informações, com o desenvolvimento das sociedades capitalistas, por meio de um fluxo intenso de capitais, produtos, transformações; produzindo a exclusão e a marginalização, em decorrência de um modelo econômico que tem privilegiado o acúmulo de riquezas por meio de relações de produção e do desenvolvimento tecnológico: "mercantilizam-se a vida e as relações humanas mediante um processo de globalização que tem como objetivo a integração de mercados consumidores e produtores" (AHLERT, 2003, p.27).

A sociedade, nesta época de complexidades, vem passando por múltiplas transformações; e a ciência vem se desenvolvendo de um modo extremamente rápido, sem que as implicações éticas destes avanços sejam suficientemente discutidas e analisadas. De modo semelhante, nas instituições de saúde, há uma aguda crise de qualidade e de valores; alguns trabalhadores encontram-se desmotivados, acomodados, com comprometimento no exercício da sua autonomia e, cotidianamente, enfrentam situações dilemáticas referentes às tomadas de decisão quanto ao *que fazer, como fazer, porque fazer ou não fazer*, que podem ter inúmeras implicações éticas tanto para si próprios, como para os clientes por eles assistidos.

Essas transformações podem ocasionar uma crise de valores e quebra de paradigmas que norteiam os segmentos da sociedade. As interações sociais ocorrem entre pessoas diferentes, com uma diversidade de níveis sociais e culturais. No contexto das organizações, a cultura emerge como uma das possibilidades para a compreensão do modo de ser e agir dos trabalhadores da saúde nos ambientes organizacionais.

Assim, mais do que um conjunto de idéias, normas e hábitos; o termo cultura tem sido empregado para fazer referência ao modo de vida praticado pelas instituições e sociedades: características de um grupo humano, que guia pensamentos, decisões e ações de forma padronizada, ou seja, seus valores, crenças, modos de ser, de fazer, de se organizar e de se relacionar com o outro (LEININGER, 1991)

Para Huntington (2002, p. 13), a cultura é definida “em termos puramente subjetivos, como os valores, as atitudes, as crenças, as orientações e os pressupostos subjacentes que predominam entre os membros de uma sociedade”. A cultura, do ponto de vista subjetivo, pode influenciar o grau de desenvolvimento que determinado grupo social alcança ou deixa de alcançar, no plano econômico e na democratização política. Neste sentido, a cultura influencia e é influenciada pelo contexto: fatores psicológicos, institucionais, políticos, climáticos, geográficos (HARRISON, 2002).

Porter destaca que os valores culturais mudam mais lentamente do que as atitudes e que as atitudes de indivíduos e organizações são fortemente afetadas “pelo que eles julgam ser o caminho para a vitória” (PORTER, 2002, p. 62). Assim, o que é considerado como necessário ser realizado para atingir a prosperidade tem muito a ver

com o comportamento das pessoas e, suas crenças refletem-se em valores e atitudes. O comportamento das pessoas na sociedade relaciona-se com incentivos do sistema econômico, social e político em que vivem. Assim, crenças, valores e atitudes sociais ou morais podem moldar o desenvolvimento das organizações, tanto positiva como negativamente (PORTER, 2002).

Falar em cultura implica falar sobre a possibilidade de adaptação do ser humano à realidade do grupo no qual está inserido, interiorizar valores e crenças partilhados, o que pode fortalecê-los ou desintegrá-los. Falar de valores é, portanto, falar de um processo cultural, em que os valores podem ser aceitos ou negligenciados “dentro de um campo cultural”; pertencendo a uma província da cultura chamada ética. Os preceitos éticos de “comportamento de alguém que age por respeito a valores intrínsecos anteriormente aceitos por vontade própria e mais tarde incorporados como imperativo interior é chamado de ‘moral’. A pessoa é moral quando responde a valores intrínsecos” (GRONDONA, 2002, p. 91).

Nesta perspectiva, para discutir a idéia de que valores e comportamentos culturais podem favorecer ou ser um obstáculo ao progresso de uma organização, é imperativo não dissociá-los do processo de construção dos trabalhadores da saúde: na família, na formação, no contexto de trabalho e também, frente às transformações da sociedade contemporânea, uma vez que esses valores e comportamentos se refletem nos modos de ser e fazer das pessoas. Trata-se, sem dúvida, de uma discussão ampla, e que deve levar em consideração, entre outros aspectos, os seguintes: uma relação estreita entre o que os trabalhadores aprendem e as necessidades da sociedade, bem como os múltiplos desafios que se originam em diferentes níveis de seu contexto de vida, o que inclui as condições sociais, econômicas e políticas vigentes no país (MONTANER, 2002).

Weisner (2002) refere que o desafio é organizar as atividades e instituições organizacionais, ao invés de mudar os valores e práticas familiares, uma vez que as crenças e valores culturais são adaptáveis e flexíveis; portanto, possíveis de serem interiorizadas a partir de vivências; “a cultura é uma mistura de valores e crenças partilhados, atividades organizadas nas rotinas diárias da vida e experiências de

interação com significado emocional” (WEISNER, 2002, p. 210). Assim, entende-se por cultura: os valores, crenças e práticas que constituem a vida em comum dos seres humanos nos grupos sociais; seus modos de pensar, de sentir e de agir, os quais, tendo sido aprendidos e partilhados por uma pluralidade de pessoas, passam a integrá-las em uma coletividade distinta de outras, como resultado de suas ações.

Para compreender a cultura de uma organização, é necessário entender a cultura dos trabalhadores, como se construíram no processo familiar, na formação acadêmica, suas concepções de vida em sociedade, seus valores e a forma de organização em grupo, visto que suas características culturais individuais tendem a se refletir nas culturas organizacionais. As organizações estão inseridas em um ambiente cultural e na dinâmica de interação com este ambiente, podendo estruturar normas, valores, orientar condutas, influenciando e sendo influenciadas por seus integrantes. Portanto, os trabalhadores que exercem suas atividades nas organizações contribuem para esse intercâmbio constante, sendo seus valores componentes para o desenvolvimento da cultura organizacional: quanto mais nela se integram, mais adquirem novos hábitos e agem de acordo com o que é aceito e capaz de fazer com que se considerem parte desta cultura. Cada trabalhador, nas mais diversas circunstâncias, pode orientar-se por valores que lhe induzem a agir de determinado modo em detrimento de outro.

A cultura organizacional, portanto, é constituída por um conjunto de crenças e valores que norteiam as interações entre os trabalhadores da organização entre si, com os usuários e a família. Os valores são como que qualidades incorporadas como resultado das relações dos trabalhadores, de suas preferências e rejeições, e expressos em ações pautadas na honestidade, no respeito e na justiça. São sujeitos em um tempo histórico e cultural, sendo assumidos livremente. Portanto, cada trabalhador subjetivamente faz suas escolhas. No entanto, os valores poderão ser validados no consenso da cultura organizacional em que este está inserido.

2.5.1 O ser humano como ser cultural

O ser humano é um ser no mundo e, num processo de interdependência com os

outros seres, estabelece suas relações, convive com outros, influencia e é influenciado, sendo capaz de construir sua história. A vida em sociedade se impõe ao ser humano. Sem poder ignorá-la, este interioriza crenças e valores, adquire conhecimentos, modos de agir, de tomar decisões e de dar respostas às diferentes circunstâncias da vida social. O modo como os seres humanos interpretam a si mesmos, como estabelecem suas relações com os outros, muitas vezes, requer que estes se adaptem às exigências da vida coletiva e se integrem às suas estruturas.

Desde a infância, o ser humano vai se construindo e agindo de acordo com padrões culturais, adquirindo conhecimentos e experiências ao longo de gerações. Os seres humanos, portanto, estabelecem seus comportamentos condicionando-se histórica e socialmente nos grupos sociais a que pertencem, agindo como reflexo e refletindo na sociedade. Nesse sentido, Laraia (2006, p.20) nos lembra que: “o comportamento dos indivíduos depende de um aprendizado, de um processo que chamamos de endoculturação”.

A idéia de cultura está relacionada com as possibilidades de realização do ser humano como parte da sociedade na qual está inserido, com o comportamento aprendido no convívio social. Neste momento, em que se verifica um avanço no processo de globalização, em que as conseqüentes mudanças atingem os mais diversos âmbitos da sociedade, os seres humanos deparam-se com novas formas de agir e de pensar; “a cultura, portanto, se mostra nas formas coletivas de pensar e agir” (MARIOTTI, 1995, p.28).

Os valores, crenças e modo de fazer dos trabalhadores de saúde da UTI são constituintes da estrutura que, de algum modo, podem estar relacionados aos valores dos usuários, dos próprios trabalhadores que ali atuam e também da cultura da organização, o hospital universitário. A cultura de uma organização pode ser entendida como os valores e as crenças compartilhadas, os quais influenciam o comportamento dos que os compartilham; ou seja, a cultura de uma organização pode ser definida como: “o modo como as coisas nela são feitas” (MARIOTTI, 1995, p.28). Assim, a cultura de uma organização inclui uma idéia de interação, de relação entre as pessoas, baseada em valores que podem se traduzir em comportamentos, normas, regras e leis,

designando “o que pode e o que não pode, o que deve e o que não deve ser feito” (MARIOTTI, 1995, p.28).

Neste sentido, os valores são imprescindíveis para guiar a nossa compreensão de mundo e de nós mesmos e servem de parâmetros para nossas escolhas e ações. Servem para avaliar, julgar as ações frente ao que pode, ao que deve, ao que não pode e ao que não deve ser realizado, podendo sustentar uma cultura organizacional.

Os valores servem como padrões para guiar as ações, as decisões frente às tomadas com questões sociais, ideológicas, políticas e religiosas. Para Rokeach (1979, p. 50), “é correto se falar tanto de valores culturais, de sociedade, institucionais, organizacionais e de grupo, como se falar em valores individuais”, sendo que os valores individuais são representações compartilhadas de crenças ou concepções sobre as necessidades pessoais e a forma de satisfazê-las, enquanto que os institucionais são “representações cognitivas socialmente compartilhadas de objetivos institucionais”.

Os valores, então, podem ser entendidos como padrões sociais ou princípios, aceitos e mantidos para nortear as ações; “os valores não se encontram nos genes, nem são produtos espontâneos da genética. São culturais, frutos de uma longa experiência e tradição humana. Isto é, o processo evolutivo não nos deu de saída um código de valores éticos, mas deu-nos a capacidade de adquiri-los” (PESSINI, 2005, p. 181). Assim, a construção moral se expressa através de valores individuais e institucionais construídos ao longo da vida, na família, entre os pares, na formação e, também, durante o processo de trabalho.

A seguir, apresento o referencial teórico metodológico que norteou esta pesquisa.

3 TEMATIZANDO O CUIDADO CULTURAL NA ENFERMAGEM

Apresento o quadro Referencial Teórico Metodológico, construído a partir do corpo da pesquisa, para ilustrar a seqüência textual desenvolvida logo a seguir.

Quadro 1: Referencial Teórico Metodológico

<i>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</i>		
Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural	Madeleine Leininger (1991).	Considera a enfermagem como um fenômeno de cuidado essencialmente transcultural.
<i>CAMINHO METODOLÓGICO</i>		
TIPO DE ESTUDO	Abordagem qualitativa	Etnoenfermagem.
LOCAL DO ESTUDO	Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I)	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (H.U.)
INFORMANTES DO ESTUDO	Quarenta trabalhadores participaram como informantes gerais e destes, quinze como informantes chaves, a partir do recomendado por Leininger (1985 b)	Informantes-chave: 4 enfermeiros; 2 técnicos de enfermagem; 3 auxiliares de enfermagem; 3 médicos; 1 residente; 1 fisioterapeuta e 1 técnica de nutrição.
COLETA DE DADOS	Observação	Entrevista
	<p>primeira fase - A pesquisadora adentrou o mundo dos informantes, obtendo uma visão ampla do contexto cultural da UTI, procurando conhecer melhor a sua percepção sobre a realidade.</p> <p>segunda fase - Gradativamente a pesquisadora esteve mais próxima dos trabalhadores, participando de algumas discussões e ações, permanecendo atenta à observação de ações e comentários.</p> <p>terceira fase - Além da interação nas mais diversas ações de cuidado, juntamente aos informantes, existiram momentos de discussões, com participação da pesquisadora juntamente a equipe interdisciplinar no “round”. Deu-se início às entrevistas, com foco a partir das ações observadas.</p> <p>quarta fase – Realizaram-se observações reflexivas. A partir das anotações escritas em diário de campo, procurou-se analisar o comportamento e ações globais dos informantes, como: postura, gestos, mímicas, mudanças no tom da voz, sorriso, modos de agir, percepções de como os trabalhadores agem frente às situações vivenciadas no contexto de trabalho: o que é dito ou não dito, o que é feito ou não é feito frente às situações, quais as reações frente às ações de outros; a expressão de sentimentos, impressões e reflexões.</p>	<p>Entrevista semi-estruturada , desenvolvida a partir da terceira fase da Observação.</p> <p>As questões foram formuladas para obter conhecimento e ajudar o que foi percebido, de modo a guiar as discussões para questões mais específicas, provocadas pelos dados já colhidos na observação, procurando compreender como ocorre o processo de construção moral de cada um dos trabalhadores, mediante o relato de vivências, situações, detalhes, exemplos e contextos específicos e gerais do entrevistado. As entrevistas foram construídas individualmente, para cada trabalhador.</p>
ANÁLISE DOS DADOS	primeira fase - Coleta e Documentação dos Dados Brutos. Nesta fase, foram analisados os dados relacionados com os informantes gerais. Identificaram-se os informantes-chave.	

	segunda fase - Identificação de descritores e de componentes. Nesta fase da análise, os dados foram estudados para descobrir as diferenças e semelhanças frente o modo como os trabalhadores da saúde da UTI expressam suas ações, visões de mundo, significados, valores e tomada de decisões ao desenvolver o cuidado.
	terceira fase - Caracterizou-se por padrões de comportamento e análise contextual. Nesta fase, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados, comparados e organizados, concomitantemente com as sub-categorias anteriores, para descobrir padrões de comportamento e significados estruturais.
	quarta fase - Síntese dos dados, abstração e descobertas de temáticas importantes, embasando as categorias e formulações teóricas.
CATEGORIAS	A ETNOGRAFIA INTENSIVISTA: UMA CARTOGRAFIA DO AMBIENTE
	Os valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde
	Os fatores considerados no processo de decisão / atuação moral dos trabalhadores de saúde
	O processo de construção moral dos trabalhadores da UTI

A Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural tem sido utilizada como referencial teórico e/ou metodológico de estudos realizados pela enfermagem em diversos países. No Brasil, têm se mostrado fundamental para conhecer a cultura dos usuários a serem assistidos, assim como para possibilitar a construção de conhecimentos e implementar um cuidado culturalmente congruente à realidade do indivíduo.

Para evidenciar e explicitar o referencial teórico-metodológico que norteou minha tese, baseio-me nas concepções de Madeleine Leininger (1991), segundo as quais as práticas de cuidado transcultural devem ser derivadas de estudos criteriosos de crenças, valores e comportamentos de cuidado presentes nos diversos grupos culturais, a fim de atender as necessidades dos indivíduos e grupos de forma coerente. Este cuidado humanizado e culturalmente definido seria, então, a essência e a natureza da enfermagem proporcionando uma forma diferente de encarar o fenômeno do cuidado de enfermagem.

Leininger continua trabalhando e sua teoria continua sendo usada como base para a assistência, a educação e a pesquisa, estando pois, segundo a própria autora, ainda em desenvolvimento. Na concepção de Leininger, a enfermagem transcultural do novo milênio busca compreender e estabelecer o cuidado do ser humano a partir de sua realidade cultural, bem como desenvolver a enfermagem como ciência.

A autora aponta alguns desafios para os pesquisadores da enfermagem transcultural nesse terceiro milênio: destaca o desenvolvimento de estudos para avaliar

benefícios do cuidado culturalmente competente; conduzir pesquisas criativas para descobrir outras culturas ainda pouco conhecidas; abordar questões éticas, morais e legais relacionadas à diversas culturas; estabelecer colaboração de educação, pesquisa e prática multi e interdisciplinares, mantendo o foco distinto de cada disciplina (ORÍÁ; XIMENES e ALVES, 2006).

O cuidado tem sido identificado como a essência e o domínio único da enfermagem (LEININGER, 1985 a). A temática do cuidado busca explicar a visão da natureza e do mundo da enfermagem como estratégias de desenvolvimento teórico para o cuidado da enfermagem.

Desde a década de 1950, enquanto trabalhava em um lar para orientação de crianças, Leininger identificou diferenças significativas de comportamento entre crianças alemãs, africanas, judias e anglo-americanas em sua forma de agir, comunicar, brincar, comer, vestir e dormir e concluiu que essas diferenças tinham uma base cultural, pois desconhecia a cultura de onde vinham. A partir de suas observações, tornou-se cada vez mais convencida de que suas intervenções, e as de toda equipe, não eram adequadas para ajudar crianças com diferentes bagagens culturais e modos de vida, pois percebeu que a enfermagem não possuía conhecimento suficiente a respeito da cultura destas crianças. Iniciou, então, uma longa busca para compreender como a cultura influi na maneira de entender a saúde, a doença e as formas de cuidado e para propor uma teoria que considera a enfermagem como um fenômeno de cuidado essencialmente transcultural (LEININGER, 1985 a).

Por esta época, Margaret Mead era professora visitante do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Cincinnati. Leininger perguntou-lhe se percebia alguma relação entre enfermagem e antropologia, recebendo como resposta “Bem, isto é alguma coisa para você descobrir” (LEININGER, 1991, p.21).

Leininger busca descobrir e explorar, com o auxílio da antropologia, quais são as influências que crenças, valores e práticas culturais têm no estado de saúde das pessoas, nas formas como tratam as doenças e enfrentam a morte. Como parte desta busca, Leininger fez o curso de doutorado em Antropologia, na Universidade de Washington, Seattle, quando estudou os Gadsups, habitantes da Nova Guiné,

reconhecendo que eles tinham significações e idéias sobre cuidado, saúde e doença muito diferentes dos que havia aprendido durante seu curso de graduação, afirmando que “de fato o conceito de cuidado dos Gadsups era diferente, mas expressivo de como o cuidado estava intimamente relacionado a fatores econômicos, políticos, religiosos e de parentesco” (LEININGER, 1985 a, p. 236).

Em 1965, concluiu o doutorado em Antropologia Cultural e Social e, a partir daí, tem incentivado estudantes de enfermagem e enfermeiros a utilizarem-se do conhecimento antropológico na prática da enfermagem. Leininger começou as Conferências Nacionais sobre Pesquisa em Cuidado, no ano de 1978, para reunir as enfermeiras que estudam o fenômeno do cuidado humano. Apesar de pesquisar sobre a relação entre cuidado e cultura desde meados dos anos 50, o fato de as enfermeiras estarem profundamente envolvidas em prestar atenção somente às necessidades físicas e emocionais dos clientes foi um dos fatores que contribuiu para esta demora na publicação e aceitação da teoria. Só em 1985, Leininger publicou seu trabalho sob a forma de teoria, no I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, em Florianópolis. Em 1988, foi criada a Associação Internacional de Cuidado Humano (LEININGER, 1991).

A teoria da *Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural*, de Madeleine Leininger (1991) tem como propósito básico identificar os significados, usos e funções do cuidado humano e usar este conhecimento para prestar um cuidado significativo a pessoas de diferentes culturas. Seu objetivo principal é desenvolver e melhorar o cuidado de enfermagem que, segundo a autora, tem funções universais e específicas. O cuidado, de acordo com esta teoria, é **universal**, já que, em todas as culturas, os homens cuidam uns dos outros, sendo isto necessário para a própria sobrevivência humana. No entanto, cada cultura possui significados próprios para saúde, doença e cuidado, ou seja, a maneira de cuidar é **diversificada**.

Considerando que a enfermagem é essencialmente um serviço de cuidado do ser humano, espera-se que as enfermeiras prestem cuidados a pessoas de culturas diferentes. O cuidado humanizado, tendo uma perspectiva transcultural, deve considerar os valores, crenças e modos de vida específicos da cultura do indivíduo assistido.

A autora acredita que o cuidado humanizado é a característica dominante e unificadora da enfermagem e que o cuidado transcultural pode realmente auxiliar os indivíduos a manterem a saúde, recuperarem-se de enfermidades ou enfrentarem a morte. “O cuidado cultural pode atingir os clientes mais difíceis e tornar a atividade de enfermagem uma atividade terapêutica” (LEININGER, 1985 a, p.232). O cuidado humanizado a partir de uma perspectiva transcultural pode fazer diferença na forma de considerar a vida. Portanto, “o cuidado é uma necessidade humana essencial, sendo o coração ou a essência da enfermagem, e que precisa ser explicado por uma perspectiva transcultural” (LEININGER, 1985 a, p. 236); já que a estrutura social e os múltiplos fatores sociais influenciam as concepções de cuidado e saúde.

Nesse sentido, seus estudos buscaram explicar como a cultura influi na maneira de entender a saúde, a doença e as formas de cuidado e para propor uma teoria que considera a enfermagem como um fenômeno de cuidado essencialmente transcultural. Assim, sua teoria foi elaborada a partir de construtos da enfermagem e da antropologia. O cuidado é decorrente dos interesses e anseios históricos da enfermagem, enquanto os conceitos culturais e sociais vêm da antropologia, que praticamente tem estudado historicamente todas as culturas humanas do mundo, em diferentes épocas e lugares. Além disso, conhecimentos de outras disciplinas quanto ao cuidado e a outros conceitos importantes são seletivamente usados nesta teoria, como idéias auxiliares. O cuidado culturalmente embasado é um fator significativo na afirmação da enfermagem como profissão, e no fornecimento e manutenção da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos, famílias e grupos comunitários. A teoria do cuidado transcultural enfatiza “que há diversidade no cuidado humano, com características que são identificáveis, e que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem de modo que se ajuste as crenças, valores e modos de vida das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido” (LEININGER, 1985 a, p. 239).

O propósito da teoria é “descobrir diversidades e universalidades do cuidado humano relacionadas com visão do mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir maneiras de prover cuidado culturalmente congruente às pessoas de

culturas diferentes, ou similares, de maneira a manter ou recuperar seu bem-estar, sua saúde ou enfrentar a morte de um modo culturalmente apropriado” (LEININGER, 1991, p.39).

Neste contexto, este modelo foi escolhido com o propósito de conhecer e compreender as dinâmicas da cultura da Unidade de Terapia Intensiva, de modo a compreender como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia, revelando possíveis inter-relações e sua importância para a compreensão e direcionamento das ações.

Partindo da concepção de que cada cultura tem suas peculiaridades, sua forma, seus padrões, seus comportamentos, suas expressões e considerações frente ao processo de saúde e doença, acredito que a utilização destas idéias pode proporcionar diversos benefícios, não só para os trabalhadores da saúde da Unidade de Terapia Intensiva, mas principalmente para os usuários por eles assistidos, uma vez que os trabalhadores podem obter uma visão mais ampla dos aspectos culturais que predominam neste contexto e este conhecimento poderá servir como base para a tomada de decisões e ações do cuidado, de modo humanizado e com qualidade.

Assim, entendo como necessário um conhecimento das práticas de cuidado de cada trabalhador da área da saúde atuante neste contexto, no tocante a seus valores, crenças, possibilidades de cuidados, sentimentos, conflitos e fatores levados em consideração nas suas tomadas de decisões.

3.1 Delimitando o caminho metodológico

3.1.1 Tipo de Estudo

Este estudo foi desenvolvido a partir da seguinte questão de Pesquisa: **Como ocorre a construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia?** Para dar conta desta questão, utilizou-se uma abordagem

qualitativa. A pesquisa qualitativa preocupa-se com a compreensão dos seres humanos e as relações entre si e o ambiente, baseando-se “na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (HUNGLER E POLIT, 1995, p. 270). Nessa perspectiva, Ludke e André (1986, p. 11), nos dizem que “a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo”.

A partir do interesse em estudar essa questão, buscou-se **compreender como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia**. O desejo de realizar essa busca juntamente aos trabalhadores de saúde atuantes na Unidade de Terapia Intensiva exigiu percorrer uma caminhada inserida no seu contexto, possibilitando estar com eles, atenta a manifestações do exercício e do não exercício da autonomia, bem como o compartilhar de experiências e percepções individuais e do coletivo.

Dentre as abordagens da pesquisa qualitativa utilizada na enfermagem e no campo da saúde para obter dados relacionados à cultura de um grupo, ao modo como os profissionais de saúde exercem sua autonomia no cotidiano do trabalho, destacam-se a etnografia e a etnoenfermagem. Para Leininger (1985 b, p. 34), “estes métodos são formas poderosas de obter fatos, sentimentos, visões de mundo e outros tipos de dados que revelam o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas”, permitindo a compreensão de crenças, valores e modos de vida.

O conhecimento desenvolvido na etnografia e na etnoenfermagem envolve duas perspectivas: a *emic*, que é o modo pelo qual os seres humanos expressam suas visões de mundo (centrado na pessoa), significados, atitudes de uma cultura particular; e a *etic*, que se constitui na interpretação ou entendimento dos significados e experiências dos seres humanos, numa visão mais universal a respeito de enfermagem, cuidado, saúde. Portanto, uma perspectiva *emic* é utilizada como linha de base de conhecimento, necessária para contrastar as descobertas com os pontos de vista *etic*, na análise dos dados obtidos (LEININGER, 1985 b); “esta descoberta de como as pessoas

sabem, vêem e vivenciam o mundo ou experiências de vida em especial, requer considerável paciência, tempo, mente aberta e estratégias de pesquisa” (LEININGER, 1990, p. 47). Neste sentido, entende-se que um caminho metodológico delineado a partir da proposta de etnoenfermagem desenvolvido no contexto dos trabalhadores de uma UTI, pode ter sido de grande valia na compreensão do processo de construção moral dos trabalhadores de saúde.

3.1.2 Local do Estudo

Optei por desenvolvê-lo junto aos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (H.U.), por ser o espaço onde desenvolvi minhas atividades enquanto enfermeira assistencial e desenvolvo atividades como docente e de onde emergem, prioritariamente, as minhas inquietações. O fato de a pesquisadora ter um conhecimento prévio das características destes trabalhadores favorece a pesquisa numa perspectiva em etnoenfermagem, desde que não possua visões predeterminadas sobre os dados (LEININGER, 1985 b; ROSA, 2001).

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (H.U.), da cidade do Rio Grande – RS, é vinculado à Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Na condição de hospital geral, além dos serviços de internação (Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Maternidade e U.T.I. Adulto e Neonatal), atende a pacientes nos setores de Pronto Atendimento, Bloco Cirúrgico, Hospital-dia, Ambulatório e Serviços de Diagnoses. Possuindo, aproximadamente, 213 leitos, adota uma política de investimento na melhoria da qualidade dos serviços prestados, solidifica sua condição de hospital regional, assumindo, como finalidade, além da assistência à comunidade, principalmente, à população carente, o desenvolvimento do ensino e da pesquisa. Atende a um expressivo número de clientes da cidade do Rio Grande e de regiões vizinhas, tais como São José do Norte, Tavares, Mostardas, Santa Vitória do Palmar e outras.

A UTI situa-se no andar térreo do HU, estando constituída por seis leitos, dos

quais um é destinado a isolamento. Todos os leitos estão equipados com monitores cardíacos e respiradores. Além destas dependências, a estrutura física desta unidade contempla um posto de enfermagem localizado no centro da unidade; quarto para o plantonista médico; quarto para os residentes de Medicina; sala de enfermagem; sala de prescrição e “*round*”; copa para a realização de lanche; sala de estoque de material e sala de equipamentos.

Serve de campo de estágio aos acadêmicos de Enfermagem e Medicina. É destinada ao atendimento de usuários com idade superior a doze anos, que se encontram num momento crítico de sua vida, necessitando de uma observação rigorosa, pela possibilidade de complicações que possam decorrer e pela complexidade da patologia, dentre elas: angina, infarto agudo do miocárdio, edema agudo pulmonar, insuficiência respiratória, sépses, cirurgias torácicas, acidente vascular cerebral, encefalopatia hipertensiva, crise hipertensiva, encefalopatia hepática, cetoacidose diabética, coma, insuficiência renal, choque cardiogênico, hipovolêmico, e séptico. As informações provenientes do setor de estatística do Hospital Universitário demonstram que existe uma taxa de ocupação de aproximadamente 100%.

3.1.3 Informantes do Estudo

O quadro funcional é composto pela equipe de enfermagem com 05 enfermeiros, 07 técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho (manhã, tarde, noite 1 e noite 2); equipe médica composta por 08 médicos plantonistas e distribuídos em escalas de plantão, e um intensivista que participa do *round* diariamente. Ainda conta com a atuação de 01 ou 02 residentes e 01 estagiário da Medicina por turno de trabalho e, eventualmente, alguns acadêmicos de enfermagem. Há a presença de outros trabalhadores que atuam no setor, porém realizam suas atividades também em outras áreas, como fisioterapeuta (01 pela manhã e 01 à tarde), 01 nutricionista e 01 técnica de nutrição.

A implementação deste estudo ocorreu após a avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, com a devida liberação para a

realização da pesquisa (Projeto N° 269/05). Tendo decidido desenvolver esta pesquisa com os trabalhadores da UTI, inicialmente, realizei um contato com estes trabalhadores durante o próprio horário de suas atividades, explicando os objetivos e a metodologia do presente estudo, tentando não só incentivá-los à participação, como objetivando perceber o seu interesse em relação à proposta.

Inicialmente, o número de informantes foi definido espontaneamente, de acordo com a adesão dos trabalhadores, mediante a manifestação de seu interesse. Quarenta trabalhadores participaram como informantes gerais e destes quinze como informantes-chave, a partir do recomendado por Leininger (1985 b).

Na fase de observação não participante, houve especial atenção ao fazer de todos os trabalhadores da saúde uma vez que todos poderiam contribuir com o estudo. Dentre os trabalhadores, considerados como informantes gerais, encontram-se: 6 enfermeiros; 8 técnicos de enfermagem; 10 auxiliares de enfermagem; 2 acadêmicas de enfermagem; 7 médicos; 2 residentes; 2 estagiários de medicina; 1 fisioterapeuta; 1 técnica de nutrição e 1 funcionária da higienização.

A Seleção dos informantes envolve a identificação dos trabalhadores da saúde da UTI que demonstraram potencial para revelar informações consistentes, sobre a questão a ser estudada. Os informantes-chave foram escolhidos a partir de alguns critérios: que pelo menos houvesse um trabalhador de cada área da saúde, a existência de trabalhadores de todos os turnos de trabalho, para contemplar os turnos e as áreas profissionais, assim como, mediante a aparente manifestação do exercício da autonomia e da necessidade de uma ação heterônoma. Assim, a escolha aconteceu após a primeira análise das observações. Dentre os trabalhadores considerados como informantes-chave, encontram-se: 4 enfermeiros (2 do diurno e 2 do noturno); 2 técnicos de enfermagem (1 diurno e 1 noturno); 3 auxiliares (1 noturno e dois do diurno); 3 médicos, 1 residente, 1 fisioterapeuta e 1 técnica de nutrição.

Encontrei, junto aos informantes-chave, uma alternativa que lhes possibilitou o afastamento do local de trabalho, na própria unidade, para a realização das entrevistas. Alguns deles preferiram ser entrevistados em outro local, conforme acordo com a pesquisadora, de modo que não houvesse interferência no momento da entrevista.

Constatou-se que há uma diversidade de “tempo” de experiência de trabalho entre eles, tendo uma variabilidade de dois a vinte e dois anos de trabalho, a maioria exerce dupla e até tripla jornada de trabalho, trabalhando também, em outras instituições locais e em outras cidades.

O total de participantes foi determinado pela saturação dos dados, vivenciada pelo pesquisador, quando a coleta de dados não produziu novas informações, ou seja, quando os dados novos produziram informações redundantes (HUNGLER & POLIT, 1995).

Leininger (1990, p. 43) refere que a saturação é: “a evidência de ter obtido tudo o que pode ser conhecido ou compreendido por um fenômeno sob estudo”. Redundância é um termo intimamente ligado à saturação no que se refere à tendência de obter dados similares, repetidos ou duplicados, com idéias, significados, descrições e outras expressões humanas de informantes ou do contexto do estudo.

3.1.4 Aspectos Éticos

Conforme já referido, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, analisada e aprovada.

Baseando-me na Resolução N° 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, apresentei um documento à Direção do Hospital e Chefia do Serviço de Enfermagem solicitando a sua permissão para a implementação deste estudo (Anexo 1). Do mesmo modo, entreguei aos trabalhadores da saúde um documento prestando esclarecimentos quanto ao estudo a que me propus realizar, solicitando o seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, para participar do trabalho (Anexo 2), assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Frente à preocupação com o aspecto ético de assegurar o anonimato dos informantes do estudo e, por evidenciar e temer que alguns trabalhadores pudessem ser identificados no decorrer de suas falas, não se utilizou identificação nas falas, pois algumas categorias profissionais contam com um único trabalhador, favorecendo assim, o anonimato dos informantes com respeito à identificação de seus nomes e de

suas categorias profissionais.

Procurou-se esclarecer os trabalhadores da sua possibilidade de abandono da pesquisa em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o desenvolvimento do estudo, solicitando o seu consentimento para a divulgação destes dados de forma anônima.

3.1.5 Coleta de Dados

Considerando-se o conhecimento disponível sobre o tema em estudo, é possível dizer que a maioria dos pesquisadores estudados realizou suas pesquisas priorizando a enfermagem. Assim, apesar de considerar essa pesquisa desafiadora, buscou-se realizá-la com os trabalhadores da saúde, de modo a poder evidenciar visões de outros profissionais para a melhor compreensão do problema estudado: **Como ocorre a construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia?**

Portanto, realizou-se esta pesquisa sob a perspectiva qualitativa, inspirada na proposta de etnoenfermagem de Leininger, escolhendo como método de coleta de dados: **a observação e a entrevista**. As observações iniciaram-se em setembro de 2005 e encerraram-se em dezembro do mesmo ano, perfazendo um total de 24 turnos de trabalho, num total de 83h; o período de permanência variou de 2 a 6 horas de observação. As entrevistas iniciaram-se em dezembro de 2005 e encerraram-se em abril de 2006.

3.1.6 A observação

Leininger (1985 b, p. 52) nos diz que durante as duas últimas décadas há questionamentos frente ao foco tradicional da observação-participante e “tem revertido o termo de observação (primeiro) para participação (por último), que reflete um enfoque mais lógico e prático na pesquisa etnográfica”.

Selecionados os sujeitos, observaram-se os trabalhadores da saúde, no cotidiano de seu trabalho, identificando como desempenham suas atividades, na relação com os usuários, na relação entre si, na relação com os familiares, na relação com a administração, ou seja, como exercem suas ações, como transitam entre o que necessita ser realizado e o que pode ser realizado.

Neste sentido, parece relevante destacar, por exemplo, as seguintes questões: que ações de cuidado implementadas pela equipe de saúde foram desencadeadas pela enfermeira, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem? As ações decorrem da identificação da necessidade de cuidado que o usuário manifesta, como sua mucosa oral ressequida, seu posicionamento inadequado no leito, suas condições higiênicas inadequadas, ou apenas através de uma determinação feita por outro profissional, como mediante uma prescrição médica? De modo semelhante, como percebo que o médico desencadeia o processo de cuidado com o usuário, com a família, com a equipe? Que diálogo é estabelecido com os mesmos? É possível participar das tomadas de decisões? Como ocorre na U.T.I. o processo de tomada de decisão em relação a implementação de cuidados e tratamentos nos usuários?

Leininger (1985 b) apresenta quatro fases, a serem implementadas na etnoenfermagem, sendo que cada fase poderá ajudar o pesquisador a tomar ciência de seu papel e estudar os dados de forma sistemática.

Na primeira fase, a da observação, “o pesquisador enfoca a atividade de fazer as observações próximas e ou distantes” (LEININGER, 1985 b, p. 53). Aqui, é importante observar e ouvir os sujeitos, obtendo uma visão ampla para detalhar as observações, o contexto cultural. É essencial fazer observações detalhadas e documentadas antes de interagir com os sujeitos, de modo a não influenciar a situação (LEININGER, 1985 b).

Nesta fase, a pesquisadora adentrou o mundo dos informantes, obtendo uma visão ampla do contexto cultural da UTI, aproveitando esta etapa para se colocar mais próxima dos trabalhadores, para colocar-se disponível para ouvi-los, procurando conhecer melhor a sua percepção sobre a realidade. O fato de ser a pesquisadora conhecida pela maioria dos informantes pode ter contribuído e propiciado que esse

momento inicial se tornasse acolhedor e descontraído, favorecendo conversas informais.

As observações iniciais aconteceram na área central da UTI, nos diversos turnos e horários de trabalho e, também, no espaço reservado para o “*round*”. Percebeu-se, neste momento, que os trabalhadores manifestaram-se satisfeitos em participar do estudo, bem como, pareciam sentir uma necessidade de dialogar, de expressar suas idéias frente ao contexto cultural, como que necessitando “ser ouvido”, que uma atenção lhes fosse dispensada. Aproveitou-se esta fase para observar detalhadamente o contexto e fazer os registros evidenciados. Durante as observações em si, foram registrados os aspectos mais importantes no diário de campo e, logo após, a pesquisadora afastava-se para realizar os registros complementares. Em algumas situações, obteve-se inclusive a fala dos informantes.

Na maioria das vezes, os plantões na UTI são agitados, o que exige atenção e cuidado rigoroso dos trabalhadores, uma vez que, as ações de cuidados são imediatas e estressantes, de maneira especial quando ocorre admissão, situações de emergência, óbito e alta dos usuários. Durante esta fase, num dos momentos destinados à observação, a pesquisadora deixou de realizar seus registros e atuou juntamente a equipe numa situação de emergência. Esta fragilidade, talvez possa ser atribuída ao fato de a pesquisadora identificar-se neste contexto, ter atuado durante 9 anos em UTI e, neste momento, ter priorizando e valorizado a vida do usuário, considerando importante esta aproximação.

Na segunda fase, “a observação continua como foco mais importante, mas alguma participação ocorre. O pesquisador começa a interagir com os sujeitos e observa suas respostas” (LEININGER, 1985 b, p. 53). Assim, vai interagindo com os sujeitos, observando seu fazer e suas reações. Rosa (2003, p. 18) refere que “alguns informantes são acompanhados em suas atividades, de modo que o pesquisador permaneça mais tempo com cada participante, possibilitando uma aproximação maior e uma observação detalhada”; podem iniciar, também, as conversas informais, de modo a perceber, identificar e buscar compreender como exercem suas ações e tomadas de decisões.

Nesta fase, a observação continuou a ser priorizada, porém gradativamente a pesquisadora esteve mais próxima dos trabalhadores, participando de algumas discussões e ações, permanecendo atenta a suas respostas e comentários. Acredita-se que os informantes agiram no seu contexto de trabalho de acordo com o modo como o vêem e realizam suas obrigações morais e, que o fato de estarem sendo observados e percebidos por um observador não interferiu no modo de conduzir suas ações. Em diversos momentos, a pesquisadora foi convidada a participar das ações de cuidado, tanto do cuidado direto com os usuários, quanto frente aos recursos necessários para favorecer o cuidado, sentindo-se parte deste contexto.

À medida que permanecia mais tempo na UTI, as conversas informais também eram favorecidas. Os informantes aproveitavam para falar de alguns dilemas vivenciados neste contexto, como que “querendo” uma resolução destas situações. Como este não era o foco do estudo, procurei ouvi-los e encorajá-los para o seu enfrentamento.

Na terceira fase, “o pesquisador torna-se um participante mais ativo, e a observação tende a diminuir porque é difícil observar com frequência todos os aspectos que estão ocorrendo enquanto se participa das atividades dos informantes” (LEININGER, 1985, p. 53), devendo-se manter atento à condição de observação. Este envolvimento entre pesquisador e informantes possibilita apreender as visões de mundo, sentimentos e vivências dos sujeitos. Para Rosa (2003, p. 18), “a participação direta associada à continuidade da observação, favorece a aproximação com os sentimentos e com as experiências vividas dos informantes, além de fortalecer os vínculos e a relação de confiança”.

Assim, durante a realização de ações conjuntas, aproveitou-se para saber um pouco mais sobre os sentimentos e significados atribuídos pelos informantes, favorecendo cada vez mais o envolvimento entre a pesquisadora e trabalhadores. Além da interação nas mais diversas ações de cuidado, juntamente aos informantes, existiram momentos de discussões, com participação da pesquisadora juntamente a equipe interdisciplinar no “round”. Diariamente a pesquisadora foi convidada a participar do “round”, no entanto, muitas vezes, aproveitou para estar observando os

momentos de visita dos familiares, as relações destes com os trabalhadores e, num único momento, houve a presença da pesquisadora na sala de lanche, em que houve um momento de descontração com os trabalhadores. Procurou-se descrever e documentar as situações evidenciadas durante as observações, registrando e detalhando as ocorrências, para logo a seguir serem interpretadas e analisadas. Nesta fase, deu-se início às entrevistas, com o foco a partir das ações observadas.

Na quarta fase, o pesquisador faz observações reflexivas, “significa ‘olhar para trás’ reflexivamente sobre o que acontece e recapturar a situação e o processo total do que aconteceu”, avaliando as informações encontradas (LEININGER, 1985 b, p. 53). Nesta etapa, deve avaliar a sua própria influência, obtendo uma idéia apurada e mais honesta. O pesquisador, neste processo, deve ter um papel de aprendizado ativo para saber ouvir e observar. O registro das observações ocorreu através de anotações escritas em diário de campo, procurando analisar o comportamento e ações globais dos informantes, como: postura, gestos, mímicas, mudanças no tom da voz, sorriso, modos de agir, percepções de como os trabalhadores agem frente às situações vivenciadas no contexto de trabalho: o que é dito ou não dito, o que é feito ou não é feito frente às situações, quais as reações frente às ações de outros; a expressão de sentimentos, impressões e reflexões.

Reconhecendo que cada trabalhador da saúde possui experiências e vivências diferenciadas no seu processo de construção moral para uma ação pautada na autonomia, procurou-se, durante a realização das entrevistas, buscar elementos de sua história pessoal e profissional que reconhecem como significativos em sua construção moral, na tentativa de compreender que valores norteiam suas ações, no cotidiano de trabalho e, também, identificar que fatores são levados em consideração no seu processo de decisão/atuação moral.

Apesar de o objetivo consistir em compreender o processo de construção moral dos trabalhadores da saúde para uma atuação pautada na autonomia, entendeu-se que este estudo também foi uma oportunidade para que os trabalhadores deixassem extravasar seus sentimentos e preocupações, possibilitando também alguns processos de reflexões entre eles, os quais acredita-se terem contribuído para desencadear a

realização de reuniões entre os trabalhadores da enfermagem. Acredita-se que este processo favoreceu não só a possibilidade de realizar observações, mas também de compreender que, em muitos momentos os trabalhadores necessitam ser ouvidos com atenção e o quanto estar disponível para ouvi-los é fundamental, como que uma abertura de olho para outras vivências profissionais e da vida da pesquisadora.

3.1.7 A Entrevista

Assim, para a coleta de dados, a partir da terceira etapa do período de observação, utilizou-se também a entrevista. Esta foi escolhida porque permite tratar de assuntos pessoais e ainda por possibilitar aprofundar pontos levantados na observação, admitindo correções, esclarecimentos e a garantia de uma maior segurança e fidedignidade na coleta dos dados (LEININGER, 1985 b).

Sorrell e Redmond (1995, p. 1118) referem que a entrevista “carrega em si uma intimidade única que é compartilhada entre o entrevistador e o respondente”, sendo que as informações reveladas não seriam discutidas num questionário, pois muitas vezes são acompanhadas de fortes emoções. Assim, é importante que o pesquisador favoreça este momento de intimidade, planejando a entrevista e estabelecendo um ambiente de confiança e harmonia. As autoras consideram que estratégias como manter a atenção, sacudir a cabeça, olhar atento, aproximar-se do sujeito favorecem o interesse do mesmo. Consideram a entrevista como o método de coleta de dados mais importante (SORRELL E REDMOND, 1995).

Neste estudo, adotou-se a entrevista semi-estruturada, na qual as questões são formuladas para obter conhecimento e ajudar o que está sendo percebido, de modo a guiar as discussões para questões mais específicas, provocadas pelos dados já colhidos na observação, procurando analisar como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores, mediante o relato de vivências, situações, detalhes, exemplos e contextos específicos e gerais do entrevistado, possibilitando, como diz Leininger (1985 b), a interpretação de idéias, declarações, sentidos e significações.

A autora destaca que, na etnoenfermagem, o pesquisador pode aproximar idéias sobre o comportamento ou respostas obtidas nas observações. Assim, “estruturar questões da entrevista ou domínios de tópico ajuda o entrevistado a saber de onde o entrevistador vem ou a situação contextual e seus significados explícitos ou implícitos” (LEININGER, 1985 b, p. 55). É importante que a pesquisadora pense como estruturar questões, esteja disponível para ouvir, demonstre interesse, de modo a compartilhar informações específicas e gerais, sendo essencial a empatia para entrar no mundo, cultura ou situação do sujeito (LEININGER, 1985 b).

A maioria das entrevistas foi realizada no próprio local e horário de trabalho; alguns trabalhadores preferiram chegar mais cedo e outros, agendar em outro local para disporem de uma maior tranqüilidade. A entrevista durou, em média, 1 hora a 1 hora e 30min. As entrevistas foram agendadas e combinadas previamente, mediante acordo entre os informantes e a pesquisadora. Cada roteiro de entrevista foi planejado individualmente para cada informante a partir das observações de suas ações. Antes da realização da entrevista realizava-se uma releitura do diário de campo sobre as anotações do informante que seria entrevistado. Para garantir a fidedignidade das falas, as informações foram registradas por gravações em fita cassete mediante a autorização dos participantes e, logo após a entrevista, transcritas, iniciando-se, de imediato, o processo de análise dos dados.

Durante a entrevista, as ações observadas foram a base dos questionamentos, constituindo-se numa possibilidade para que os informantes pudessem expressar seus pontos de vista, sentimentos e percepções frente ao seu modo de ser e agir. Assim, apesar de uma idéia inicial, durante a entrevista, foram construindo-se novos questionamentos à medida que as respostas eram obtidas, de modo a apreender as percepções e significados atribuídos pelos informantes, validando informações sobre os dados observados anteriormente.

As entrevistas ocorreram num clima de descontração e de muita intimidade e em alguns momentos os informantes sorriam e questionavam se poderiam comentar alguma situação fora do que lhes fora perguntado. A pesquisadora aproveitou este momento para descobrir sub-categorias de significados na cultura da UTI, estando

atenta não só às idéias, pensamentos, valores e ações individualizados, mas também procurando relacioná-los e compará-los aos de outros trabalhadores deste contexto.

Destaca-se a importância do envolvimento entre a pesquisadora e os informantes, uma vez que em todos os momentos de coleta dos dados, a pesquisadora manteve uma atitude interessada para com estes, preservando os dados para que, numa eventual necessidade, pudesse utilizá-los. O diário de campo, as fitas cassete e os registros das entrevistas encontram-se em posse da pesquisadora e permanecerão guardados por um período de 5 anos, conforme os requisitos éticos.

3.1.8 Análise dos Dados

Na etnoenfermagem, o processo de análise inclui o que é dito e observado, as posturas, gestos, sentimentos, a compreensão de valores que norteiam as ações dos sujeitos, reunidos para obter uma visão total do fenômeno. Deve-se estar atento para semelhanças e diferenças, incluindo “aspectos de estruturas sociais: valores políticos, familiares, sociais, econômicos, religiosos e práticas de cuidados” (LEININGER, 1985 b, p. 58). O uso dos diferentes métodos qualitativos favorece a obtenção de uma visão mais ampla dos dados na etnoenfermagem.

Esta etapa da pesquisa teve como finalidade compreender e reconhecer o tipo de informação, facilitando a compreensão dos dados. Para isso, fez-se necessário ler, reler, refletir sobre os achados simultaneamente durante o processo de coleta de dados, para posteriormente categorizar as temáticas e obter a compreensão dos valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde da UTI, dos fatores que são considerados para a tomada de decisões, permitindo vislumbrar o seu processo de construção moral.

Leininger propõe que na metodologia da etnoenfermagem as informações sejam analisadas em quatro fases, utilizando-se de critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo (LEININGER, 1990). Apesar desta divisão, as fases não são estanques; inter-relacionam-se num movimento de ida e vinda de modo imbricado. Com a intenção de facilitar a compreensão da utilização da metodologia etnográfica,

por pesquisadores ou estudiosos de Leininger, destaca-se o modo como foi construído este processo:

A **primeira fase** constituiu-se na Coleta e Documentação dos Dados Brutos. A análise foi iniciada simultaneamente à coleta das informações, a partir da observação não-participante e participante, utilizando-se dos registros realizados no diário de campo. Nesta fase, foram analisados os dados relacionados com os informantes gerais. Depois de ler e reler as informações, procurou-se realizar interpretações e atribuir significados frente ao exercício ou não exercício da autonomia. A partir da organização dos dados e da compreensão da pesquisadora, identificaram-se os informantes-chave, ou seja, foram escolhidos dentre os informantes gerais, os trabalhadores que aparentemente exerciam sua autonomia e os que necessitavam de uma ação heterônoma enquanto foram observados.

A **segunda fase** distinguiu-se pela identificação de descritores e de componentes. Nesta fase da análise, os dados foram estudados para descobrir as diferenças e semelhanças frente ao modo como os trabalhadores da saúde da UTI expressam suas ações, visões de mundo, significados, valores e tomada de decisões ao desenvolver o cuidado, permitindo vislumbrar como ocorre a construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia. Assim, a partir dos significados e do comportamento moral predominante na cultura da UTI, de alguns valores que norteiam as ações dos trabalhadores, de alguns fatores levados em consideração para a tomada de decisão e das interpretações e valores atribuídos pela pesquisadora e, de comparações com experiências e comportamentos numa visão mais universal a respeito de cuidado e saúde, os dados foram categorizados em subcategorias, os quais passaram a caracterizar os componentes das categorias da análise.

Nesta fase foi realizado um roteiro de entrevista com alguns enfoques gerais e também, com situações específicas a cada informante chave, de acordo com observações pontuais em particular. Assim, cada trabalhador foi entrevistado mediante as observações de suas ações, frente ao modo como exercia suas ações, sendo estimulado a expressar: como construiu seu modo de agir? Como exerce suas ações? O

que pensa sobre suas atitudes? Que valores e fatores são levados em consideração no seu fazer? Na tomada de decisões? Como transita entre o que necessita ser realizado e o que pode ser realizado? Como percebe o seu fazer e o de seus colegas de trabalho? Como é visualizado o processo de construção moral de si e dos trabalhadores, de um modo geral?

A **terceira fase** caracterizou-se por padrões de comportamento e análise contextual. Nesta fase, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados, comparados e organizados, concomitantemente com as sub-categorias anteriores, para descobrir padrões de comportamento e significados estruturais. Procurou-se evidenciar as temáticas mais significativas dentre as que foram abordadas, de modo a resgatá-las e aprofundá-las, com os informantes. A devolução dos dados para a validação foi realizada mediante a apresentação das interpretações, componentes ou sub-categorias para os informantes, discutindo e refletindo sobre os achados, de modo a evidenciar os padrões recorrentes, a consistência e credibilidade das informações, compondo-se as categorias.

A **quarta fase** constituiu-se da síntese dos dados, da abstração de categorias e formulações teóricas. Esta fase exigiu síntese de pensamento, abstração e descoberta de temáticas importantes, com análise criativa de dados das fases anteriores. Refletiu-se sobre as informações, comparando-as com achados da Literatura, com possíveis formulações teóricas e recomendações, sem a pretensão de esgotar a temática. Ainda que tenham sido utilizadas as idéias de Leininger (1985 b, 1990) para fundamentar a proposta teórico-metodológica, ao longo desta pesquisa, buscou-se aprofundar conhecimentos de ética, construção moral, autonomia, cultura, cuidado e valores, dentre outros.

Na tentativa, então, de responder à questão de pesquisa, alcançar o objetivo e, defender a tese proposta, procedeu-se à releitura dos dados, apoiada da contribuição de outros autores, dentre eles: Harrison e Huntington (2002); Beauchamp e Childress (2002); Garrafa (1995); MacIntyre (2001); Erdmann (1996); Per Nortvedt (1998); Pessini e Barchifontaine (2005); Rego (2003); Selli (2005). Assim constituiu-se A etnografia intensivista: uma cartografia do ambiente, da qual emergiram as seguintes

categorias:

Os valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde; Os fatores considerados no processo de decisão / atuação moral dos trabalhadores de saúde e O processo de construção moral dos trabalhadores da UTI.

Embora estas tenham sido as categorias focalizadas, é necessário destacar que a sua abordagem se fez, muitas vezes, ao longo do processo de pesquisa, de modo imbricado no todo das discussões.

4 A ETNOGRAFIA INTENSIVISTA: UMA CARTOGRAFIA DO AMBIENTE

A UTI é considerada a unidade de maior complexidade técnica do hospital, tendo em vista o tipo de atividade desenvolvida: o cuidado a usuários críticos. A separação física a torna um lugar fechado, isolado, impossibilitando a entrada de pessoas estranhas ao local. A rotina diária e complexa que envolve a UTI requer uma observação cuidadosa dos usuários, para manter as funções fisiológicas vitais dentro de parâmetros normais. Necessita uma observação intensa e contínua relacionada ao tipo de patologia e complicações apresentadas pelo usuário, numa tentativa de prover um cuidado humanizado. Por ser um setor fechado, os trabalhadores, que ali desempenham suas ações permanecem mais próximos uns dos outros, o que pode intensificar trocas, relações, comunicações e conflitos.

O dia-a-dia da UTI apresenta um ambiente repleto de sons e ruídos que, de início, nos chocam e chamam a atenção. Todavia, com a rotina esses ruídos passam a fazer parte do cotidiano. Apesar dos diversos sons que se propagam nas várias direções no ambiente da UTI, é possível perceber que os diálogos entre os trabalhadores da saúde entre si são a principal origem de ruído. Além disso, há os alarmes emitidos por equipamentos, como: os ventiladores mecânicos, as bombas de infusão, os monitores cardíacos, oxímetros, aspiradores e, até mesmo, o ar condicionado. Os sons e ruídos são considerados veículos de comunicação, o que exige permanente estado de alerta e habilidade de reconhecimento do seu significado pelos trabalhadores da área da saúde, em especial da enfermagem.

Estas características conferem um aspecto “frio” a este lugar, onde a técnica prevalece; ruidoso, incompreensível para o familiar que aguarda do lado de fora de uma porta, que apenas consegue visualizar fragmentos desta existência no momento do horário de visitas. Convive-se com a vida e a morte, como que num aprendizado

contínuo para enfrentar estas vivências.

Diariamente, as atividades dos trabalhadores da UTI iniciam com a chegada dos trabalhadores de enfermagem nos horários estipulados para as trocas dos três turnos de plantões, ou seja, 7h, 13h e 19h. Gradativamente, os trabalhadores apresentam-se para receber o plantão da equipe que estava em atividade. Na rotina desse ritual, à medida que os membros da equipe de enfermagem vão chegando, vão se atualizando sobre as condições clínicas e intercorrências com os usuários. As trocas de informações acontecem de enfermeiro para enfermeiro e os demais membros da enfermagem transferem as informações entre seus pares. Após a passagem de plantão, os próprios membros da equipe de enfermagem distribuem as atividades destacadas para o seu turno e os leitos entre si.

A partir da distribuição de tarefas, começa a higienização e cuidados de rotinas de enfermagem aos usuários, como: mudanças de decúbito, curativos, trocas de equipamentos, dentre outros; conferência de exames e medicamentos; preparo e encaminhamento de materiais para CME; revisão de estoque e pedidos de farmácia e, se necessário, preparo e encaminhamento do corpo pós-morte. Durante as higienizações dos usuários, parecem ser mantidos os princípios de individualidade e privacidade. Na maioria das vezes, durante este processo, o clima entre os profissionais de saúde, que prestam os cuidados, é descontraído: conversam e brincam entre si e com os usuários.

Os enfermeiros desenvolvem atividades de coordenação das atividades; registram dados como: diagnósticos clínicos, cuidados efetivados e datas da realização dos procedimentos, para controle e troca conforme rotina estabelecida; realizam registros das atividades no livro de ocorrência e os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam evoluções no prontuário do usuário.

Entremedio a isso, a equipe médica inicia suas atividades diariamente com a troca de plantão entre médicos e residentes. No período diurno, dá-se o início da implementação da prescrição médica. A rotina conta com exame físico dos pacientes, avaliação de exames, atividades desenvolvidas pelo plantonista, residentes e estagiários, os quais nem sempre são acompanhados de sua preceptoria. Os estagiários

coletam as gasometrias. Os trabalhadores, tanto do laboratório, como da radiologia, realizam os exames diagnósticos solicitados. No período noturno, são realizadas as prescrições e pedidos de exames para o dia seguinte. Há uma frequência maior, comparada a outras unidades, de intercorrências clínicas com os usuários e conseqüentemente, uma alta rotatividade de tomadas de decisões.

O médico plantonista e residente reúnem-se à beira do leito para discutir o quadro clínico dos usuários: esporadicamente, o enfermeiro participa destas discussões. Após avaliarem cada usuário, seus exames e evoluções anteriores no prontuário, residente e plantonista observam os RXs, analisando a evolução das condições dos usuários, realizando nova evolução.

O fisioterapeuta da manhã realiza, predominantemente, a fisioterapia respiratória uma vez em cada usuário, conforme prescrição médica e, esporadicamente, a fisioterapia motora. À tarde, os usuários são submetidos à fisioterapia somente quando é solicitada a presença do profissional. A nutricionista avalia os usuários esporadicamente, no entanto, a técnica em nutrição avalia diariamente as mudanças ocorridas nas dietas através da prescrição, de leituras dos prontuários, das trocas estabelecidas com outros trabalhadores e, também, a partir da evolução clínica e dialogo estabelecido com os usuários, em situações clínicas possíveis.

Também observa-se que, além das atividades de trabalho, do horário previsto para lanches e descanso, os trabalhadores utilizam seu tempo de trabalho e incorporam na rotina diária a execução de trabalhos manuais, leitura de livros e revistas, roda de chimarrão, mantendo uma conversa animada, sobre assuntos diversos. As falas se cruzam, os risos, as brincadeiras e também o silêncio durante uma situação de emergência, na qual cada trabalhador procura assumir sua função.

Diariamente é realizado o “*round*”, preferencialmente no período matinal, num ambiente reservado. Dele participam um médico rotineiro³, enfermeiro, plantonista,

³ Médico Rotineiro é um médico que visita diariamente os usuários internados na UTI para avaliá-los, estabelecer condutas terapêuticas e diagnósticas e a evolução dos usuários da UTI juntamente com os plantonistas.

residente, estagiários de medicina, fisioterapeuta. O espaço é aberto para acadêmicos de enfermagem e também a outros médicos assistentes que fazem parte do “*staff*”. O clima parece descontraído; o chimarrão é passado entre os participantes, mas também é observada a seriedade com que são discutidos e estudados os casos dos usuários. É traçado um perfil de cada usuário, registrando dados relevantes, tais como valores gasométricos, valores de outros exames realizados, diagnósticos, antibióticos utilizados, atualização e revisão de prescrição médica e tomada de decisões quanto a condutas terapêuticas. Este espaço também é utilizado para a leitura e discussão de artigos científicos.

Quando da solicitação de internação do usuário, é realizada a avaliação da situação do mesmo pela equipe médica. Com o intuito de fazer uma revisão especializada, é solicitado o parecer de outros trabalhadores da saúde para uma avaliação conjunta, sendo que a internação só ocorre mediante o consentimento do plantonista e do enfermeiro. Na maioria das vezes, são usuários graves e dependentes de aparelhos, com possibilidade de permanência na UTI por vários dias.

Os usuários demonstram sentirem-se “abandonados”, “ansiosos” ao deixarem seus amigos e familiares externamente à UTI, entrando num ambiente desconhecido, repleto de ruídos, de equipamentos estranhos, experienciando o medo frente ao desconhecido, a possibilidade de uma incapacidade permanente, a angústia, a solidão e a morte. Estas situações requerem que os trabalhadores estejam disponíveis para o cuidar, deixando aflorar a sensibilidade, colocando-se no lugar do outro, estando cientes deste momento particular na vida de cada ser, de sua fragilidade e vulnerabilidade.

A necessidade de internar um familiar em uma UTI tanto pode provocar sentimentos de esperança, alívio, conforto, como temor e insegurança. Dada a peculiaridade da assistência na UTI, algumas normatizações são necessárias, dentre elas, a de que os familiares apenas realizem a visita nos horários e período destinado para este fim.

No ambiente desta UTI, a família tem acesso para a visita em dois momentos: no período da manhã e à tarde. Conforme escala dos próprios trabalhadores da

enfermagem, um deles faz a recepção dos familiares para a visita, permanecendo o período todo à porta de entrada. Os usuários são chamados pelo nome, seguidos pelo número do leito, favorecendo o entendimento dos familiares. A família é quem decide o número de visitantes, pois não há um limite pré-estabelecido, somente do período de quinze minutos de visita que, sempre que possível, é estendido por mais alguns instantes. É fornecido um avental por usuário, o qual é trocado entre seus familiares; ao entrar, o familiar é orientado a higienizar suas mãos, sendo, a seguir, direcionado ao respectivo leito do seu familiar. Esse momento parece ser marcado por muita emoção, uma vez que expressam sentimentos como: sofrimento, ansiedade, dor, compaixão, através de lágrimas e até mesmo silêncio.

Pode-se perceber que, no momento do horário de visitas, há um certo distanciamento dos trabalhadores da saúde como um todo. Alguns se encontravam no “*round*”, outros realizavam afazeres complementares, outros lanchavam, outros dialogavam entre si. Após o momento da visita do período da manhã, o plantonista e residente costumam dar informações sobre o estado de saúde dos usuários da UTI a seus familiares.

Apesar das diversidades de formação e de interesses profissionais, o contato com os diferentes modos de ser no ambiente de terapia intensiva, devido ao fazer interdisciplinar, motiva a busca de um entendimento e construção de novos conhecimentos, num clima de cooperação e partilha. Pode-se perceber que os conflitos parecem exacerbar-se mais à noite, talvez, por ter percebido uma menor interação entre os trabalhadores da saúde.

Neste sentido, para o compartilhar de ações, se faz necessário uma conjugação de esforços para a realização de um trabalho dito de equipe, em que a confiança, o respeito e a harmonia estejam presentes, focalizando os interesses no usuário.

4.1 Os valores que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde

O trabalho desempenha um importante papel na construção do ser humano, um

espaço que pode dar sentido à sua vida. Dessa forma, trabalhar é um ato imprescindível para as pessoas, não se constituindo apenas em “um dever, mas um direito. Através dele, o homem é homem, se faz, aparece; enquanto cria, entra em relação com os outros, com o seu tempo, cria o seu mundo, se torna reconhecido e deixa impresso, no planeta em que vive, a marca de sua passagem” (ALBORNOZ,1992, p. 94). Após a observação de como os trabalhadores da saúde da UTI estabelecem relações interpessoais no contexto de trabalho, pretendeu-se descobrir suas percepções como parte do coletivo da saúde, estimulando sua sensibilização, conhecendo suas vivências, necessidades e expectativas, assim como uma possibilidade de apreender valores que possam ser relevantes para a operacionalização do trabalho, a interação entre os membros da equipe, a organização institucional.

4.1.1 Os valores emergentes a partir das relações interpessoais dos trabalhadores da saúde

No que se refere às relações no contexto da UTI, percebeu-se que o trabalho do grupo ou da equipe de profissionais da saúde pode se caracterizar como um trabalho em equipe quando se mostra como um ambiente harmonioso, com relações interpessoais favoráveis, pautadas no diálogo, nas trocas de experiências, na confiança, no respeito às diferenças. Cabe introduzir a idéia de que um trabalho em equipe requer conhecimento, intervenções individualizadas e coletivas, tanto para satisfazer as necessidades dos usuários, dos familiares, quanto dos próprios trabalhadores da saúde, articulando ações e saberes.

A Confiança...

Na visão dos trabalhadores da saúde da UTI, é importante estabelecer relações interpessoais favoráveis ao desenvolvimento do trabalho. Para tanto, apontam a necessidade de conhecimento da estrutura da UTI e de seu ambiente; de um clima de tranquilidade, confiança, harmonia, amizade e respeito entre si, com o usuário e

familiares. Entende-se que a confiança é importante não somente como um valor, mas como uma possibilidade necessária de desenvolver habilidades de relacionamentos, favorecendo o trabalho em equipe:

Ter confiança no outro, saber que eu posso virar as costas, e ele vai cuidar do meu paciente tão bem quanto do dele. Tem que ter confiança, principalmente no horário de repouso, que a gente não fica com os nossos pacientes, e a gente tem que confiar em quem tá ali. Então é essencial a confiança.

A confiança é um dos valores culturais que os trabalhadores da saúde integraram como fundamentais para o desenvolvimento de suas ações. O “ter confiança” revelado por este trabalhador pode significar uma convicção de confiar no seu colega, de que ele irá agir com compromisso, responsabilidade, de acordo com princípios morais, mesmo em sua ausência, no seu horário de descanso. Implica uma reflexão sobre o agir daquele em quem se “deposita” a confiança.

Um outro trabalhador considera o conhecimento da estrutura física e social como um dos fatores constitutivos da confiança:

tens que se adaptar ao ambiente, saber como funciona a estrutura, até para começar a trabalhar com pouco menos de estresse (...) É fundamental ter um bom relacionamento com a equipe. Tu podes ter tudo maravilhoso, se não tem a harmonia da equipe, se não tens confiança, se tu não passa aquela confiança o trabalho é ruim. Um simples procedimento, se tu estás inseguro e passa aquela insegurança, não funciona, não tem jeito.

Há uma cultura organizacional interagindo com os trabalhadores da saúde, à qual eles podem se apropriar e experimentar novas nuances. Para desenvolver suas ações, é imprescindível o conhecimento tanto dos recursos materiais, como dos humanos disponíveis, “saber com o que pode contar” (grifo da autora). O

conhecimento da estrutura depende da interação entre os trabalhadores, sendo sustentado por “curiosidades, necessidades e interesses que movem a busca do saber” (OGUISSO, 2006, p. 30). A partir desse conhecimento, decorre a tranqüilidade, a segurança, a harmonia e uma maior sincronia na tomada de decisões. Neste sentido, a moralidade “não existe como algo distinto”, é influenciada e construída socialmente (MACINTYRE, 2001, p. 213).

Os trabalhadores consideram que a confiança no outro é fundamental para a efetivação do seu trabalho na UTI. Confiar em alguém não requer só avaliar a pessoa no sentido de ter competência técnica para desempenhar suas funções, mas acreditar que esta pessoa fará seu trabalho, “confiar em alguém, seja em que área de atividade humana for, sempre implica fazer considerações sobre a moralidade da pessoa na qual se confia” (YVES DE LA TAILLE, 2006, p. 110)

Portanto, quando existe credibilidade no fazer do outro, nas suas peculiaridades como pessoa, como ser confiável, honesto, que faz o que diz, que cumpre com o que se compromete, mesmo convivendo com diferentes valores e com prioridades diferentes das suas, configura-se a confiança, o que gera um ambiente positivo, de prazer, de cooperação, de continuidade, de integração, favorecendo as relações interpessoais e o trabalho em equipe.

A harmonia...

Um outro aspecto observado foi a existência de um ambiente harmônico, da harmonia como um valor, construída através do convívio com o outro, do respeito, da comunicação e da integração da equipe de trabalhadores da UTI entre si. A relação estabelecida entre os trabalhadores possibilita a cada um, como parte do coletivo, envolver-se, colaborar, expressar opiniões, participar das decisões e realizar as atividades de modo seguro, tranqüilo, resultando em benefícios tanto para o usuário, quanto para si mesmo, conforme expresso:

no ambiente de trabalho, valorizo a tranqüilidade, conseguir ser tranqüilo, conviver bem com a tua equipe, tua equipe te respeitar como profissional, como pessoa.

A amizade...

A convivência entre os trabalhadores da saúde no contexto da UTI pode promover a tranquilidade no fazer, a interação social e a riqueza cultural. As atitudes, crenças e valores podem ser determinados pelo contexto social e cultural dos trabalhadores nas diferentes relações que estabelecem entre si. Para um convívio harmonioso, é necessário respeitar as diversidades individuais, ser solidário, prestativo, amigo, uma vez que a harmonia de cada trabalhador pode se reproduzir na harmonia da organização (MACINTYRE, 2001). O vínculo, o sentimento de amizade, o coleguismo foram apontados como essenciais na relação com o outro:

Sou filha única, dou muito valor ao sentimento, sou muito coração, acho importante a gente ter boas amizades (...) mas aquela amizade de serviço, que na hora que as coisas tem que ser cobradas, as coisas tem que ser distintas .

É necessário coleguismo, o companheirismo, estar e fazer juntos. Estás precisando de ajuda, não precisa chamar, já tem que ir indo.

A amizade, numa visão Aristotélica, “expressa um reconhecimento comum de um bem, e a procura dele”; sendo essencial o afeto e a participação entre os trabalhadores, como um elo fundamental para a busca do bem comum, a constituição do trabalho em equipe. Os laços de amizade permitem que os trabalhadores assumam suas obrigações e requeiram a confiança, a fidelidade (MACINTYRE, 2001, p. 264). Através do convívio e da amizade, do companheirismo, dos vínculos morais, os trabalhadores podem pensar, agir e construir condições necessárias para se desenvolverem como sujeitos morais, existindo a possibilidade de ser ético com os outros, encontrando valores desejáveis como: a honestidade, o coleguismo, a tranquilidade, a alegria, o respeito e a justiça. A troca afetiva, a amizade, o convívio cooperativo, a reciprocidade construída no meio social dos trabalhadores podem favorecer a compreensão, os laços de compromisso, desenvolvendo e interiorizando valores morais. Apesar da reciprocidade, de relações pautadas na amizade, o convívio

com outros trabalhadores em uma mesma cultura exige muitos desafios, pois existe uma diversidade de valores, o que contribui para a existência de conflitos.

Pôde-se constatar, durante as observações, que os trabalhadores de saúde da UTI desenvolvem relações favoráveis não só entre si, mas também com outros trabalhadores da equipe multidisciplinar que participam das tomadas de decisões em relação aos usuários internados na UTI, como nefrologista, hematologista, pneumologista, cirurgião, radiologista, deixando evidente sua valorização do convívio harmonioso e das trocas realizadas. As relações estabelecidas entre os trabalhadores da UTI com outros membros da equipe multidisciplinar são essenciais para favorecer o trabalho em equipe, sendo fundamentais para a realização de atividades coletivas, proporcionando condições para atingir objetivos comuns ou, mesmo, uma cultura comum.

Para a concretização do trabalho, destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada um, o que implica que cada trabalhador deve executar as ações de suas respectivas áreas profissionais. Possivelmente acreditem que, à medida que o trabalho é construído, pautado em valores como a confiança, a harmonia, a amizade e o respeito, maiores sejam as possibilidades de se estabelecer um trabalho em equipe, de interagir buscando consensos acerca dos objetivos e do modo de fazer suas ações, conforme expresso:

No momento que tu tenhas uma boa relação com alguém, que alguém saiba que tu és trabalhador e que tu és sincero, tu tens a chance, ou dá a chance até para que se houver um problema, aquilo ser falado (...) no fundo de tudo, nas dificuldades interpessoais quem é que sai perdendo, é o paciente, se a coisa não for batalhada. Eu acho que fundamentalmente é isso, é a harmonia .

o mais importante é que a equipe trabalhe de uma forma homogênea, que as cabeças pensem mais ou menos a mesma coisa (...) porque Deus me livre se um andar numa linha e o outro andar na outra, a coisa começa a ficar difícil, ruim, não tem condições de trabalhar (...) As pessoas têm que trabalharem em prol daquele ser que ta internado ali dentro.

É preciso construir coletivamente uma cultura de responsabilidade ética diante da vida, julgando, apoiando, respeitando, buscando consensos e compreendendo a si mesmos. A relação interpessoal entre os trabalhadores da saúde, no contexto da UTI, requer a harmonia, o consenso. O consenso e a harmonia parecem fundamentais para que os trabalhadores possam proporcionar um cuidado mais seguro e significativo, a partir de sua realidade cultural.

O fato de a UTI ser um setor fechado, a meu ver, pode ser uma condição específica que determina esta necessidade, uma vez que a proximidade entre os trabalhadores influencia decisivamente as relações. Apesar de não existir um consenso, parece que essa ausência é indesejável. Assim, o desejo de que todos devam seguir a “mesma linha” pode significar que sem a harmonia e o consenso torna-se diferente e difícil de trabalhar. Alguns valores devem ser compartilhados: a confiança, a harmonia, a amizade e o respeito podem criar possibilidades necessárias para a implementação de certas condições de trabalho, traduzidas em busca de soluções, normatizações de condutas e rotinas, de exercer o diálogo como uma dimensão ética do fazer.

A reciprocidade...

Há que se destacar a existência de reciprocidade entre os trabalhadores das diferentes áreas, uma vez que estabelecem parcerias, tanto para promover o ensinamento de uma atividade técnica, como numa situação em que um dos trabalhadores precisa de auxílio. Após a observação de algumas parcerias estabelecidas entre os trabalhadores da saúde, de diferentes áreas de atuação, compreende-se que o reconhecimento profissional e a valorização de cada um, como parte do coletivo, são fundamentais para a troca de experiências, num trabalho que se pretende em equipe:

ele me pediu pra eu ensinar ele a fazer a PVC, e ensinei (...) eu ensinei a ele uma coisa e ele me ajudou em outra .

Para a efetivação do cuidado, os trabalhadores manifestam a necessidade de atuar conjuntamente, procuram estabelecer parcerias entre si, numa relação de troca e interdependência, indo ao preconizado por Selli (2005, p.87) segundo a qual “a pessoa humana é um ser relacional vivendo numa rede de relações de troca e interdependência com os demais no mundo social”. Essa relação de troca fica evidenciada no trabalho em equipe, na possibilidade de desenvolver determinadas habilidades e competências no cuidar, tanto técnicas, quanto interacionais.

O respeito...

Nas observações e entrevistas realizadas, percebeu-se a relevância atribuída, pelos sujeitos do estudo, à valorização e ao respeito. Os trabalhadores adotam o valor respeito como um critério universal, ou seja, de que todas as pessoas merecem ser tratadas com dignidade, cada uma na sua singularidade. Parece ser consensual a idéia de que desenvolver um trabalho em grupo ou equipe pressupõe respeitar o outro, valorizá-lo e estabelecer relações pautadas no diálogo:

eu sempre cuido para não faltar com o respeito, eu acho que daí a coisa funciona. Cada um tem a sua atividade aqui dentro e cada um é merecido (...) quanto mais tu respeita, mais tu és respeitada.

todas as áreas são igualmente importantes. O médico enquanto não perder a idéia de que é o ponto fundamental da equipe, as coisas não vão andar. Eu procuro saber o nome de todo mundo, como tu não vais saber o nome do secretário da UTI, da pessoa que limpa o chão, da telefonista, tu não podes viver assim. Tudo bem, num hospital grande isto não é possível, mas eu acho que, aqui, isto é a base, o modo de te relacionar bem com o outro.

Com a socialização efetivada no contexto de trabalho, alguns trabalhadores evidenciam a importância de estabelecer relações em que seja necessário respeitar e ser respeitado. O respeito, na visão dos trabalhadores, deve ser baseado em um critério

de justiça, de igualdade, num princípio ético de que todo ser humano deve ser respeitado como um sujeito atuante e livre. Por conseguinte, todos os trabalhadores da equipe de saúde, independentemente da função exercida, devem ser respeitados. A justiça “brota” do respeito que é devido a cada trabalhador, de ser respeitado na sua individualidade, liberdade e autonomia; na sua capacidade de respeitar o seu colega de trabalho, os usuários e seus familiares, atrelada à possibilidade de respeitar a si mesmo e de ser respeitado.

Oguisso (2006, p.39) refere que: “é desejável que no âmbito do relacionamento humano haja preocupação com o crescimento mútuo, pautado em valores éticos e no respeito humano, os quais são considerados alicerces para a sustentação das condutas morais”. Para isso, é necessário a cada um construir espaços para a troca, para favorecer o diálogo e a tomada de decisões, tendo em vista um processo de trabalho em equipe pautado nos objetivos e valores compartilhados, bem como no respeito ao outro, conforme expresso:

sou respeitada, pelo meu modo de trabalhar (...) chego para pedir alguma coisa, ganho e isto para mim, pessoalmente, é muito importante e aí, entra a criação, que eu aprendi com meu pai, tenho um nome a zelar (...) o que tu vais adquirindo, tu vais vendo que as pessoas respeitam pelo teu grau de envolvimento (...) Tu és vista como chata, ah, entre outras, o que todo mundo quer na hora de ficar doente é um chato perto, não é verdade?

O respeito próprio representa uma necessidade manifestada pelo trabalhador, de ser respeitado como pessoa, não por sua função ou cargo. É o respeito pelo que “se é como pessoa”. Pode-se dizer do trabalhador que ele “é o que faz”, ou seja, a imagem que ele tem de si mesmo está intimamente relacionada com suas ações, com seu envolvimento. A sua autoconfiança depende do êxito de suas ações, de ser um “trabalhador de valor” e de suas ações depende o respeito a ele direcionado. Para desenvolver-se moralmente, é necessário que o trabalhador experiencie, no seu contexto de trabalho, esse respeito: ser respeitado no que ele tem de peculiar em relação aos outros.

O diálogo...

O ambiente social em que existe a oportunidade de que o trabalhador estabeleça o diálogo, emita sua opinião frente ao que considera relevante, submetendo suas opiniões e sugestões ao juízo de outros, de modo afetivo e respeitoso, pode proporcionar o desenvolvimento moral. A qualidade das relações interpessoais pode influenciar o processo de legitimação dos princípios e das regras morais.

todos nós temos direito a opinião e a ser ouvido, não foi nenhuma, nem duas vezes que nós pensamos em dar alta, e que a enfermagem disse assim “olha, mas será que vale a pena dar alta?”. Nos fez repensar a alta e, sim, mudou isso, porque essa decisão, se todo mundo participa e enxergou aquele paciente evoluindo, todo mundo tem o feeling de saber se aquele é o momento e, então acho que não há diferença na hora de decidir as intervenções, se tu é enfermeiro, residente ou médico, todo mundo tem peso igual, porque aí vem a importância, porque é uma equipe só, cada um com a sua função, mas onde todo mundo faz a sua função e sabe qual é o peso dela.

Pode-se perceber, a partir dessas falas, que a enfermagem é vista como relevante dentro do processo de tomada de decisões. O respeito, o diálogo, a harmonia, a confiança, a amizade como valores constitutivos de um trabalho interdisciplinar, permitem que os diversos trabalhadores da saúde interajam, manifestando suas percepções, valores e opiniões para a tomada de decisões. Apesar de algumas divergências, é na interação que se constrói o respeito no que se refere às diferentes áreas profissionais.

O respeito, o diálogo, a sensibilidade, a maturidade caracterizam-se como uma necessidade existencial nas relações interpessoais. Trabalhar com maturidade, respeitar as diferenças pessoais e profissionais, dialogar, somar esforços, numa tentativa de instrumentalizar a si e ao outro são fatores fundamentais para um fazer ético, para o desenvolvimento de um trabalho em equipe. Para tanto, a interação dos trabalhadores da saúde da UTI não depende exclusivamente de boas intenções. É preciso que os

trabalhadores “desenvolvam habilidades de relacionamento – competências interpessoais” (MARIOTTI, 1995, p.75).

Ao refletir sobre a integração dos trabalhadores da saúde e a possibilidade de desenvolver um trabalho em equipe, interdisciplinar, baseado no respeito ao outro e na reciprocidade, Oguisso (2006, p.40) afirma que:

(...) os seres humanos têm a capacidade de se desenvolver como pessoas reflexivas e críticas. Agir eticamente é preservar a subjetividade diante da inter-subjetividade, em que a pessoa respeita o olhar do outro sobre uma determinada idéia ou situação, podendo escolher entre preservar suas opiniões ou sentimentos, ou mudar.

A construção moral dos trabalhadores pode se dar por meio de relações interpessoais, na interação com o outro; em que cada trabalhador possa comprometer-se consigo, percebendo a importância de respeitar semelhanças e diferenças no modo de pensar e de agir, nas atribuições de competência de cada um; o que requer compreender as situações que envolvem cada trabalhador, bem como a realidade em que estão inseridos; pautar suas ações em princípios e valores, reconhecendo o dever de respeitar e o direito de ser respeitado (OGUISSO, 2006).

É imprescindível destacar que, ao mesmo tempo em que os trabalhadores da saúde valorizam a harmonia no ambiente de trabalho e estabelecem, entre si e demais envolvidos no desenvolvimento do seu processo de trabalho, relações interpessoais favoráveis, dialógicas, éticas e de respeito, também estabelecem relações conflituosas entre si, com usuários e familiares, como será exposto e discutido a seguir.

Os conflitos...

O respeito e o diálogo, embora valorizados como necessários por alguns trabalhadores, nem sempre parecem ser exercidos, o que pode comprometer a argumentação de idéias, a tomada de decisão, a busca de consensos e o trabalho cotidiano, bem como a satisfação das necessidades de saúde dos usuários, além do

estabelecimento de condições estruturais favoráveis para um trabalho que se pretende coletivo, conforme expresso:

A gente não pode abrir a boca, não pode pensar, não pode questionar (...) Não é questão de expor a opinião, a gente pode até expor, mas não é aceita, praticamente por muitos aqui não é aceita (...) o residente não aceita a nossa opinião, tem médicos aqui, que entram aqui e só falam com a enfermeira, nem dirigem a palavra, entendeu? Então, é aquela coisa, tu está sendo paga para executar o que estão mandando, e tu baixa a cabeça e vai fazer (...) disseram que eu era um poste dando mijada em cachorro, que eu tinha que calar a boca; é, e não recebi apoio de ninguém quanto a isso (...) Minha chefia imediata estava presente (...) ela era da lei aquela que faz quem pode, executa quem precisa, não fez nada. Então, desde aí eu faço, dependendo da pessoa eu posso. Ah, posso dar um palpite, por que ta fazendo isso? Queria saber, me explica: por que?

Nesta fala, pode-se perceber a insatisfação, o sofrimento e a sensação de impotência manifestada pelo trabalhador. Ao refletir sobre esta situação juntamente com ele, pôde-se constatar que as fragilidades parecem acontecer por falta de reconhecimento pessoal e técnico, pela aparente submissão e incapacidade do trabalhador de se posicionar frente aos conflitos, pela falta de compreensão de atuação como um trabalho em equipe. Neste sentido, o trabalhador parece precisar analisar situação a situação para, então, optar por questionar o fazer do outro, opinar ou participar das decisões das ações.

a recepção do fulano é outra, ele ouve a gente entendeu, ele explica o porquê, assim ó “vamos dá o soro e tal coisa”, por quê? Ele chega e explica, não é aquela coisa “ó eu to mandando” entendeu, e ele se preocupa se a gente diz “vem cá dá uma olhadinha no fulano”, ele vem com a maior boa vontade; “o que que foi?” Entendeu, e os outros não, “ah é assim mesmo”, vira as costas e vai, quer dizer, o interesse é outro entendeu, então tem, tem uns que se destacam totalmente, e uns que nem chego perto. Por favor tomara que seja bem tranqüilo, pra eu nem precisar falar com ele, entendeu?

Tais desigualdades referem-se à existência de valores, de normatizações, de priorizações, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre os trabalhadores, ou seja, a própria divisão social do trabalho como uma das causas de conflito nas relações entre os trabalhadores. Possivelmente, os conflitos sejam decorrentes de diferenças culturais, de níveis de formação, de personalidades distintas, de pontos de vistas e de modos de ver o mundo, de pensar, de agir, de opinar que constituem esta equipe; diferenças estas influenciadas tanto por valores individuais, como pelas condições sociais em que estão inseridos.

Diante do exposto, percebe-se que essas fragilidades refletem-se no comportamento dos trabalhadores, na falta de reconhecimento profissional; nas assimetrias e desigualdades no saber teórico; na possibilidade de expressar opiniões; assim como de participar da tomada de decisões na assistência ao usuário, o que desfavorece as relações:

o enfermeiro tem todo o respeito aqui, com todo o seu mérito, mas eu acho que o técnico é muito passado por cima (...) às vezes eles ficam magoados (...) É como se ele fosse uma máquina que está programada para fazer,....tarararah e ninguém leva a sério ou ninguém se preocupa se ele tem alguma coisa a te passar. Quando eu to ali eu sempre pergunto para as gurias, ah, o que tu achas, evacuou não evacuou, está melhor, não está. Eu tenho a planilha ali, mas ele está participando do cuidado do paciente.

percebo que a preceptoria ou outros colegas, não chegam no auxiliar, nos técnicos, não procuram ouvir as opiniões. Eles estão ali do lado e sabem mais sobre o paciente, na maioria das vezes, alguns detalhes.

Parece evidente que há uma sobreposição de “saber-poder” entre os trabalhadores com ensino superior, criando uma sensação de mal-estar entre outros trabalhadores da área da saúde, “por serem julgados “inferiores””, demonstrando sua indignação e desconformidade com a postura do enfermeiro e o modo autoritário do médico, parecendo estarem interessados em “demonstrar que também o médico é negligente, descortês etc., como todo ser humano” (SELLI, 2005, p.89-90).

Pode-se observar que, apesar de ter sido apontada a existência de respeito pelo

fazer e pensar dos enfermeiros, este fato não é uniforme, pois em alguns turnos evidenciou-se um desrespeito também para com este profissional; assim como entre o enfermeiro e sua equipe de trabalho, em que a divisão social e técnica do trabalho de enfermagem com o estabelecimento das distintas categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), de relações sociais e de poder, não vem se constituindo em objeto de questionamento. Neste sentido, pode estar sendo negado, a alguns trabalhadores, a possibilidade do diálogo, o direito de ser respeitado, de ser tratado com dignidade, de compartilhar decisões, de participar do fazer do outro, de estabelecer relações favoráveis, o que pode tanto inviabilizar a aproximação entre os trabalhadores, como também, repercutir no fazer e na qualidade da assistência ao usuário:

Eu sei quais são as minhas funções, mas falta um respeito profissional. O meu serviço como auxiliar não é valorizado e está sempre posto em dúvida. Sempre cogitando que foi feito mal. Os médicos questionam o nosso fazer, desconfiam das nossas ações; da nossa atuação como profissional, éramos mais respeitados; se for o enfermeiro que foi fazer, é 100% de certeza.

Pode-se observar, no discurso dos trabalhadores, a existência de práticas estereotipadas. Esse tipo de atitude, muitas vezes, desperta medo, indignação e sofrimento, ao mesmo tempo em que parece ativar a desesperança, a indiferença, comprometendo sua capacidade para se relacionar com o outro. Apesar destas considerações, um dos trabalhadores da saúde atribui estas atitudes ao desrespeito e menosprezo do próprio trabalhador em relação a si mesmo:

Aqui o auxiliar se menospreza demais, acho que não é por ai, entendeu? ele usa o respaldo da sistematização⁴, de não está na minha função, como é que eu vou te dizer: escudo para malandragem. Aí eu to protegido atrás da sistematização, não é para eu fazer, eu não vou fazer. O enfermeiro que faça

⁴ A Implantação do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Sistematização da Assistência de Enfermagem faz parte de uma Setorização do Serviço de Enfermagem. Foi um espaço criado para Reestruturar o Serviço de Enfermagem através de discussão, reflexão, pesquisa e divulgação das práticas assistenciais de enfermagem do Hospital Universitário. Dentre as atividades desenvolvidas destaca-se a construção de um manual que sistematiza as atribuições de cada membro da equipe de enfermagem conforme o preconizado pelo COREN.

porque eu não vou facilitar a vida dele. Eu acho que a mentalidade das pessoas tem que mudar (...) Porque todos têm capacidade, todos tem técnica, prestam concurso. Têm competência e tem respaldo da enfermeira.

Apesar da interdependência do saber-fazer entre os trabalhadores da saúde, aparece, de certo modo, “a polivalência que é exigida da equipe no interior da instituição hospitalar”, sendo que a ausência de compreensão das tarefas técnicas da competência de cada trabalhador pode constituir-se num “fator complicador na definição das ações próprias de cada categoria e das responsabilidades que lhes são atribuídas”, dificultando a concretização de um trabalho harmônico, de equipe e, deste modo, proporcionando sensação de sofrimento e angústia (SELLI, 2005, p. 90).

Percebe-se que o não cumprimento de obrigações morais tem sido freqüente entre os trabalhadores, desmotivando-os, desestimulando-os, gerando sofrimentos e insatisfações. Ao sentir-se limitado, “tolhido”, sem possibilidade de expressar suas opiniões, de posicionar-se diante do contexto, participar da tomada de decisões, parece optar por omitir-se. Essas dificuldades geram descompassos entre os trabalhadores e podem ser atribuídas tanto aos seus valores individuais, suas crenças e peculiaridades, falta de reconhecimento social, falta de comprometimento de alguns, assim como pela dificuldade de trabalhar de modo interdisciplinar⁵.

Entende-se que a determinação de competências de cada membro da categoria de enfermagem é um modo de organizar o serviço, e não para se respaldar e esquecer o foco do fazer da saúde: o cuidado. É possível que cada um desempenhe suas atribuições, no entanto, o usuário não pode ficar desprotegido. Evidencia-se a necessidade de que o trabalhador não desvie seu olhar de seu fazer fundamental, visto que é imprescindível efetivar o cuidado dos usuários, o que requer comprometimento, motivação e responsabilidade. Uma possibilidade de que o trabalhador repense seu

⁵ O trabalho interdisciplinar é entendido como a reunião de vários trabalhadores da saúde, de diferentes categorias profissionais, que interagem entre si, gerando reciprocidade; promovendo a

fazer, coloque-se no lugar do outro para compreender os sentidos e razões de si mesmo e do outro, posicionando-se de maneira flexível, resgatando o sentido de equipe, trocando informações e experiências, favorecendo o enfrentamento das situações de conflito, é ampliar a compreensão da valorização e da importância de si próprio no cotidiano do trabalho da enfermagem, utilizando, como critério de decisão, o cuidado dos usuários.

Alguns denotam, em suas palavras, a existência de um ambiente de trabalho conflituoso e desagradável e, possivelmente, tenham aproveitado este momento para expressar seus sentimentos, sua insegurança na relação com o outro, no modo de ser tratado, desrespeitado, pois muitas vezes prevalece a existência de um comportamento opressivo, prepotente. Ao perceber o sofrimento do outro, ou de si mesmo, um trabalhador assim se manifesta:

quando eu vim para cá, muitas vezes vim para este quarto chorar, porque tinham duas funcionárias de um dos turnos, que era aquele olhar que tu sentias, poh a pessoa não gosta de mim e isto é algo muito xarope, tu trabalhar sentindo que tem pessoas que estão ali te dando contra, te testando.

Tomando por base as situações observadas, as entrevistas realizadas e as falas dos trabalhadores, de desrespeito e desconsideração com o outro, percebe-se que a falta de reconhecimento pessoal e profissional pode proporcionar relacionamentos instáveis, descontentamentos, sofrimentos, possivelmente repercutindo-se na assistência; contrapondo-se à necessidade do contexto de trabalho dos trabalhadores da saúde, que exige uma constante interação entre seus membros.

As dificuldades nas relações interpessoais dos trabalhadores da saúde não se restringem a relações de submissão e dominação, de desrespeito com o outro, da possibilidade de opinar, de exercer a autonomia, mas relacionam-se também com o

aprendizagem, a participação, a horizontalidade das relações, a mudança estrutural para o alcance de um objetivo comum: o cuidado ao usuário internado na UTI.

descumprimento do dever profissional e com falta de aptidão técnica para o fazer, ocasionando, também, conflitos e dilemas éticos entre os mesmos. Entende-se que, para direcionar as ações e a continuidade do cuidado aos usuários, é preciso existir a possibilidade de o trabalhador envolver-se, comprometer-se, participar das ações, o que requer respeito, estímulo e abertura de espaços para favorecer esta construção.

Para Ferreira (2003, p. 468),

perceber e valorizar os espaços do sujeito nos processos assistenciais significa tentar compreender não somente aquilo que move as pessoas no trabalho e, nessa esfera, suas motivações racionais e objetivas, mas também aquilo que as comove, ou seja, os valores e sentimentos que dão a elas um senso de unidade e de identidade, em suas dimensões verdadeiramente humanas, através das quais elas não só cooperam, ou seja, trabalham juntas, mas também convivem e se relacionam, criando vínculos com o trabalho, com o mundo, com os outros e, sobretudo, consigo mesmas, construindo-se e se reafirmando como sujeitos efetivos em sua ação.

O trabalho como espaço de construção moral pode ser entendido como um processo dinâmico, que envolve o trabalhador individual e coletivamente; com sua capacidade de conhecer, de pensar, de iniciativa, de cooperar, de liberdade de opinião, de participar das tomadas de decisões, de envolver-se, de relacionar-se, podendo desempenhar um papel fundamental para a sua inserção social e sua construção histórica.

Na maioria das vezes, as relações que os trabalhadores da saúde estabelecem entre si são pautadas na harmonia, numa tentativa de que o grupo possa ser mais coeso, configurando uma base organizacional para dar conta das necessidades da UTI. Por outro lado, existem ainda algumas relações de submissão e dominação que conduzem a um clima de “pressão”, ocasionando medo, revolta, indignação, impotência, angústia, acomodação, desmotivação, desvalorização, o que possivelmente reflita na desintegração entre os trabalhadores, com possíveis repercussões nas ações de cuidado dos usuários.

Pensar em relações éticas possibilitaria restabelecer a capacidade para

desenvolver relações que permitissem articular aspectos culturais individuais e organizacionais, intensificando o vínculo com valores e crenças, assim como a “integração entre as necessidades e interesses dos trabalhadores e as exigências profissionais e institucionais a eles colocadas” (FERREIRA, 2003, p. 466) de modo a cultivar as complementaridades potenciais de acordo com as expectativas da equipe.

Deste modo, os trabalhadores da saúde parecem acreditar que, para atingir a finalidade de seu trabalho, precisam estabelecer relações interpessoais favoráveis, com a possibilidade de integração, priorizando espaços para expressar opiniões, trocar experiências, construir um ambiente harmônico, de confiança, de respeito, de amizade, de trabalho entre os pares; com o reconhecimento do outro e de si mesmo, de modo a atingir níveis de desenvolvimento que só são possíveis através do diálogo, do envolvimento, da valorização de si como profissionais.

4.1.2 O cuidado como um valor

Quando o trabalhador enfoca como essencial o compromisso moral, está demonstrando sua responsabilidade de ser presença, como uma resposta para a realidade moral do usuário. Detectar uma alteração respiratória; observar atentamente o padrão respiratório, bem como o desconforto do usuário, a sua angústia, o seu sofrimento são atitudes que requerem conhecimento teórico, competência técnica. Entretanto, tão importante quanto esses conhecimentos é a possibilidade de ser presença, de resgatar a sensibilidade e se colocar no lugar do outro; é a empatia e o compromisso moral necessário para o cuidado efetivo. Saber o que significa o esforço respiratório, a dispnéia, “é também ser comovido pela angústia e fadiga daquele paciente, ver as expressões desses sentimentos na face daquela pessoa” (PER NORTVEDT, 1998, p. 389).

Para tanto, a percepção moral e clínica é compreendida como mais do que conhecimento teórico acerca de patologias, de teorias e princípios, requerendo “uma confrontação comprometida com a vulnerabilidade do outro e uma preocupação com o

seu bem estar”. É ser receptivo e estar disponível para a experiência do cuidar, em que “perceber a realidade moral de um paciente significa ser tocado moralmente” (PER NORTVEDT, 1998, p. 390). Neste sentido, o trabalhador da saúde, ao perceber a necessidade de cuidado do usuário, sua vulnerabilidade e aflição, pode preocupar-se e interessar-se, conduzindo-se por uma ação moral, por sua responsabilidade moral.

A percepção moral é “o modo de ser sensível à realidade moral” do usuário, ou seja, ir mais além do que observar simplesmente sua condição clínica, sua patologia, significa verificar também: “a condição humana, a vulnerabilidade e a experiência humana como realidades morais” (PER NORTVEDT, 1998, p. 386).

O cuidado humanizado, para se concretizar, deve estar em consonância com a visão de mundo, crenças, valores e modos de ser e de fazer, tanto dos trabalhadores da saúde da UTI, quanto dos usuários por eles assistidos, constituindo-se em uma necessidade essencial (LEININGER, 1991).

O usuário internado na UTI requer uma rápida intervenção, tendo em vista a instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, com possíveis riscos à saúde e, até mesmo, de morte. A partir de observações e entrevistas, pôde-se identificar alguns valores presentes nas ações dos trabalhadores da UTI, no que se refere aos usuários.

Ao observar as ações dos trabalhadores da saúde, nos quatro turnos de trabalho, foi possível perceber que, ao executarem cuidados de rotina sistematizados para seu turno, parecem comprometer-se e responsabilizar-se frente ao fazer de acordo com o preconizado⁶, estabelecendo um clima descontraído entre si. Na relação com os usuários, quando estes se encontram lúcidos, parece haver um entrosamento, os trabalhadores envolvem-se com eles e até provocam brincadeiras. Já quando os usuários encontram-se em estado de coma, parece haver um distanciamento, no que se refere a um contato e um cuidado mais humano.

⁶ Na dinâmica de funcionamento da UTI, algumas rotinas foram organizadas e redistribuídas as atividades entre os trabalhadores da equipe de enfermagem, de modo a não haver sobrecarga de trabalho para nenhum trabalhador. Dentre as normas instituídas, foi adotado que a equipe de cada turno ficaria responsável pela higiene e cuidado de rotinas de dois usuários, como: troca de frascos, eletrodos, equipos, curativos, trocas de sondas. Os leitos foram distribuídos por turnos: manhã (L1 e L2), tarde (L3 e L4), noite (L5 e L6) (Silveira, 2000).

Atenta à realização da higiene corporal de uma das usuárias internadas na UTI, que se encontrava em Ventilação mecânica, lúcida, acordada, pude perceber, que, ao fazer o procedimento, a Técnica de enfermagem (TE) aparentemente manteve os princípios de privacidade e individualidade, respeitando o seu pudor e demonstrando sensibilidade ao satisfazer as necessidades da usuária. Nesta vivência, pôde-se constatar que os trabalhadores procuraram estabelecer um diálogo, favorecendo o processo de interação, promovendo também, através de suas ações, um cuidado humanizado; quer seja ao explicar o procedimento de higiene e conforto, quer seja através de manifestações de respeito e consideração. Durante a execução do procedimento, a TE não só se comunicou com a usuária, como tentou distraí-la, brincando, sorrindo, referindo que estava cheirosa, mantendo-a protegida do frio. O cuidado ocorreu num clima de muita aproximação e descontração.

Para Erdmann (1996, p.41), “as necessidades do cuidado e do fazê-lo oscilam entre a consciência e inconsciência sobre elas, as vontades, os desejos, os interesses, as conveniências, as oportunidades e as possibilidades. Entre o acontecer e o acontecido se somam noções de toda ordem. As pessoas se movem por interesses e também por valores”. Assim, a autora tem um entendimento do cuidado como um valor da vida.

É no fazer coletivo dos trabalhadores da saúde que estes poderão encontrar uma concepção do bem, o que permitirá ampliar suas compreensões “da finalidade e do conteúdo das virtudes (...) entender o lugar da integridade e da constância da vida” (MACINTYRE, 2001, p. 368). Portanto, as ações dos trabalhadores envolvem virtudes ou valores morais desde os pequenos atos do fazer até a configuração do cuidado.

Neste sentido, o processo de cuidar, realizado pelos trabalhadores da UTI envolve vontades, interesses, valores, oportunidades de fazê-lo acontecer consciente ou inconscientemente. Os valores são imprescindíveis para guiar a compreensão e visão de mundo e podem servir de parâmetros para escolhas, orientando as ações e influenciando o cuidado e a saúde (LEININGER, 1991). Pode-se notar que o cuidado é definido como a preocupação pelo bem estar do usuário, como a possibilidade de ser sensível, de colocar-se no lugar do outro e de agir com bom senso, conforme expresso:

Eu valorizo no meu fazer é o bem estar do paciente, se acomodei o paciente,

limpei, ajeitei, cuidei, fiz todos os procedimentos, o paciente está acomodado, olho, reviso, está tudo bem, ele está bem, estou bem.

Acho que além de conhecimento teórico-prático, é necessário um pouco de bom senso, de bom caráter, de não fazer para os outros, o que não gostaria que fizessem para ti. Pensar no paciente como se fosse tu mesma ou um familiar teu naquela cama, tu vai tratar com certeza diferente. Não deixar o cuidado cair na rotina e tratar como objeto, fazer as coisas meio mecânica, meio rápida, de qualquer jeito. Eu gosto muito de dar banho de leito, de cuidar da higiene dos pacientes.

A partir destes relatos, percebe-se que olhar para o usuário, acomodá-lo no leito, preocupar-se em não tornar o cuidado uma ação mecânica, sensibilizar-se, desenvolver a capacidade de envolver-se com ele, tocar, dialogar, sentir, segurar a sua mão durante os procedimentos, trazendo-lhe consolo e esperança, são vínculos estabelecidos por trabalhadores portadores de valor. O preocupar-se em respeitá-lo como um ser humano, em resgatar a sensibilidade para observar o seu fazer e evidenciar necessidades do usuário são imprescindíveis ao cuidar. Assim, compreende-se que, ao olhar para o usuário como se olhasse para si mesmo, o trabalhador pode despertar uma sinergia fundamental para o cuidado, abrir seus olhos para a responsabilidade e o compromisso com a dignidade e a vida dos usuários.

O respeito pela vida emerge do compromisso de proteger o usuário, no modo de cuidá-lo com sensibilidade e com dignidade. Para tanto, os trabalhadores referem que precisam deixar aflorar sua sensibilidade, colocar-se no lugar do outro, dispor de conhecimento técnico e científico, mas também resgatar a habilidade para a experiência do cuidar, não cuidando como se estivessem prestando um favor, “e, sim, como quem cumpre com um dever não apenas profissional, mas como um comprometimento respeitoso com a vida e com os valores que se constroem ao longo da mesma” (SELLI, 2005, p. 114).

Os valores, portanto, se encontram presentes nos pensamentos, no que é expresso verbalmente e em atitudes, nas ações de cuidado. São conceitos do desejável, socialmente compartilhados, resultantes de forças internas e externas. Rokeach destaca

que os valores individuais podem estar relacionados às crenças sobre os objetivos existenciais, ou seja, à busca da felicidade, do saber, bem como às formas desejáveis de comportar-se para um fim, como a responsabilidade e o compromisso (ROKEACH, 1979), conforme expresso por este trabalhador:

O que eu mais valorizo é a observação constante (...) conseguir observar precocemente as alterações, as anormalidades que podem estar acontecendo com o seu cliente. Você observar, a necessidade de você estar próximo, mesmo ele estando em estado de coma, e você cuidar dele no básico, que seria na higiene, manter um posicionamento no leito que ele possa se sentir mais confortável, observar quanto tempo ele está naquela posição (...) Acho muito importante a higiene oral, a higiene nasal (...) Fazem parte da nossa profissão e são muito importantes.

O cuidado é visualizado desde a observação constante do usuário, a capacidade para detectar alterações, necessidades e estabelecer ações básicas; assim como a habilidade de reflexão, de se “fazer presença”, de se mostrar comprometido com o fazer, observação esta que “designa importância moral a sua condição humana” (PER NORTVEDT, 1998, p. 386).

À medida que o trabalhador da saúde olhar atentamente, ficando alerta e tomando consciência das necessidades do usuário, poderá descobrir vários fenômenos fisiopatológicos que não possuem um valor neutro, possibilitando aflorar sua sensibilidade para o cuidar, pois “o valor moral é intrínseco à observação e desempenho do profissional” (PER NORTVEDT, 1998, p. 386). Em outras palavras, é preciso estar receptivo para desenvolver a empatia, “a percepção moral, o julgamento, a ação” (SCOTT, 2000, p. 128)

A atenção à posição do usuário no leito; às áreas de hiperemias; à necessidade de mudar seu decúbito ou de realizar a higiene oral e corporal nunca são meramente observações de fatos; são observações éticas, “observar a condição de enfermidade ou dano, implica afetividade, sempre é uma observação com envolvimento” (PER NORTVEDT, 1998, p. 390). Estar atento, observar constantemente e precocemente as alterações é, ao mesmo tempo, a possibilidade de evitar complicações e situações de

desconforto, o que envolve o conhecimento como um valor inseparável de uma avaliação afetiva: “uma sensibilidade emocional envolve também cognição, quer dizer, uma interpretação situacional da condição real do paciente e experiência de enfermidade. Isto não é uma compreensão isolada, mas envolvida, revelando como o desconforto verdadeiro de um paciente tem um significado moral particular” (PER NORTVEDT, 1998, p. 387).

A compaixão e a preocupação despertada podem ser entendidas como emoções necessárias para compreender a experiência do cuidar, como centrais para um fazer ético; “o compromisso que pode potencialmente ocorrer entre o profissional e o paciente tem um forte componente emocional” (SCOTT, 2000, p.125). Neste sentido, observar constantemente, estar atento às necessidades e prioridades do fazer pode representar uma percepção moral para desenvolver a ação do cuidar.

Nesta dinâmica do cuidar, recorto uma atitude de outro trabalhador que denota em suas ações o compromisso, a preocupação com o usuário, evidenciada no momento em que o trabalhador foi administrar uma medicação subcutânea. Ao aproximar-se do usuário deparou-se com outro trabalhador colhendo uma gasometria, referindo:

vou esperar para não dar dois fincões ao mesmo tempo.

O trabalhador demonstrou sensibilidade, estabelecendo uma relação com seus sentimentos, expressando, em sua atitude, compaixão frente ao sofrimento do outro, compaixão entendida como “a capacidade de sensibilizar-se pela dor alheia”, o que pode inspirar condutas condizentes com a moral, em que o sentir compaixão pode desencadear boas ações, “é um sentimento que inspira condutas morais” (YVES DE LA TAILLE, 2006, P. 115).

Uma outra percepção da dimensão moral da prática cotidiana e da sensibilidade foi observada na admissão de uma usuária, com diagnóstico clínico de coma hiperosmolar e insuficiência renal crônica: um médico, após o exame físico e avaliação inicial, evidenciou que a paciente se encontrava com a mucosa oral

ressecada e pediu ao enfermeiro para dar água. Chamou o laboratório, solicitou resultados de exames colhidos anteriormente na Unidade de Clínica Médica (UCM), informou que a usuária veio transferida para a UTI, solicitou seu RX. Ao ser questionado frente a sua atuação e preocupação com a usuária, refere:

o paciente é um todo, ele não é da enfermeira, do médico, se estou vendo o mínimo que eu tenho que fazer é chamar o responsável e conversar, ele pode não ter visto, pode ter deixado para depois (...) se eu ver e não falar aquilo me cria mais ansiedade, muitas vezes, chamei, está com aboca seca, não veio, eu molho, não vou deixar o paciente esperando porque eu queria que me molhassem a boca também se estivesse ali em seu lugar. Preciso RX, preciso do exame rápido, eu não vou ficar esperando o secretário (...) Eu sou responsável pelo paciente, quero o melhor e o mais rápido (...) A prioridade aqui é o paciente.

Cada necessidade evidenciada e decorrente tomada de decisão por parte deste trabalhador parecia estar calcada em seus valores e no seu conhecimento. Assim, visando ao bem-estar e à dignidade do usuário como ser humano, este trabalhador entendia ser necessário observar, interpretar, executar e coordenar ações, e, também, avaliar o cuidado prestado, exigindo não só a habilidade técnica da equipe, mas o próprio trabalho em equipe, fortalecendo o entrosamento com os demais membros da equipe multidisciplinar, com os quais procuravam discutir e apontar alternativas, preocupados em manter o compromisso com o cuidado.

Os trabalhadores demonstraram preocupação com a gravidade do quadro e com possíveis complicações que poderiam ocorrer, mas também com os próprios sentimentos vivenciados pelo usuário. As discussões e a tomada de decisões dos trabalhadores sobre as ações direcionadas ao usuário podem ser entendidas como manifestação de responsabilidade e compromisso; conforme Pessini, consistem numa “obrigação de executar de modo competente funções diagnósticas e terapêuticas básicas” (PESSINI, 2005, p.62). A responsabilidade demonstrada pelos trabalhadores da saúde pode revelar o caráter ético, as virtudes ou valores construídos, a história pessoal e de afetividade, os desejos e disponibilidade para perceber, conhecer e

orientar a si mesmo e aos outros para as ações cotidianas.

Um outro aspecto observado foi a “presença” dos trabalhadores da saúde, o compromisso e a preocupação durante uma alteração hemodinâmica de uma das usuárias. A usuária encontrava-se lúcida, em ventilação mecânica (VM). Ao apresentar modificações de seu padrão respiratório, com queda da concentração da saturação de oxigênio, soou o alarme do respirador. Percebeu-se que todos ficaram atentos ao som emitido para detectar o equipamento de onde provinha o alarme, deslocando-se em sua direção. Um dos trabalhadores foi até o leito, dialogou com a usuária, explicou os procedimentos à medida que os ia realizando, estimulando-a a cooperar na experiência do cuidar. Percebeu-se que os envolvidos no cuidado permaneceram junto ao leito até o restabelecimento do padrão respiratório.

Após a estabilidade do quadro, conversamos sobre o compromisso de ser trabalhador da UTI e também sobre a dedicação do intensivista de plantão, o qual se demonstrou preocupado e foi presença constante até o equilíbrio do quadro. O relacionamento estabelecido com a equipe e a troca de informações parece ter sido fundamental nesta situação. Ao questionar um dos trabalhadores frente à consideração de “ser presença”, ele manifestou:

acho que realmente é minha formação moral mesmo, é o compromisso com o paciente, eu acho que realmente é isso, é o comprometimento com o paciente, para mim isto é o mais importante, o mundo pode estar caindo lá fora que eu não vou sair e deixar o paciente.

O cuidado requer, ainda, que se olhe para os usuários como seres no mundo, com diferentes representações e significados, pois a experiência de internação em uma UTI proporciona a cada usuário uma vivência diferenciada, já que ele traz consigo toda uma representação histórica e social que não o dissocia dos grupos sociais dos quais é parte integrante, não havendo como isolá-lo, fragmentá-lo.

Assim, é necessário reconhecer sua singularidade, seus valores, suas crenças, o que requer respeitar profundamente sua condição humana, incluindo seus sentimentos,

tanto pelos riscos presentes, como pelo seu sofrimento, seja pelo distanciamento de seus familiares, seja por “medo do desconhecido, angústia, dúvidas, solidão ou (des)esperança” (SILVEIRA & LUNARDI, 2001, p. 183). Para tanto, é preciso ver o usuário como um ser humano, repleto de necessidades, importar-se e demonstrar que se importa com ele, assegurando-lhe sua dignidade e um cuidado do melhor modo possível, conforme demonstrado por estes trabalhadores:

Se o paciente está lúcido, compreender, tentar conversar, explicar. As vezes, ele chora, tem que escutar, ele pede um familiar, tem que abrir uma exceção, pedir para deixar entrar um familiar; ver o motivo do medo, explicar as questões como aparelhos, tubos, até do paciente do lado, muitas vezes eles não entendem porque o paciente está de tal forma. Muitas vezes, se custa a perceber estas necessidades.

A habilidade para relacionar-se com os usuários, buscar satisfazer suas necessidades e seus desejos, bem como aliviar seus medos requer o envolvimento e a coragem para o agir, “a habilidade de ser sensível e comprometer-se com o outro” (SCOTT, 2000, p. 124):

o cuidar, não é só dar um banho, fazer medicação, ver sinais e deu; pra mim é o carinho (...) Importante é o cuidado, cuidar o paciente como um todo, não é só fazer as tarefas que estão numa prescrição, é ter o cuidado de ver se tem secreção ocular, de limpar, manter uma aparência boa.

Na visão dos trabalhadores, o cuidado envolve uma ação de interação, calcada em valores como: cuidar de modo humanizado, o respeito, a dignidade, ser presença, a sensibilidade para se colocar no lugar do outro, conforme expresso:

tento valorizar e me cobro muito, o lado humano de ser (...) de perceber as coisas, estou sempre me cobrando, de conversar, de informar o que vou fazer (...) se aquela pessoa está com medo, não quer fazer um procedimento, tentar entender (...) isso é muito importante .

Para Yves de La Taille (2006, p.115), a simpatia é usada como sinônimo de empatia, é um “tipo de sensibilidade para com as outras pessoas, a capacidade de perceber e de ser afetado pelos sentimentos desta”. A empatia pode ser entendida como a capacidade de buscar compreender as condições de saúde dos usuários “sua singularidade e mundo emocional”, o que requer do trabalhador da saúde, mais do que um conhecimento teórico e prático, mas uma “compreensão interna do que é essencial” para o cliente, o que poderia se considerar como uma “sensibilidade ética” para o fazer (PER NORTVEDT, 1998, p. 385).

As emoções como o amor, a simpatia e a compaixão podem ser necessárias para compreender as características da realidade moral dos usuários; o que seu sofrimento envolve; o porquê da angústia e dos medos, as percepções, os desejos e ações dos trabalhadores da saúde. A empatia é indispensável para perceber o outro como um ser que merece ser respeitado; torna o trabalhador mais sensível sobre a realidade moral do usuário (SCOTT, 2000). Para Scott (2000), ainda, a emoção e a percepção são importantes para a moralidade e para a prática do bom cuidado, para o julgamento das necessidades para o cuidado humanizado, como se fazer presente para ouvir, acariciar, segurar a mão, dialogar.

Preocupar-se com a vida do usuário requer cuidá-lo de modo humanizado, o que remete a evidenciar suas necessidades e de seus familiares, bem como as próprias necessidades da equipe e do contexto de trabalho, como condições ambientais e materiais favoráveis. O ambiente pode influenciar direta e indiretamente o bem estar dos usuários, família e equipe de trabalhadores. Essa percepção e a interação com o outro é fundamental para estabelecer um cuidado humanizado. Neste sentido, algumas ações dos trabalhadores expressam seu compromisso e sua responsabilidade, valorizando o cuidado dos usuários, constituindo-se como fundamentais para organizar o fazer, de modo a promover um cuidado com mais qualidade, tais como: o dimensionamento de pessoal, necessitando verificar e prover recursos humanos suficientes; otimizar recursos materiais, requerendo revisar e abastecer o carro de emergência; realizar pedidos de materiais de consumo e permanentes; encaminhar

equipamentos para o conserto e também, realizar o “*round*”, espaço em que há um compartilhamento de saberes, de práticas e trocas de experiências no cuidado do usuário.

As observações mostraram que os valores éticos emergem na assistência ao usuário em diversas situações: durante a execução de procedimentos; no diálogo que é estabelecido; bem como nas atitudes com o outro; no gerenciar a unidade e prover recursos materiais e humanos adequados e, também, nas relações interpessoais dos membros da equipe multidisciplinar.

4.1.3 A negação do cuidado como um valor

Por outro lado, pode-se perceber que em alguns momentos, o usuário pode estar sendo despersonalizado, sendo visto como objeto pelo trabalhador da saúde, quando reconhecido, por exemplo, como “leito 2”, “seu coisinha do leito tal”, ou simplesmente como um “caso clínico”, deixando de ser visualizado na sua humanidade. A partir desta constatação, buscou-se descobrir o que os trabalhadores consideram como possíveis influências para esta postura:

Realmente eu nunca parei para pensar assim nesta atitude. Com certeza, se eu falo a dona 4 e eu tenho o costume de dizer isto, troco os nomes muitas vezes, é, (pausa) parece uma falta de respeito! É talvez porque o paciente, na maioria das vezes está comatoso, que a gente despersonalize um pouco, mas que esta atitude vá influenciar na minha atitude com aquele paciente não, isto eu sei que não, entendestes? Este é um ponto que muitos durante a faculdade sempre tem alguém orientando e que, muitas vezes a gente perde. Mas uma coisa, eu atendo a enfermaria e eu não faço isto na enfermaria, deve haver alguma diferença, sei lá, entre o grau de consciência do paciente, se está acordado ou comatoso. Quando eu vou chamar o paciente, eu chamo pelo nome.

No entanto, o fato de estar o usuário comatoso não impossibilita o estabelecimento de relações interpessoais respeitadas, quando se propõem a cuidar de modo humanizado. O respeito, enquanto princípio ético, transmite ao saber-fazer dos

trabalhadores da saúde, “uma dimensão essencialmente humana” (SELLI, 2005, p.136)

há um tempo atrás eu valorizava e chamava pelos nomes, hoje eu esqueço e uso estes termos (...) no paciente consciente eu tomo o cuidado.

é isolamento de afeto (...) não estamos tratando do doente, estamos tratando de uma doença, isso já é o primeiro problema (...) então é um exercício de comportamento e de humanização.

quando eu era residente, éramos cobrados pelos instrutores (...) tínhamos que saber o nome, a idade, o sexo, quantos filhos, nós tínhamos que saber o prontuário (...) acho que me marcou positivamente naquela época, e acho que as coisas boas devem ser repassadas.

Os termos utilizados para designar os usuários parecem fazer parte da cultura tanto do HU como de outros hospitais. Assim, alguns trabalhadores parecem perceber que este comportamento representa um desrespeito ao ser humano, “a coisificação do ser”, possivelmente por não reconhecerem, nos usuários em estado de coma, sua humanidade e condição de sujeito, argumentando, ainda, que na enfermaria há um tratamento diferenciado.

Ghiorzi (2003, p.554) refere que: “associado à rotina do fazer está a negação do aspecto emocional da relação entre trabalhadores da saúde e sua clientela, em nome de um saber e de uma responsabilidade terapêutica que vê adiante de si uma doença a ser vencida e não uma pessoa doente a ser compreendida e cuidada”. No entanto, o direito de ser chamado pelo nome tem seus fundamentos na dignidade de pessoa humana, de ser reconhecido como pessoa humana; “Daí que essa dignidade reclame um respeito incondicional para o seu próprio ser em todas as suas dimensões e reivindique ser sujeito original e fim de toda valoração moral” (CORREIA, 2002, p. 44). Neste sentido, considera-se que ninguém possa negar ao outro o direito de ser chamado pelo nome “como máxima expressão de si”, pois, ao cuidar da vida humana, deve-se levar em conta “não apenas a integridade física do paciente, mas também, seu valor pessoal integral” (CORREIA, 2002, p. 44-45).

As relações, de um modo geral, têm sido diversificadas e acontecem de acordo com a individualidade do trabalhador. As situações aqui levantadas refletem muito do que é visualizado como habitual no ambiente da UTI, pois alguns trabalhadores parecem não valorizar esta dimensão ética, referem que isso lhes foi ensinado nos seus processos de formação; outros afirmam que costumavam inicialmente agir chamando os usuários pelo nome, mas deixaram de fazê-lo e outros, ainda, apesar de terem sido ensinados, apontam que é comum este tipo de tratamento em relação aos usuários da saúde em qualquer instituição hospitalar. Deste modo, parece evidente que os comportamentos desenvolvidos no cuidar e o modo como os trabalhadores expressam suas ações esteja relacionado a padrões culturais (LEININGER, 1991).

Fernandes e Freitas (2006, p. 29) referem que a cultura

é produto das atividades humanas, evolui continuamente e nos leva a repensar a responsabilidade humana, com a finalidade de organizar o mundo e as diferentes realidades. Ela provém do modo de agir, das inovações, das transformações, daquilo que se interpreta até produzir um novo jeito de ser.

Assim, a partir de comportamentos constantemente observados no cotidiano dos trabalhadores da saúde, em que a dimensão ética abarca as relações entre os trabalhadores e as diferentes atuações diante do fazer, questiona-se: como os trabalhadores estão se construindo moralmente para seu agir?

A partir desta vivência, atentando-se aos comportamentos dos trabalhadores da saúde, uma outra prática observada na UTI é o fato de que, muitas vezes, suas atividades parecem suceder-se aparentemente de modo rotineiro e mecânico, sem parar para pensar e refletir frente ao compromisso e a responsabilidade necessárias ao desempenho de suas atribuições.

Durante a realização desta pesquisa, observou-se que a lavagem das mãos não parece ser uma rotina incorporada no fazer destes trabalhadores, uma vez que nem sempre ocorre entre a realização de um procedimento e outro e, mesmo, de um usuário para outro. Os trabalhadores, algumas vezes, somente trocam suas luvas, em outras,

nem isso é realizado, desprotegendo-se a si mesmos e aos usuários, favorecendo a disseminação de microorganismos; privando o usuário do seu direito de ser cuidado com qualidade e desrespeitando princípios básicos de assepsia.

Apesar da determinação do MS e de uma portaria (BRASIL, 1998) que norteia as ações da CCIH para a prevenção e controle da infecção hospitalar, e, ainda, da importância deste procedimento, na formação dos trabalhadores da área da saúde a lavagem das mãos não parece parte da rotina diária dos trabalhadores da UTI. Esta observação foi identificada com diferentes trabalhadores, independente de seu nível de escolaridade, da sua formação profissional, com uma aparente naturalidade frente a esta falta de cuidado. Ao serem questionados, frente a suas posturas, assim manifestaram-se:

É, são os pequenos detalhes que às vezes, principalmente pra mim (...) me passa um pouco despercebido nessa história (...) sempre que pode a gente chama a atenção, mas é que o problema é prestar atenção nesse tipo de coisa. (...) nós temos toda uma liberdade, a higiene das mãos é um cuidado primordial, e que deveria ser dado uma atenção especial a isso .

As pessoas fazem, mas elas não percebem, pode ter certeza (...) falo isso diariamente (risos) para os meus alunos. Então, é terrível você falar uma coisa e não fazer (...) você não pode levar de um paciente pra outro, não pode pegar o pertence de uma paciente e levar pra outro, tem que lavar as mãos, essa é a minha teoria quando eu entro com os alunos na UTI.

Pode-se dizer, portanto, que parece existir uma incoerência entre o dito e o realizado pelos trabalhadores, uma vez que expressam sua visão da higienização das mãos tanto como rotina, quanto como cuidado primordial, parecendo reconhecer sua importância. No entanto, no decorrer das atividades, este fazer pode passar despercebido. Os próprios trabalhadores explicam suas atitudes, dizendo que “passa despercebido”; “as pessoas fazem, mas elas não percebem”, “foge de nossa visão”; demonstrando o quanto permanecem imersos no fazer, reforçando a dicotomia entre a teoria e a prática, entre o que lhes foi ensinado e o modo como exercem suas ações.

Fica evidente a necessidade de lavagem das mãos pelos trabalhadores da saúde

da UTI. Talvez, esta falta de tomada de consciência esteja relacionada ao comportamento dos trabalhadores, que desempenham seu fazer de modo mecânico, como um hábito, sem compreender a dimensão ética deste fazer. Para tanto, é preciso intervir, discutir normas e rotinas, para que cada um, como parte do coletivo, possa trabalhar a prevenção, assumir a responsabilidade de refletir sobre suas posturas, sobre a contribuição que cada um pode oferecer, sobre a mudança de comportamento necessária para incorporar as normas no seu processo de trabalho (TURRINI & LACERDA, 2004).

A prevenção e o controle de infecção hospitalar são ações não apenas individuais, pois:

(...) reflete a cultura da organização e as condições da realidade social e não apenas as características, os valores e padrões culturais individuais. Tais questões remetem à constatação de que não são suficientes iniciativas isoladas e boa vontade, tampouco a capacitação técnica, mas também as condições infra-estruturais para sua consecução (TURRINI & LACERDA, 2004, p.32).

Na medida em que questionava os trabalhadores frente a este modo de ser e de fazer, penso que poderia estar desencadeando um processo de reflexão sobre o seu fazer, o seu vivido, permitindo que apontassem algumas considerações:

Eu vejo que cada um é cada um. Até se tenta, se tece comentários, mas fica por isso mesmo; não tem uma luta, ninguém que fique ali cobrando, se bem que não deveria ser cobrado (...) Teve campanha, por falta de incentivo do hospital acho que não é, é cada um mesmo que está deixando de fazer. Chega resultados de exames de determinadas doenças e, ninguém comunica, se houvesse uma troca maior de informações, tal paciente está com tal resultado na cultura tal, ia ser melhor. Aí, a pessoa, quem sabe, tomasse mais cuidado .

Isto já foi até comentado na unidade. Houve uma discussão na Educação Continuada sobre a importância da lavagem das mãos, mas a maioria continua assim.

Através destas falas, é manifestado pelos trabalhadores que já foram implementadas algumas tentativas da CCIH e da educação permanente no HU, com o propósito de orientá-los e motivá-los ao cumprimento da normatização de lavar as mãos. No entanto, apesar da clareza da importância deste cuidado, alguns trabalhadores parecem naturalizar essa inobservância como algo que faz parte do seu cotidiano, expondo-se e expondo os usuários “a riscos preveníveis com medidas e normas já preconizadas e amplamente conhecidas pelas instituições, gestores e profissionais de saúde. Isso revela o não respeito a muitos aspectos do direito à saúde que todo cidadão tem” (PEREIRA & BELLATO, 2004, p.23). Diante do exposto, a informação e o conhecimento, sobre o conteúdo e importância deste fazer não garantem sua incorporação como um valor. Essa naturalização é assim expressa:

percebo isso até em mim, é uma coisa assim que acaba passando.

Acho que é uma falta de cuidado e é uma consequência. Eu já observei e às vezes até mesmo eu me pego assim neste sentido de não ir lavar a mão (...) esvazio a diurese de um paciente, enquanto estou esvaziando de um, eu vou lá e esvazio de outro⁷ (...) acho que tinham que ser verificadas as rotinas novamente .

No entendimento destes trabalhadores, o modo de conduzir seu fazer é tão automático, tão mecânico, que impossibilita o parar para pensar no que representa ser um trabalhador da saúde de uma UTI e o quanto suas ações podem repercutir no cuidado do outro e para si mesmo. Será ético negligenciar a saúde do ser humano, desrespeitar a sua vida, sua dignidade e os seus direitos? Como falar do direito do usuário de ser respeitado, de ser tratado com dignidade, de ter seu reconhecimento como pessoa, se estão deixando de cumprir e realizar ações básicas?

Assim, um dos trabalhadores, manifestando seu entendimento e compromisso profissional, refere que o fazer individual do trabalhador influencia e é influenciado

⁷ O trabalhador enquanto esvazia a diurese dos usuários, esta manipulando o sistema fechado de sondagem vesical.

pelos diversos trabalhadores que compõem o ambiente de trabalho, sugerindo a possibilidade de buscar conscientizar-se juntamente com os seus colegas de trabalho, no momento em que está realizando as ações:

acho que pode começar assim, de repente uma conscientização. Vamos parar todo o grupo e vamos combinar, vamos virar o seu fulano, todo mundo lava as mãos para virar o outro.

Neste sentido, a partir das observações e entrevistas realizadas, pôde-se perceber que os trabalhadores, ao mesmo tempo em que denunciam a mecanização presente em suas ações, manifestam a sua compreensão do compromisso necessário para o exercício do seu fazer: “o cuidado com a vida, o envolver-se com o fazer, a consciência necessária para o exercício de seu trabalho” (grifo da autora). No entanto, este fazer parece ser negligenciado.

O fazer na UTI é produto do grau de consciência dos trabalhadores da saúde, o resultado do papel que assumem frente a este contexto; “as suas consciências manifestam-se não apenas em seus pensamentos e idéias, como também, nos seus atos” (SILVEIRA, 2000, p.51).

O comportamento dos trabalhadores não pode ser caracterizado independentemente de suas intenções, tampouco da cultura organizacional que possibilita essas interações, repercutindo tanto em si mesmo, como na assistência ao usuário. Se optarmos por vincular determinado segmento do comportamento dos trabalhadores de maneira precisa às suas intenções e, também, à cultura a que pertence, é preciso conhecer algumas crenças, valores, virtudes, expectativas e aspirações dos trabalhadores (MACINTYRE, 2001). Compreender essa realidade implica buscar rever-se como trabalhador da saúde, inserido e envolvido neste contexto. Nesta perspectiva, é imprescindível refletir sobre suas ações, conforme expresso por estes trabalhadores:

hoje no round eu estava pensando o quanto de contribuição em atitudes simples poderiam influir na evolução dos pacientes. Até que ponto tem a

participação da gente? Estas falhas simples pode influenciar? (...) Eu não vejo um zelo total, não por inabilidade, acho que por hábito, hábito talvez porque na faculdade não tenha sido enfatizado ou cobrado adequadamente e a coisa está indo a roldão .

As mãos dos trabalhadores da saúde são responsáveis pelo maior percentual de transmissão de infecção (...) Será que não ta faltando comprometimento de todo mundo?.

Portanto, é preciso contextualizar a importância da lavagem das mãos, construir uma consciência da necessidade de mudança de comportamento dentro do contexto da UTI, de modo a possibilitar que os trabalhadores “assumam um papel de responsabilidade para com as atividades, tarefas, processos e pessoas que envolvem sua vida profissional, estabelecendo também, uma maior preocupação com as conseqüências das práticas que caracterizam o seu exercício profissional. Esta ação só pode ser desenvolvida a partir da capacidade de julgamento de valores e da formulação de novas concepções de mundo” (ERDMANN & LENTZ, 2004, p. 35).

O conhecimento e a dimensão intelectual são necessários para uma ação moral, “a moral é antes de mais nada, um objeto de conhecimento. Ela ‘diz’ coisas que a pessoa deve conhecer”, ou seja, são disposições que “permitem decidir o que fazer, como fazer, e o quando fazer” a partir da percepção, do pensamento, da reflexão e julgamento de valores. A moral “fala em princípios ou máximas, e, portanto, diz em nome do que as regras devem ser seguidas. E ela fala em valores, e assim, revela de que investimentos afetivos são derivados os princípios”. Neste sentido, a dimensão intelectual, as regras, os princípios e valores são úteis e necessários para o agir moral, “mas não suficientes: é preciso saber colocá-los em movimento, relacioná-los entre si, dar-lhes vida, fazê-los produzir juízos e ações para cada situação encontrada” (YVES DE LA TAILLE, 2006. P. 72-80)

Não basta simplesmente o conhecimento do que precisa ser feito, acreditar na sua efetivação, se as atitudes dos trabalhadores da saúde forem apáticas; mais do que isto, é preciso que os trabalhadores se disponham a um senso de dever,

responsabilidade e compromisso, a imergir num processo de (des) construir-se para um fazer ético. Para tanto, faz-se necessário confrontar valores, normas, princípios e conhecimento ético para fundamentar seu modo de ser, de fazer, de relacionar-se com o outro, de envolver-se afetivamente, de ser responsável e comprometido moralmente.

Correia (2002, p.36), ao refletir sobre as principais características da Bioética, refere que é preciso a interdisciplinariedade, buscando a integração e consenso dos trabalhadores; a interculturalidade, que deve levar em conta as diferentes culturas, com seus diversos valores e modo de respeitar e, ainda, o diálogo, como metodologia que privilegia o trabalho bioético; o que exige o envolvimento dos trabalhadores da saúde e de todos os que “com competência e responsabilidade, dispõem-se a refletir eticamente a melhor conduta a ser prestada à pessoa humana”.

É possível que, a partir do momento em que a pesquisadora expôs estas questões para os trabalhadores, já tenha se desencadeado algum processo reflexivo quanto ao seu modo de ser, pensar e agir neste processo. Nesta perspectiva, cabe aos trabalhadores da UTI mobilizarem-se para uma reflexão coletiva, numa tentativa de rever-se, de mobilizar-se para transformar esta realidade.

4.1.4 A autoridade como um valor e o valor da autoridade

Tentando focalizar uma alternativa, os trabalhadores apontam para várias dificuldades e problemas enfrentados, dentre estes, o exercício da autoridade. Para isso, é preciso transpor os limites pessoais do trabalhador, a partir de princípios éticos, morais, de normas e rotinas impostas pelo contexto do trabalho na saúde.

Alguns limites são necessários neste processo, pois sua ausência poderá ocasionar uma crise de valores. Neste sentido, exercer a autoridade enquanto trabalhador da saúde, é também a possibilidade de colocar alguns limites para si e para o outro; é perceber o que pode e o que não pode ser realizado e, também o que deve e o que não deve deixar de ser feito no cuidado com os usuários. Deve-se trabalhar as diferenças, o respeito a elas, crescendo com o conflito, contribuindo para a construção da coletividade.

Na UTI, parece ter se instalado um clima de permissividade perante ações consideradas impróprias. Alguns trabalhadores parecem conviver com situações que os incomodam, sem coragem de enfrentá-las. Parece ser consensual o entendimento de que aparentemente fazem-se necessários a disciplina, o cumprimento dos deveres, o controle das ações do colega de trabalho e a orientação por valores construídos ao longo de suas vidas: na família, na formação acadêmica e no contexto de trabalho.

Durante esse processo, percebeu-se que alguns trabalhadores exercem seu fazer com autonomia, enquanto outros necessitam de uma ação heterônoma, ou seja, precisam ser lembrados de seu fazer por outro profissional. Portanto, buscou-se a percepção dos trabalhadores frente à necessidade de controlar as ações do outro ou de si próprio:

Tem momentos que acho necessário, porque peço e não percebo e isso se torna uma rotina e quando percebo já deixei de fazer, errei em não fazer, pode ser um cuidado mínimo, mas errei. Antes não precisava e hoje sinto falta de uma supervisão (...) O enfermeiro tem autonomia para ver quem faz e quem não faz .

No princípio eu achava que não precisava controlar, mas hoje em dia já estou mudando a minha opinião. Estou achando que eles esperam que tu sejas realmente um coordenador. Que tu não dê liberdade pra eles, que tu seja enfermeiro, sei lá, eu, um enfermeiro autoritário.

Refletindo, mais especificamente, sobre o fazer do enfermeiro, percebe-se que o controle sugerido por alguns trabalhadores possa, talvez, ser a expressão de que os enfermeiros exerçam sua autoridade, de modo a orientar e supervisionar as atividades, dividir responsabilidades, tomar decisões, expor pontos de vista, exigir condições necessárias de trabalho, organizar o trabalho da equipe, o que inclui a supervisão e, por que não, incluir a “cobrança” da produção tanto individual como coletiva da equipe. Parece ser necessária a compreensão da diferença entre o exercício da autoridade e do autoritarismo; o entendimento de que exercer a autoridade, enquanto líderes de uma equipe, não significa necessariamente ser autoritário. O autoritarismo torna o ambiente

pesado, desagradável, proporciona a insegurança, conduz à ausência de motivação, de estímulo, favorecendo a opressão; enquanto que exercer a autoridade requer do trabalhador o desenvolvimento de sua sensibilidade, requer perceber a relação com o outro, as diferenças, como fonte de crescimento e como essenciais para a tomada de decisão.

Entende-se que o exercício da autonomia, numa instituição pública, exige do enfermeiro uma prática necessária de autoridade, o que significa fazer-se respeitar pela seriedade de seus atos, pelo compromisso com o seu cargo de coordenador da equipe; além do fato de assumir suas responsabilidades, as conseqüências de suas ações e de seu cargo de coordenador. Na medida em que deixa de exercer a autoridade, abrem-se outras possibilidades para o agir sem limites, para a permissividade; surgem outras formas de controlar a ação do outro; dentre elas, o autoritarismo e a acomodação, expressos no dizer: “faça isto deste modo ou não faça isto assim”, sem a possibilidade de construir-se com o outro.

Diante deste contexto, as ações de cuidado diversificadas assumidas pelos trabalhadores podem influenciar a ação de outros trabalhadores e refletir-se no comprometimento do cuidado dos usuários. Assim, foi apontada a necessidade de um controle externo. “Será que o controle irá resolver?” (grifo da autora). E a responsabilidade de cada trabalhador, o cumprimento da legislação do exercício profissional, das competências e do código de ética? Os trabalhadores da UTI, em equipe, não podem se comprometer com a saúde do ser humano, assumindo suas responsabilidades e competências? E o controle da Instituição?

Cada trabalhador não pode controlar a si? Há necessidade do controle do outro para os trabalhadores cumprirem suas obrigações? E a sua autonomia? E a sua liberdade de ser sujeito de seu processo de trabalho? Considera-se como fundamental o exercício da autoridade, em que cada trabalhador possa construir-se como um sujeito moral, exercendo sua liberdade, autonomia e a ética. O trabalhador, no contexto de trabalho, pode construir-se como sujeito moral e isso “tem relação com o querer e o autoconhecimento, bem como com a capacidade de ser autônomo (...) para atingir este propósito ele deve ter a liberdade de escolha e fazê-la com consciência, pois isso é

fundamental para que ele possa constituir a sua eticidade” (FERNANDES & FREITAS, 2006, p. 34)

A liberdade, portanto, significa a possibilidade de traçar caminhos, buscar soluções, superar limites, “é poder decidir sem condicionamento, mas é decidindo que se aprende a decidir, visto que ninguém nasce pronto e acabado. Esse movimento faz parte do aprendizado circunscrito por um processo responsável (...) por isso, a liberdade é sempre conquista coletiva e não pessoal e só pode ser pensada na relação com o outro e com o mundo”. Através da liberdade e do exercício da autonomia, o trabalhador pode tomar decisões e fazer suas escolhas. Para tanto, não basta saber e ter condições possíveis para o agir, é preciso também querer. (FERNANDES & FREITAS, 2006, p. 36).

Ao exercer a liberdade, o trabalhador pode sentir-se mais livre quanto mais eticamente assumir suas decisões, as responsabilidades sobre suas ações e compromisso. Como exercer a liberdade de ser e de fazer, se a ausência do controle da ação do outro pode comprometer o cuidado do paciente? Quais os limites para o exercício da liberdade? O processo de trabalho requer controle, não num entendimento de cerceamento da liberdade, mas como elemento necessário na construção e organização de um processo coletivo. Faz-se necessário, portanto, à instituição de regras e normas e o seu cumprimento como meios para a construção de um trabalho coletivo, já que precisamos ter condutas que se aproximem tendo em vista um objetivo comum.

O trabalhador dotado de vontade livre e de responsabilidade pode construir-se a partir da capacidade de compreender o contexto em que está inserido, de se perceber como sujeito, de optar, decidir. Por outro lado, como trabalhar, construir um outro espaço, quando se tem a construção histórica de uma cultura que prioriza o controle externo e parece desejar que alguém, constantemente, olhe e controle o que cada um faz e como está? Os trabalhadores têm suficiente compreensão da sua liberdade, da importância de suas ações e omissões, assim como de suas implicações? Não será a sugestão do controle externo, uma aparente submissão ao outro e ao seu controle; uma submissão, até, por conveniência? Por outro lado, o controle parece necessário para

assegurar o atendimento das necessidades dos usuários.

A percepção frente à necessidade de controlar as ações do outro, é referida como primordial, mas o fato de controlar a ação do outro não dá conta do compromisso e da consciência necessária no cuidado dos usuários. Mesmo nas situações nas quais se mantêm modos de agir diferentes entre os diversos trabalhadores, há a possibilidade de que cada um possa desempenhar seu fazer, tanto por sua consciência e comprometimento, quanto calcado em valores construídos moralmente no processo de seu viver, conforme expresso:

algumas coisas devem ser sempre cobradas, mas eu vejo isso como uma questão muito do ser humano (...) Quando a gente é cobrada, a gente faz diferente ou não (...) Algumas pessoas tu cobra, cobra e elas não te dão retorno, mas, é necessário assim um certo controle (...) Algumas pessoas tu não exerce um controle porque sabes que elas fazem tudo, tu ajudas, se está atribulado. Porque é da construção dela, é eu acho que são os valores pessoais que ela tem, é a forma dela trabalhar, ela faz e eu não preciso dizer, já outros preciso estar sempre lembrando.

as coisas não funcionam nem por vontade própria ou por imposição. Tu sabes que tem que virar, não porque precisa que vire, tem diferença, tu virar porque tem alguém que está observando que não estas virando o paciente, mas não está na consciência de que tens que virar porque é melhor para ele, porque vai evitar úlcera de decúbito, porque vai ventilar melhor se estiver no respirador (...) vai ser eficaz em todos os sentidos.

Na visão destes trabalhadores, o controle poderá influenciar as ações dos trabalhadores, desde que eles se conscientizem e queiram construir um fazer ético. No entanto, podem se deixar levar pelo controle do outro, sem um pensar, sem um juízo de valor, mostrando-se dependentes do saber do enfermeiro, “instituindo-se uma série de práticas disciplinares e de regulação das relações e do espaço institucional” VILLA & CADETE (2000, p. 126). Por outro lado, os próprios trabalhadores reconhecem que alguns possuem princípios inerentes à sua construção pessoal, na família, no processo de formação e no contexto de trabalho. Diante disto, exercem suas ações correspondendo ao esperado, mostrando-se conscientes do fazer, estabelecendo

prioridades nas suas ações e cumprindo com o seus deveres.

Outros trabalhadores refletem sobre a necessidade de controlar a ação dos trabalhadores, desencadeando-se questionamentos em relação ao seu compromisso com o fazer e a responsabilidade com o cuidado dos usuários:

Talvez eu devesse delegar mais as coisas, porque estou vendo aquilo que está lá, vou lá e faço, e era muitas vezes pra chamar o funcionário e dizer assim: óh, porque que tu não estás fazendo assim? Eu sei que amanhã vou chegar e vou ter que fazer de novo porque ele não vai fazer.

Depende, tem colega que não tem problema, posso chegar, falar, tudo bem; outros não aceitam. É aí que eu mudei, muitas vezes faço que não vejo, dependendo da situação do paciente, espero para ver se ele vai fazer. As pessoas não gostam de ser criticadas, de ser observadas por um semelhante.

Talvez alguns não se atinem, mas isso é responsabilidade minha também, porque a competência, a capacitação de pessoal é nossa, dos enfermeiros (...). Mas tem alguns modos de ser que não somos nós que vamos mudar e aí nós vamos ver se a pessoa tem perfil pra ficar aqui ou não, e muitas vezes a gente não se permite também fazer essa avaliação.

Cada trabalhador, conforme suas características de subjetividade, pode assumir um papel de liderança diferente: alguns supervisionam os demais, exercem o controle sobre o outro; outros não exercem porque supõem que as pessoas saibam seus compromissos e responsabilidades; alguns preferem assumir as funções do outro, ao invés de delegá-las, para evitar o confronto; outros exercem sua autoridade, procedem a avaliação das ações do outro e a expressam; outros, talvez expressem de modo inapropriado e inadequado para o momento e outros parecem estar alienados frente este contexto.

Pode-se perceber que as ações de alguns trabalhadores da saúde parecem evidenciar que na UTI impera uma cultura de (des)compromisso, de (des)responsabilização, que acentua e desvirtua o sentido do cuidar. É necessário que cada trabalhador repense sua postura, reflita sobre como tem se preparado para exercer a autonomia, para a tomada de decisões. Eles demonstram seu sofrimento, parecem

requerer atenção, auxílio, e também espaço para o diálogo; uma orientação provinda da autoridade de alguém, como uma possibilidade de ajuda, compartilhando saberes e decisões.

Nesta fala, o trabalhador atribui esses conflitos à falta de disciplina, refletindo sobre a postura do médico e do enfermeiro, enquanto responsáveis pela equipe de trabalho na UTI:

Nós por natureza somos acomodados e indisciplinados, isso é uma natureza latina né (...) Existe as vezes, uma convivência que separa a hierarquia da disciplina (...) às vezes há uma acomodação da equipe hierárquica com a disciplina. Então nós temos que cobrar, médicos e enfermeiros porque nós estamos hierarquicamente no comando (...) Não é separar as pessoas, é separar os cargos. Os cargos são bem separados, nós não podemos jamais em nenhum momento nos compararmos com o auxiliar ou técnico de enfermagem (...) Por poder de decisão e de função, então, nós somos diferentes, agora, as vezes nós é que descemos à falta de responsabilidade (...) Se o doente não é virado, se o doente não é aspirado, se ele não está com a higiene, porque quem faz é o funcionário, agora o responsável é o chefe, responsável é o médico e a enfermeira que examinaram e não cobraram.

Diante desta problemática específica, desencadeou-se um questionamento em relação à assistência prestada ao usuário e à responsabilidade do enfermeiro e do médico, o que pode ser expresso por uma necessidade de que exerçam a sua competência e a sua autoridade, no sentido de estarem atentos e se necessário, repensar o fazer, o comportamento frente à necessidade de atenção e cuidado do usuário.

Portanto, exercer a autoridade é buscar meios de organizar o contexto de trabalho, desempenhar seu papel; se necessário, dialogar com os outros trabalhadores sobre os objetivos do trabalho, sobre as transgressões de normas e rotinas, sobre as limitações de cada um, sobre as necessidades do próprio trabalhador, buscando contemplar seus interesses com o compromisso e responsabilidade, o que pressupõe a possibilidade de rever posições, de incorporar e cumprir normas e rotinas no fazer.

A autoridade, portanto, é construída e, quando trabalhada de forma adequada,

pode levar ao enfrentamento de conflitos. Neste contexto, o maior desafio parece ser conquistar os trabalhadores e envolvê-los no sentido de criar condições favoráveis no ambiente de trabalho, através do diálogo, da participação.

Souza (2000, p. 88) refere que: “a enfermagem convive hierarquicamente com outras categorias profissionais no ambiente institucional do hospital. Vive portanto, a dupla dimensão de submeter-se à hierarquia formal e de, também, influenciar decisões neste universo”. Neste sentido, alguns trabalhadores mantêm o respeito e a aceitação da hierarquia, conforme as falas:

Gosto que me respeitem e eu também respeito (...) desde a limpeza até a menina que é auxiliar ou técnica, enfermeira, médica, o que seja. Cada um na sua profissão, eu acho que a gente tem que se respeitar e as coisas funcionam bem melhor .

Eticamente por função da graduação, eu tenho limites que tenho que respeitar, devo saber até onde ir, até onde o meu caminho trilha.

Os trabalhadores enfatizam a importância do respeito mútuo, do respeito à hierarquia, do compromisso, não no sentido do não exercício de sua autonomia, mas, sim, argumentando no sentido de saber o limite da sua atuação, de acordo com o cargo que ocupam, legitimando a autoridade do outro.

Erdmann (1996, p.81) refere que:

é marcante a diferença das pessoas pelo cargo que ocupam. O poder como direito e dever de mando e a autonomia de decisão/ação se distancia do direito e dever de obediência, submissão e menor liberdade de participação nas decisões e mesmo ações diante do fato de estar numa ou noutra posição, ou em ambas concomitantemente, ao fazer o jogo do envolvimento/pertencimento/compromisso. A legitimação da autoridade e a configuração hierárquica garante a produção, o controle e a direção.

A autoridade atribuída ao enfermeiro é derivada do cargo de coordenador de sua equipe de trabalho, ou seja, de uma atividade de quem hierarquicamente detém o poder para uma ação no que se refere aos usuários e ao contexto de trabalho. O seu reconhecimento como autoridade envolve o compartilhar de idéias; a sensibilidade; a percepção; a busca do consenso; de objetivos comuns; a tomada de decisões e ações; os limites da profissão; o delegar tarefas e confiar nos outros membros da equipe de saúde. Portanto, é essencialmente nas atitudes de ser e de fazer diante do contexto de vida e de trabalho que se exerce a autoridade.

Percebeu-se, ainda, durante as observações, que os enfermeiros, de um modo geral, são notificados frente às mínimas alterações ocorridas na UTI, sejam elas relacionadas a pedidos de materiais, problemas na unidade ou às condições clínicas ou emocionais dos usuários. Ao serem alertados quanto a possíveis alterações, avaliam e tomam decisões, frente às ações necessárias. Na visão dos trabalhadores da saúde, a hierarquia deve ser exercida e compreendida para favorecer a organização do processo de trabalho da equipe:

Eu acho que o enfermeiro tem que saber tudo o que está acontecendo. A gente está com o paciente, ele tem seis pacientes, nós temos dois pacientes entendeu? Então não tem como ele ficar de olho em todos o tempo inteiro, tem que passar pra ele o que está acontecendo.

trabalhei num hospital particular e isto é muito cobrado, a passagem, a hierarquia tu até pode, depois que tu falou para a enfermeira, ir no médico e dizer oh, fiz tal coisas (...). É mais segurança para mim eu chegar no enfermeiro ou esperar que o enfermeiro vá no médico para perguntar (...) é para uma ação conjunta, o dividir responsabilidades.

Apesar de algumas fragilidades e dificuldades neste contexto, os trabalhadores da saúde da UTI, de um modo geral, vêem na figura do enfermeiro a possibilidade de estabelecer uma ordem, de garantir a disciplina nas relações de trabalho. Neste sentido, entendem que as intercorrências com os usuários, assim como, outras necessidades evidenciadas devam ser compartilhadas com o enfermeiro, para que juntos, possam

emitir opiniões e tomar as decisões cabíveis.

Essas relações podem ser construídas a partir de momentos e oportunidades vivenciadas no coletivo, em que o interesse, a convivência, a articulação entre os trabalhadores possibilita a liberdade de expressão, a confiança, o dividir preocupações e responsabilidades, “passa pelo respeito à compreensão moral e ética dos envolvidos (...) da responsabilidade mútua a partir do que foi possibilitado obter de consentimentos, quer do representante legal do sistema de enfermagem, quer das pessoas individualmente, no momento das aproximações e diálogos” (ERDMANN, 1996, p.49).

Fica exposto nas falas que a autoridade é conquistada e construída na relação com o outro. Os trabalhadores a consideram como necessária quando reconhecem seus direitos e deveres; quando evidenciam a necessidade de dividir responsabilidades; quando há disponibilidade para a complementariedade no fazer.

4.2 Os fatores considerados no processo de decisão/atuação moral dos trabalhadores de saúde

O trabalho como parte de nossa existência, do nosso mundo real; ele não é algo à parte, ele emerge e se estabelece através das relações; o ser humano produz bens culturais e materiais e, ao refletir sobre os produtos que elabora, toma consciência de suas possibilidades, podendo definir a conduta a assumir, podendo sentir-se capacitado a enfrentar as oposições resultantes das relações entre os próprios seres humanos (SILVEIRA, 2000).

Dessa maneira, o trabalho é capaz de influenciar tanto a construção, como a atuação moral do ser humano, podendo desempenhar um papel fundamental para o seu equilíbrio, para sua inserção social, para sua saúde física e mental, constituindo-se numa possibilidade de apreender, compartilhar valores, crenças e modos de vida praticados (LEININGER, 1991). O trabalho, portanto, pode ser influenciado por vários

fatores, dentre eles, o próprio modo de organizar as atividades, de estabelecer as relações interpessoais, de buscar a satisfação de desejos, necessidades e estratégias para a tomada de decisões.

4.2.1 O “Round” como expressão e a participação dos trabalhadores no Trabalho em Equipe

Um dos espaços construídos na UTI que favorece as relações interpessoais e o trabalho em equipe, possibilitando a tomada de decisão/atuação moral dos trabalhadores da saúde da UTI é o “round”. Neste momento, é traçado um perfil dos usuários, são evidenciadas suas necessidades, discutidas e refletidas diferentes possibilidades, visando a propor e implementar um plano de assistência a cada usuário. São, também, realizadas leituras, estudos, discussões para complementar o conhecimento frente às situações vivenciadas pela equipe. Os trabalhadores consideram que esse espaço é fundamental para o seu crescimento pessoal e profissional, bem como, para a melhoria da qualidade do cuidado:

o round tem continuidade, e é fundamental porque ele muda tudo na UTI. Ele melhora o atendimento do doente porque diminui o número de intervenções como: troca de antibióticos, cateterizações desnecessárias, incidência de exames desnecessários. Então, o round melhora a qualidade do atendimento na UTI (...) o round me faz estudar mais, me faz estar mais atento aqueles doentes, porque tem o médico, tem o residente, tem enfermeiro, solicitando decisões, e as decisões devem ser tomadas sobre o prisma de discussão (...) tentando descobrir qual é a melhor conduta para aquele paciente, e policiando o dia-a-dia, se a conduta que nós estamos tomando é a melhor; e está aberto sempre às participações (...) É muito melhor quando tem nutricionista, quando vocês vão ao round, quando aparece o médico assistente para discutir também. Ele fica mais produtivo quanto mais pessoas estiverem lá, por isso o nome dele, quanto mais pessoas para discutir um caso, melhor, o mais importante do round é a participação.

No “round”, os trabalhadores desenvolvem a interdisciplinaridade; é um espaço privilegiado para a exposição de opiniões acerca do cuidado prestado, das

condições clínicas do usuário, das condutas terapêuticas, questionar seus valores e possibilidades para a tomada de decisões, como também poder “tomar consciência da dimensão da bioética na profissão” (SELLI, 2005, p.39). O fato de discutir, avaliar, dividir preocupações e obter um consenso dos trabalhadores já é uma demonstração de uma postura ética, necessária para nortear as ações e tomar as decisões. Os trabalhadores das diferentes áreas da saúde referem considerar importante a participação no “round”, tanto pela possibilidade de expressar opiniões, de questionar, esclarecer dúvidas, quanto por sentirem-se valorizados:

chega o horário, eu páro, não páro para nada desde as 7h para conseguir vir para o round (...) Quando tenho o que expor, eu exponho, acho importante participar, me sinto valorizada .

A atenção que as pessoas te dão, de chegar, perguntar e ser atendida, de ter importância lá dentro.

O “round”, é um espaço de valorização, de reconhecimento profissional. O esforço do trabalhador em se fazer presente, como um ser participativo, que expõe suas opiniões está intimamente relacionado com os demais valores, como confiança, harmonia, respeito, amizade. Constatou-se, neste contexto, que o trabalhador valoriza este espaço devido à possibilidade de expressar a sua palavra, de ouvir e ser ouvido, mesmo que suas opiniões sejam divergentes das de outros trabalhadores. Para tanto, é imprescindível o diálogo, no sentido de criticar e ser criticado, valorizar e ser valorizado, garantindo-se o respeito mútuo.

O cotidiano de trabalho da UTI exige uma constante interação dos trabalhadores da saúde, tanto para direcionar, de um modo mais seguro, a tomada de decisões, quanto para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado. É preciso, portanto, reconhecer a complementariedade dos saberes, da importância de cada trabalhador da saúde como parte do coletivo, em que cada um deles seja respeitado e, também, capaz de “compreender e participar de um ambiente, onde as decisões são mais complexas e

as interações sociais mais numerosas”, adquirindo a capacidade de trabalhar em equipe, tomando decisões em conjunto (WITT, 2003, P.561). A percepção da necessidade de desenvolver o trabalho em equipe, respeitando e valorizando cada trabalhador, como parte deste processo, é enfatizada como fundamental:

A enfermagem tem uma outra posição dentro da FURG, até pelo fato de ser uma entidade formadora, por ter a academia também de enfermagem junto, há um interesse da enfermagem em participar do atendimento e impor a participação dela (...) melhorou muito o round com a participação da enfermagem (...) o enfermeiro é um participante direto da intervenção terapêutica do paciente.

Ao fazer referência de que “a enfermagem tem outra posição dentro da FURG”, este médico está reconhecendo o valor da enfermagem nesta instituição hospitalar e legitimando as atribuições ou normatizações decorrentes de suas ações, de seu modo de ser e de seu conhecimento científico e habilidade técnica. No entanto, parece faltar um consenso entre os demais trabalhadores a respeito da possibilidade de o enfermeiro legitimar determinadas regras e conduzir-se coerentemente com elas. Talvez o próprio enfermeiro não se dê conta do quanto é importante assumir seu espaço como coordenador da assistência e de que, em alguns momentos, exerce uma liderança sobre os demais (LUNARDI FILHO, 1998). Além desta dissonância, observou-se que outras questões também não constituem ponto pacífico entre os trabalhadores.

Embora exista o “round” como um espaço para a tomada de decisões coletivas, com a participação dos diferentes trabalhadores da saúde, pode-se constatar que nem sempre o que é decidido no “round” é realizado. Durante as observações, percebeu-se que, apesar de algumas condutas terem sido discutidas e decididas, alguns trabalhadores não as cumprem por conta de crenças, valores, convicções e julgamentos individuais. Como exemplo mais comum, destacam-se as decisões que dizem respeito ao desmame do usuário em ventilação mecânica, uma vez que ficam determinados os parâmetros a serem avaliados, para que ocorra o desmame, mas nem sempre isto é

levado em consideração. A partir desta constatação, buscou-se a percepção dos informantes frente às ações individualizadas de alguns trabalhadores:

as atitudes individualizadas tem muito a ver também com atitudes muito onipotentes de alguns colegas (...) Ele tem autonomia para fazer aquilo? Tem. O round não é uma lei, não é um protocolo, é uma discussão na qual a tendência é seguir, o que aconteceu (..) a paciente saiu precocemente da VM.

Apesar de haver uma discussão anterior e tomada de decisão frente ao que fazer, o cumprimento ou não da decisão fica a critério do plantonista. O que se percebe é que, dependendo do plantonista, este irá assumir uma postura individualizada, parecendo ocasionar conflitos entre os trabalhadores, pois muitas vezes, estas atitudes podem provocar sofrimento para o usuário, impossibilitando ou prolongando a resolução destas situações. Neste sentido, alguns trabalhadores apontam a necessidade de que protocolos sejam instituídos, de modo a favorecer o manejo adequado, como que propondo uma alternativa para que as decisões sejam seguidas, mesmo pelos trabalhadores que não participam do “round”.

tem médico que chega aqui e não lê a evolução (...) Começa a mexer nos respiradores como se fosse um vídeo game (...) para aprender, sei lá (...) determinadas condutas fica decidido no round, chega no outro turno (...) não vou fazer, e muda a conduta.

tu tens um livre arbítrio, mas acho que o principal é ter protocolos (...) condutas pré-estabelecidas (...) existem condutas que são conflitantes pelo mínimo (...) um acha que não é o momento para trocar o parâmetro da ventilação.

Apesar de as condições estruturais da instituição, frente a algumas situações, requererem a utilização de protocolos para a realização de ações mais coletivas, para a organização e efetividade do cuidado, sua realização e implementação não dá conta de que as ações serão cumpridas conforme o decidido. São situações que proporcionam

conflitos, também, quando alguns não aceitam o que foi decidido e resistem frente à decisão tomada. Uma outra questão é o fato de que o grupo de trabalhadores da saúde não participe como um todo das discussões e decisões, uma vez que o “round” acontece preferencialmente em apenas um dos turnos, e participa dele quem está na UTI naquele momento. Outros trabalhadores parecem nem tomar conhecimento de sua existência, o que pode ocasionar estes conflitos. Na maioria das vezes, estes conflitos ocorrem por diferenças de experiências, conhecimentos, habilidade técnica, compromisso, responsabilidade, crenças e valores existentes entre os trabalhadores.

Estas dificuldades e conflitos são causas de desarmonia entre os trabalhadores. Neste sentido, é necessário o diálogo para o enfrentamento dos conflitos, fazendo com que os trabalhadores da saúde possam ser ajudados a “reconhecer a dimensão moral de sua prática e determinar suas limitações profissionais individuais e morais” (SCOTT, 1998, p. 80). As ações dos trabalhadores devem evitar o prejuízo ao usuário e propiciar condições para atingir a finalidade do fazer dos trabalhadores da saúde, o cuidado do usuário.

Um trabalhador relaciona sua insatisfação e sofrimento, no contexto da UTI, no que diz respeito a internações fora de critérios comumente usados em UTI, apontando algumas reflexões e questionamentos:

Para que se destina essa unidade? Que tipo de atendimento a gente está prestando? (...) tem paciente aí com 87 anos, sequeladinho de AVC, já não tinha uma vida de relação em casa, aí fez uma infecção urinária, descompensou, choque séptico, vem para a UTI, faz parada cardiorespiratória (...) daí foi revertendo, revertendo (...) que avaliação que se fez? (...) Qual seria o objetivo da Unidade de Terapia Intensiva? (...) Que tipo de tratamento que se dá, os tipos de procedimentos que são realizados?.

A partir desta fala, pode-se perceber que, algumas vezes, não existem critérios para determinar as ações e as decisões frente às necessidades de cuidado. Um critério básico para internação em uma UTI seria o fato de estar o usuário em estado crítico, mas potencialmente recuperável. Neste sentido, este trabalhador aponta seu sofrimento, uma vez que vários critérios foram desconsiderados. Alguns trabalhadores

atribuem estas internações relacionando-as à oportunidade de aprendizagem, tendo em vista que o HU é um hospital escola. Outros referem que existe uma cumplicidade entre plantonistas, residentes e preceptores, pois muitos trabalhadores relacionam o fato de que “fica difícil negar o leito para alguns preceptores”, como se alguns trabalhadores tivessem o compromisso e o dever de satisfazer esta solicitação de internação, mesmo na ausência de uma avaliação favorável a tal tomada de decisão. Outros ainda apontam e relacionam que profissionais que tiveram sua formação acadêmica em outras universidades têm mais facilidade para exercer sua autonomia e enfrentar essas situações de conflitos.

Outros trabalhadores aproveitaram este momento para manifestar suas percepções frente a situações que ocorrem por falta de aptidão técnica, atribuindo a existência de falta de responsabilidade, a uma certa convivência dos trabalhadores da saúde frente estas questões, uma vez que optam por acomodar-se e omitir-se para não enfrentar o conflito. Essa manifestação de conformismo e acomodação fica expressa nas falas destes trabalhadores:

nem sempre procedo como deveria (...) muitas vezes acabo, ou pela correria, ou porque não querer te incomodar ou porque a situação está assim, enfim várias situações em que se vê coisas e nem sempre se toma uma atitude .

deixar que a iatrogenia ocorra, não pode, mas tem que fazer as coisas de modo habilitado. (...) Chego a ficar nervoso e costumo fazer alguma coisa.

Não sei se você percebeu que todos os profissionais se olham, porque a gente sabe o que vai acontecer (...) Dependendo do profissional que vai fazer determinadas atividades, mas, aí, como se comportar? O que tu vai falar? Entendeu, como é que vou chegar e falar que ele não tem aptidão pra fazer aquilo, que não sabe, que está fazendo errado. Então é muito complicado, toda a equipe fica muito angustiada com isso .

No entanto, o fato de o trabalhador não se envolver, de não buscar uma alternativa para o enfrentamento dos conflitos pode comprometer a continuidade do cuidado, com possíveis implicações éticas decorrentes destas ações, tanto para os usuários como para os trabalhadores que ali atuam. Mesmo os trabalhadores mais

comprometidos, com um maior senso de responsabilidade e sensibilidade para tomar suas decisões, parecem preferir a insatisfação, o sofrimento e as possíveis conseqüências da falta de cuidado, reprimindo possibilidades de enfrentar tais conflitos, negando a si mesmos e aos usuários a possibilidade de serem respeitados.

me insiro como culpado dentro deste contexto. Muitas vezes, enxergo e acabo deixando passar (...) Precisamos ser motivados para mudar (...) porque alguns já tentaram por várias vezes (...) quando pedes e determina alguma decisão na UTI, não depende só de pedir e determinar, depende de que uma cascata de procedimentos sejam feitas.

A reflexão sobre os princípios morais, a instituição de normas, rotinas, protocolos e regras nos remete a um entendimento mais profundo de valores, crenças, convicções individuais e coletivas. O fato de os trabalhadores de saúde depararem-se com situações de conflitos morais não pode torná-los menos sensíveis e acomodados. Há uma necessidade de mudança de posturas e valores numa tentativa de enfrentar os dilemas éticos. Uma reflexão ética dos profissionais da saúde requer o conhecimento dos seus limites e possibilidades frente aos seus direitos e deveres enquanto trabalhadores. Nesta perspectiva, toda e qualquer tentativa de uma ética centrada no agir cotidiano dos profissionais de saúde requer uma análise da realidade social em que se vive, tendo em vista o processo de tomada de decisões.

Através das observações e entrevistas realizadas, ficou evidenciado que existe uma prioridade dada à UTI, comparada a outras áreas do hospital, no que diz respeito ao fornecimento de recursos materiais, de apoio e, até mesmo, de recursos humanos. Os trabalhadores destacam a facilidade de “ter tudo à mão”, de que os aparelhos possibilitam uma observação eficiente e rápida, de que “aperta um botão e é automático, diminui o trabalho manual”, de que existe uma “estrutura técnica”, da UTI ser vista como “um setor privilegiado”, atribuindo essa importância ao fato de ser uma unidade que trata “usuários críticos”. No entanto apesar desta consideração, a falta de compromisso ético de alguns trabalhadores da área da saúde pode tornar a assistência

restrita a um fazer técnico, ou seja, descaracterizar o cuidado como ação humana, ou mesmo, nem o fazer técnico ser realizado adequadamente.

4.2.2 A rotina como uma (im)possibilidade de controle

Numa avaliação mais ampla das ações realizadas pelos trabalhadores, pôde-se evidenciar que o mesmo trabalhador que desempenha suas atividades conforme a rotina preconizada, em outro momento não parece visualizar o cuidado como uma continuidade. Constatou-se, durante as observações, que alguns usuários foram trocados de posição somente na hora da passagem de plantão; e aspirados uma vez ao turno, apesar de haver uma “rotina” anterior⁸ de aspiração e de troca de decúbito de 2 em 2 horas. Ao serem questionados frente ao seu fazer, referiram:

A gente não aspira mais de duas em duas horas. A gente não segue mais essa rotina. Quanto à mudança de decúbito (...) a UTI estava cheia, e nós tínhamos três ou quatro funcionários, e eu não falei nada (...) fiquei prestando atenção na posição dos pacientes (...) Chamei todos e disse “porque que isso está acontecendo? (...) ninguém mudou o seu paciente de decúbito, por quê?, e aí claro, vem mil e uma explicações, nenhum assume a coisa (...) É o tipo de coisa que me cansa aqui é isso, ter que chamar atenção hoje, e amanhã tu tem que chamar de novo, porque a coisa continua na mesma .

Isso mudou bastante, não se dá a mesma importância, são muitas formas de agir. Acho que deveria ser revisado e chamado a atenção. Ontem foi comentado no round que o índice de escaras nos calcâneos aumentou, mas nada foi feito .

Essas tuas observações também são minhas. Essa semana por exemplo, fiquei um pouco chateada com relação a higiene oral do paciente do leito 5, ele estava num estado lastimável (...) pensei em conversar em relação a isso, pra que seja feito um alerta, um alertazinho, para tomar um pouco mais de cuidado, porque é importante (...) parei do lado do paciente do leito 5, limpei toda a cavidade oral, ele tinha crostas horríveis nos dentes, por dentro, eu tirei com gaze e aquilo ali é falta de limpeza (...) é um cuidado básico, um cuidado mínimo que tem que ser feito, e que não está sendo feito (...) um outro comportamento também que às vezes, dá dó de um paciente grave, é evitar a mudança de decúbito no paciente, porque ah vai morrer mesmo.

⁸ O conhecimento relacionado a rotinas existentes na UTI é decorrente do período em que a pesquisadora atuou como enfermeira assistencial nesta unidade.

Os relatos dos trabalhadores demonstram que eles já pareciam estar cientes da dimensão ética do cuidado, da necessidade de respeitar este princípio ético e moral no cuidar dos usuários, de que o cuidado implica dignidade, o que corresponde a um valor moral de agir com respeito e dignidade à vida, de não tratá-los de modo desumano e degradante, de manter a sua imagem e integridade física, garantindo o seu bem estar. Apesar de não existirem princípios absolutos que validem as idéias e o fazer dos trabalhadores, pensa-se que o seu fazer pode ser contextualizado a partir de princípios mínimos, de respeito à vida, de dignidade e de solidariedade.

Há que se considerar que parece existir uma complementaridade e uma interdependência entre os trabalhadores. No entanto, cada um parece definir suas expectativas de comportamento em relação a suas obrigações morais. Essas atitudes demonstram a existência de confronto entre a obrigação moral e o risco de deixar que as condições de saúde dos usuários possam ser agravadas.

Parece que os trabalhadores necessitam desenvolver a capacidade de distanciar-se de determinado ponto de vista: parar, olhar, refletir, julgar seus atos com um novo olhar, assumir um olhar empático. O trabalhador é responsável por fazer o que assumiu como função a partir de sua escolha em ser um trabalhador da área da saúde. Portanto, acredita-se que a responsabilidade dos trabalhadores da UTI é para com seres humanos que necessitam do cuidado à saúde. É pensando nos usuários que os trabalhadores devem agir: se o usuário é o fim do trabalho da saúde, o que é bom para ele? Esse julgamento depende dos valores, crenças e virtudes pessoais e da cultura organizacional.

A situação de vulnerabilidade do usuário da UTI exige cuidados. Se o trabalhador da saúde não cumprir com suas obrigações morais, quem o fará? Na visão de Per Nortvedt (1998, p. 391): “a pessoa não pode escolher o fato que, quando vendo a necessidade e expectativa do outro, que a responsabilidade já tomou forma, que a vulnerabilidade se tornou sua preocupação, que a aflição do outro é o seu interesse”. Para Pessini & Barchifontaine (2005, p. 117), “todo indivíduo tem dignidade

intrínseca e direitos inalienáveis e cada um tem uma responsabilidade inevitável pelo que faz ou deixa de fazer. Todas as nossas decisões e atos, mesmo nossas omissões e falhas, têm conseqüências”.

Ao refletir sobre a ética médica, sobre a obrigação, responsabilidade e compromisso dos trabalhadores da saúde, Drane & Pessini (2005, p. 57) dizem ser necessário compreender a humanidade do ser humano, que foi ameaçada e reduzida com a doença; de modo a suprir necessidades que poderão ser atendidas, pois:

(...) a doença grave é um grande insulto à própria integridade do ser humano. O equilíbrio costumeiro entre a pessoa e o mundo é violentamente interrompido por sintomas, ferimentos, incapacidades ou desfigurações. São muitas as perdas associadas com essas mudanças. A pessoa é imediatamente distanciada das outras e passa a carregar um peso. Características que fazem dos seres humanos o que são agora reduzidas no paciente. A doença fere o âmago dos seres humanos e diminui a vida no que essa tem de peculiarmente espiritual, ético e social.

A doença grave faz com que o usuário permaneça na UTI. Além de mantê-lo distante de seus familiares, seu corpo demonstra fragilidade, vai perdendo o equilíbrio, pode perder sua integridade física, modificar sua aparência e, em algumas vezes, encontrar a morte. No entanto, compreende-se que este sofrimento poderá ser amenizado ao receber o cuidado. Para tanto, é necessário não só o conhecimento e a competência técnica, mas também a habilidade para resgatar sua sensibilidade, o que significa a habilidade de acolher o usuário, a vida, de conviver, de construir-se e de humanizar-se.

Neste sentido, para compreender a humanidade do usuário, é importante refletir também, sobre o que representa ser trabalhador da saúde da UTI; o quanto requer de conhecimento, competência técnica, cuidado humano, observação constante, atenção, evidenciar necessidades, proporcionar bem estar e conforto ao outro, prestar cuidados para manter a integridade física e a dignidade humana do usuário. No entanto, parece faltar clareza quanto à importância de ser trabalhador da saúde, do seu compromisso ético e moral na UTI, o que suscita a necessidade de um processo de reflexão e

avaliação das ações dos trabalhadores.

Percebe-se também, que cada trabalhador tem liberdade para exercer sua autonomia. No entanto, parece não haver limites no exercício da liberdade dos trabalhadores; parece que cada um faz o que achar conveniente, como se houvesse uma desconsideração frente à necessidade de cumprimento de suas obrigações morais, pela transgressão às normas e rotinas. Aparentemente, alguns trabalhadores têm permitido que muitas situações vividas no cotidiano da UTI, das quais discordam, se reproduzam. Talvez esta condição possa ser atribuída às possíveis dificuldades existentes no enfrentamento dos conflitos e no exercício da autonomia, repercutindo no atendimento do usuário. Diante destas discussões, desencadeiam-se algumas reflexões: Como o trabalhador exerce sua liberdade e sua autonomia? Como vem sendo decidido o que fazer e não fazer?

No contexto da UTI, parece haver uma permissividade perante ações e condutas consideradas como impróprias, o que possivelmente leve a conseqüências na qualidade do cuidado. Alguns trabalhadores repetidamente referem sentir-se desconfortáveis com as situações vivenciadas no seu contexto de trabalho, com cenas inaceitáveis de desrespeito ao usuário, em que infrações se encontram presentes; enquanto outros se mostram distantes, descomprometidos, ou evitam tomar uma posição sobre os fatos ocorridos. Alguns trabalhadores parecem ter medo de envolver-se, de posicionar-se, de intervir na ação do outro, de enfrentar e evitar determinadas atitudes. Assim, este estudo favoreceu o desencadeamento de um processo de reflexão, entre os trabalhadores, acerca de suas próprias inquietudes ao expressarem a sua compreensão frente ao descompromisso percebido em alguns membros da equipe:

Se eu tenho uma responsabilidade, procuro cumprir com ela. Eu sei quais são as minhas responsabilidades. Não precisa que ninguém diga pra mim o que eu tenho que fazer, mas parece que com a equipe não é a mesma coisa. Parece que tem que dizer pra eles qual é a função deles na verdade.

Quem não tem consciência, não faz. Se não houver um enfermeiro para cobrar e mandar trocar o decúbito, não vão fazer, vão virar uma vez só na hora do banho. Isso tem dado muita conseqüência (...) Infelizmente, as pessoas precisam ser cobradas, se não forem cobradas, não fazem as coisas.

Durante a realização deste trabalho, perguntei-me se os trabalhadores precisam ser controlados para cumprirem com suas responsabilidades e compromisso. No entanto, tratando-se do trabalho da saúde, um trabalho coletivo que se supõe ser realizado, ou necessitar ser realizado em equipe, como dar-lhe concretude, produtividade e eficiência se o mesmo não for controlado? Como os trabalhadores da saúde estão desenvolvendo o seu fazer? Como está ocorrendo a supervisão dos trabalhadores? E como influir nas ações do trabalhador que não tem um supervisor? Os trabalhadores executam somente os procedimentos quando submetidos ao controle do outro? Mas controlados em que sentido? O que significaria controlar? Por outro lado, os trabalhadores da saúde, não teriam compromisso e responsabilidades com o atendimento das necessidades assistenciais à saúde dos pacientes? Como os trabalhadores têm se construído moralmente para o exercício da autonomia e da ética?

Parece que, em alguns momentos, a maioria deles desempenha o fazer voltando-se apenas para si mesmo, não se identificando nem compartilhando com os valores do outro e de seu contexto de trabalho. O que se percebe, no cotidiano dos trabalhadores da UTI, é que cada trabalhador atribui a responsabilidade do não cumprimento do cuidado à cultura ambiental, parecendo, não se comprometer suficientemente. Não será necessário questionar a validade de certos hábitos e (des) valores que tem se consolidado pelo fazer cotidiano?

A meu ver, parece vir à tona a ausência do compromisso e responsabilidade de alguns trabalhadores, resultando numa desestruturação do ambiente de trabalho, numa condição que tem escapado ao controle de quem representa a autoridade, ocasionando uma percepção de desgoverno, de desorganização no próprio fazer; de desestruturação do serviço. Alguns trabalhadores demonstraram que precisam ser supervisionados, encontram-se descrentes, acomodados, sem esperança de modificar essa cultura; outros sofrem, mas permanecem no silêncio. Desmotivados, parecem não querer modificar o contexto, não acreditar que podem construir-se como sujeitos morais, enfrentar os conflitos, estabelecer o diálogo e exercer a autonomia. Neste contexto,

parece proliferar uma idéia de que não existem valores que embasem as ações dos trabalhadores, pouco importando se um trabalhador for comprometido, responsável, se cumprir com suas obrigações ou não. É a mesma coisa.

Vários trabalhadores, aparentemente, não têm o mesmo compromisso e valores em relação ao seu trabalho. Aqueles que parecem mais compromissados reconhecem-se em situação diferenciada, comparando-se com os demais e, muitas vezes, sentem-se discriminados pelos colegas, o que pode contribuir para reforçar sua acomodação, seu desconforto de mostrarem-se diferentes em decorrência da pressão do coletivo sobre cada um, o que pode permitir que os trabalhadores realimentem a desorganização, acomodando-se, visualizando predominantemente o bem-estar individual.

4.2.3 A construção de Estratégias como exercício de autonomia:

Quando os valores presentes nas ações dos trabalhadores são incapazes de fornecer a segurança necessária ao cuidado dos pacientes, precisamos de alguns critérios e limites para decidir o que é ou não cabível no seu comportamento de modo a orientar suas escolhas, procurando equilibrar necessidades individuais com as necessidades coletivas e sociais. Se o trabalhador acomoda-se, por hábito, por falta de compromisso, por insatisfação, por falta de controle, é necessário condições para desenvolver valores que mudem suas atitudes de forma a impedir que os trabalhadores estejam constantemente imersos no contexto de trabalho, desmotivados e acomodados. Uma possibilidade poderia ser a problematização do próprio contexto de trabalho, o questionamento sobre o seu fazer, olhando para si e para a realidade da UTI, para o que está e o que não está adequado. Seria ingênuo considerar que o exercício da autoridade iria dar conta do cumprimento do fazer. Talvez não seja necessário dizer o modo como devem agir, mas proporcionar a oportunidade de fazê-los compreender a importância de suas ações, de descobrir e internalizar valores.

Esse processo não é uma tarefa fácil, “é necessário que haja um processo de aprendizagem, o que requer tempo e amadurecimento, por meio da convivência com outras pessoas e com o mundo em que se encontra inserido. Isso se dá por meio da

observação, participação, fala, diálogo, busca e troca de conhecimentos, experiência e muita reflexão” (FERNANDES E FREITAS, 2006, p. 28).

Compactua-se com a idéia de MacIntyre (2001, p. 322) de que, “toda prática requer um certo tipo de relacionamento entre os que dela participam”, em particular, as práticas dos trabalhadores da saúde, uma vez que compartilham propósitos e padrões que configuram o compromisso com a vida. Para tanto, considera que é necessário definir as relações com os colegas de trabalho, com os usuários e familiares através de referências. Da mesma forma, a virtude é a qualidade do ser humano que permite alcançar “os bens internos a prática” (MACINTYRE, 2001, p. 322).

O autor nos remete à reflexão de que é preciso “estar preparado para correr riscos” ao longo da trajetória profissional, estar atento e disponível para avaliar e buscar reagir às próprias inadequações (MACINTYRE, 2001, p. 322). Para tanto, destaca algumas virtudes necessárias, como: coragem, justiça, honestidade, sinceridade e confiança. A coragem é entendida como uma virtude necessária para a realização do cuidado e a preocupação com os usuários, uma vez que, ser corajoso é predispor-se a “correr riscos pelos usuários” (grifo da autora) e se o trabalhador que diz cuidar do outro não estiver disposto a correr riscos, “põe em questão a sinceridade de seu cuidado ou interesse” (MACINTYRE, 2001, p.323)

O modo descomprometido de ser e de agir de alguns trabalhadores da saúde vem se reproduzindo há algum tempo. Os trabalhadores têm conversado entre si no próprio turno de trabalho ou durante a passagem de plantão, porém tais medidas, aparentemente, de nada têm adiantado. Os próprios trabalhadores reconhecem a necessidade de se reunir para discutir estas questões, repensar suas atitudes frente aos usuários críticos; suas responsabilidades e compromissos, dentre outros, de assegurar ao usuário o cumprimento de seus direitos, de ser tratado com dignidade e respeito. Os trabalhadores manifestaram seu compromisso frente a esses conflitos, sugerindo algumas estratégias:

É, é um comportamento que eu não gosto, é um comportamento que eu me sinto um pouco desconfortável com relação a isso. Essas situações que você me colocou, são coisas que eu tenho percebido (...) Dentro do meu plantão, costumo resolver, eu mesmo, com o meu pessoal (...) Quando é alguma coisa

que interfere em todos os plantões, acho que é muito importante que seja feita reunião, que a gente converse e que a gente faça todos em conjunto .

Vamos fazer agora uma reunião essa semana, uma reunião dos enfermeiros pra falar todos os problemas (...) cada um trabalha de uma maneira, cada um tem uma forma de pensar (...) vamos tentar entrar num acordo .

Os próprios trabalhadores parecem perceber a necessidade de dialogar, de reunir-se para discutir e refletir sobre as situações de conflito, para se construir moralmente com outros trabalhadores e alcançar o desenvolvimento de uma consciência mais crítica frente ao compromisso e à responsabilidade necessários no cuidado em saúde, mediante o delineamento coletivo de algumas estratégias para enfrentar e, também, modificar esta realidade. Neste sentido, o diálogo e a reunião podem ser uma possibilidade de construção coletiva para organizar o processo de trabalho.

Os trabalhadores precisam prover um cuidado com qualidade, como “um direito e dever, um compromisso social, uma responsabilidade profissional, primordial na construção da civilidade humana, no respeito á vida, à natureza e na promoção da saúde e do viver melhor da humanidade” (LENTZ & ERDMANN, 2004, p. 37).

Promover uma mudança de comportamento de modo a proporcionar melhoria da qualidade do cuidado em saúde implica envolver alguns aspectos, tais como:

(...) conhecimentos e habilidades, crenças e valores individuais, profissionais, institucionais, sociais e culturais. Por outro lado, constitui-se em conteúdo de requinte, de sensibilidade e sensações muito próprias da natureza humana, cuja singularidade, provavelmente contém sua essência, seu valor, seu significado mais genuíno. Assim, a qualidade do cuidado em saúde, não parece ser apenas uma questão de dever ou de direito, opção ou obrigação, mas de respeito, de ética, cidadania, sabedoria e transcendência (LENTZ E ERDMANN, 2004, p. 40).

Para os trabalhadores, é indispensável a motivação, a supervisão, o acompanhamento de quem representa a autoridade para corrigir e orientar o fazer, desenvolvendo ações pautadas na ética; com possibilidade de melhoria na qualidade do cuidado em saúde. A partir desse processo vivenciado durante a realização do estudo, em que discussões e algumas reflexões foram realizadas com os trabalhadores da saúde, emerge a necessidade de que cada um, como parte deste cuidar, conscientize-se de sua responsabilidade, de seu compromisso, de sua autonomia na busca de possíveis condições para o seu fazer, bem como a mudança de atitudes e ações, através de um trabalho em equipe, de um partilhar de preocupações e buscas. Os trabalhadores não costumam reunir-se formalmente para a discussão do planejamento e organização do processo de trabalho. Não parece ser por falta de tempo e sim, o modo como o tempo é priorizado, organizado, utilizado.

Compartilho das idéias de MacIntyre, segundo o qual as práticas podem desenvolver-se em sociedades com códigos distintos e de que “onde se requer virtudes, também podem florescer vícios” (MACINTYRE, 2001, p. 325). Deste modo, os trabalhadores podem negar a si mesmo a possibilidade de alcançar bens internos, virtudes compartilhadas pela equipe. Para tanto, “o exercício das virtudes é, em si, capaz de exigir uma postura muito bem-definida com relação a questões sociais e políticas; e é sempre dentro de determinada comunidade, com suas próprias formas institucionais específicas, que aprendemos ou deixamos de aprender a exercitar virtudes”.

Embora as virtudes tenham uma posição especial na vida moral, esse fato não se basta, como se uma teoria baseada na virtude pudesse substituir ou ter precedência sobre as teorias baseadas na obrigação e princípios. Teremos sempre julgamentos também baseados em normas gerais, e não somente nas virtudes. As virtudes, portanto, requerem princípios e regras para regulá-las e suplementá-las, de modo que ao discernir o que é correto, as pessoas de bom caráter moral podem reconhecer que necessitam de princípios, de regras e de ideais para determinar os atos reconhecidos como certos e/ou bons (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Neste sentido, a possibilidade de o trabalhador comprometer-se com a

integridade, o cuidado e com a vida dos usuários está relacionada com o modo como as virtudes ou valores podem ser e têm sido praticados no sustento da organização. Nessa perspectiva, as ações dos trabalhadores requerem o exercício das virtudes, os princípios, as normas, os valores necessários para a decisão e atuação moral.

A partir do entendimento de que a cultura determina a diferença de comportamento, de tomadas de decisões e atuações entre os trabalhadores, e que estes agem de acordo com padrões culturais, como resultado do meio em que foram socializados e que, portanto, o meio social é quem os constrói moralmente, apresenta-se o processo de construção moral dos trabalhadores da saúde da U.T.I.

4.3 O processo de construção moral dos trabalhadores da UTI

A construção moral se dá ao longo da história de vida de cada ser humano e está contida na história das comunidades que deram origem a sua identidade. A vida é, sem dúvida, a maior expressão de nossa existência, nascemos e nos desenvolvemos como portadores de experiências, de aquisições culturais, morais e éticas. O ser humano, inserido num sistema social e cultural, tem uma profunda inter-relação com tudo o que o cerca, fazendo parte desse sistema cultural. A família; os pares; as instituições de ensino e de trabalho; a mídia e a sociedade, dentre outros, exercem influências na sua construção moral.

À medida que o ser humano vai evoluindo, vai construindo-se moralmente, levando em consideração os múltiplos elementos culturais, ou seja, seu comportamento moral evolui gradualmente e a partir de oportunidades (REGO, 2003; PUIG, 1998; LA TAILLE, 2006). Assim, a cultura pode ser entendida como um processo do comportamento aprendido pelo ser humano, de conhecimentos e experiências acumulados ao longo de sua vida (LARAIA, 2006).

O ser humano, portanto, vai construindo sua moral nas ações que estabelece com o mundo objetivo e subjetivo, nas suas interações com o mundo social e cultural,

com a sua capacidade de conhecer, relacionar, organizar e reorganizar as experiências vividas. Neste sentido, busca-se apresentar algumas considerações de como parece ocorrer o processo de construção moral dos trabalhadores da saúde em seu ambiente familiar e suas possíveis relações como trabalhador da UTI.

4.3.1 As relações construídas no ambiente familiar e sua influência no desenvolvimento e construção moral dos trabalhadores da saúde da UTI

A partir do entendimento de que o trabalhador se constrói como sujeito moral através de aquisições culturais valorizadas nas suas interações sociais desde a infância, os sujeitos deste estudo foram instigados a falar de si, de como se construíram como sujeitos morais através dos seguintes questionamentos: você acha que a sua vida familiar pode ter contribuído ao seu modo de ser? Em que sentido? O que você poderia falar sobre seu processo de construção moral?

Partindo destas provocações, os trabalhadores da saúde da UTI foram expressando a sua compreensão acerca do seu modo de ser, partindo das reflexões de suas vivências e, possivelmente, realizando reflexões sobre a educação moral recebida na família e sobre suas relações no decorrer de suas vidas. Assim, demonstraram, em suas falas, que a família é a base na sua formação ética, o alicerce para a formação do caráter, do modo de agir e de se construir como sujeito moral:

A família tem uma participação importante na formação, e com certeza a formação é fundamental e a minha família teve participação total, eu acho que na minha postura moral .

Somos o reflexo daquilo que aprendemos em casa.

Sempre fui exigida nestas questões de ética, de moral, esta parte sim eu trago bastante e é o que me causa problemas .

Pode-se analisar, a partir destas manifestações, que o ambiente familiar foi

considerado como significativo na vida dos trabalhadores da saúde da UTI, uma vez que, neste espaço cultural, foram interiorizadas algumas regras e comportamentos morais as quais parecem ter sido fundamentais para a incorporação de crenças e valores pessoais durante as experiências vivenciadas por esses trabalhadores.

Alguns valores emergidos no ambiente cultural familiar foram expressos pelos trabalhadores como norteadores de seu agir profissional, dentre eles: o respeito, a honra, a sensibilidade, a responsabilidade, a religião, a honestidade, o diálogo, a liberdade, o carinho, conforme as seguintes falas:

o meu exemplo de homem foi sempre o meu avô (...) Um homem simples, mas sempre resumiu o que me ensinou numa palavra só, que um homem pode perder tudo, menos a honra. Os valores em que me calco para o meu fazer é o respeito ao próximo, a solidariedade; eu acho que se a gente não vier norteado por isso vira só uma profissão, perde a arte e isso que a minha família sempre me passou, se tu pretende seguir esta profissão, faz dela uma coisa que te honre como homem .

Para Yves de La Taille (2006, p. 108-109), o despertar do senso moral pode ser concebido como a capacidade construída na infância ao experimentar sentimentos de dever moral que irão inspirar suas condutas, “o querer fazer moral”. Dentre estes sentimentos o autor destaca “o sentimento de obrigatoriedade: medo e amor”; a culpa, e outros sentimentos que fortalecem o de obrigatoriedade, como a confiança, a simpatia e a indignação, “relacionados ao convívio social da criança”, ou seja, ela irá aprender a respeitar a partir do momento em que obedece a fonte que representa as regras morais; a partir do desenvolvimento de “um sentimento de respeito pelas pessoas que apresentam tais regras e acentuam seu caráter de obrigatoriedade”.

Neste sentido, pode-se considerar que os trabalhadores interiorizaram o valor **respeito** no seu modo de ser e fazer a partir da consideração de pessoas significativas na sua infância, as quais lhes inspiraram medo e amor, despertando o senso moral do dever, tanto pela autoridade que estas pessoas representavam em suas vidas, quanto pela compreensão da necessidade de respeitar o outro e de ser respeitado (YVES DE LA TAILLE, 2006). O respeito, portanto, pode ser entendido como um sentimento que

possibilite a aquisição de noções morais; deve ser forte o suficiente para que cada trabalhador experimente, interiormente, a necessidade de tratar dos colegas, usuários e seus familiares do mesmo modo que julga importante ser tratado.

Ao referir a **honra** como um dos valores interiorizado no convívio familiar, o trabalhador parece considerá-la fundamental para o exercício de seu fazer, conforme expresso em sua fala: “se tu pretende seguir esta profissão, faz dela uma coisa que te honre como homem”, o que corresponde ao sentido de auto-respeitar-se, ou seja, de que suas ações se pautem no “valor moral que a pessoa tem aos próprios olhos e a exigência que faz a outrem para que esse valor seja reconhecido e respeitado” (YVES DE LA TAILLE, 2006, p. 62).

As normatizações legitimadas aparecem sob a forma de obrigação, o que numa visão Kantiana seria um imperativo: deve-se agir de tal modo, não se deve agir de outro. Valores como a justiça, o respeito e a solidariedade precisam ser interiorizados como aliados a possibilidade de “fazer o bem”, de que o trabalhador possa ser íntegro, respeitado e honrado. O trabalhador legitima as normas que de algum modo afloram a sua sensibilidade; como desejáveis de serem concretizadas. A imagem que ele tem de si está intimamente associada aos valores construídos desde a vivência familiar. Ao procurar ter imagens boas de si, o trabalhador faz o bem e busca a possibilidade de ser respeitado como pessoa, ou seja, legitima as regras morais integrando o respeito pelas regras à sua identidade pessoal. Assim, preservar a honra exige dos trabalhadores que este seja leal em suas ações, digno da imagem que deseja ter de si mesmo, de tratar e ser tratado com dignidade e respeito.

Um outro valor incorporado no convívio familiar pelos trabalhadores da saúde foi à **sensibilidade e a empatia** frente às necessidades do outro. Ao demonstrar a preocupação de agir considerando as necessidades das pessoas com quem se relacionam, os trabalhadores da saúde revelam ter incorporado essa disposição para ser sensível a partir da infância, valorizando a sua capacidade para ajudar o usuário, para compadecer-se frente ao sofrimento; manifestando sua sensibilidade, empatia e simpatia. Assim, “a capacidade de sentir o que o outro sente” de perceber e ser afetado pelos sentimentos do outro, pode inspirar “condutas condizentes com a moral”; como

ajudar quem sofre, evitar um dano, motivando-se a agir de modo justo e generoso (YVES DE LA TAILLE, 2006, p.115)

Conforme Ramos (1996, p. 142), “a percepção e sensibilidade definhada no mundo do trabalho, ganha expressão no ideal profissional, alicerçado em valores humanos fundamentais e na crença no poder do próprio trabalhador fazer deste trabalho o que ele é ou, quem sabe, fazer com que ele seja diferente, como ‘poderia ser’ num ideal compartilhado”. Dessa maneira, o trabalhador ao demonstrar seu interesse genuíno frente às necessidades do usuário e o seu envolvimento no processo de cuidar pode expressar um desvelamento de sentimentos, de sensibilidade, de dignidade, de solidariedade, de respeito, de compartilhar sua atitude ética derivada do compromisso com o usuário.

Um outro valor manifestado por um dos trabalhadores foi o **sofrimento** compartilhado com seus familiares, o qual considera como fundamental para a sua dedicação e postura ética:

Nessa parte de valores (...) eu era criança e acompanhei a mãe tendo que mudar todo o estilo de vida em função da sua doença. Então, isso contribuiu para a minha parte de dedicação, compartilhando com eles, porque eu me criei vendo o meu pai, os meus irmãos dedicados, querendo mudar, querendo melhorar (...) ver a limitação de uma pessoa, e o que gera uma limitação (...) me fez tentar entender e me voltar muito para o paciente. Isto eu tenho muito no meu fazer.

A partir desta fala, pode-se perceber que o sofrimento, interiorizado no passado deste trabalhador, despertou sua dedicação, seu compromisso e sua responsabilidade com a vida dos usuários. À medida que a vida humana é compreendida a partir de situações, “de males e riscos, morais e físicos, com os quais o indivíduo pode deparar-se e superá-los, de maneiras melhores ou piores e com maior ou menor grau de êxito, as virtudes encontrarão seu lugar” (MAC INTYRE, 2001, p. 246).

Para Puig (1996, p. 183), “a sensibilidade e as emoções permitem detectar os conflitos morais, sentir-se afetadas por eles, captar valorativamente a realidade e,

enfim, impulsionar e motivar com grande eficácia a conduta dos sujeitos”. Conseqüentemente, a situação-limite experimentada pelo trabalhador proporcionou “a essência da ética de relação”, um conhecimento profundo de valores comuns (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2005 a, p 412).

Per Nortvedt (1998, p. 391-392) ao fazer referência a vivências em que as emoções se exacerbam, diz que elas “registram e revelam o que nós consideramos ser moralmente salientes, mas não podemos nos esquecer que as emoções carregam mais do que significado moral, a nossa vida moral como humanos e como profissionais. As emoções também mostram nossas atitudes e criam a atmosfera intrínseca ao comportamento moralmente louvável”.

Um outro valor compartilhado pelos trabalhadores foi a **religiosidade**:

eu nasci numa família católica, com um comportamento voltado e norteado pela igreja católica, com aquela estrutura de família bem determinada e, quando a gente passa a atuar na UTI, nós passamos a conviver com todas as necessidades do ser humano, em todos os aspectos. A gente aprende a respeitar outras religiões, o direito individual de cada um de escolher, assim como, a respeitar a vida .

As instituições religiosas buscam transmitir e implementar alguns valores através de um processo de evolução, de desenvolvimento histórico. A partir da identificação e implementação destes valores, eles se perpetuam entre seus membros. (ROKEACH, 1979).

Os valores espirituais e/ou religiosos se encontram presentes no dia-a-dia, e “à medida que cresce nossa consciência da diversidade cultural”, são fundamentais para embasar o diálogo, ou seja, “devemos ser capazes de viver e trabalhar juntos, mesmo que nossas mais profundas convicções filosóficas e religiosas sobre o certo e o errado estejam freqüentemente em conflito”. Neste sentido, “as religiões podem dar as pessoas uma norma superior de consciência” considerada como o imperativo categórico, fundamental nos dias de hoje. O que os autores apontam é que, apesar das diversidades culturais, das várias religiões existentes, das diferenças presentes nas religiões, das

necessidades, dos impulsos, dos desejos pessoais de cada ser humano, da presença dos conflitos, em que o querer individual defronta-se com o querer do outro, é preciso um consenso sobre uma ética, à necessidade de ser: solidário, humano, confiante, respeitoso, livre e, ao mesmo tempo, de estar ciente da interdependência entre os seres humanos, da “responsabilidade que leva em consideração as conseqüências de nossas ações e omissões” (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2005, p. 103-104).

Neste sentido, a religiosidade é uma convicção ética que permeia o direito de respeitar e ser respeitado, de tratar com dignidade, de se interessar pelo usuário, de estar disponível, cultivar a vida, para ajudar o outro, para despertar a compaixão, a ética global (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2005).

No que se refere à **responsabilidade**, percebeu-se que os trabalhadores parecem evidenciar que estão seguindo este preceito livre e conscientemente, tomando a responsabilidade como valor subjetivo: para consigo mesmo, para a satisfação do seu bem individual, “é o compromisso do indivíduo para com a sua realização pessoal”; para com a profissão da saúde, “vista como o conjunto de obrigações instituídas no sentido de preservar o bom nome da classe”; para com os usuários, “são deveres que os profissionais se impõem com relação a seu paciente”; para com o meio ambiente e ambiente de trabalho, numa tentativa de preservar a natureza e a vida, “de propiciar melhores condições de saúde (...) como agentes modificadores de ecossistemas”; para com a sociedade, “gerador ou modificador de valores sociais” como um trabalhador que “tem influência política e decisiva (...) para a saúde individual e coletiva” (MUÑOZ & ALMEIDA, 2002, p. 124).

Ser responsável é ser capaz de planejar e assumir ações coletivamente, percebendo seus compromissos e limites, tendo em vista o cuidado com a vida, solicitando o mesmo de seus colegas de trabalho. Implica fazer ou deixar de fazer o que deve ser feito, ou o que a sua função assumida como trabalhador da saúde exige, pressupõe a sua capacidade de analisar a situação do usuário, evidenciar e tomar consciência de suas necessidades, refletir sobre as conseqüências de suas ações, possibilitando a tomada de decisão a partir do julgamento do que considera como certo. É na relação com o outro que o trabalhador pode desenvolver seu modo de agir,

de ser livre.

Diante disto, Morin (2005, p.100) refere que: “A consciência de responsabilidade é característica de um indivíduo-sujeito dotado de autonomia”, e que para manter a responsabilidade, a pessoa precisa “ser irrigada pelo sentimento de solidariedade, ou seja, de pertencimento a uma comunidade”. Um dos trabalhadores considera fundamental uma exigência interior de si mesmo, o que pressupõe como necessário que se interiorize os motivos pelos quais ela age de modo responsável, o que requer: discutir, refletir sobre suas vivências, sobre o sentido de responsabilidade, de respeito, de ética, permitindo avaliar a capacidade para dar a si mesmo as regras de conduta, para responder pelo que faz, e pelo que julga suas intenções.

Construir-se moralmente pressupõe ser responsável. A responsabilidade implica liberdade e juízo moral, em pensar, refletir, julgar as ações a partir de critérios e virtudes valorizadas, para a tomada de decisão e ação. Requer a capacidade de usar o diálogo como uma dimensão ética do agir, de explicitar seus pensamentos, de resolver conflitos, de buscar consensos, o que necessita de clareza das próprias convicções e valores.

Um outro valor manifestado foi a **honestidade**, o que significa ser verdadeiro, sincero e posicionar-se de acordo com o que acredita favorecer a tomada de decisões, pautada na ética.

Olha, sempre prezei pelos bons princípios. Ser verdadeira, acreditar no teu posicionamento, no que tu pensas, tentar fazer sempre da melhor forma possível, fazer muitas vezes, mesmo no finalzinho da vida, com que ele seja atendido com dignidade. Eu acho que é a maneira de criação, já vem contigo, tu não aprende, é da tua vida, tu respeita o outro para também ser respeitada.

Através das vivências, os trabalhadores parecem ter aprendido a “ponderar o valor das suas ações em relação ao outro e a si mesmo”, a assumir uma atitude de respeito para com o outro, de acolhê-lo, de tratá-lo com dignidade, respeitando a sua integridade até os momentos finais de sua vida, a partir do discernimento, da “reflexão

em relação às atitudes, crenças, valores fundados no agir livre, consciente e responsável” (FREITAS E FERNANDES, 2006, p. 53).

A história de vida dos trabalhadores está contida na história das gerações que deram origem à sua identidade, no ambiente cultural familiar e entre seus pares através de fatos e situações aos quais estes se relacionaram, podendo aflorar sensibilidades, emoções, em que valores, deveres e modos de ser parecem existir por si mesmos, desabrochando a percepção de que esses valores são coerentes com seus projetos de vida, como seres humanos e trabalhadores da saúde, passando a integrá-los às suas ações.

Neste sentido apontam o diálogo, a liberdade, a honestidade, a motivação, a humildade, o carinho, a união, cultivados desde a infância como valores e virtudes que proporcionaram a sua construção moral como trabalhadores da saúde. Observa-se que o estímulo recebido, a dedicação, o carinho, o respeito, bem como o enfrentamento da dor, nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e seus pares, foram experiências vivenciadas por alguns trabalhadores da saúde da UTI em seu ambiente familiar e apontadas como influências positivas no seu processo de desenvolvimento moral. A grande maioria dos trabalhadores demonstrou valorizar a interação construída nos mais diversos ambientes culturais entre seus pares, pois, para eles, adquirir conhecimentos e experiências ao longo de sua vida contribuiu no seu modo de ser e de fazer.

A valorização do respeito, do carinho, da possibilidade de buscar suas conquistas, de se posicionar frente ao outro, incentivada na vida familiar, parece ter favorecido o desenvolvimento da confiança nas relações construídas no ambiente de trabalho. As relações estabelecidas entre seus pares nos mais diversos ambientes culturais são importantes, pois o sentido de grupo possibilita a socialização em que “emoções fortes como o amor e a dor fornecem a força” (HARRIS, 1999, p. 389)

Chauí (2002, p. 340) refere que: “nossos sentimentos, nossas condutas, nossas ações e nossos comportamentos são modelados pelas condições em que vivemos (família, classe e grupo social, escola, religião, trabalho, circunstâncias políticas, etc.). Somos formados pelos costumes de nossa sociedade, que nos educa para respeitarmos

e reproduzimos os valores propostos por ela como bons e, portanto, como obrigações e deveres”. Assim, entende-se que os trabalhadores da saúde da UTI foram construindo-se como sujeitos morais a partir do seu contexto social e familiar e entre seus pares, estando atentos a normas e condutas do seu grupo de amigos, familiares e de outros adultos, considerados como fontes culturais importantes.

Considera-se importante mencionar que estes valores não só foram expressos verbalmente pelos trabalhadores durante o processo de entrevista, como também puderam ser constatados nas observações. Ressalto que essa valorização, inclusive, foi percebida também durante a realização de uma das entrevistas, pois o trabalhador manifestou interesse em estar próximo da equipe, usuários e familiares no horário da visita, conforme expresso:

está no horário de visitas, eu aproveito e fico ali sentada junto com as gurias, terminou a visita estou lá, porque o familiar está ansioso, quer saber e eu acho que as coisas tem que ser tudo no seu tempo.

No meu entender e a partir do diálogo estabelecido com este trabalhador, pode-se perceber que esta atitude é uma demonstração de sensibilidade, respeito, consideração, da necessidade de “ser presença”, de fazer diferença no seu processo de trabalho. Reconheço também que esta atitude foi uma demonstração de valor para este trabalhador, mas que os valores podem ser aceitos ou negligenciados num dado contexto cultural, o que vem ao encontro do pensamento de Sachs (2002, p.91), “os valores pertencem a essa província da cultura que chamamos de ‘ética’. O comportamento de alguém que age por respeito a valores intrínsecos anteriormente aceitos por vontade própria e mais tarde incorporados como imperativo interior é chamado de ‘moral’. A pessoa é moral quando responde aos valores intrínsecos”.

A educação moral, como construção, parte da convicção de que:

(...) a moral não é dada de antemão, tampouco é descoberta ou escolhida casualmente; a moral exige um trabalho de elaboração pessoal, social, cultural. Por isso, não se trata de uma construção solidária nem desprovida de passado e à margem do contexto histórico. Ao contrário, é uma tarefa de

cunho social, que conta também com precedentes e elementos culturais de valor que contribuem, sem dúvida, para configurar seus resultados. Mas em todo caso é uma construção que depende de cada sujeito (PUIG, 1998, p.73).

Neste sentido, a partir das manifestações dos trabalhadores, torna-se imprescindível compreender a importância da interiorização de valores no processo de construção moral em todos os contextos ou meios de experiências morais em que se realizaram seus processos formativos: família, escola, academia e hospital. Assim, para dar continuidade ao estudo de como os trabalhadores da saúde se construíram como sujeitos morais, apresenta-se a construção moral dos trabalhadores no processo de formação acadêmica.

4.3.2 As relações construídas no processo de formação acadêmica e sua influência no desenvolvimento e construção moral dos trabalhadores da saúde da UTI

Promover o desenvolvimento moral pode ser considerado como um processo que visa a construir e estabelecer comportamentos no meio social e cultural no qual o trabalhador está inserido. A construção pessoal dos trabalhadores da saúde da UTI parece ter sido desenvolvida, também, como resultado de expressões, atitudes, valores e comportamentos interiorizados na formação acadêmica. Neste sentido, os trabalhadores da saúde da UTI foram estimulados a expressar suas considerações frente ao processo de formação acadêmica a partir do seguinte questionamento: como você considera que está se dando o processo de formação dos trabalhadores da saúde?

Ao responderem, aproveitaram o momento para falar não só da percepção do processo de formação de outros trabalhadores, mas também de seu próprio, enfocando o aspecto cognitivo: a concepção teórica recebida, a instrumentalização para a realização de procedimentos e o preparo profissional para a realidade de trabalho como fundamentais para a sua construção como sujeito moral.

Os trabalhadores relacionam seu processo de formação conforme o que tem sido valorizado na maioria dos cursos da saúde e, também, frente à necessidade de desenvolver conhecimentos e habilidades para dar conta das exigências do mercado de trabalho. Assim, o processo de formação dos trabalhadores da saúde tem se fundamentado, preponderantemente, num modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica, em que o domínio e a transmissão de conhecimentos e habilidades parecem ser suficientes para o desenvolvimento de uma boa prática profissional (REGO, 2003).

Isto é confirmado por este trabalhador:

Agora tem cadeiras de ética, na minha época não tinha. Aprendi como examinar, como fazer um diagnóstico, mas não como se portar na frente de um paciente, como dar uma informação ao familiar (...) Em termos de formação de universidade, de graduação mesmo, foi só a parte teórica.

Apesar de haver o discurso de uma pedagogia crítica nos currículos, percebe-se ainda a influência de uma pedagogia tradicional e tecnicista no processo de formação na área da saúde, o que se reflete em comportamentos e condições sociais existentes, responsáveis por uma formação profissional carente quanto a reflexões éticas, uma vez que a maioria das disciplinas de ética nos cursos da saúde caracteriza-se por uma visão deontológica, confirmada nos estudos de Siqueira, (2005); Erdmann; Ramos; Reibnitz; Prado (2005); Yamada & Diniz (2005), o que não dá conta da construção moral.

No entanto, apesar da manifestação da ausência de “cadeiras de ética”, do enfoque predominantemente técnico em relação ao fazer deste trabalhador; durante as observações, pode-se constatar o quanto ele demonstra o seu desejo de fazer pelo usuário, o quanto é comprometido, responsável, humano, respeitoso consigo, com os colegas de trabalho, com os pacientes e seus familiares, o que atribui a sua formação familiar e ao seu processo de aprendizado ao longo de sua vida profissional.

A valorização deste modo de ser e fazer pode ser originado da socialização no grupo dos pares, da identificação com determinadas características e valores

construídos com seus pais e familiares, com trabalhadores que serviram de modelo ou referência para suas ações, sendo que a interiorização desses valores favoreceu a relação ético-profissional de acordo com o seu ideal, como o seu comportamento moral.

Este outro trabalhador manifesta sua avaliação frente ao processo de construção moral e à sua visão das vivências no cotidiano de trabalho:

Avaliando o curso de medicina: brigar pelo que acha que é correto, ter responsabilidade, a média tinha que ser oito, o horário tinha que ser 7h e 30min, chegou 7h e 35min, levou falta, tinha que ter os cabelos cortados, barba feita, roupa branca, jaleco passado (...) são algumas normas fundamentais .

A partir desta fala, pode-se perceber que este trabalhador manifesta sua preocupação com o modo como os cursos da saúde, em particular a medicina, têm participado e influenciado a construção moral do aluno. Atentando-se à sua fala e ao seu modo de ser como profissional, pode-se considerar que quando o referido trabalhador afirma “brigar pelo que acha correto”, parece fazer um apelo para que os valores morais, como o respeito mútuo e a justiça sejam pensados, refletidos a partir de exemplos de condutas morais, como: enfrentar os conflitos através do diálogo, buscar possibilidades de resolvê-los; ser solidário com os pacientes, respeitar e ser respeitado, de acolher e valorizar as condutas morais do aluno, de proporcionar a possibilidade de exercer o diálogo, no sentido de dizer o que pensa, de se preparar para fazer e receber críticas e, não, simplesmente a imposição de valores por parte de quem detém o saber.

Parece importante destacar que constantemente tem-se vivenciado (?) situações que envolvem conflitos de valores, que ocasionam insatisfações e sofrimentos, que instigam a busca do que fazer, de como reagir e tentar mudar posturas que denotam um “aparente” descompromisso com o fazer: o crescente número de atraso, tanto dos acadêmicos como de trabalhadores, inviabilizando a “passagem de plantão”, o descaso com a aparência e as ações de cuidado, a ausência de conhecimento e aptidão técnica, com implicações, muitas vezes, no cuidado do usuário, o que parece requerer que cada

um assuma “a responsabilidade” pela vida, de que algumas normas sejam resgatadas para uma atuação moral.

O processo de formação, portanto, pode favorecer possibilidades que incitem o aluno a pensar e refletir sobre sua conduta, assim como, a de outros trabalhadores da saúde, sendo uma condição necessária à sua construção moral. Goergen (2001, p. 160) refere que o envolvimento moral pode se dar a partir da transmissão de conhecimentos, uma vez que “a simples transmissão de conhecimentos sempre já implica uma finalidade que envolve a definição de valores e objetivos educacionais, inclusive morais”.

Conseqüentemente, alguns limites precisam ser valorizados. O acadêmico deve ser preparado para compreender que as regras ou normas são necessárias tanto para organizar a vida coletiva dos trabalhadores, quanto para assegurar alguns critérios em suas ações. Do mesmo modo, espera-se que, num processo de construção moral, o acadêmico seja capaz de propor, julgar e consentir no uso de normas para o convívio coletivo e para manter o princípio da dignidade humana.

Este outro trabalhador expressa que suas noções de ética na academia constituíram-se da reprodução de conteúdos teóricos deontológicos, mas também sobre princípios morais e, que estes só foram compreendidos a partir de suas vivências profissionais:

Eu acho que na universidade a formação foi se construindo com uma concepção mais teórica assim, ah o que é justiça? O que é equidade? A gente fala tanto no SUS, igual pra todos, mas lá na faculdade eu não entendi, vim entender depois. Acho que esse conhecimento foi se agregando a outros e foi fortalecendo alguns valores e me trazendo outros que eu nem tinha conhecimento.

Apesar da consideração de que a formação ética trata do código de deontologia de cada profissão, das obrigações e deveres profissionais, de leis e punições decorrentes do seu não cumprimento, ao abordar o ensino da ética nos cursos da saúde

da cidade do Rio Grande, observa-se que estes não se restringem à história, legislação profissional e órgãos de classe. Fica evidente que já está ocorrendo um avanço, que novas discussões teóricas têm sido priorizadas. No entanto, parece haver ainda, uma carência de problematização destas questões na academia, de modo a favorecer o desenvolvimento moral do educando.

Puig (1998, p. 63) nos diz que

(...) a atividade educativa que infundirá forma humana e moral aos educandos é realizada em duas fases: a primeira se destina a fazê-los reconhecer os princípios morais essenciais e a derivar deles suas aplicações; a segunda trata de ativar as possibilidades de cada sujeito para que realize repetidamente os atos que vão configurando os hábitos morais e o caráter pessoal, de acordo com princípios e valores morais antes reconhecidos.

Assim, parece estar havendo lacunas no processo de formação. O trabalhador parece vir se construindo moralmente a partir de valores interiorizados anteriormente à formação acadêmica e também no processo de trabalho. Esta constatação pode indicar que as discussões sobre ética, realizadas na academia não vem sendo suficientes para a formação ética do futuro profissional.

Parece, então, haver uma dicotomia entre a formação ético-teórica e a prática profissional. Essas contradições que envolvem as questões éticas se traduzem num maior ou menor grau nas práticas cotidianas dos educandos e também nos espaços profissionais quando se tornam trabalhadores. A partir do entendimento de que a ética é condição “*sine qua non* para a cidadania” (ZANCANARO, 2005, p. 415), urge a necessidade de privilegiar o ensino da ética no processo de formação acadêmica, de modo que possibilite o enfrentamento de questões morais nas vivências práticas, conforme nos anunciam estes trabalhadores:

Nós médicos, precisamos estar policiando a nossa onipotência sempre. Às vezes, sobre o prisma de que é uma urgência, é uma emergência, do que eu decido. A gente passa por cima de direitos básicos do doente, e a gente tem que estar sempre atento a isso cada vez mais. Até o direito de não ser tratado, é um direito, é uma questão polêmica, é uma questão que no nosso meio praticamente não existe, nós não temos ainda essa cultura, mas tem que ser discutido .

Seria necessário trabalhar a questão das decisões, a questão das discussões, a questão da universidade estar pouco inserida dentro do hospital. Nossos estágios são sempre assim. A gente vem de fora, chega, participa e vai embora. Então a gente não participa das decisões, talvez propiciar que as pessoas participem das discussões, dos pacientes, porque se eu não exercito isso eu não vou ter depois, porque é uma coisa: ah, agora tu vai ter que fazer, mas se eu nunca fiz, como é que eu faço? .

Essas considerações traduzem a necessidade de reflexão individual e coletiva, por parte de docentes e educandos, no sentido de proporcionar que a formação ética perpassasse transversalmente todo o processo de formação, que discussões e problematizações relacionadas a essas questões ocorram nas disciplinas teóricas e, também, nas práticas; numa tentativa e busca de novas compreensões, em que os valores morais sejam interiorizados em condutas intersubjetivas moldadas em relações éticas entre trabalhadores e usuários.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da saúde, busca-se, no âmbito profissional de cada trabalhador, formar profissionais capazes de analisar e buscar soluções para os problemas da sociedade, respeitar os princípios éticos e científicos, desenvolver a educação com responsabilidade e compromisso através do crescimento profissional, da oportunidade para o diálogo, do compartilhamento de experiências, de expectativas e percepções individuais e coletivas, capazes também, de construir conhecimentos, habilidades e tomadas de decisões coletivas, que se crê serem coerentes e consistentes para o processo de formação (FURG, 2005).

Algumas tentativas nesse sentido, têm sido implementadas, principalmente no Curso de Enfermagem, o qual já tem propiciado discussões sobre bioética, ética e moral e algumas questões éticas no exercício das profissões da saúde, as quais são entendidas como necessárias para favorecer o processo de desenvolvimento moral. Percebe-se que existe um esforço por parte de alguns trabalhadores, docentes e alunos de favorecer momentos para refletir, observar, detectar problemas e encontrar soluções, planejar e avaliar a sua ação e reajustá-la, se for o caso, para desenvolver

práticas em parcerias, para relacionar a situação do usuário e do próprio sistema de saúde com os problemas sociais, econômicos e políticos.

Neste sentido, o modo como docentes, acadêmicos e trabalhadores da saúde se articulam para se desenvolver como sujeitos morais não pode ser concebido como transmissão de valores e comportamentos morais, mas como a introdução no mundo conflitante das concepções morais, objetivando consensos mínimos que sirvam de base para o seu agir moral. Enfatiza-se que as interações sociais numa perspectiva de construção podem dar-se por meio de processos reflexivos na própria realidade. Trabalhadores e educadores podem sensibilizar-se e também sensibilizar os alunos para a problemática da moralidade, bem como promover a estruturação de uma subjetividade a partir da qual cada um possa tomar suas decisões morais com responsabilidade (YVES DE LA TAILLE, 2006)

As discussões e problematizações a respeito de situações concretas do cotidiano, que envolvem reações afetivas, conflitos ou dilemas éticos devam ser propiciadas com a finalidade de demonstrar porque uma ou outra opção é boa, e não na opção em si, de evidenciar as diferentes teorias éticas que podem ser utilizadas para auxiliar a tomada de decisão. Essa vivência permite sensibilizar os alunos para questões morais de modo a favorecer a escolha de valores que devem legitimar suas ações. Nesse sentido, as relações sociais efetivamente vivenciadas são os momentos mais importantes para desenvolver a moralidade e, sobretudo os diferentes modos do aluno se apoderar da cultura, de descobrir possibilidades de tomar decisões e ações:

A idéia aqui é aprimorar a minha qualidade técnica, ética e humana. Já tive preceptores que, durante o curso, a gente expõe a idéia e que te dizem: não te dei o direito de expor a tua opinião. Eu procuro sempre fazer um estudo teórico sobre o assunto e expor. (...) Várias vezes eu e outros colegas já mudamos condutas. A situação é tal, se traz a bibliografia e o cara vira voto vencido, isto acontece. Ninguém tem a ciência de tudo.

Esta fala nos remete a pensar sobre a formação ética dos trabalhadores. Quando este trabalhador manifesta que alguns mestres não lhes dão o direito de expor a

opinião, demonstrando que não permitem ao aluno a possibilidade de pensar, de refletir, de argumentar, de discutir, o que pode embotar seu desenvolvimento moral. Por outro lado, este trabalhador refere e denota em suas atitudes, conforme evidenciado, que mesmo nestas condições, ele reage e busca o conhecimento para enfrentar os conflitos, exercendo sua autonomia. Assim, quando o trabalhador tem clareza e convicção de valores como a coragem, o respeito, a justiça, as relações sociais são essencialmente vividas, experienciadas e podem influenciar a legitimação de regras, de respeito mútuo, de diálogo. Portanto, a qualidade das relações sociais, na família, na formação acadêmica e no contexto de trabalho pode influenciar o desenvolvimento moral.

Nesta perspectiva, Rego (2003, p.118) refere que: “discutir os aspectos morais da prática em saúde é uma necessidade para todos os profissionais que nela atuam”.

Inúmeras situações de comprometimento ético podem ser enfrentadas e vivenciadas por acadêmicos, docentes e trabalhadores nas diferentes disciplinas dos cursos da saúde e no contexto de trabalho e estágio, as quais podem não se constituir em fonte de estudo e análise, mas em perdas de oportunidades para tentar romper com atuações entendidas como não éticas. Portanto, construir-se como um sujeito moral requer, também, organizar-se para discutir, refletir, mudar condutas, confrontar idéias sobre as vivências do cotidiano dos estudantes e trabalhadores da saúde, de configurar o exercício profissional como uma prática social e culturalmente construída, comportando as diferentes visões de mundo (LEININGER, 1991).

Rego faz uma reflexão relacionando a ética, a educação e o processo de formação profissional. A partir da análise da formação moral dos estudantes, refere que a construção da personalidade moral é determinada pela capacidade do ser humano raciocinar, refletir, tomar decisões, exercer a autonomia; tanto por uma decisão pessoal quanto relacionada a interesses coletivos, mas este processo de reflexão desenvolvido leva em consideração as relações interpessoais empreendidas no meio social (REGO, 2003). Aponta, ainda, alguns questionamentos frente ao processo de formação e refere que a dimensão menos discutida na educação médica no Brasil é: “a transmissão de valores e a conformação da identidade profissional na graduação”

apesar de cada profissão ter uma cultura específica com valores também específicos (REGO, 2003, p.46).

Os valores não são internalizados de forma acrítica, é na interação com o meio social que ocorre a possibilidade do ser humano desenvolver-se como sujeito moral. Nesta interação, o ser humano pode ser influenciado e influenciar pais, amigos e mestres. A adesão a determinados valores poderá ser decorrente do reforço recebido quanto à sua importância, de informações de regras de vida em sociedade, bem como de alguns valores implícitos (REGO, 2003).

O processo de socialização inclui o processo de valorização de ações, comportamentos, atitudes, características, bem como a capacidade de julgamento dos atos. Partindo-se do princípio de que cada profissão possui uma cultura específica estabelecida e manifestada no modo de agir, a socialização dos trabalhadores pode ser entendida como um processo em que estes incorporam habilidades, conhecimentos, crenças, valores e funções em consonância com sua posição num grupo, instituição ou sociedade.

Nesta caminhada de reflexão sobre o processo de formação e desenvolvimento moral dos trabalhadores, entende-se o quanto foi importante para o trabalhador rever e colocar-se diante de aspectos conflitivos, que lhes inquietaram e o provocaram durante o seu processo de formação:

sempre nos ensinaram que devemos manter um distanciamento (...) tens que demonstrar a superioridade médica (...) Gosto de segurar na mão dos pacientes, chamo pelo nome, sr ou sra, acho que isto me aproxima deles, uma questão de respeito, como era na minha casa.

Algumas reflexões podem emergir a partir desta consideração. Talvez na época em que este mestre foi aluno, esse modo de ser pudesse ser considerado moralmente correto, pois historicamente, havia uma cultura que considerava os usuários como objeto de estudo, o que de certo modo, fortalecia “o paternalismo e o autoritarismo

médicos em suas relações com os pacientes de hospital de ensino” (REGO, 2003, p.35).

Quando este trabalhador refere que foi ensinado a “manter um distanciamento”, a “demonstrar a superioridade médica” parece evidenciar que os professores relutam em abandonar códigos e normas interiorizadas anteriormente. No entanto, os códigos morais e éticos não são permanentes, requerem uma constante atualização para dar conta das transformações que o ensino na saúde vem passando. Deste modo, talvez para o mestre em questão isso não seja um desrespeito, e também o usuário não se sinta desrespeitado, pois foram acostumados com estas atitudes. Ao dispensar um cuidado mais efetivo para com o usuário, tanto ele como o profissional, poderão supor que está havendo um privilégio no seu atendimento.

O educador não pode impor, de modo autoritário, suas considerações morais, suas verdades, princípios ou normas. O processo de aprendizagem necessita de incertezas, de dúvidas e conflitos para que, através de um processo reflexivo, o aluno se prepare para o agir. Assim, considera-se que, para ser um bom profissional, não basta o conhecimento, a habilidade técnica, é preciso também, a competência para com os seres humanos: o respeito à dignidade das pessoas; a beneficência, a aproximação. É preciso avaliar, justificar posicionamentos e desenvolver ações morais no tocante à profissão.

Para ERDMANN; RAMOS; REIBNITZ; PRADO (2005, p. 419), os conflitos ou dilemas éticos ou morais:

(...) exigem conhecimento de princípios e valores para a análise de situações e habilidade para a tomada de decisão; para decidir o que é bom, o que é correto, o que é justo, o equitativo, o que está em concordância com a liberdade, com a autonomia e bem estar da pessoa que é cuidada ou que se cuida por si mesma; ou, ao contrário, o que causa mal e não pode aceitar-se do ponto de vista ético.

Para tanto, a realidade atual necessita de atitudes intersubjetivas que enfoquem

a simetria nas relações médico-usuário, que incorporem reflexões sobre diferentes valores morais, como o respeito a convicções e crenças, de modo a perceber a integralidade do ser humano; lutando contra a discriminação e cultivando a liberdade, a solidariedade a partir do valor ético-fundamental que é a vida humana (SIQUEIRA, 2005).

Compreende-se que os trabalhadores não só evidenciaram as implicações morais envolvidas nas relações interpessoais com as quais se depararam no processo de formação, como expressaram tentativas de favorecer seu desenvolvimento como sujeitos morais. Neste processo da UTI, destacaram as relações interpessoais estabelecidas entre si, com os docentes e também com os alunos. Alguns trabalhadores manifestaram esta valorização nas relações construídas nas situações de ensino: o papel do preceptor e de outras figuras icônicas neste processo. Valorizaram também o envolvimento e a responsabilidade durante a realização do acompanhamento em aulas práticas, bem como de procedimentos.

Ao referir-se à responsabilidade do professor, aponta-se que esta lhe é concedida por sua função de educador. Na área da saúde, assumir a responsabilidade de educador é também assumir a responsabilidade para que a vida seja preservada. Portanto, as mudanças para ações morais devem acontecer a partir da esfera individual, do exemplo do educador, para posteriormente refletir-se no coletivo. Neste sentido, o professor deve avaliar o aluno frente a suas capacidades, conhecimentos, condutas e caráter, assegurando o seu direito de desenvolver a habilidade técnica, de treinar procedimentos sob a sua supervisão; garantindo a possibilidade para que a autonomia do aluno possa constituir-se e do mesmo modo, garantindo que sejam mantidos os princípios de beneficência e da não-maleficência para com os usuários (ZANCANARO, 2005)

Portanto, não basta ser um profissional competente teoricamente, tecnicamente habilitado, atualizado. É preciso estar envolvido com o processo de formação no campo da saúde, é preciso construir-se e desconstruir-se permanentemente; resgatar valores como responsabilidade, solidariedade, compromisso com a vida e com a formação profissional e o desenvolvimento moral do educando. Assim, entende-se que

refletir sobre as ações adotadas nas relações interpessoais deve constituir uma preocupação da academia, ampliando a possibilidade de reflexões para a tomada de decisões, tanto no processo de formação do educando, como no seu futuro exercício profissional.

Assim, pode-se compreender que o processo de construção moral dos trabalhadores é influenciado não só pela socialização primária, na interiorização da realidade social com seus pais e pares, como também, pela socialização secundária, num processo de reflexão, através do qual valorizam modos de ser, de fazer, de agir ao longo de suas vidas, tanto no aprendizado escolar, como na formação profissional, agregando outros valores (REGO, 2003).

Assim como a família, os educadores possuem uma grande responsabilidade com relação ao processo de formação e à construção moral dos trabalhadores, pois estes "podem espelhar-se" nos atos dos outros. É preciso que educadores estejam atentos as suas ações, de modo a não reprimir o outro, nem determinar valores, mas sim, possibilitar momentos de reflexões frente às dificuldades e conflitos éticos, promovendo a escolha de valores baseados na reciprocidade e no compromisso pessoal, para que assim possam construir sua formação moral e ética.

4.3.3 A cultura organizacional do HU expressa através das ações dos trabalhadores da saúde

O ingresso dos primeiros servidores através de concurso público na Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG, para o cargo de técnicos, no Hospital Universitário, ocorreu em 1994. No entanto, ainda permaneciam e permanecem alguns trabalhadores da Fundação de Apoio, FAHERG, em Regime Celetista – Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Reportando-me à minha trajetória como enfermeira assistencial, no HU, poderia caracterizá-lo como um ambiente em que, apesar de algumas limitações de área física e de recursos materiais, este parecia motivar os trabalhadores a desenvolverem suas atividades de modo integrado e sistêmico. Os trabalhadores não poupavam seus

esforços e energia para a realização do trabalho e para a concretização de uma assistência eficaz. Alguns princípios, normas e valores serviam como parâmetros para orientar as ações dos trabalhadores da saúde, dentre eles: a responsabilidade, o compromisso, a justiça, a hierarquia nas relações dentro de certos limites e possibilidades, os trabalhadores podiam realizar suas escolhas e exercerem sua autonomia.

O HU vivenciou um processo de mudanças com diferentes direções, com visões distintas no modo de se relacionar com os trabalhadores, de coordenar as ações, de motivar e liderar as equipes, de conduzir e operacionalizar a organização para o alcance dos objetivos propostos. No decorrer desta caminhada, destaca-se a presença de novos dirigentes, com uma atuação mais democrática nas relações e no modo de conduzir as ações. Paralelamente a essas mudanças, o HU foi se desenvolvendo, e à medida que novos serviços foram sendo criados, emergiu a necessidade de novos concursos para suprir essa demanda e também substituir outros trabalhadores, tornando o HU um ambiente volátil, com intensas transformações, permitindo a visualização e a transparência da diversidade de crenças, valores, práticas e ações morais, o que foi também constatado por ÁVILA (2006).

Outros valores parecem ter sido interiorizados por alguns trabalhadores da saúde e, em alguns momentos, a priorização de direitos e valores individuais parece contrastar com as convicções do que seja certo ou errado. É possível que alguns trabalhadores do HU que desenvolviam suas atividades de um modo comprometido, com respeito a si mesmo e ao outro, sem necessidade de uma ação heterônoma, anteriormente ao concurso de 2002, atualmente não apresentem o mesmo comportamento em suas ações, o que pode ser demonstrado neste relato.

Uma mãe que acompanhava um menino na UTI chamou um trabalhador e lhe perguntou: “não está faltando água ali?”, referindo-se à água do umidificador de oxigênio. O trabalhador dirigiu seu olhar e lhe respondeu: “só um pouquinho, já vamos”, seguindo em direção a outro usuário. O menino sentia dor, estava com febre, tinha enzimas elevadas, estava choroso, angustiado, taquicárdico e taquipnéico. Procurei satisfazer a necessidade deste cuidado, neste momento. Chamou-me a atenção

o fato de que este trabalhador, em outra circunstância, possivelmente teria uma atitude diferente da estabelecida, prontamente, atendendo à solicitação desta mãe. Ao questioná-lo, em relação a esta situação, frente ao que considera ter modificado o seu modo de agir, ele referiu:

Neste dia ele não era meu paciente, eu não quis interferir no trabalho do colega. A mãezinha dele me disse que quando eu estava com ele eu era diferente, é que daí eu vou dar todo o atendimento necessário, não vou deixar a desejar. Já passei muitas coisas lá dentro, fui muito criticada, me tocou muito. Tudo que sempre fiz na UTI: me esforcei, dei muito de mim, fui dedicada e tive que ir mudando o meu modo de agir para poder conviver lá dentro. Eu cheguei a pensar em sair da UTI; hoje, o que eu cheguei a ser foi em função das críticas. Inúmeras vezes ouvi dizerem 'cuida da tua vida', 'cuida do teu serviço, do teu paciente'. Eu tive que mudar. Muito sofri e acho que piorei por um lado.

Este trabalhador atribui sua atitude e admite que cuida do usuário que está sob sua responsabilidade, não assumindo qualquer ação com o usuário sob os cuidados de seu colega, tendo em vista que estas situações já lhes causaram desconfortos, conflitos e sofrimentos. A aparente ruptura de uma visão do trabalho da saúde, como um fazer coletivo, pode constituir-se numa das causas originárias do descomprometimento de alguns trabalhadores que, apesar de conhecerem as leis do exercício profissional e algumas normatizações presentes no HU, as descumprem e transgridem.

Uma outra consideração é que, na maioria das vezes não parece haver cobrança externa, nem punições decorrentes do não cumprimento de determinados fazeres; parece que pouco importa agir ou não agir em conformidade com códigos morais. Estas ausências de punições ou de tomadas de decisão frente ao descompromisso do outro, são situações que parecem reforçar a acomodação de alguns trabalhadores, preservando-se de uma situação de confronto. Porque o ser coletivo é mais forte do que o ser individual?

O que se percebe é que, muitas vezes, a atuação do trabalhador é pautada pelo cumprimento de rotinas sob pena de abandonar hábitos de conduta até o momento considerado por eles como correto, o que pode ser facilmente demonstrado na fala do

trabalhador. Assim, apesar da construção moral familiar e do processo de formação, a força do ambiente de trabalho, do coletivo de trabalhadores, parece predominar e tornar o trabalhador insensível para consigo, para com o colega de trabalho, para com o usuário, e sua família, para com a vida, com dificuldade de expressar seus valores, seus sentimentos de humanidade, ocasionando sofrimento moral, por medo do sofrimento, da exclusão e de ser diferente.

No entanto, o usuário não é posse de um trabalhador e não pode ficar à mercê de seus valores individuais ou organizacionais. O cuidado ao usuário não pode ser negligenciado, ele deve ser visto como uma pessoa na totalidade do seu ser, como o fim do trabalho da área da saúde. Portanto, se o objetivo do cuidado em saúde é o usuário, este pode ser assistido por todos os membros da equipe, independente de num exato momento, não fazer parte da escala deste trabalhador.

Diante destas considerações, inquieta e inconformada com mudanças de posturas de descaso, descompromisso e de ausência de ética, que culturalmente tem se perpetuado no contexto da UTI, questionou-se um dos trabalhadores frente a essas posturas:

É uma busca, um objetivo a ser alcançado e a partir do momento que tu alcançar terminou a motivação, eu acho que para algumas pessoas pode ser isso, o fato de terem sido aprovadas no concurso.

Assim questiona-se: Como construir ou manter valores morais numa cultura em que parece haver um predomínio de um interesse cada vez maior pelas questões individuais do trabalhador, ocasionando um descaso no serviço público? Será que o fato de ter sido aprovado no concurso público possibilita a garantia de que cada trabalhador do HU possa fazer o que considera como correto?

Ainda, a sociedade capitalista em que vivemos pode induzir os trabalhadores a associar a felicidade à posse. Ao referir-se que tinha uma meta a alcançar, o trabalhador manifesta que almejava fazer parte do quadro de servidor público;

projetando, assim, um ideal de felicidade, o que faz parte do interior de cada ser humano, em seus desejos e buscas de felicidade, prazer, satisfação.

O trabalhador vai desenvolvendo-se, interiorizando conhecimentos e experiências desde a vida familiar. A cultura dos trabalhadores compreende os conhecimentos, vivências, crenças e valores aceitos e interiorizados ao longo do seu processo de formação de vida familiar e contexto de trabalho, o que se relaciona a suas ações morais.

A cultura organizacional do HU consiste nos significados que são partilhados, cultivados, valorizados por seus trabalhadores, como membros desta cultura, compreendendo: normatizações, normalizações, rotinas, regimentos, plano de gestão, políticas administrativas instituídas para o funcionamento da organização, modos de se comportar, de ser e fazer. Incide nos valores e crenças institucionalizados que fundamentam as práticas formais e informais que constituem a dinâmica de cada setor ou unidade de interação.

No HU, parece existir uma cultura que dissocia os trabalhadores do cumprimento de normas, deveres e responsabilidades. Cada trabalhador parece adquirir uma percepção do que lhe é de valor, orientando-se por princípios morais de acordo com crenças e experiências de vida, pautando suas ações e decisões ao que considera correto em determinado momento ou, até mesmo, reproduzindo condutas individualizadas. No entanto, parece que os trabalhadores precisam levar em consideração as necessidades de outras pessoas.

Uma outra manifestação da contradição presente nas ações é o fato de que o dever parece ser cumprido por medo do estágio probatório:

No momento que as pessoas ficam mais soltas e isto não é cobrado, as pessoas esquecem das coisas, ou é malandragem, não sei. Aí, não fazem as coisas (...) no momento em que tu é cobrado, tu faz. Às vezes, as pessoas fazem por medo de probatório, de ter represálias. Quando não são cobradas, fazem o que estão a fim ou não estão.

Após o ingresso através do concurso público, o servidor nomeado passa por um

período de avaliação chamado “estágio probatório”, com uma duração de 24 meses, “durante o qual a sua aptidão e capacidade serão objeto de avaliação para o desempenho do cargo, observando os seguintes fatores: I- assiduidade; II- disciplina; III- capacidade de iniciativa; IV – produtividade; V- Responsabilidade”(BRASIL, 1990). Este período compreende um processo de avaliações periódicas antes da concessão da estabilidade, conforme o estabelecido no Regime Jurídico Único – RJU, dos servidores públicos civis e da FURG, instituído pela Lei n.º 8.112/90, o qual tem como finalidade regular a relação entre os servidores públicos concursados e a administração pública, atribuindo algumas garantias aos servidores, dentre elas: a estabilidade, prevista na Seção V, no art. 21 da Lei 8112/90.

A estabilidade, a meu ver, é uma garantia tanto para a organização, quanto para o servidor, desde que este desempenhe seu trabalho com responsabilidade e compromisso. Esta estabilidade, entretanto, tem sido entendida como um privilégio ou direito do servidor e parece ter se tornado um obstáculo ao afastamento dos “maus servidores”.

No entanto, parece que os trabalhadores, durante o período probatório, temendo não permanecer no emprego, demonstram para seus superiores hierárquicos uma aparente “qualidade do seu trabalho”, o que nem sempre possibilita realizar avaliações efetivas (grifo da autora). Assim, um trabalhador poderá comportar-se como se legitimasse as normas, mas irá cumprir suas tarefas por medo de ser punido não as legitimando; apenas “faz” ou segue o preconizado por medo “de represálias”, de punição e, posteriormente, na certeza da impunidade, não o fará.

Outro trabalhador, referindo-se a uma situação de emergência, em que o usuário não foi priorizado na ação de um profissional de outra unidade da instituição, também aponta a questão do funcionalismo público corrente nesta instituição:

não vão fazer nada, eu liguei para o chefe (...) Ele me disse que não tinha o que fazer, (...) Era funcionária da FURG (...) Isto é uma coisa ética, em absoluto, não poderia acontecer, teria até que entrar numa comissão de ética (...) o fato de ser funcionário público não deveria interferir, mas pelo que estou sentindo, interfere (...) É um fato de personalidade mesmo. Acho que usam do fato de ser funcionário público, eles usam disso, claro que tem um artifício, é mais difícil (...) As pessoas ficam mais encantadas, sentem-se mais seguras e botam para fora na realidade, o que elas são (...) Penso que

a conduta tem que ser a melhor possível, então, eu tento brigar o máximo que posso, mas chega uma hora que tu esbarra com tanta coisa (...) Não que eu deixe de fazer o que eu ache que seja correto, nem que chegue num limite em que eu não brigue (...) se está interferindo no tratamento do paciente ou na estrutura do local, acabou, eu vou .

O fato de “ser funcionário público”, para alguns trabalhadores, parece ser considerado como que “determinante da estabilidade”. No entanto, o art. 116, que trata dos deveres do servidor público, traz que o trabalhador deve : “I- exercer com zelo e dedicação as atribuições de seu cargo; II – ser leal às instituições a que servir; III- observar normas legais e regulamentares (...) IX- manter conduta compatível com a moralidade administrativa; X- ser assíduo e pontual no serviço; XI – tratar com urbanidade as pessoas” (BRASIL, 1990).

Neste sentido, um aspecto a ser destacado é o modo de tratar, avaliar e registrar determinadas situações supostamente antiéticas no dia-a-dia do trabalho. Não é possível deixar que situações de “negligência” possam predominar no contexto do trabalho de quem “cuida da saúde”. Considera-se importante que essas situações sejam notificadas e refletidas para os devidos encaminhamentos aos Conselhos e Comissões Éticas.

No contexto do HU e para parte dos trabalhadores, parece predominar uma cultura de que tudo é relativo e de que não há obrigatoriamente uma posição mais correta do que outra. Há uma diversidade de valores entre os trabalhadores, no que diz respeito a seu modo de agir, de se posicionar e tomar decisões, exercendo sua autonomia. Parece que os valores de alguns são baseados em seus interesses individuais, o que os impede de sensibilizar-se frente ao sofrimento dos usuários. Repetidamente essas situações fazem parte dos discursos dos trabalhadores da saúde, o que se verifica no contexto de trabalho, durante a participação em eventos científicos e na vida, de um modo geral.

Entretanto, antes de adquirir a “dita estabilidade”, o servidor passa por um processo avaliativo e, talvez, uma possibilidade de modificar a maneira de agir de

determinados trabalhadores poderia ser concretizada no processo de avaliação. No entanto, o HU parece não possuir um mecanismo capaz de assegurar a consistência nas avaliações. O sistema de avaliação de desempenho utilizado, seus níveis e critérios, a meu ver, parecem não contemplar um bom processo avaliativo⁹. O trabalhador é submetido a uma avaliação quanto aos seguintes aspectos: disciplina, iniciativa, responsabilidade, qualidade do trabalho, assiduidade, relacionamento e comunicação.

Neste processo, apesar de haver um espaço para que o avaliador e avaliado possam expressar queixas e sugestões, parece que este nem sempre é ocupado com o fornecimento de orientações cabíveis quanto ao desempenho esperado do trabalhador; podendo, muitas vezes, constituir-se numa avaliação problemática; tanto no que diz respeito ao trabalhador, mas principalmente à instituição. Percebe-se que este processo nem sempre é encarado com a seriedade devida por parte do avaliador, uma vez que, existem diferenças no comprometimento moral:

é muito ampla esta questão. Encontramos profissionais dedicados e outros no geral, que dizem, vamos deixar assim. Tem que cumprir a avaliação e fica assim (...) Até existe um certo corporativismo entendestes? As dificuldades de falar com o colega, de dizer os itens da avaliação. Acho que isto é fundamental (...) não posso colocar tudo dez, e se preenche tha,tha,tha (...) a primeira vez foi exatamente o ponto da saída da UTI, estás sempre presente? Eu disse realmente nem sempre, só que dentro daquela lista, com certeza, tinham outras coisas que eu não era dez, estás entendendo? Tem que entregar a avaliação. E daí?

Talvez seja necessário rever e discutir as políticas de recursos humanos (RH) da instituição, como uma possibilidade para que os trabalhadores as compreendam e possam segui-las, numa tentativa de obter resultados mais satisfatórios. Cabe aos

⁹ A avaliação no período de estágio probatório é um processo realizado para tomar decisão quanto à concessão ou não da estabilidade. A avaliação é uma possibilidade para que o avaliador e avaliado “tomem consciência” de suas capacidades, limites e necessidades de modificar o desempenho; constituindo-se num momento de trocas, tendo em vista o reconhecimento do trabalhador através da auto-percepção, do crescimento profissional, da oportunidade para o diálogo e do compartilhamento de experiências e expectativas.

avaliadores desempenhar seu papel com responsabilidade, envolvimento e qualidade; não só julgando as ações do trabalhador, mas procurando comparar seus avanços, contribuindo no progresso da organização, o que requer uma avaliação criteriosa tanto do desempenho no trabalho como da postura do servidor.

No entanto, entende-se que a ausência de compromisso e envolvimento na avaliação pode expressar uma dificuldade do avaliador frente o exercício de sua autonomia quanto ao enfrentamento de conflitos; a cumplicidade estabelecida com o colega de trabalho; os diferentes comprometimentos dos avaliadores e, até mesmo, o resultado da avaliação realizada, pois nas vezes em que houve situações de enfrentamento e tomada de decisão quanto a punições, a situação permaneceu inalterada.

Conforme o estabelecido, no RJU, por mais negativa que seja a avaliação, há uma garantia e proteção ao servidor contra injustiças; o que não permite ao avaliador a possibilidade de demiti-lo por insuficiência de desempenho, o que parece favorecer a permanência de “maus servidores” no quadro da instituição; uma vez que a demissão só pode ocorrer através “de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar” (RJU), que garante o direito de defesa do servidor. Embora seja um processo difícil de ser enfrentado, já se teve experiências favoráveis neste aspecto.

Algumas interpretações podem ser feitas sobre esses modos de agir. O fato da Cultura Organizacional do HU, fazer parte de um Serviço Público pode favorecer a existência de uma certa incapacidade em organizar e mobilizar os trabalhadores para um fazer que respeita o outro, com noção de seus limites e responsabilidades? Por outro lado, como alguns trabalhadores não se deixam “contagiar” por esta cultura ambiental? Que valores estão presentes nas ações dos trabalhadores da saúde da UTI? Quais os limites das ações dos trabalhadores? Um dos trabalhadores refere que:

A visão do funcionário de um hospital privado é bem diferente. Muitas vezes, os funcionários fazem as coisas por diferentes motivos, seja por comprometimento ou seja por temor ao perder seu emprego. Isso no hospital privado é muito forte. Então o pessoal anda na linha, procura fazer, tem todo um compromisso, é mais voltado para o trabalho do que o pessoal que é concursado público (...) tem funcionários que são ótimos e, são

concurados, e tem outros que são mais relapsos. Então, quando tu tem aquela coisa do privado se tu não for bom tu vai sair fora, então aquilo te obriga, a pelo menos acompanhar (...) penso que mais do que tudo é uma questão pessoal, é uma construção pessoal, do que eu sou como profissional, do que é enfermagem pra mim.

enquanto as pessoas não tiverem vontade de mudar vai continuar a mesma coisa .

Assim, fica a dúvida com relação aos trabalhadores em saúde em instituições privadas quanto ao fato de estarem efetivamente em um processo avaliativo constante, portanto sob risco, se por consequência suas atitudes e condutas são mantidas independente de seus valores morais. Neste caso, o comportamento manifestado por estes trabalhadores poderia ser uma resposta a sanções e não uma ação moral. A “vontade de mudar” manifestada por um dos trabalhadores, não poderia ser uma possibilidade de que os trabalhadores fossem orientados pelos ideais de condutas morais?

Costa (1995, p. 38) refere que: “quando os indivíduos não mais se orientam pelos ideais de conduta moral aceitos e não sabem ou não conseguem propor novos ideais compatíveis com a tradição cultural (...) pusemos interesses privados acima dos interesses comuns”. Neste sentido, destaca que

a convivência com o desmando ou visa à sobrevivência dos que não têm saída ou à saída mais fácil dos que sempre ‘se deram bem’ (...) as condutas impropriamente chamadas ‘antiéticas’ expõem, ao mesmo tempo, o fracasso das vidas individuais em meio ao mal-estar da cultura. A imoralidade é percebida como excesso ou omissão; desequilíbrio ou inadequação à norma. A transgressão é desafio e falência no desempenho esperado. O incômodo, a insatisfação são efeitos do que falta: falta de culpa; de vergonha; de decoro; de compromisso, de responsabilidade; de solidariedade; de sentido cívico; de sensibilidade política (COSTA, 1995, p. 40).

outro ponto de dificuldade é o que representa aí o famoso Serviço Público, porque as situações emperram em coisas que não fazem o menor sentido (...) chega um ponto que tu não consegue resolver (...) ontem não tinha telefonista no hospital, entendeste, não tinha, então tu imaginas um hospital sem telefonista, isto não existe! (...) em determinados setores do hospital não existe um empenho (...) não dá hoje, dá amanhã, vamos deixar semana que vem, entendestes? (...) São coisas assim do sistema certamente, não é só neste hospital mas isto dificulta o andamento das coisas .

Numa abrangência mais ampla assim, é o acesso a alguns especialistas, acesso a alguns exames (...) precisamos de uma avaliação neurológica (...) demoram para ver o paciente (...) aí dizem: mas aqui não é o melhor lugar (...) às vezes me parece falta de vontade do conjunto da equipe como um todo.

Alguns trabalhadores da saúde, no contexto desta instituição pública, a meu ver, têm deixado prevalecer seu interesse pessoal, em detrimento do interesse público. Segundo Erdmann (1996, p.61):

(...) uma onda de negatividade e de pouca credibilidade, principalmente no que é público ou “do governo”, paira no clima político-social, porém uma outra onda de abertura decorrente do pensamento democrático permite a livre expressão. Entre essas ondas, rola uma prática de discursos repetitivos com maior ou menor consciência dos conteúdos expressados e cujo papel não está claramente definido (...) reforçando positivamente algumas idéias através da negatividade sobre outras.

Para mudar este panorama parece ser necessário construir e “restaurar valores perdidos (...) mas fazer valer a autoridade da tradição moral, ainda que pela força se preciso” o que indica que a cultura deste ambiente “está apta a definir um quadro estável de valores, que é a condição de possibilidade de qualquer mudança” (COSTA, 1995, p. 40-41).

Fala-se na sociedade e de modo semelhante, nas instituições de saúde, numa crise de qualidade e de valores. O sentimento dessa crise se expressa em comportamentos individuais e na vida política em que parece predominar a desorientação das pessoas frente a normas e condutas desejáveis e consideradas essenciais. Para as ações dos trabalhadores da saúde em suas relações sociais, não basta a existência de regras e normas que visem ao bem da coletividade, parece necessário promover a empatia, a capacidade dos trabalhadores de organizar o grupo

do qual fazem parte, trabalhar seus valores internos, sentimentos, conflitos, emoções de modo a desenvolver seu senso moral.

4.3.4 A experiência profissional reforçando valores morais para o exercício da autonomia

Apesar de os trabalhadores expressarem a necessidade de controle e da heteronomia; também procuram exercer a autonomia. Suas falas evidenciaram aspectos que permitiram delinear alguns valores considerados no exercício da autonomia. Alguns consideram que suas vivências foram fundamentais para um agir de modo autônomo:

foi desde a academia, eu vim principalmente observando aqueles que realmente trabalhavam no dia-a-dia (...) aproveitando aquelas coisas que são válidas.

Isto é um processo ao longo da profissão da gente, tu passas por experiências, tu tens diversos tipos de trabalho (...) tens que dominar a situação senão tudo vira um caos, e isto a gente vai aprendendo .

Talvez pela experiência que eu já adquiri, já me sinto mais segura de chegar e falar, falo com a enfermeira, falo com o médico, tenho mais liberdade para falar (...) se eu acho que alguém está fazendo alguma coisa muito absurda no paciente eu vou falar (...) eu tenho liberdade pra falar, eu tenho autonomia.

Um dos caminhos apontados para o exercício da autonomia foi a experiência construída ao longo da vida dos trabalhadores, uma vez que, inseridos num determinado contexto: família, academia, experiências cotidianas de trabalho, em uma rede de relações com o outro, o trabalhador vai construindo-se como sujeito ético, enfrentando conflitos e dilemas éticos, ampliando conhecimentos, aperfeiçoando habilidades técnicas, revendo suas ações, avaliando-as e tomando decisões.

Além destas considerações, este trabalhador manifesta certo grau de satisfação com o seu preparo profissional e a possibilidade de exercer sua liberdade e autonomia:

Hoje muito bem! Acho que fiz uma grande residência. Consegui estudar todos os temas que eu queria, ler inteiro os tratados de clínica médica (...) fiz todos os procedimentos que o internista deve fazer, alguns do emergencista; aprendi alguns procedimentos cirúrgicos, acho que vou sair muito bem, bem mais preparado do que eu pensei e acho que Rio Grande nos propicia isto, pelo fato de ser um hospital de interior o residente tem esta autonomia no plantão, a gente fica mais solto. O preceptor é o plantonista da UTI, que muitas vezes está atarefado e não pode ir lá. Pode virar uma faca de dois gumes isto, mas quem quiser se aperfeiçoar na técnica tem boas chances.

No entendimento deste trabalhador, ser autônomo é “ficar mais solto”; no sentido de ser livre para exercer o poder, de auto-liberar-se, auto-determinar-se, de construir o conhecimento teórico e a habilidade prática necessários ao fazer. Na compreensão de Cohen e Marcolino (2002, p.85): “a liberdade e a opção para uma determinada finalidade estruturam um campo de relação que é o alicerce da autonomia”.

A liberdade, portanto, não é entendida como auto-determinação absoluta, mas como a possibilidade de limitar opções, de determinar medidas, o que significa admitir as limitações do ser humano, dos cargos e das condições que a realidade impõe. Este mesmo autor considera ainda: “que o exercício da autonomia mostra-se dentro de uma certa medida, condicionado, em primeiro lugar pelo reconhecimento da sua existência e em segundo pela necessidade de uma capacidade para exercê-la; e finalmente, pela possibilidade de existirem elementos para permitir uma opção” (COHEN; MARCOLINO, 2002, p. 86).

Diante disto, é necessário refletir sobre a autonomia que vem sendo exercida pelos trabalhadores da saúde, no contexto da UTI. É fundamental a existência de um controle durante o processo de formação acadêmica, não no sentido de cerceamento da liberdade; mas no sentido de avaliar, acompanhar e determinar o quanto um trabalhador pode estar livre para exercer suas funções. Para tanto, os trabalhadores

necessitam reconhecer a dimensão moral do seu fazer, bem como, delegar responsabilidades crescentes para certas ações; uma vez que em instituições de ensino e de cuidado em saúde, estão sujeitos às estruturas hierárquicas de organização e também aos limites impostos pela responsabilidade com o trabalho de supervisor (SCOTT, 1998).

Em Scott (1998, p.71), encontramos que “uma consequência de ação autônoma é que o agente autônomo é portanto responsável por aquela ação”, ou seja, a decisão é baseada nos julgamentos de valor do ser humano, de acordo com suas opções e responsabilidades. A autonomia inclui a tomada de decisão do trabalhador de acordo com suas concepções pessoais, considerando o contexto social, a sua responsabilidade, a sua liberdade, a interação com o outro trabalhador e também com os usuários.

Assim sendo, Scott (1998, p. 77) considera relevante a idéia de que “a autonomia pessoal não é redutível à independência simples ou auto-regra”, uma vez que os trabalhadores estão em constante relação com outros seres humanos em um determinado ambiente social,

(...) seres humanos são, falando de um modo geral, mutuamente dependentes. Interdependência e existência social implica a existência de certas estruturas formais e informais que regulam o comportamento social em graus variados. Independência total não é possível. Parte da minha habilidade de me autodeterminar (o aspecto positivo da autonomia), depende de meu reconhecimento preciso e avaliação da importância da cadeia social da qual sou parte (SCOTT, 1998, p. 77).

No ambiente da UTI, os trabalhadores são interdependentes e, para que o exercício da autonomia aconteça, são necessárias a ponderação e a promoção do diálogo, bem como a análise reflexiva frente aos conflitos, conforme expresso por este trabalhador:

A partir do momento que tu toma a decisão (...) expõe a tua idéia, porque tu estás partindo de um conflito, de uma situação, tu está avaliando, está ponderando o que é o certo e o que é o errado pra ti tomar a tua decisão, exercer a autonomia, mesmo de modo relativo (...) Acho que as

experiências, nos levam a exercer a autonomia, porque a gente pondera mais, o que tu estás aprendendo agora. Tu vais te preparar pra isso, nesse momento. Então, eu acho que tu não vai deixar de ser autônoma, mas tu vai fazer uma busca, de aprendizado em relação ao exercício da autonomia.

Freitas e Fernandes (2006, p. 56) consideram que:

a conduta humana tem caráter constante e dinâmico e as pessoas aprendem a responder em conformidade com o mundo e o ambiente em que vivem. Dentre inúmeras possibilidades, cada pessoa se vê diante de muitos valores, bem como de conflitos culturais, pessoais e profissionais. Todas as possibilidades têm como base a realidade do mundo vivido e comportam em si ações e compromissos, os quais se refletem na qualidade do ato. Estes atos e compromissos dependem dos recursos que se tem disponíveis e até mesmo do modo como cada pessoa veio adquirindo suas crenças, concepções e valores em sua trajetória de vida.

Conforme refere Zoboli (2006, p.125), "no cerne da autonomia encontra-se a tomada de decisão individual". O ser humano planeja e age livremente de acordo com suas avaliações, ponderações e escolhas; sendo que alguns "têm autonomia reduzida", são incapazes de deliberar ou agir conforme suas escolhas. Para que a expressão autônoma aconteça, "o indivíduo precisa proceder de maneira intencionada, com conhecimento e na ausência de solicitações externas controladoras do agir, ou seja, é preciso ser esclarecido e ter liberdade". Para que um trabalhador exerça a autonomia, ele precisa "ser substancialmente autônomo", o que significa ter compreensão e liberdade para agir e não, uma ausência de influências.

O respeito à autoridade não implica a ausência de limites. Os limites são necessários como parte da formação e do contexto de trabalho; a ausência dessa prática pode gerar uma crise de valores. É preciso avaliar as opções e possibilidades para a tomada de decisões considerando a hierarquia, conforme expresso:

Eu fico limitada, a minha vontade é de ir sempre mais além, mas não posso. Por quê? O caso de ser técnica não te limita o conhecimento, pelo contrário. Porque não posso aprender mais ainda? Talvez se eu não tivesse

a graduação eu não fosse procurar tanto, porque o meu conhecimento seria um pouco menor.

O trabalhador pode exercer sua autonomia ao escolher aceitar e submeter-se às exigências de autoridade de uma instituição, a partir do momento que considere essa autoridade, como fontes legítimas de direcionamento. Em virtude da organização social e cultural; dos princípios morais, dos códigos de ética, as normas podem ter autoridade sobre a vida do trabalhador e, no entanto, serem compatíveis com a autonomia. Em outras situações, a autonomia e a autoridade são incompatíveis, ocorrendo conflitos, uma vez que a autoridade não foi delegada ou aceita (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Assim, entende-se que apesar de diferentes categorias de profissionais, de diferentes áreas de saber que fazem parte do contexto da UTI, o exercício da autonomia pode ser construído na coletividade, na integração, no respeito ao outro, sem desconsiderar e desrespeitar a hierarquia.

Outros trabalhadores enfatizam a liberdade que o trabalhador tem para expressar suas opiniões como fundamentais para o exercício da autonomia:

Aqui na FURG no geral, os médicos ouvem muito o enfermeiro (...) noventa por cento das vezes que dei minha opinião, fui ouvido (...) Às vezes eu faço as coisas e depois ainda comunico que foi feito tal coisa. E, até hoje, nunca tive problemas em relação a isso.

Dentre alguns fatores que podem contribuir para este sentimento de valorização, destacam-se: algumas manifestações favoráveis frente ao respeito e a liberdade conferida ao enfermeiro pelo reconhecimento de seu trabalho; à sua capacidade para participar das tomadas de decisões, a liberdade para opinar, criticar e participar ativamente nas discussões e a sua função de coordenador, assim como à capacidade de articular a equipe de saúde para agilizar as condutas terapêuticas. Apesar de algumas

manifestações e das observações com percepções claras do exercício de poder do enfermeiro nas decisões no ambiente da UTI, em alguns turnos, pode-se perceber que existe um desrespeito pelo saber do outro, envolvendo ações que ignoraram suas decisões, aparentemente ocasionando conflitos e sofrimento entre os trabalhadores. Estas dificuldades ocorrem dentro da mesma equipe e também entre trabalhadores de outras áreas.

As reflexões acerca do exercício da autonomia apontam para a necessidade de "não aceitar as verdades como verdades":

Cada vez mais o residente tem uma opinião formada das coisas. Eu não procuro aceitar todas as verdades como verdades. Se a gente busca uma especialização é porque a gente busca o cientificismo da questão. Não aceito as verdades, eu levo em consideração a questão ética, os relacionamentos.

Na percepção deste trabalhador, é fundamental a possibilidade de refletir sobre suas vivências, repensar como ele está se construindo no processo de formação e contexto de trabalho, no sentido de avaliar as experiências, construir conhecimentos teóricos e práticos. Assim, é necessário desenvolver capacidades, participar efetivamente no processo de trabalho, estabelecer relações mais autênticas entre os diversos trabalhadores, compartilhar decisões e ações de modo a favorecer o exercício da autonomia.

Um outro trabalhador destaca que o fato de ser funcionário público favorece o exercício da autonomia:

O fato de ser concursada é um ganho para o profissional, porque muitas vezes, como enfermeira, a gente não pode se posicionar no local em que trabalha, principalmente porque a gente tem um poder médico muito grande (...) tu tem uma segurança maior, tu pensa assim (risos) Olha, pra rua eu não vou né, podem me trocar de unidade, podem não gostar de mim, posso fazer algumas antipatias mas não tem aquela ameaça, de ah eu vou embora, e eu me sinto muito comprometida assim, como enfermeira. (...) A minha profissão não é como funcionária pública, a minha profissão é como enfermeira, então, não é porque eu estou aqui que eu vou mudar a minha forma de agir, pelo fato de eu ter uma dita estabilidade assim, que eu vejo

que as pessoas esquecem isso, deixam pra trás assim, em vários lugares não só aqui na nossa área.

Quando este trabalhador refere que "o fato de ser concursada é um ganho" para o exercício da autonomia, o que será que está querendo dizer? Ao que indica, ser concursado lhe proporciona maior segurança, e na visão deste trabalhador, a possibilidade de posicionar-se, sem medo de coações, de represálias, garantindo a sua permanência no trabalho. Neste sentido, este trabalhador externaliza algumas ansiedades relacionadas às relações de poder na organização do trabalho em saúde, em que há o predomínio de uma hegemonia médica.

A autonomia, no dizer de Almeida (2002, p. 65), "nunca deve ser pressuposta como algo pronto e acabado. Ela requer bom trato e cuidado, coisas que a comunicação e o diálogo podem fornecer, pelo fato de trazer à baila todos os tipos de influências desconhecidas e desconsideradas sobre as escolhas a serem feitas."

Através do diálogo e na relação com o outro, construindo espaços para a divergência de opiniões, baseados no respeito mútuo, podem existir leis, condutas, normas e valores. Os espaços coletivos podem servir como uma oportunidade de reflexão sobre o modo de agir, em que cada trabalhador possa se voltar para seu próprio fazer, compartilhando vivências, sentimentos e decisões a partir do diálogo, da co-responsabilidade para construir um modelo de conduta (SELLI, 2005).

Nessa perspectiva, o espaço do trabalho exige a promoção de interações entre os trabalhadores, uma vez que o trabalho em equipe permite que o conhecimento de si e o reconhecimento do outro seja uma possibilidade para a transformação de si e do coletivo, para desenvolver-se como um sujeito moral. Torna-se fundamental que uns auxiliem os outros, promovendo o exercício da autonomia e o desenvolvimento moral entre si.

A atenção dispensada à ética decorre da inquietação frente aos problemas sociais e comportamentais, que se originam, de um lado, do avanço técnico-científico e, de outro, "da desestabilização dos valores tradicionais que serviam de orientação

para a relação dos homens com a natureza e dos homens entre si” (GOERGEN, 2001, p.148). A preocupação com a desestabilização dos valores morais faz parte da sociedade contemporânea nos mais diversos âmbitos culturais: na educação familiar, no processo de formação profissional, no contexto do trabalho e parece, cada vez mais, ter amortizado a sua conectividade, a sua força motivadora, no que se refere à construção moral dos seres humanos.

O ingresso do trabalhador no contexto de trabalho e seu contato com as normatizações e valores culturalmente constituídos, não significam que o trabalhador de fato irá comportar-se em conformidade com o estabelecido, uma vez que não existe uma educação que gere um “conjunto acabado de disposições (virtudes) voltadas para a justiça, para o respeito ou a solidariedade” (GOERGEN, 2001, p.152). O mundo do agir dos trabalhadores da saúde, portanto, se dá através de processos dialógicos, reflexivos a respeito de proposições morais agregadas aos diferentes ambientes culturais.

Neste sentido, as idéias e os modos de ver o mundo dos trabalhadores foram sendo estabelecidos socialmente e, consciente ou inconscientemente, passaram a fazer parte dos valores que são interiorizados e que norteiam suas ações no decorrer da vida. A construção moral do trabalhador é histórica, ou seja, ele se constrói moralmente, ao longo de sua vida, e culturalmente, pela sua inserção em uma cultura determinada.

Os estágios de desenvolvimento para a sua construção moral não foram demarcados pela idade cronológica, como afirmaram alguns estudiosos em desenvolvimento moral (REGO, 2003; PUIG, 1998; LA TAILLE, 2006), mas sim por vivências, conflitos, dilemas e contradições resultantes das interações e das condições de suas vidas, do processo de formação e do ambiente de trabalho, as quais foram propiciando que os trabalhadores da saúde fossem reformulando e ampliando os seus modos de ser e de fazer.

Não existe um consenso quanto ao que determina uma pessoa a legitimar algumas normas e conduzir-se coerentemente com elas. Alguns trabalhadores referem que ter o hábito de assumir certas condutas consideradas “boas” a validam, ou seja, o julgamento a partir do que é certo legitima o fazer. Por outro lado, ao rever minha

condição como trabalhadora da área da saúde, penso que os valores interiorizados na minha trajetória de vida, desde o meio familiar, foram fundamentais para o modo de conduzir minhas ações e mesmo que, no decorrer da vida acadêmica ou profissional, possa ter modificado alguns ou interiorizados outros, considero que os valores com os quais me identifico e, mantendo a convicção de que representam um bem moral, não podem ser esquecidos ou negligenciados. Assim questiona-se: Como o trabalhador pauta suas ações segundo determinadas regras? Como alguns valores podem ser interiorizados historicamente como um bem? Como se fundamentar moralmente? Ao mesmo tempo, essa necessidade de orientar-se moralmente parece evidenciar uma possibilidade de legitimar princípios morais mínimos.

Neste sentido, “a educação moral não serve para internalizar normas concretas, mas para aprender que as normas são necessárias como parâmetros de salvaguarda de princípios mínimos de convivência humana, como o respeito à vida, a dignidade do indivíduo, o respeito ao meio ambiente e para aprender a lidar com estes princípios em circunstâncias concretas” (GOERGEN, 2001, p.153).

A necessidade de normatização, de realização de protocolos, apontada pelos trabalhadores, é fundamental para a organização do trabalho da UTI, para que os princípios mínimos de convivência humana sejam preservados. No entanto, não basta instituir normas, condutas, pois isto, por si só, não significa que os trabalhadores irão comportar-se em conformidade com o preconizado, uma vez que a ação e o comportamento moral realizam-se no “contexto de múltiplas circunstâncias e determinações, as quais ressignificam constantemente os princípios morais gerais” (GOERGEN, 2001, p.153).

Os trabalhadores parecem querer legitimar normas e ações de cuidado a partir do respeito de quem representa a autoridade na UTI. No entanto, construir-se moralmente não significa incorporar princípios e comportamentos a partir da autoridade de alguém, não requer a imposição de normas, de rotinas, como princípios absolutos; significa aprender a lidar com a dúvida, com os conflitos, a questionar a validade de certos modos de ser e de fazer, de certos valores consolidados pela prática,

o que pode requerer fundamentar-se em princípios mínimos. Por outro lado, como deixar de exercer a autoridade num ambiente em que o ser humano pode ser objeto de descaso?

Entender a educação moral como uma possibilidade de agir à luz de objetivos e ideais, de implementar determinadas condutas, modos de ser e de agir é fundamental. Para tanto, não basta um agir técnico, pautado pela implementação de normas, pela realização de procedimentos. É preciso desafiar-se frente aos conflitos e descobrir possibilidades de gerenciá-los, “educar-se no contexto de um mundo de incertezas, contingências e ambientes plurais, mais do que incorporar valores e comportamentos preestabelecidos, significa aprender a lidar com incertezas” (GOERGEN, 2001, p.156).

Para tanto, “a educação moral parece ser necessária e mesmo inevitável, uma vez que o comportamento moral faz parte do modo de ser humano. Também aquele que não quiser educar (moralmente) forçosamente deve tomar decisões morais, alimentando expectativas a respeito do comportamento dos outros e de si próprio” (GOERGEN, 2001, p. 160-161).

Goergen destaca que o espaço público, a mídia, a escola, a universidade são ambientes em que as diversidades de leituras da realidade se encontram frente a frente e proporcionam o processo dialógico, através da argumentação, do desempenho e competência dos participantes, constituindo-se em possibilidades de orientar o comportamento dos indivíduos e grupos sociais a partir de princípios mínimos passíveis de ser aceitos por todos. É necessária uma atitude responsável, honesta, solidária. Para tanto “a cultura moral deve ser vista como uma realidade histórica que muda e que se renova” não como um objeto de mercado, que pode ser negociado a partir de “conjunturas e conveniências”, mas, sim, a partir da necessidade de que princípios mínimos, obrigações e valores morais sejam cumpridos, independentemente da negociação entre eles (GOERGEN, 2001, p. 163).

Ao buscar afirmar-se como um sujeito autônomo, o trabalhador toma consciência de si próprio. Seu pensar e agir diante do mundo o torna único e exclusivo, e muitas vezes, confrontam-se com o pensar e agir de outras pessoas do seu

meio. Portanto, a qualidade das interações sociais e culturais disponíveis na vida do trabalhador é que irá determinar a forma de pensar ao longo do seu desenvolvimento. A subjetividade humana é caracterizada pela consciência, sentimentos e emoções construídos no seu meio, ampliando seu modo de comportar-se a partir do conhecimento acumulado ao longo da sua vida. Assim pensa-se que, a partir do momento em que o ambiente da UTI seja organizado em termos de normas e rotinas, ainda que com uma certa flexibilidade, poderá proporcionar experiências que se traduzem em fonte de conhecimento, de interiorização de valores e de busca de uma suposta harmonia para o exercício da autonomia.

Destaca-se a necessidade de sensibilizar os trabalhadores para a compreensão acerca dos valores que norteiam suas ações e dos fatores que são considerados no processo de decisão/atuação moral para uma atuação pautada na autonomia; a partir de inquietações e processos de reflexão, “introduzi-los no debate dos temas mais importantes que envolvem o ser humano e a sociedade na contemporaneidade, buscando contribuir para a formação de uma subjetividade a partir da qual cada pessoa possa fazer as suas leituras e tomar as suas decisões” (GOERGEN, 2001, p. 170).

A autonomia dos trabalhadores da saúde não pode ser exercida independente das circunstâncias culturais, uma vez que a subjetividade e a identidade são construídas nos espaços públicos nos quais se encontram presentes alguns conceitos como equidade e beneficência. Neste sentido, a subjetividade e a autonomia do trabalhador constituem-se num determinado meio cultural e, portanto, para que os trabalhadores assumam os princípios como obrigações, se faz necessário que estes sejam aceitos e não impostos pela subjetividade de outrem (GOERGEN, 2001).

Parece haver uma necessidade de favorecer o exercício da autonomia dos trabalhadores da saúde, de despertar suas consciências diante da realidade que está posta, para o enfrentamento de conflitos, para a busca de possibilidades, de modo a organizar o fazer na UTI a partir da dimensão ética do fazer e da responsabilidade social e moral que compete a cada trabalhador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa emergiu da necessidade de buscar respostas a inquietações, dúvidas e sensação de impotência frente às dificuldades vivenciadas no decorrer de minha trajetória profissional, relacionadas a insatisfações com o comportamento de alguns trabalhadores da saúde, assim como frente a práticas que parecem predominar na saúde, relacionadas à negligência e imprudência, tendo em vista o cuidado aos usuários internados na UTI e as implicações morais decorrentes da tomada de decisões destes trabalhadores da saúde. Assim, partiu-se deste questionamento: como os trabalhadores têm se construído moralmente para o exercício da autonomia?

A interação estabelecida com os trabalhadores da saúde da UTI favoreceu a realização deste estudo, fortalecendo a aproximação entre a pesquisadora e os informantes. Assim, através das idéias de Leininger e de sua proposta de etnoenfermagem, optou-se por compreender o processo de construção moral dos trabalhadores da saúde para uma atuação pautada na autonomia.

Na vivência proporcionada com este estudo, a partir das observações e expressões dos informantes, percebeu-se que o contexto da UTI e o conhecimento da sua estrutura são levados em consideração no processo de construção moral de seus trabalhadores. No que se refere às relações interpessoais, percebeu-se que o trabalho pode se caracterizar como um trabalho em equipe quando se mostra com um ambiente harmônico, com relações interpessoais pautada no diálogo, na confiança, na amizade, no respeito mútuo, na reciprocidade e nas trocas de experiências.

Na visão dos trabalhadores, esses valores possibilitam o desenvolvimento de relações saudáveis entre si, o que é fundamental num ambiente “fechado”, como o contexto da UTI, que necessita da aproximação dos trabalhadores, do envolvimento, da participação individual como parte do coletivo, do diálogo, da tomada de decisões conjuntas, do respeito às diversidades, da busca de consenso, de modo a proporcionar

um cuidado mais seguro e significativo. Assim, o estabelecimento de relações saudáveis entre os trabalhadores favorece o trabalho em equipe, a tomada de decisões coletivas, a busca de objetivos comuns, com possíveis repercussões para a efetivação do cuidado.

Percebeu-se, ainda, que as relações nas quais o trabalhador respeita e é respeitado, expressa suas opiniões, faz e recebe crítica, construindo-se nas diferenças, podem influenciar o processo de legitimação de princípios mínimos morais e a sua construção moral. Nesta perspectiva, considera-se que a construção moral do trabalhador se dá, também, por meio das relações interpessoais.

Sabe-se que um processo de trabalho implica organização e que esta depende também da competência individual de cada trabalhador, de objetivos definidos e compartilhados entre os diversos membros da equipe interdisciplinar, o que requer relacionamentos favoráveis, integrativos, comprometidos, responsáveis. Neste sentido, apesar da relevância atribuída às relações interpessoais, ao diálogo, ao respeito, à harmonia e à ética, os trabalhadores estabelecem, também, relações conflituosas entre si, o que pode repercutir no cuidado do usuário. É possível que os conflitos decorram de diferenças culturais, de níveis de formação, visões de mundo e do contexto de vida e do trabalho de cada um, como pelas condições sociais e ambientais em que estão inseridos.

As dificuldades nas relações interpessoais estão associadas tanto à divisão técnica e social do trabalho, quanto ao descumprimento de obrigações morais, refletindo-se nos comportamentos dos trabalhadores. Ao mesmo tempo em que alguns trabalhadores da saúde da UTI estabelecem relações interpessoais pautadas na amizade, favorecendo o diálogo, também estabelecem relações de cumplicidade, muitas vezes, inviabilizando a continuidade do trabalho e a tomada de decisões quando em nome da amizade, por ações corporativas, muitas decisões deixam de ser tomadas.

O não cumprimento das obrigações morais e a falta de aptidão técnica também constituem causas geradoras de sofrimentos e insatisfações, ocasionando relacionamentos instáveis, uma vez que repercutem no cuidado dos usuários. Essas

fragilidades contribuem para a falta de reconhecimento profissional e podem impossibilitar ao trabalhador expressar suas opiniões, participar das decisões e exercer a autonomia. Assim, considera-se que, para direcionar as ações e a continuidade do cuidado, é preciso existir a possibilidade de o trabalhador envolver-se, comprometer-se, participar das decisões, o que requer respeito, estímulo e abertura de espaços no contexto de trabalho, de modo a favorecer sua construção moral.

A partir das observações e entrevistas realizadas pôde-se constatar que o processo de cuidar dos trabalhadores da saúde envolve vontades, interesses, valores, oportunidades de fazê-lo acontecer consciente ou inconscientemente. Alguns deles costumam pautar seu fazer baseados em algumas necessidades dos usuários, reconhecem a necessidade de uma ação individualizada, demonstram preocupação pelo seu bem estar, compaixão frente ao sofrimento, referem a possibilidade de ser sensível, de se colocar no lugar do outro, de desenvolver competência técnica e científica, de compartilhar o cuidado com o outro. Assim, o respeito pela vida emerge do compromisso de proteger o usuário, de cuidá-lo com sensibilidade, compaixão e dignidade, desenvolvendo a percepção moral. A compaixão como uma virtude necessária para o cuidado, uma relação construtiva que demonstra o envolvimento do trabalhador, o zelo, a preocupação para com o outro, denotam uma sensibilidade em resposta a vulnerabilidade do usuário da UTI, a necessidade de “ser presença”, de importar-se e comprometer-se, conduzindo-se por uma ação moral, por sua responsabilidade moral.

Do mesmo modo que os trabalhadores valorizam o cuidado, em outros momentos, parecem desempenhar seu fazer de maneira mecânica, rotineira, sem o parar para pensar e refletir frente ao compromisso e à responsabilidade necessária enquanto trabalhador da saúde. Alguns trabalhadores despersonalizam os usuários, referindo-se aos usuários por número do leito, ou outros nomes pejorativos como que havendo uma “coisificação do ser”, parecendo não perceber esta dimensão ética do cuidado no usuário comatoso. É possível que, ao desenvolver este estudo, tenha se desencadeado um processo reflexivo frente ao modo de ser e de agir de determinados trabalhadores, possibilitando rever-se, mobilizar-se a imergir num processo de (dês)

construir-se para um fazer ético.

Na visão dos trabalhadores, há uma necessidade de que suas ações e a de seus colegas sejam controladas por quem representa a autoridade no contexto da UTI. No entanto, acredita-se que o controle poderá influenciar as ações dos trabalhadores se eles conscientizarem-se do compromisso e da responsabilidade necessários para um fazer ético. Há, portanto, uma necessidade de que os trabalhadores deixem aflorar sua sensibilidade, suas emoções para o cuidado à saúde, desenvolvendo a habilidade para sensibilizar-se e identificar-se com o sofrimento dos usuários, o que a meu ver, pode torná-los mais respeitosos e mais justos frente ao outro e também a seus direitos e deveres como trabalhador; o que requer a capacidade para discernir o que é ou não correto, avaliando e julgando suas tomadas de decisões e ações de acordo com valores individuais, sociais e culturais. A necessidade de convivência requer a moral, como um conjunto de regras, normas e valores destinados a orientar as relações dos trabalhadores entre si, com os usuários e familiares.

Dentre os fatores levados em consideração para a tomada de decisão/atuação moral dos trabalhadores, destaca-se a realização do “*round*”, como uma possibilidade de favorecer o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores, tanto pela oportunidade de expressarem suas opiniões, questionamentos, conhecimentos, quanto pela valorização e reconhecimento pessoal e profissional, como membros da equipe interdisciplinar.

Apesar de certa complementaridade e interdependência entre os trabalhadores da saúde, parece faltar clareza do compromisso e da responsabilidade moral para alguns trabalhadores, já que atribuem o não cumprimento do cuidado à cultura ambiental e, muitas vezes, mesmo após a tomada de decisão no “*round*”, não cumprem o que foi decidido. Assim, cada trabalhador, de acordo com as obrigações morais legitimadas, direciona suas ações, não se identificando nem compartilhando dos valores de seus colegas e do seu contexto de trabalho, podendo provocar conflitos decorrentes da falta do cumprimento de suas obrigações morais e do risco de agravar as condições de saúde dos usuários.

Considera-se que os limites frente ao que pode ser feito ou deixar de ser feito

fazem parte do contexto de trabalho e da vida como um todo; a ausência dessa prática pode gerar uma crise de valores, podendo prevalecer a lei do mais forte. Mesmo nas situações nas quais os trabalhadores mantêm relações assimétricas entre si, há a possibilidade de que cada trabalhador construa-se moralmente. Portanto, alguns trabalhadores, a partir de sua realidade e possibilidades procuram exercer sua autonomia, com liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de cuidado evidenciadas no contexto de trabalho, outros se sentem tolhidos, desmotivados e acomodam-se, aparentemente esperando que alguém exerça a autoridade sobre si.

Acredita-se que a necessidade da ação heterônoma, de ser controlado pelo outro, de instituir e cumprir normas pode significar a ausência de coragem para questionar, para lutar por questões éticas, para posicionar-se, para assumir-se como um trabalhador responsável, comprometido, capaz de exercer a sua autonomia e estabelecer suas normas. Para tanto, cuidar de maneira ética é envolver-se politicamente, exige racionalidade, argumentação, competência, eficiência, habilidade técnica, mas não de um modo meramente técnico. Portanto, exige bons sentimentos, sensibilidade, direcionar-se a partir de valores como compaixão, confiança, honestidade, compromisso, respeito. Exige a capacidade de que o trabalhador se reconheça como sujeito ético.

Os trabalhadores podem conduzir-se moralmente para decisões sensatas e sensíveis em relação a seu fazer, de acordo com o seu desenvolvimento moral, podendo, a cada momento, aperfeiçoar-se e interiorizar novos valores. A sugestão de que a autoridade seja exercida pelos coordenadores de cada equipe de saúde, pode ser a necessidade de interiorizar valores morais na cultura organizacional. Regras práticas de condutas como: respeito, justiça, dignidade à vida, podem ser interiorizada a partir de crenças, valores e comportamentos de quem representa a autoridade no contexto de trabalho, por meio de expressão de suas ações, de tomada de decisões, do modo de se relacionar com colegas de trabalho, subordinados, usuários e seus familiares.

No entanto, não se pode cair na ingenuidade de considerar que o exercício da autoridade, por si só, dará conta da interiorização de valores, pois os valores podem ser

simplesmente impostos e aceitos enquanto perdurar o controle do outro e, deixar de ser assumidos quando a força do controle for atenuada. O exercício da autoridade pode talvez, significar a possibilidade de que os trabalhadores sejam incentivados a cooperar entre si, de que normas livremente admitidas possam ser respeitadas.

Na vivência proporcionada com este estudo, os próprios trabalhadores perceberam a importância de criar condições para uma aproximação entre si, de modo a favorecer o contexto do trabalho. Evidenciaram necessidades e propuseram alternativas, como uma tentativa de superar as dificuldades através do diálogo, das reuniões e das reflexões individuais e coletivas.

Assim, considera-se que o presente estudo possibilitou analisar o processo de construção moral dos trabalhadores da saúde da UTI, mas também constituiu-se numa alternativa para que os trabalhadores manifestassem seus sentimentos, impressões, preocupações e desencadeassem processos de reflexões entre si. Alguns trabalhadores manifestaram a necessidade de realização de reuniões para discutir questões relacionadas ao contexto da UTI, mencionando que estava há aproximadamente dois anos na unidade e, desde então, não haviam encontrado um momento para reunir-se. Assim, acredita-se que este estudo possa ter desencadeado este processo, pois durante a realização da pesquisa, os trabalhadores propiciaram este momento.

Os trabalhadores da saúde da UTI apontaram a realização de reuniões como estratégia, considerando este espaço como uma possibilidade de exercer o diálogo. Nesta visão, a reunião e o diálogo são entendidos como uma dimensão ética do fazer dos trabalhadores, de modo a favorecer que valores como o respeito mútuo, a confiança, a harmonia, a amizade norteiem as ações dos trabalhadores, possibilitando o comprometimento com a qualidade do cuidado, assim como, com a própria satisfação do trabalhador.

Exercer o diálogo requer a capacidade de ouvir o outro e de se fazer entender. Para tanto, o diálogo deve ser valorizado como forma de esclarecer conflitos e buscar consensos. Considerando o diálogo como um dos principais instrumentos do contexto de trabalho e a sua importância para favorecer as relações interpessoais entre os trabalhadores da saúde, os usuários e seus familiares, acredito que estas habilidades

devam ser mais enfatizadas no contexto dos trabalhadores da saúde, possibilitando refletir, trocar idéias, construir-se moralmente, favorecendo o processo de cuidado e o exercício da autonomia dos trabalhadores.

A diversidade e heterogeneidade de valores no ambiente cultural da UTI podem dificultar ou influenciar a interiorização de valores por parte de alguns trabalhadores, a favor de determinados pontos de vista morais, ou seja, não legitimando valores que não são considerados na cultura organizacional da UTI. Assim a dimensão ética do cuidado não será legitimada, se o cuidado com o paciente não for valorizado, se princípios mínimos como respeito à vida, a dignidade, a solidariedade não forem considerados. Neste sentido, um trabalhador da saúde não pode construir-se moralmente num processo que tem início e fim, tão pouco, ser norteado para objetivos que serão conseguidos por meio do controle do outro, mas sim, através das suas experiências de aprendizagem moral, nas quais, cada trabalhador vai desenvolvendo-se a partir de valores culturais interiorizados ao longo de sua vida, de significados construídos historicamente a partir dos quais vai moldando e direcionando suas ações.

A vida do trabalhador é marcada, desde a infância, por experiências que foram vividas, ensinadas e incorporadas, mediante o que vivenciaram nas relações sociais e, a partir das quais foram se desenvolvendo. O processo de desenvolvimento moral dos trabalhadores ocorre a partir das interações na família, no convívio com os pares, na formação e no contexto de trabalho, como também na construção de novas relações sociais, as quais contribuem para definir a sua subjetividade.

Ao longo de seu desenvolvimento moral, o trabalhador interioriza valores, sendo conduzido e orientado a outras formas de se relacionar com o outro e de agir. A interiorização de valores pode caracterizar um comportamento diferenciado no seu modo de agir, além de lhe conferir novas formas de pensamento, de interação social e de emoções que poderão direcionar-se, tanto para a construção do próprio sujeito, quanto para a construção da estrutura organizacional.

Apesar da diversidade cultural dos trabalhadores, de seus diferentes modos de ser e de fazer, é necessário que eles cuidem deles mesmos, identificando meios e buscando possibilidades no coletivo, para proporcionar um cuidado culturalmente

congruente. A busca de um viver compartilhado, da resolução de conflitos, do consenso, da harmonia, do respeito nas relações com os colegas de trabalho, pode significar a procura de sensibilidade, de compromisso e responsabilidade como uma necessidade para que os trabalhadores comprometam-se moralmente com suas ações. O usuário nunca pode ser apenas um meio, deve ser o fim do exercício profissional dos trabalhadores da saúde e o cuidado à vida pode tornar-se um desafio a ser enfrentado, no sentido de propiciar condições favoráveis para que este fim seja atingido.

Neste sentido, considera-se que a capacidade cognitiva, teórica e técnica podem ter contribuído no processo de formação profissional, assim como, as relações, os exemplos, os espaços de reflexões construídos ao longo da vida destes trabalhadores, ao buscar estratégias para os conflitos e implicações morais vivenciadas e enfrentadas neste contexto. Nesta perspectiva, a interação do trabalhador nos seus diversos contextos sociais é um processo no qual a aquisição de novos conhecimentos e saberes permite a construção e ampliação da sua consciência, a partir da modificação das interações existentes. Assim, as relações estabelecidas são a síntese da sua construção moral e podem favorecer a tomada de decisões e o exercício da autonomia.

É preciso ter clareza de que o fato do trabalhador ter a possibilidade de exercer a autonomia, não necessariamente torna-o autônomo em todas as situações da vida. Os contextos sociais e afetivos em que estão inseridos podem contribuir ou mesmo impedir o exercício da autonomia. A subjetividade humana é caracterizada pela consciência, sentimentos e emoções construídos no seu meio, ampliando seu modo de comportar-se a partir do conhecimento acumulado ao longo da sua vida. Ao buscar afirmar-se como um sujeito autônomo, o trabalhador toma consciência de si. Seu pensar e agir diante do mundo o torna único e exclusivo, muitas vezes, confrontam-se com o de outras pessoas do seu meio. Portanto, a qualidade das interações sociais e culturais disponíveis na vida do trabalhador irá determinar a forma de pensar ao longo do seu desenvolvimento.

Os informantes, à medida que discutiam as situações apontadas durante às observações, demonstraram que este estudo poderia ser uma possibilidade de refletir

sobre o seu fazer, buscando um novo agir. Aproveitaram o momento para manifestar suas insatisfações, sofrimentos e as situações que ocasionam os conflitos no seu contexto de trabalho. Algumas reflexões emergiram a partir deste estudo e outras que processualmente poderão ocorrer possivelmente contribuirão para a realização de um cuidado mais efetivo.

Essas observações assim, que fostes fazendo e, que hoje tu trás de forma bem objetiva, são coisas que vivemos no dia-a-dia e que a gente não pára para pensar se está fazendo certo, se não está fazendo certo. Então, dependendo do médico ou do profissional que tu vens e abordas, ele vai achar que isto é um momento de trazeres e vai dizer ah, é loucura da Rose, vai depender de cada um. Mas de qualquer forma, qualquer um dos profissionais entrevistados teve esta oportunidade, se ele não conseguiu aproveitar e ver isto numa boa para refletir, sinto muito, ele é cabecinha muito pequenininha .

Os trabalhadores ainda perceberam a construção deste estudo como uma oportunidade para o diálogo, aproveitando o espaço para discutir, refletir sobre a sua prática; o seu processo de construção pessoal na família, na formação acadêmica e no próprio contexto de trabalho. Conforme fica evidenciado nas falas seguintes, o grupo reconhece que é necessária a construção destes espaços para a reflexão e que este estudo propiciou esta oportunidade.

nós temos uma cascata de seqüências que são interrompidas sem que aja um responsável, mas posso te dizer uma coisa, as coisas não funcionam bem porque todos nós temos a nossa parte (...) alguma coisa nós podemos fazer pra mudar, acho que a gente está fazendo, tu estás fazendo, estás fazendo levantamento de um trabalho, acho que tu vai mostrar uma série de fatos (...) vai fazer com que alguns se solucionem (...) a pessoa que se sentiu avaliada vai mudar. Então é isso que teria que ser feito em toda a estrutura.

Mesmo que tu tenhas dito que com o teu objetivo não tens intenção de propor mudanças. Então, eu acho que das tuas observações, das entrevistas e das tuas conclusões, eu acho que tu debes trazer isto para nós, para a chefia, para que possa ser refletido. Se tu usar todo este teu trabalho extenso, sério, muito bem organizado, to vendo as entrevistas, até o tipo de perguntas pinçadas lá das observações, isto não vai ser um mérito, uma recompensa só para ti, pode ser também revertido para o grupo, para abordar, para discutir sobre o fazer. Este é um tipo de envolvimento que a gente não tem na UTI, de vestir a camiseta e tal. Isto tu trás do berço, tu tens um senso do que é certo, tens uma visão correta, então no dia-a-dia é

importante trazer estes temas, para que estes que não tem naturalmente este senso possam se orientar.

Apesar de não ter havido a pretensão de transformar o modo de ser e de fazer dos trabalhadores da UTI, penso que este estudo, orientado pela proposta de Etnoenfermagem de Leininger, possa ter favorecido algumas reflexões, com a possibilidade de que cada informante direcionasse um olhar para si mesmo, para seu modo de ser, de agir, de tomar decisões, a partir do estímulo desencadeado durante as entrevistas. Faz-se pertinente, no entanto, a implementação de processos de reflexões, de problematizações entre os trabalhadores, da abertura para o diálogo, para o compartilhamento de experiências, para a socialização de saberes, crenças e valores; numa possibilidade de se construírem como sujeitos morais.

É necessário priorizar espaços para a reflexão coletiva, para que os trabalhadores possam discutir e refletir coletivamente o fazer e vislumbrar a possibilidade de novas maneiras de ser, de fazer, de decidir, de comprometer-se com o cuidado dos usuários. Assim, coletivamente, poderão realizar reflexões, envolver-se com o contexto de trabalho da UTI, evidenciar e propor alternativas para modificar a tomada de decisões, para favorecer o exercício da autonomia de cada trabalhador. Ao finalizar este estudo, percebi o quanto ele foi significativo. O parar para pensar, as reflexões realizadas, o repensar o vivido, o reencontro com a realidade e os questionamentos realizados ajudaram-me a descobrir e o quanto é preciso estar envolvido e fazer no contexto dos trabalhadores da saúde. Percebi, então, que num trabalho coletivo, apesar das possíveis dificuldades, dos conflitos, dos diferentes modos de construção pessoal, das maiores ou menores interações entre os trabalhadores, que nunca se pode perder de vista a finalidade do trabalho da saúde: o cuidado aos usuários. Para tanto, é preciso que cada trabalhador reconheça, em si, no seu colega de trabalho, no usuário, não apenas um trabalhador ou alguém que precisa do cuidado, mas um ser humano que precisa ser respeitado, um sujeito ético.

Diante disto, o processo de construção moral do trabalhador da saúde da UTI se realiza nas interações sociais, tanto na vida quanto no contexto da UTI, em que o respeito, o diálogo e a confiança parecem também se intensificar. Através das interações, o trabalhador pode descobrir novas formas de pensar, de interagir com o

meio social e de exercer suas ações, construindo-se moralmente. Conforme o entendimento de alguns trabalhadores, a possibilidade de interação se firma nas atitudes abertas às possibilidades de transformação, no exercício do diálogo, nas trocas de experiências, na construção de um saber compartilhado, na oportunidade de interiorizar valores coletivamente e, não, em simplesmente aceitar a imposição dos outros.

A construção moral, portanto, requer a interiorização de valores. Uma maneira possivelmente eficaz de estimular a socialização dos valores morais poderia ser a valorização dos trabalhadores da saúde e a promoção de sua auto-estima, estabelecendo metas e buscando construir caminhos coletivos para que, em parceria, pudessem se fortalecer, evidenciando necessidades e compartilhando saberes.

Para finalizar, considero relevante destacar que o presente estudo contempla a proposta de Humanização do Sistema Único de Saúde, utilizando a humanização como eixo transversal para a moralidade, a ética, a autonomia e o compromisso dos trabalhadores da saúde com o cuidado dos usuários. Está fundamentado na abordagem etnográfica, de Madeleine Leininger, com uma apropriação peculiar; uma vez que mostra o modo vivido pelos trabalhadores da saúde, os valores e fatores levados em consideração no contexto do dia-a-dia de trabalho, com o desafio de apresentar como os trabalhadores da saúde têm interiorizado valores, modos de ser e de fazer, construídos culturalmente, o que propicia a construção moral, o exercício da autonomia, favorecendo o cuidado a saúde.

Considero também, que o conhecimento produzido poderá contribuir para a formação do enfermeiro e dos trabalhadores da saúde de um modo geral, proporcionando novas competências no cuidar, bem como avançando e trazendo subsídios e contribuições para a teoria da *Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural*, de Madeleine Leininger, uma vez que não tive, como pesquisadora, uma preocupação única com o cuidado de enfermagem a partir dos valores, crenças e modos de vida específicos da cultura do indivíduo a ser assistido, mas sim, o desafio de buscar conhecimentos para a prática dos trabalhadores da saúde, desenvolvendo a enfermagem como ciência e proporcionando novos caminhos para o cuidado a saúde,

para o exercício da profissão, através da ética, da diversidade de trabalhadores; complementando a Teoria de Leininger.

Durante a realização deste estudo, assumi o compromisso de dar um retorno aos participantes. Assim, ao finalizar esta pesquisa, pretendo apresentá-la à Direção do HU e aos trabalhadores da saúde da UTI, para submetê-la a sua apreciação e críticas e, por que não, para desencadear novos processos de reflexão. Acredito que o desenvolvimento da pesquisa norteada a partir da proposta de Leininger, de Etnoenfermagem, possa constituir-se numa estratégia a ser utilizada por outros pesquisadores, insatisfeitos com as dificuldades vivenciadas no contexto cultural de trabalho, desejosos de refleti-lo e de buscar alternativas. Viver esta experiência com os trabalhadores da saúde da UTI, significou a possibilidade de refletir sobre o modo de ser e fazer dos trabalhadores, os valores que norteiam suas ações e os fatores que são levados em consideração no seu processo de decisão/atuação moral, de modo a analisar como os trabalhadores têm se construído moralmente para uma atuação pautada na autonomia.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Gisamara Girardi Fontes de. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional e implicações na qualidade do trabalho.** 2006. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Rio Grande, 2006, 125f.

AHLERT, Alвори. **A eticidade da educação: o discurso de uma práxis solidária/universal.** Ijuí: Unijuí, 2003.

ALBORNOZ, S. **O que é o trabalho?** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

ALMEIDA, Marcos, de. Comentários Sobre os princípios fundamentais da bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONAINÉ, Christian de Paul de (org.). **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Paulus, 2002.

ANJOS, Marcio Fabri dos. Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, Volnei. **A bioética no século XXI.** Brasília: UNB, 2000.

ASSMANN, Selvino Jose. Crise ética e crise da ética a partir da pergunta pela ética profissional. In: COSTA, Fabiola Cirimbelli Búrigo (org.); BIANCHETTI, Lucídio e EVANGELISTA, Olinda. **Escola viva, a construção do projeto político pedagógico do colégio de aplicação da UFSC.** Florianópolis: NUP/CED/UFSC, 2003.

AZEVEDO, Rosemeiry C. de Souza e RAMOS, Flávia R. Souza. Educar para a autonomia: uma construção possível no ensino de ética. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 346-356, jan./abr., 1999.

BACKES, Vânia M. Schubert. **Estilos de pensamento e práxis na enfermagem; a contribuição do estágio pré-profissional**, Ijuí (RS): Unijuí, 2000.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica.** São Paulo: Loyola, 2002.

BERLINGER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde.** São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES, 1993.

BETTO, Frei; BARBA, Eugenio e COSTA, Jurandir Freire. **Ética: Brasília capital do debate.** Rio de Janeiro/Brasília: Gramond, 1997.

BIANCO, Maria Helena B. Cappelletti. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller.** Ribeirão Preto (RS), 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade

de São Paulo.

BOEHS, Astrid. **Prática do cuidado ao recém nascido e sua família baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1990.

BOFF, Leonardo. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis (RS): Vozes, 2003.

BORGES, Maria de L.; DALL'AGNOL, Darlei; DUTRA, Delamar, V. **O que você precisa saber sobre... Ética**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da União 15 de maio de 1998. Seção I.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

_____. Lei do Exercício Profissional nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 1986, 26 junho, seção I, p. 9273-5.

_____. Lei nº 8112 de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 25/10/2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BUCKNALL, Tracey B.N. e THOMAS, Shane B.A. Nurses reflections on problems associated with decision-making in critical care settings. **Journal of Advanced Nursing**, v. 25, n. 02, feb. 1997, p. 229-237.

CAPONI, G. A., LEOPARDI, M. T. & CAPONI, S. N. C. **A Saúde como desafio ético**. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática. 2002.

CLOTET, Joaquim; GOLDIM, Jose Roberto (org.) e FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

COHEN, Claudio e MARCOLINO, José Álvaro Marques. Relação Médico-Paciente. In: Claudio e SEGRE, Marco (org.). **Bioética**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. p. 83-94.

COHEN, Claudio e SEGRE, Marco (org.). **Bioética**. São Paulo: Universidade de São Paulo,

2002.

COHEN, Claudio e SEGRE, Marco COHEN. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Claudio e SEGRE, Marco (org.). **Bioética**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. p. 17-26.

CORREA, Francisco de Assis. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética. In: PESSINI, Léo, BARCHIFONAINE, Christian de Paul de (org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 2002, p. 68-74.

CORREA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, Léo, BARCHIFONAINE, Christian de Paul de (org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 2002, p. 30-50.

COSTA, Jurandir Freire. **A ética e o espelho da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Perspectivas internacionais no ensino da ética em saúde: entrevistas. **Bioética**, Brasília, v. 4, 1996, p. 87-95.

DRANE, James; PESSINI, Leocir. **Bioética, medicina e tecnologia**. Desafios éticos na Fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo. 2005.

DURAND, Guy. **A bioética: natureza, princípios, objetivos**. São Paulo: Paulus, 1995.

DUSKA, R.; WHELAN, M. **Desenvolvimento Moral na idade evolutiva: um guia a Piaget e Kohlberg**. São Paulo: Loyola; 1994, 123p.

EDWARDS, S. What are the Limits to the Obligations of the Nurse? **Journal of Medical Ethics**, v.22, p. 90-94, 1996.

ENGUITA, M.F. **A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini & LENTZ, Rosemary Andrade. 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.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Série Teses em Enfermagem. Pelotas: universitária/ UFPel, 1996.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de; SOUSA, Francisca Georgina Macedo de, KOERICH, Magda Santos. Bioética e cuidados à saúde como responsabilidade com a vida e a natureza: algumas reflexões. **O mundo da saúde**. Bioética: humanização em saúde, vulnerabilidade, tecnociência e ética na pesquisa. São Paulo, ano 30, v 30 n. 3 jul/set, p. 375-381, 2006.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; RAMOS, Flávia Regina; REIBNITZ, Kenya Schimidt & PRADO, Marta Lenise do. Educação em Bioética: desafios para a formação crítico-criativa dos profissionais de Enfermagem. **O mundo da saúde**. Bioética: instituições primeiras, fundamentos e experiências educacionais brasileiras. São Paulo, ano 29, v. 29 n. 3 jul/set, p. 418-424, 2005.

FERNANDES, Maria de Fátima Prado & FREITAS, Genival Fernandes de. Fundamentos da **ética**. In: OGUISSO, Taka & ZOBOLI, Elma. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manoele, p.27-44, 2006.

FERREIRA, Luiz Carlos. Organização e Relações de Trabalho. O Trabalho em Saúde e Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**., Florianópolis, v. 12 n.4, p.461-469, Out/dez , 2003.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREITAS, Genival Fernandes de & FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Ética e moral. In: OGUISSO, Taka & ZOBOLI. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manoele, p.45-60, 2006.

FREITAS, Maria Édila Abreu. **O significado da autonomia do enfermeiro no cotidiano hospitalar, à luz da fenomenologia existencial de Maurice Merleau-Ponty**. 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1993.

GARRAFA, Volnei e PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 06-15, jan./mar. 2002.

GARRAFA, Volnei. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 1995.

GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem: sua história, sua perspectiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 09-17, Florianópolis, jul./dez. 1995.

GELAIN, Ivo. **O significado do “Êthos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho**. 1991. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1991.

GELAIN, Ivo. Repensando o enfoque da ética profissional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 29-34, Florianópolis, jul./dez., 1994.

GHIORZI, Angela da Rosa. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. O Trabalho em Saúde e Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12 n.4, p.551-558, Out/dez , 2003.

GILLIGAN, Carol. **In a Different Voice**. Psychological Theory and Women’s Development.

Cambridge, Massachusetts and London: Harvard. University Press, 1982.

GOERGEN, Pedro. Educação moral: adestramento ou reflexão comunicativa? *Educação & Sociedade*, ano XXII, nº 76, out., 2001.

GOMES, Julio C.M. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 1996.

GONÇALVES, Marise Xavier. **Análise compreensiva de discursos de mulheres soropositivas para o vírus HIV**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

GRONDONA, Mariano. Uma tipologia cultural do desenvolvimento econômico. In: **A cultura importa: os valores que definem o progresso humano**. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 89-102.

HARRIS, Judith Rich. **Diga-me com quem anda...** Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

HARRISON, Lawrence E. & HUNTINGTON, Samuel P. **A cultura importa: os valores que definem o progresso humano**. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HUNTINGTON, Samuel P. A importância da cultura. In: HARRISON, Lawrence E. & HUNTINGTON, Samuel P. **A cultura importa: os valores que definem o progresso humano**. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 11-15.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. São Paulo: Martin Claret, 2004b.

_____. **Crítica da razão pura**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

_____. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. São Paulo: Martin Claret, 2004a.

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

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 19. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

LEININGER, Madeleine M. Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing. **National League for Nursing Press**, Nova York, 1991.

LEININGER, Madeleine M. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade**. In: **Anais... 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem**. Florianópolis, UFSC, 1985.

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

LEININGER, Madeleine. *Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis*. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LENOIR, Noëlle. Promover o ensino de bioética no mundo. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 1, 1996, p. 65-70.

LEPARGNEUR, Hubert. Alguns conceitos bioéticos fundamentais. **O mundo da saúde**, v. 26, n. 01, p. 101-108, São Paulo, jan./mar., 2002.

LEPARGNEUR, Hubert. Onze reflexões sobre Educação e Bioética. **O mundo da saúde**. Bioética: instituições primeiras, fundamentos e experiências educacionais brasileiras. São Paulo, ano 29, v 29n 3 jul/set, p. 387-391, 2005.

LIPINSKI, Jussara Mendes. **A assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto discutido por enfermeiras em busca de uma assistência humanizada**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

LOUREIRO, Mariângela e CEZAR-VAZ, Marta R. Refletindo sobre o “ensinar e aprender” para a autonomia e a transformação da realidade. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 230-248, Florianópolis ago/dez, 2000.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.

LUNA, Florência; SALLES, Arleen. **Decisiones de vida y muerte: eutanásia, aborto y otros temas de ética médica**. Buenos Aires: Sudamericana, 1995.

LUNARDI FILHO, Wilson D. **O Mito da subalternidade do trabalho da Enfermagem à Medicina**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

LUNARDI FILHO, Wilson D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LUNARDI FILHO, Wilson D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 1, p. 77-92, Brasília, jan/mar de 1997.

LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria L. e SPRICIGO, Jonas. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, São Paulo, março de 2001, p. 91-96.

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

MAC INTYRE, Alasdair. **Depois da virtude: um estudo em teoria moral**. Bauru (SP):

EDUSC, 2001.

MALIANDI, Ricardo. **La salud como problema moral**. Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

MARIOTTI, H. **Organizações de Aprendizagem**. Educação continuada e a empresa do futuro. São Paulo: Atlas S. A., 1996.

MARTINS, Josiane de Jesus e FARIA, Eliana Marília. O (a) Trabalhador (a) em enfermagem e saúde. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11 n.1, p.222-243, jan/abr., 2002.

MASIP, Vicente. **Ética, caráter e personalidade**: consciência individual e compromisso social. São Paulo: E.P.U., 2002.

McALPINE, H. Critical Reflections About Professional Ethical Stances: Have We Lost Sight of the Major Objectives? **Journal of Nursing Education**, v.35, n. 3, p. 119-126, 1996.

McPARLAND, J. et al. Autonomy and Clinical Practice 1: Identifying Areas of Concern. **British Journal of Nursing**, v.9, n. 8, p. 507-511, 2000.

MEIER, Marinele Joaquim e CIANCIARULLO, Tamara Iwanow O (a) Trabalhador (a) em enfermagem e saúde. Tecnologia: um conceito em construção para o trabalhador em saúde. **Texto & Contexto enfermagem**., Florianópolis, v. 11 n.1, p.31-49, jan/abr., 2002.

MINAYO, M.C. de S. et. al. **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. 2.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MONTANER, Carlos Alberto. **Cultura e comportamento da elites na América Latina**. In: A cultura importa: os valores que definem o progresso humano. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 103-113.

MORIN, Edgar. **O método 6. ética**. 2. ed. Porto alegre: Sulina., 2005.

MUÑOZ, Daniel Romero & ALMEIDA, Marcos. Noções de responsabilidade em Bioética. In: COHEN, Claudio e SEGRE, Marco (org.). **Bioética**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. p.121-132.

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

OGUISSO, Taka & ZOBOLI, Elma. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manoele, 2006.

OLIVEIRA, Maria L. Cunha e GUILHEM, Dirce. O agir ético na prática profissional cotidiana das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 63-73, Brasília, jan/mar, 2001.

ORÍ, Mônica Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa; ALVES, Maria Dalva Santos. **Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural** – um resgate histórico. Disponível em <www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm> Acesso em 01/05/2006.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. 1990. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Dissertação de Mestrado, Florianópolis, 1990.

PER Nortvedt. Sensitive Judgement: an Inquiry Into the Foundations of Nursing Ethics. **Nursing Ethics**, 1998. v.5, n. 5, p. 385-392.

PEREIRA, Wilza Rocha & BELLATO, Roseney. A Relação entre a precarização do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos e da cidadania. **Infecção Hospitalar em Foco. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 13 (n.esp), p. 17-24, 2004.

PESSINI, Léo. O desenvolvimento da bioética na América Latina. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONAINE, Christian de Paul de (org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 2002.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de P. **Problemas atuais de bioética**. 7. ed. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo,. 2005.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTER, Michael, E. **Atitudes, valores, crenças e a microeconomia da prosperidade**. In: A cultura importa: os valores que definem o progresso humano. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 53-70.

POTTER, Van Renselaer. Bioethics: bridge to the future. **Prentice-Hall**, Englewood Cliffs, N.J., 1971.

PUIG, Josep Maria. **A construção da personalidade moral**. São Paulo: Ática, 1998.

RAMOS, Flávia Regina Souza. **Obra e Manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Série Teses em Enfermagem. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996. 171 p.

RAWLS, John. **Sobre las libertades**. Barcelona: Paidós, 1990.

REGO, Sergio. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

REICH, Warren Thomas (editor), Introduction, In: **Encyclopedia of Bioethics**. 2. ed. v.1, Revista e Ampliada, Macmillan, New York, 1995. p. XXII.

ROKEACH, Milton. Understanding human values individual and societal. **The Free Press**. New York.1979.

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

ROSA, Ninon Girardon; LUCENA, Amália de Fátima e CROSSETTI, Maria da Graça O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 24, n. 01, p. 14-22, Porto Alegre, abr/2003.

SACHS, Jeffrey. Notas para uma nova sociologia do desenvolvimento econômico. In: HARRISON, Lawrence E. & HUNTINGTON, Samuel P. **A cultura importa: os valores que definem o progresso humano**. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 71-88.

SARVIMAKI, A. Aspects of Moral Knowledge in Nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: International Journal*, v.9, n. 4, p. 343-353, 1995.

SAUPE, R. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SCOTT, P. A. **Emotion, Moral Perception, and Nursing Practice**. *Nursing Philosophy*, 2000. v.1, p.123-133.

SCOTT, P.A. **Morally Autonomous Practice?** *Advances in Nursing Science*, dez/1998. v.12, p. 69-79.

SELLI, Lucilda. **Bioética na Enfermagem**. 2. ed. São Leopoldo: UNISINOS, 2005. 160 p.

SILVEIRA, Rosemary 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. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

SILVEIRA, Rosemary S. da & LUNARDI, Valéria L. A Enfermagem cuidando de quem vivencia o processo de morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 10. n.3, p. 170-185, set/dez., 2001.

SILVEIRA, Rosemary Silva da; MARTINS, Cleusa Rios; NASCIMENTO, Eliane; DAL SASSO, Grace T.M.; BARBOSA, Sayonara de Fátima F.; MARTINS, Josiane de Jesus. La Percepción del sonido en la unidad de terapia intensiva. **Revista Panamericana de Enfermería**, 3 (2), p. 179-184, jul/dic. México (DF), 2005.

SILVEIRA, Rosemary Silva da; VARGAS, Mara Ambrosina; LUNARDI, Valéria Lerch; MARTINS, Cleusa Rios Martins; RAMOS, Flávia Regina Souza. A dimensão ética do trabalho da enfermagem. A Bioética e os modos de ser da Enfermagem. **Livro-Temas...** 66. Semana Brasileira de Enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005, p.

39-46.

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. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

SIQUEIRA, Jose Eduardo de. Educação em bioética no curso de medicina. **O mundo da saúde**. Bioética: instituições primeiras, fundamentos e experiências educacionais brasileiras. São Paulo, ano 29, v. 29 n. 3 jul/set. p. 402-410, 2005.

SOARES, Narciso Vieira. **A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora de problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem**. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

SORREL, J.M. e REDMOND, G.M. Interviewws in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. **Journal Advanced Nursing**, v. 21, n. 06, p. 1117-1122, Oxford, jun/1995.

SOUZA, Jane Guimarães de. Autonomia e cidadania na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 86-99, Florianópolis, ago/dez de 2000.

TUCK, I. et al. **Values Expressed in Philosophies of Nursing Services**. Jan., Abr./2000. v.30, n. 4, p. 180-184.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa & LACERDA, Rúbia Aparecida. Capacitação de Recursos Humanos para a Implementação do Programa de Controle de Infecção. Infecção Hospitalar em Foco. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 13 (n.esp), p. 25-33, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. Departamento de Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico**. Rio Grande, 2005. 86p.

VASQUEZ, Adolfo, S. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

VÁSQUEZ, Marta Lúcia. **significado da regulação da fecundidade dos (as) adolescentes numa comunidade urbana marginal**. Série Teses em Enfermagem. Florianópolis: Programa de pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 2001.165 p.

VILLA, Eliana Aparecida & CADETE, Matilde Meire Miranda. A cultura institucional como determinante da prática educacional do enfermeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 115-132, Florianópolis, ago/dez, 2000.

WEIL, Pierre. **A nova ética**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

WEISNER, Thomas S. Cultura, infância e progresso na África Subsaariana. In: **A cultura importa: os valores que definem o progresso humano**. Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro, Record, p. 209-229, 2002.

WITT, Regina Rigatto, Almeida, Maria aparecida Munhoz, O Trabalho em Saúde e Enfermagem. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública . **Texto & Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v. 12 n.4, p.559-568, Out/dez , 2003.

YAMADA, Kiyomi Nakanishi & DINIZ, Nilza Maria. Ética em enfermagem: de um ensino com enfoque deontológico para uma aprendizagem baseada na pedagogia da problematização. **O mundo da saúde.** Bioética: instituições primeiras, fundamentos e experiências educacionais brasileiras. São Paulo, ano 29, v. 29 n. 3 jul/set, p. 425- 428, 2005.

YVES DE LA TAILLE, **Moral e ética** : dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006. 192 p.

ZANCANARO, Lourenço. Bioética e Educação: um novo desafio para a escola. **O mundo da saúde.** Bioética: instituições primeiras, fundamentos e experiências educacionais brasileiras. São Paulo, ano 29, v. 29 n. 3 jul/set, p. 411-417, 2005.

ZOBOLI, Elma L. C. P. Referenciais de análise em bioética: o desafio de traçar sua interface com a Saúde Pública. In: Fortes, Paulo Antonio de C., ZOBOLI, Elma L.C.P. **Bioética e saúde pública.** São Paulo: Loyola, 2003.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone & SARTÓRIO, Natália de Araújo. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O mundo da saúde.** Bioética: humanização em saúde, vulnerabilidade, tecnociência e ética na pesquisa. São Paulo, ano 30, v 30 n. 3 jul/set, p. 382- 397, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DOUTORADO EM ENFERMAGEM</p>	
---	--	---

Sras.

Gisamara Girardi Fortes e Zoe Victória

Diretora Assistente do H.U. / Chefe de Enfermagem

Prezadas Senhoras,

Como aluna do Doutorado em Enfermagem da UFSC e realizando meu projeto de tese, venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada **A CONSTRUÇÃO MORAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE COMO SUJEITO AUTÔNOMO E ÉTICO** junto aos trabalhadores da saúde da Unidade de Terapia Intensiva do H.U., sob orientação da Dra. Cleusa Rios Martins e co-orientação da Dra. Valéria Lerch Lunardi.

Tenho como questão de pesquisa estudar: Como ocorre a construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia?

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rosemary Silva da Silveira

Ciente. De acordo.

Data:

Diretora Geral do H.U.:

Chefe de Enfermagem:

ANEXO 2

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DOUTORADO EM ENFERMAGEM</p>	
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega:

Meu nome é Rosemary Silva da Silveira, sou Enfermeira e Curso o Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, temos o prazer de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: “A CONSTRUÇÃO MORAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE COMO SUJEITO AUTÔNOMO E ÉTICO”.

Este estudo tem como objetivo: “Compreender como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores de saúde para uma atuação pautada na autonomia”.

A pesquisa será desenvolvida de setembro de 2005 a outubro de 2006. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa delimitada a partir da proposta de etnoenfermagem de Leininger (1985); utilizando-se da técnica de observação e entrevista para a coleta de dados, as quais serão realizadas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário, no próprio horário de trabalho, conforme agendado previamente, com a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

A observação será realizada no seu local de seu trabalho, durante suas atividades cotidianas, identificando como você desempenha suas atividades, na relação com os pacientes, na relação entre si, na relação com os familiares, na relação com a

administração, ou seja, como exerce suas ações, como transita entre o que necessita ser realizado e o que pode ser realizado. A observação será realizada em quatro fases, conforme estabelecido por Leininger (1985). A partir da terceira etapa do período de observação, pretende-se utilizar também a entrevista semi-estruturada, a qual será gravada com o seu consentimento, de modo a guiar as discussões para questões mais específicas provocadas pelos dados já colhidos na observação; procurando analisar como ocorre o processo de construção moral dos trabalhadores, mediante o relato de vivências, situações, detalhes, exemplos e contextos específicos e gerais do entrevistado.

Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e coletiva da equipe e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Assumimos o compromisso de garantir o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-lhe as condições de acompanhamento durante a sua realização, e, também, devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rosemary Silva da Silveira

Responsáveis pelo Trabalho:

Doutoranda Rosemary Silva da Silveira

Rua Lino Neves, 677

96202-600 / Rio Grande - RS

Tel: (053) 3232.17.40 ou (053) 91075811

Orientadora: Cleusa Rios Martins

Co-orientadora: Valéria Lerch Lunardi

Eu, _____ de
acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente
informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “A CONSTRUÇÃO MORAL
DO TRABALHADOR DE SAÚDE COMO SUJEITO AUTÔNOMO E ÉTICO”. 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.